

KRİZE MÜDAHALENİN PSİKİYATRİDEKİ YERİ.

ÇEVİREN: Dr. AYKUT ÖZDEN**

ÖZET: Bu yazıda krize müdahalenin kapsamı ve psikiyatrideki yeri incelenmektedir. Kriz kuramı büyük yaşamsal zorluklarla karşılaşmış sağlıklı bireylerle bağlantılı olarak oluşturulmuştur. Fakat, uygulamada psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bu yazıda, krize müdahalenin ve kriz kuramının ne derece genişletilebileceği tartışılıp, bu konuda çeşitli merkezlerde yapılmış araştırmalar gözden geçirilmiştir. Sonuç olarak, kriz kuramının bir bütün olarak psikiyatrye yerleştirilemeyeceği, fakat gözden geçirilip ayarlanmış şekillerinin yararlı olabileceği kararına varılmıştır.

Krize müdahale (KM) terimi, artık hem ruh sağlığı uzmanları, hem de ruh sağlığı hizmetleri planlayıcıları tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Böyle bir hizmetin planlanmasında, terimi çevreleyen karışıklıkla karşılaşılabilir. Bu yazıda KM'nin kapsamı, karışıklığın kökenleri ve kriz kuramının (KK) psikiyatri uygulamasındaki yeri aydınlatılmaya çalışılacaktır.

SUMMARY: This paper examines the concept of crisis intervention and its relevance to psychiatric practice. Crisis theory originated in relation to healthy subjects disturbed by major life hazards. Its application, however, has been widened in an uncritical manner to include patients with psychiatric disorders. To what extent crisis theory and intervention can be applied is discussed and relevant research on the outcome of their use in a variety of settings reviewed. It is

concluded that although crisis theory cannot be transplanted in its entirety into psychiatry, modified versions might prove useful. The role of crisis in inducing behaviour in a variety of psychiatric settings and the ways in which this might be harnessed are of considerable interests and worthy of careful investigation.

KRİZ KURAMI

Çoğu yazar, Lindeman (1944) ve Tyhurst (1958) gibi öncülerin çalışmalarından çok, Caplan'ın (1964) Kriz kuramını (KK) başlangıç olarak almayı yeğlemektedir.

Caplan'a göre, kişi yaşamındaki önemli hedeflerin önünde, alışıldık sorun çözme yöntemleriyle başedemediği bir engelle karşılaşınca "Kriz" durumu oluşur. Kişinin dengesi ve alışıldık işlev görebilme örüntüsü, çoğu kez kaçınılmaz ve ciddi olan bir yaşam olayı ile bozulur. Örneğin; sevilen birinin ölümü, iş değişikliği, rol değişikliği (evlilik, koleje başlama...) veya hastalık gibi. Böyle bir durumla karşılaşılınca ve bunun yarattığı gerilim, olağan sorun çözme davranışlarıyla azaltılamayınca, davranışlarda dağınıklık başlar. Caplan, kişinin davranışlarında artan gerilimin etkilerini gösteren, 4 dönem tanımlamıştır. Eğer 4. ve son döneme erişildi ve hala sorun sürüyorsa, gerilim eşik seviyesinin ötesine taşar. Kişinin daha fazla dağılması ve bazen kalıcı sonuçların doğması gözlenebilir.

* Szmukler GI (1987) The Place of crisis Intervention in Psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21: 24-34.

** Asis., A.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri ABD

"Kriz" durumu, kişiye hem kendini geliştirebilme şansını veren, hem de bir ruh hastalığına yakalanabilme tehlikesini getiren geçici bir dönemdir. Sonuç, belli bir noktaya kadar, kişinin sorunu nasıl ele aldığına dayanır. O zaman, kriz bir dönüm noktası veya karar anı şeklinde yorumlanabilir. Eğer olumlu sonuçlanırsa, kişi daha güçlenmiş ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmiş olarak çıkar ve gelecekteki krizlerde bunları kullanabilir. Ama eğer olumsuz sonuçlandıysa, daha kötü bir uyuma ve olası ruh hastalığına götürebilir.

Ruh hastalığına karşı direnç, kişiye etkili sorun çözme becerilerini arttırmasında yardımcı olarak sağlanabilir. Böylece kişi, sorunlarıyla uğraşırken sosyal olarak kabul edilmez ve gerçeğe dayanmayan, regresif yollar kullanma gereksinimi duymaz. Bu yollar kişiyi, sorunundan kaçınırken veya sembolik olarak çözümlerken nörotik veya psikotik semptomlara götürebilir.

Caplan, krizin sonucunu etkileyebilecek bazı etmenleri sıralamıştır. Bunlar:

1. **Kişisel etmenler:** Örneğin şu anki olay, sembolik olarak geçmişteki bazı olaylarla ilişkili mi?
2. **Sosyo-kültürel etmenler:** Arkadaşlar, komşular, toplum ve hatta milletten gelen yardımın derecesi.
3. **Aile:** Gelenekleri, yapısı ve gereksinimleriyle birlikte çözüme yardımcı veya engelleyici oluşu.
4. **Krize katılan uzmanların etkisi:** Caplan, kriz durumunda uzman yardımı verenler için önemli, krize ait üç özellikten de söz etmiştir:

1) Krizin sonucunun, çoğu zaman ona neden olan etmenlerle kestirilememesi. Bu etmenler iyi veya kötü sonuç verecek şekilde "zarı yuvarlar" ama kesin olarak ne olduğu kriz anındaki iç ve dış kuvvetlerin çatışmasına bağlıdır. Görece "hafif" kabul edilebilecek bir olay bile, o an koşullar uygunsuzsa kişiyi krize sokabilir. Ayrıca krizin bu dengesizliği sırasındaki girişimler, zarın yuvarlanmasıyla ilişkiye girip beklenmedik bir sonuca, iyi veya kötü, götürebilir.

2) Kriz sırasında kişi, artan bir yardım gereksinimi içindedir. Onun bu huzursuz beklentileri çevredekilerde "yardım etme" yanıtı uyandırır.

3) Kişi kriz anında çevredekilerin etkisi altında kalmaya yatkınlık gösterir. Bu durumda görece küçük bir girişim bile dengeyi o yönde bozabilir.

Sonuç olarak Caplan, tüm iyimserliğiyle şu çıkarımda bulunmuştur: "Kriz, yardım veren kişilere, diğer kişilerin ruh sağlığını etkilemek için tüm güçlerini sergileyebilecekleri bir şans sunar". Caplan'ın yaklaşımı Kriz Müdahalenin (KM) dar bir modelidir ve sonraki çalışmalara (Langsley 1972 ve 81, Jacobson 1979, Hobbs 1984) ışık tutmuştur.

MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

KK'nin dar modeli içinde kullanılan teknikler çok çeşitli olmakla birlikte bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Acil müdahalenin önemi hepsinde vurgulanmıştır. Sunulan sorun "kriz" olarak adlandırılır ve başlatıcı etmenlere özel önem verilir. Müdahale "şimdi ve burada" ilkesine odaklanır ve bireyin kişisel gelişimi ve geçmişindeki olaylarla daha az ilgilenilir. Psikodinamik kuramın yeri sınırlıdır ve ancak kişinin strese şu anki tepkisini aydınlatıyorsa önemlidir. Terapi ana hatlarıyla, duygusal boşalım için desteği ve sorun çözme tekniklerinin geliştirilmesini kapsar. Kişi yeni çözümler bulmaya teşvik edilebilir veya sorun, daha önce gözardı edilmiş çözümlerin yeniden gündeme getirilebileceği şekilde baştan tanımlanır. Terapistin yaklaşımı, etkin ve çoğu zaman yönlendiricidir. Müdahale yoğun fakat zaman sınırlıdır, genelde 1-2 aylık dönem içinde 6 görüşmeden oluşur. Gerek görülürse ilaç başlanabilir. Tedavinin bitirilişinde kişiyle; kriz, çözüm yolları ve gelecekte olabilecek benzer durumlarda bunların kullanımı konuları tartışılır.

Genelde bir ekip yaklaşımı kullanılır. Bir kişi hastanın asıl sorumluluğunu alır fakat diğerleriyle de sık sık olguyu tartışır. Hasta daha bozüksa yukarıdaki tekniklere ekler yapılabilir; örneğin ilaç tedavisi daha önemli bir duruma gelebilir, sosyal yaklaşımların yoğunluğu arttırılabilir. Örneğin

ailenin, arkadaşların, sosyal kuruluşların destekleri daha çok harekete geçirilir v.b. Kriz tedavisi sonlandırılırken hastaya, eğer gelecekte gereksinimi olursa ekibin yine yardıma hazır olduğu mesajı verilir.

KRİZ TEORİSİ VE PSİKİYATRİK ACİLLER

Genelde Caplan'ın KK'nı açıkladığı bölümün adının "Birincil Korunma İçin Kapsamlı Bir Model" olduğuna pek dikkat edilmez. Burada vurgulanmak istenen, krizi yaşayanların ruh hastası olmadığı ve kriz durumunun patolojik olmadığıdır. Asıl umulan sonuç ruh hastalığının önlenmesidir. İkincil ve üçüncül korunmalar kitabın sonraki bölümlerinde tartışılmış ve burada birkaç kez, Krize Müdahale'nin (KM) zorlukları ve ruh hastalığı olanlarda verilen yoğun hizmetin tamamı değil, bir parçası olması gerektiği vurgulanmıştır.

Bazı araştırmacılar, yine de, KM'nin alanını belirli bir ruh hastalığı olan bireyleri de içerecek şekilde genişletmeye eğilimlidir. Caplan ve Langsley 1968'de, krizdeki ailelerin tedavisinin hastaneye yatırmadan yapılmasını önermiştir. Benzer öneriyi: Fatna (1978), Jacobson (1979), Cooper (1979) ve Hobbs (1984) da getirmiştir. Brondon (1970), KK'nın hastalar yerine "sıkıntısız insanlarda" kullanımını açıklamış ve çoğu intihar girişimi olgusunun, psikiyatriden çok KM kapsamında en iyi ele alınabileceğini vurgulamıştır.

Burada önemli bir soru, psikiyatri uygulamasındaki bu kadar geniş hasta dağılımının ne kadarına KK'nın uygulanabileceğidir. Bunu saptamak için, Avustralya'nın Melbourne kentinin bir bölgesinde, Ağustos 1985'de psikiyatrik acil olarak görülen hastalar arası bir araştırma yapılmıştır. Araştırmaya, iki toplum ruh sağlığı Kliniği, bir psikiyatri hastanesi ve bir de genel bir hastanenin acil servisi olmak üzere 4 merkez katılmıştır. Bir ay içerisinde %56'sı psikiyatri hastanesi, %36'sı toplum ruh sağlığı klinikleri ve %8'i genel hastanede olmak üzere 101 hasta görülmüş. Tüm grubun %17'si bir "kriz" durumu içinde olarak tanımlanmıştır. Kalan %46'sı psikoz, %24.5 depresyon veya nörotik bozukluklar, %8'i kişilik bozuklukları ve %5'i alkol veya madde

bağımlılığı olarak bulunmuş. %25 hastanın psikiyatrye ilk başvurusuyken, %58 hastanın daha önce yatışları da olduğu saptanmış. Kriz olarak tanımlanabilecek %17'lik grubun %9'unun da geçmiş psikiyatrik öyküleri olduğu anlaşılmış. Sonuç olarak, bu bölgedeki psikiyatrik acillerin çok küçük bir bölümü (%8) Caplan tarafından tanımlanan KK'a uymaktadır.

Bu bulgular, diğer merkezlerden ve ülkelerden gelen bulgularla örtüşmektedir. Psikiyatri acil servislerine gelen hastaların çoğu psikiyatrik hastalığı olan kişilerdir ve genelde de kronik psikozlardır. Bassuk ve Gersen (1980), aynı hastaların sürekli acil servise başvuruda bulunabileceğini belirtip bu hastalara "kronik kriz hastası" tanımını önermişlerdir.

Genel psikiyatrik uygulamada, acil hasta olarak görülen çoğu hastanın KK'nin dar modelinden uzaklaştığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında şunlar sayılabilir:

1) Zedeleyici olaylar ve etkilenebilirlik: (incinebilirlik-vulnerability): Çoğu stresör Caplan'ın açıkladığı büyük yaşam olayları değildir. Bir dizi görece küçük olay olabilir ve bunların birikmesi, birinin eklenmesiyle diğerinin gelmeye başlamasına neden olabilir. Birçok hasta, kronik psikiyatrik sorunlarından ötürü önemsiz olayların zedeleyici etkisine açıktır. Aynı nedenden dolayı daha az destek çevreleri olabilir, bu da kolaylaştırıcı bir etmen olarak rol oynayabilir.

2) Bağımlılık ve direnç: Caplan, krizdeki kişinin bir çözüm bulmak amacıyla çevreye çok bağılandığı ve yeni bilgilere, değişime açık olduğunu yazar. Fakat, psikiyatri uygulamasında bunun tersi söz konusudur. Birçok hasta dışardan gelecek tedaviyi reddedebilir ve hatta kısmen ilişki kurulabilir. Değişim özellikle nörotik ve kişilik sorunu olan bireylerde çok zor olabilir.

3) Müdahalenin amaçları: Çoğu acil olguda amaç, semptomların gerilemesi ve kriz öncesi işlevselliğin yeniden sağlanmasıdır. Relapsın engellenmesi, stresörlerin yok edilmesi daha geniş bir hedeftir. Krizle başarılı bir mücadele sonucunda öğrenilen yeni "savaş stratejileri" üzerinde pek durulmaz.

4) **Zaman sınırlı müdahale:** Yine Caplan'a göre müdahale zaman sınırlı olmalıdır. Fakat kronik rahatsızlığı olanlarda ve relaps riski fazla olanlarda müdahale zaman sınırlı olamaz. Her ne kadar kriz çabuk halledilmeliyse de, destek sürdürülmelidir.

DEĞİŞİK KRİZLER VE MÜDAHALELER

Yukarıdaki tartışmalardan da anlaşılacağı gibi, KK'nin dar modeli acil psikiyatrinin tamamına uygulanamaz. Oluşan krizin tipleri arasında bazı ayırmalar yapmak faydalıdır. Şu ana kadar geliştirilen en yararlı sınıflama Baldwin'in (1978) sunduğudur. Baldron, değişik kriz tipleri için değişik tip müdahaleler olduğunu farketmiş ve altı tip kriz tanımlamıştır.

1) **Durumsal Kriz:** Sorunlu bir durumdan kaynaklanan rahatsızlıktır. Örneğin aile içinde sorunlu bir alkol bağımlısı olması. Burada yapılan müdahale, kişinin duygu durumuna yönelik değildir, örneğin sözedilen kişi için aile üyesini götürebileceği merkezlerin listesinin verilmesi, Alkol bağımlılığı tedavisi hakkında bilgi verilmesi yeterli olabilmektedir.

2) **Olumsuz Yaşam Değişiklikleri Sonucu Olan Kriz:** Bunlar sık görülen, çoğu "normal" olan değişikliklerdir. Örneğin; emeklilik, anababa olma, evlenme gibi. Müdahale, desteği ve etkili başa çıkma stratejilerine rehber olmayı kapsar.

3) **Travmatik Stres Sonucu Olan Kriz:** Söz konusu olan stressorler ağır dış stressorlerdir ve beklenmedik, kontrolsüz ve duygusal olarak çökertici bir şekilde ortaya çıkabilir. Örneğin; bir aile üyesinin ani ölümü, tecavüz, ani iş kaybı, katastrofik hastalıklar vb. Müdahale yine desteği, varolan başa çıkma davranışlarının harekete geçirilmesini ve yenilerinin öğrenilmesini kapsar.

4) **Gelişimsel Kriz:** Geçmişte çözülmemiş, derin ve bastırılmış bir konudaki mücadeleyi yansıtan, kişilerarası ilişkilerle ilgili sorunlardan kaynaklanan bir krizdir. Duygusal olgunlaşma için yapılan girişimleri de kapsar. Bağımlılık, değer karmaşası, cinsel kimlik, otoriteyle ilişkiler gibi konularla ilgili krizler örnek gösterilebilir ve müdahale altta yatan psikodinamik durumun

tanımlanması ve şu anki kişilerarası zorluklara verilebilecek daha uyumlu yanıtların tanımlanmasını içerir. Daha uzun süreli bir tedavi için sevki uygun olabilir.

5) **Psikopatolojiyi Yansıtan Krizler:** Varolan psikopatolojinin başlatıcı etmen olarak görüldüğü veya daha uyumlu sonuçların oluşmasını engellediği krizlerdir. Örneğin; ağır nevrozlar, kişilik bozuklukları gibi. Müdahale, gerilimi azaltacak girişimleri içerir ve şu anki stresörle başa çıkmadaki en uyumlu yanıt üzerine odaklanır. Hasta daha uzun süreli tedavileri kabul edecek şekilde hazırlanmalı, uygun başvurular yapılmalıdır.

6) **Psikiyatrik Aciller:** İşlevselliğin ağır olarak azaldığı, kişinin bireysel sorumluluklarını algılayamadığı, yetersiz olduğu krizlerdir. Örneğin psikozlar, organik beyin sendromları ve akut intihar girişimi olguları. Müdahale, hızlı bir psikiyatrik yaklaşımı ve tüm kaynakların harekete geçirilmesini kapsar. Başvurulara, örneğin psikiyatri hastanesine ve kişinin tüm sosyal çevresine ulaşmaya önem verilmelidir. Hastanın desteğe ve güvenceye çok gereksinimi vardır ve tedavi sonrası geldiği birime geri dönmesine de yardımcı olunmalıdır. Bu tip krizlerde tedavi uzun sürelidir ve bir öncekinde olduğu gibi tanının aydınlatılması önemlidir.

Baldwin, sonuç olarak 1'den 6'ya doğru ilerledikçe görülen boyut değişikliğine dikkat çeker. Bunlar, KM'nin doğasındaki gerekli değişiklikleri göstermektedir. Baldwin, bu sınıflamayı bir öğrenci sağlık merkezinden elde ettiği verilerle oluşturmuştur. Eğer bunu bir psikiyatrik yerleşime kaydırırsak daha çok son iki düzeydeki krizlerin başvurduğunu, diğer düzeylerdeki krizlerin daha az geldiğini görürüz.

KRİZE MÜDAHALE KONUSUNDA ARAŞTIRMALAR

KK'nın psikiyatrideki yerini değerlendirmeden önce, araştırma sonuçlarının incelenmesinde yarar vardır. Kullanılan tekniklerden çok, sonuçlar

üzerinde durulup, girişimlerin faydalı olup olmadığı araştırılacaktır.

Yapılan çalışmalar üç grupta toplanabilir: 1) Telefonla yapılan intihar önleme ve KM programları. 2) Psikiyatri merkezlerinde yapılan KM 3) Cerrahi merkezlerde yapılan KM. Benzer gruplamayı Waldron'da (1984) yapmış ve cerrahi ve psikiyatri merkezleri arası büyük farklar olduğunu belirtmiştir. Telefonla yapılan KM'leri incelemek güç olduğu için burada sözedilmeyecektir.

1. Psikiyatri Dışı Alanlarda Krize Müdahale:

A) Cerrahiye Giren Hastalar: Burada kriz olarak cerrahi girişim ele alınmış olup; hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal verimini artırabilmek için bir dizi müdahale programı gözden geçirilmiştir. Örneğin, anksiyeteyi azaltıcı teknikler, ameliyatla ilgili işlemler hakkında bilgilendirme gibi. Genelde bu tür girişimlerin yararı desteklenmiş, fakat bazı çalışmalar hastanın başa çıkma yönteminin de önemli etkisi olduğunu ve eğer gözardı edilirse yardımdan çok engel teşkil edebileceğini bildirmiştir. Örneğin, anksiyete çıkarabilen uyarıları inkara yönelimli hastalar, cerrahi hakkında bilgilendirmeye karşılaşıncaya olumlu yanıt vermezken, anksiyetesi yüksek olanlar bundan oldukça faydalanabilirler.

1979 tarihli Bordow ve Porrit'in çalışmasında, trafik kazası sonucu hastaneye yatanlarda 2-10 saatlik, duygusal, mesleki ve sosyal konulara eğilen KM uygulanmaz. Sonuçlar, işe dönüş yüzdesini arttırmaya bile işe uyumda artma ve nörotik semptomlar ve psikolojik sorunlarda azalma açısından olumlu bulunmuş. Hatta kazadan sonraki birkaç gün içinde 1 kez görüşülen hastaların, hiç görüşülmeyenlere göre daha iyi sonuçlar verdikleri gözlenmiş.

B) Eş Kaybı: Bu alanda 1977 yılında, Raphael tarafından yapılan kapsamlı bir çalışmada, yeni dul kalmış bir grup 3 aylık bir KM'den sonra 13 ay boyunca tıbbi ve psikolojik morbidite açısından izleme alınmış. Daha önceki bazı çalışmalara göre

bu dullar yüksek morbidite riski taşıyormuş. KM yapılmayan yine yüksek riskli grupla karşılaştırılınca bu girişimin sonuçlarının faydalı olduğu görülmüş. Girişim 4 seansta, ortalama her biri 2-3 saat sürecek şekilde ve dulun evinde uygulanmış. Amaç üzüntü hissine destek olmak ve yas reaksiyonunun yaşanmasını cesaretlendirmektir. Buna benzer başka çalışmalarda da, riskli dullarda KM'nin faydaları gösterilmiştir (Parles 1980).

KM, bu çalışmalarda KK'nın dar modeli içinde düşünülebilir ve sonuçlar girişimin olumlu olduğunu göstermektedir. Ruhsal rahatsızlıktan birincil koruma yapıp yapılmadığı ve kriz önceki ve sonrası işlevsellik düzeyleri konularıyla bu araştırmalarda tartışmalıdır. Bunun en önemli nedeni, bu konuları değerlendirmedeki yöntem bilimsel güçlüklerdir. Örneğin, uzun süren izlem yapılmalı, kriz öncesi işlevsellik geriye dönük olarak incelenmeli ve bunlar güvenilir olarak ölçülmelidir. Ayrıca, yaşam olayları psikolojik sıkıntı yaratsa da, psikiyatrik bozukluk yaratmadaki rolleri kesin değildir (Andrews ve Tennant 1978, Tennant 1983). Clayton (1979) dulluğun sonuçları üzerinde yaptığı çalışmada, %45 dulun ilk bir yıl içerisinde depresif bir sendrom göstermiş olsalar da, çok azı için psikiyatrik konsültasyon gerektiğini, hastaneye yatırmanın ise çok daha az gerektiğini, sonuç olarak da dulluğun bir ruh hastalığına yol açmadığını düşündüğünü belirtmiştir.

2. Psikiyatride Krize Müdahale

Burada iki grup çalışmadan sözedilebilir: Hastaya yatması gerekmeyen hastalar ve gerekenler. Hastaneye yatması gerekmeyen hasta grubu olarak; intihar girişimi olan veya kendine zarar veren ve genel hastaneye başvuran hastalar alınmış. Bu tip hastalarla yapılan bir seri çalışmada, KM olarak değerlendirilebilecek, zaman sınırlı bir girişim şeklinin etkinliği incelenmiş. Bu çalışmalardan üçü, kontrollü ve yöntembilimsel olarak doyurucudur. Bunlardan Chowdhury ve Hawton'un yaptıkları, madde bağımlılarında, Gibbons'ın yaptığı, intihar girişimi olgularında

uygulanmıştır. Hepsinde, ev ziyaretlerini kapsayan üç aylık yoğun bir terapi programını takiben, on iki aylık izleme çalışması yapılmış; herbirinden ortalama %25-35 hasta, durumlarının ağırlığı nedeniyle çıkarılmıştır.

Çalışmaların sonucu relapsın engellenmesi konusunda hayal kırıcı bulunmuştur. Aynı şekilde psikolojik ve davranışsal ölçütlerde, kontrol grubuna göre farklı bulunmamış; yine de, 1. ve 3. çalışmadaki KM grubu hastaları sosyal problemlerinin azaldığını ve psikiyatrik yardıma daha az gereksinimleri olduğunu belirtmiştir. Yani relaps azalmasa da, belirgin bazı sosyal sorunlar azalmıştır.

İkinci grup çalışmalar, normal olarak hastaneye yatırılacak hastalarla yapılanlardır. Langsley ve Kaplan'ın (1968) yaptıkları çalışmada, 16-60 yaş arası bir yakınıyla birlikte, hastaneye yakın bir mesafede oturan ve hastaneye yatış kararı alınan gönüllü hastalar kullanılmış; bu hastaların yarısı rastgele yöntemle seçilip hastaneye yatırılırken, kalan yarısı "Aile Kriz Terapisi" grubuna dahil edilmiştir. Her iki grupta da birbirine benzer 150'şer hasta mevcuttur. Kriz tedavisi, aile yönelimli olarak uygulanmış, gerektiğinde ilaç, ev ziyareti, acil servise nakil gibi uygulamalara da yer verilmiştir. Ortalama olarak 5 aile görüşmesi, 1 ev ziyareti, 2-3 telefon görüşmesi yapılmış ve varsa diğer sosyal kurumlarla ilişki kurulmuştur.

Hastalar ardından 18 ay izlenmiş ve tedavi sonrası hastaneye yatma, kişisel işlevsellik skalası, sosyal uyum envanteri ve bir kriz başa çıkma skalası aracılığıyla değerlendirilmiştir. İstatistikler tam yapılmadığı için izlenimler tartışılmış, ilk altı ay deney grubu daha düşük hastaneye yatma oranı göstermiş, fakat 12. aya doğru bu fark azalmış 12-18 aylar arası fark ortadan kalkmıştır. Hastanede yatış süresi ise deneklerde, kontrole göre hep kısa bulunmuştur. Kişisel işlevsellik ve sosyal uyum hep benzer çıkarken, ailelerin krizle mücadeleleri deney grubunda 6. ayda iyi 18. ayda kötü bulunmuştur. Sonuç olarak da aile kriz terapisinin hastane gereksinimini azaltmada etkili olduğuna varılmıştır.

Hastaneye yatmaya alternatif arayan daha birçok çalışmada (Ratna, Stein, Test, Hoult, Rosen, Reynolds....) KM'nin hastaneye yatışların azaltılmasında umut verici olduğu bulunmuş. Özellikle de zaman-sınırlıdan çok devam eden bir hizmetin daha önemli olduğu tespit edilmiştir. Örneğin Stein ve Test'in çalışmalarında, deney grubunun avantajları, servis hizmet dışı bırakılınca yok olmuştur.

Bu KM'nin verimi ve sonucu hakkında yapılan araştırmalardan ne sonuçlar çıkarılabilir? Açık bir şekilde, gerekli müdahalenin tipi daha önce sözedilen etmenlere, özellikle de kişinin psikolojik durumuna bağlıdır. Psikiyatri dışı hastalıkları olanlarda dar model uygun görülme ve sonuçlar en azından kısa dönem için umut verici bulunmaktadır. Daha orta dereceli psikiyatrik bozukluğu olanlarda KM pek etkili bulunmamıştır. Fakat yapılan araştırma sayısı yeterli değildir. KM, ağır psikiyatrik hastalığı olanlarda hastaneye yatışı önlemede başarılı bulunmuş fakat dar model izlenmemiştir bu çalışmalarda. Etki, psikiyatrik servislerin işbirliği içinde çalışmasına ve çalışma döneminde devamlı bakım almaya dayanmaktadır.

Şu an açıktır ki, KM terimi araştırmalarda kullanılmak için çok belirsizdir. Kimlere uygulandığı ve neleri kapsadığı detaylı bir şekilde belirtilmektedir ki sonuçta bu kapsamdakilerin sonuçlara olan bağlı etkisi araştırılabilsin. Bu kapsamda ev ziyaretleri, 24 saat açık bir servis, yoğun tedavi, ailenin planlı katılımı, acil hastaneye yatırmalar vb. bulunabilir. Değişik hasta topluluklarında, değişik çalışmalar uygun olacaktır. KM ile uğraşmak için gönüllü olanlar, onu uygun bir şekilde araştırmak için de hazır olmalıdır.

KRİZ TEORİSİNİN PSİKİYATRİDEKİ YERİ

KK, büyük olasılıkla bir takım, belirgin olmayan yollarla etkili olmuştur. Bazı uzmanlara hastalara yardım etme konusunda şevk vermiştir. Çünkü iyimser bir doğası vardır. Çoğu psikoterapilere göre temel kavramların öğrenilmesi ve uygulanması kolaydır. Hızlı olması hasta ve ailesi tarafından çok olumlu karşılanan insani bir yanındır.

Yine de, etkinliğinin dışında, bazı başka sorunlar genel psikiyatrik uygulamada su yüzüne çıkabilmektedir. Bir kere çoğu hasta modele uymamaktadır. Ekip çalışmasının önemi bu yaklaşımda artmaktadır ve bu, böyle çalışmaya alışık olmayanlarda sorumlulukların ve sınırların karışmasına yol açabilmektedir. Cooper'a göre (1979), hastanın durumu ne kadar ağırsa hiyerarşik yapılanmanın önemi o kadar artmaktadır. Ayrıca yine Cooper'a göre, etik ve hukuksal açılardan "ekip" kararları risklidir ve "hızlı" hasta değişimi ve "sınırı" bir psikiyatrik incelemenin kullanılması, ayrıntılı incelemeye alışmış kişileri rahatsız edebilir.

Öte yandan psikiyatrik kriz servislerinde, iki önemli konuda büyük bir sorun ortaya çıkabilmektedir. Ani ve yoğun KM uygulaması bir yanda, bunun devamının, izlemin sağlanması öte yandadır. Bu lojistik bir sorundur, nasıl bir sistem hem planlı olayları (izlem randevuları gibi), hem de beklenmedik olayları (yeni krizler) en uygun bir şekilde ele alacaktır? Bir çözüm işlevlerin iki kriz

ekibine bölünmesidir. Kısa dönemde izleyenler, yani ilk girişimde bulunanlar ve uzun süre izleyenler şeklinde. Fakat bu devamlılığı bozabilir, devir sırasında hasta kayıplarına neden olabilir ve iki ekip arası bazı sürtüşmelere yol açabilir. Bu da, bir kriz ekibi oluşturmada zaten varolan bürokratik, politik ve mesleki dirençlere ek bir yük getirir. Alternatif yöntem tek bir ekibin, esnek bir çalışma planı içinde, acillere öncelik vererek, hastayı birden çok kişinin görmesini, hastanın da tüm ekibi görmesini bir şekilde sağlayarak yaklaşımda bulunmasıdır.

Son olarak bir başka sorun da ruh sağlığı hizmetleri planlayıcılarının KM'nin psikiyatrik hastaneye yatmaları azaltıyor diye, hastanelerin kaynaklarının azaltılması ve hatta kapatılması gündeme gelebilir ki, bu sakıncalı bir durumdur. Gerçekte psikiyatrik KM uzun süreli tedaviden koparılamaz ve iyi bir takip (hastane sonrası) çalışması yapılabilirse, kriz durumlarının çoğu da azaltılabilir.

KAYNAKLAR

ANDREWS G, TENNAT C (1978). Life event stress and psychiatric illness. *Psychological Medicine* ,8: 545-9

AUERBACH SM, KILMANN PR (1977) Crisis intervention: A review of outcome research, *Psychological Bulletin* 84, 1189-217

BALDWIN BA (1978) A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry* 48, 538-51.

BASSUK E, GERSON S (1980) Chronic crisis patients: a discrete clinical group. *American Journal of Psychiatry* 137: 1513-17

BORDOW S, PORRITT D (1979) An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine* 13: 251-6

BRANDON S (1970) Crisis theory and the possibilities of therapeutic intervention. *British Journal of Psychiatry* 117: 627-33

CAPLAN G (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock, London

CHOWDHURY N, HICKS RC, KREITMAN N (1973) Evaluation of an aftercare service for parasuicide patients. *Social Psychiatry* 8: 67-81

CLAYTON PJ (1979) The sequelae and non-sequelae of conjugal bereavement, *American Journal of Psychiatry* 136: 1530-4

COOPER JE (1979) Crisis admission units and emergency psychiatric services. *Public Health in Europe*, vol. 11, World Health Organization, Copenhagen

FALLOON IRH, BOYD JL, MCGILL JL et al. (1985) Family management in the preventions of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study, *Archives of General Psychiatry* 42: 887-96

GIBBONS JS (1980) Management of self-poisoning: social work intervention, in RD.T. Farmer SR Hirsch (eds) *The Suicide Syndrome*, Croon Helm, London

GIBBONS JS, BUTLER J, URWIN P, GIBBONS JL (1978) Evaluation of a social work service for self-poisoning patients, *British Journal of Psychiatry* 133: 111-18

GOLDSTEIN MJ, KOPEIKIN HS (1981) Short and long-term effects of combining drug and family therapy, in M.J. Goldstein (ed.) *New Developments in Intervention with Families of Schizophrenics*, Jossey-Bass, London

GOLDSTEIN MJ, RODNICK EH, EVANS JR et al (1978) Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics *Archives of General Psychiatry* 35 1169-77

GOTTSCHALK L, FOX RA, BATORS DE (1973) A study of prediction and outcome in a mental health crisis clinic *American Journal of Psychiatry* 130 1107-11

HAWTON K (1980) Domiciliary and outpatient treatment following deliberate self-poisoning in R Farmer & S R Hirsch (eds) *The Suicide Syndrome*, Croom Helm, London

HAWTON K, BANCROFT J, CATALAN, J et al (1981) Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff *Psychological Medicine* 11 169-77

HOBBS M (1984) Crisis intervention in theory and practice A selective review, *British Journal of Medical Psychology* 57 23-34

HOFFMAN L (1981) *Foundations of Family Therapy*, Basic Books, New York

HOULT J, REYNOLDS I, CHARBONNEAU-POWIS I et al (1983) Psychiatric hospital versus community treatment the results of a randomized trial *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 17 160-7

HOULT J, ROSEN A, REYNOLDS I (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment, *Social Science and Medicine* 18 1005-10

JACOBSON GF (1979) Crisis-oriented therapy, *Psychiatric Clinics of North America* 2 39-54

LANGSLEY DG (1972) Crisis intervention (editorial) *American Journal of Psychiatry* 129 734-6

LANGSLEY DG (1981) Crisis intervention An update, in JH Masserman (ed) *Current Psychiatric Therapies*, vol 20, Grune and Stratton, New York

LANGSLEY DG, KAPLAN DM (1968) *The Treatment of Families in Crisis*, Grune and Stratton, New York

LANGSLEY DG, MACHOTKA P, FLOMENHAFT K (1971) Avoiding mental hospital admission A follow-up study *American Journal of Psychiatry* 127 1391-1394

LINDEMANN E (1944) Symptomatology and management of acute grief *American Journal of Psychiatry* 101 141-8

PARKES CM (1980) Bereavement counseling does it work? *British Medical Journal* 2 3-6

RAPHAEL B (1977) Preventive intervention with the recently bereaved *Archives of General Psychiatry* 34 1450-4

RATNA L (1978) *The Practice of Psychiatric Crisis Intervention*, Napshury Hospital League of Friends, St Albans

RUSSELL GFM, SZMUKLER GI, DARE C, EISLER I (1986) An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa Paper presented at 2nd International Conference on Eating Disorders, New York, April

SAUNDERS W, ALLSOP S (1985) Giving up addictions, in F N Watts (ed) *New Developments in Clinical Psychology*, British Psychological Society and John Wiley, New York

SCOTT RD (1980) A family orientated psychiatric service to the London Borough of Barnet, *Health Trends* 12 65-8

STEIN LI, GENSER LJ (1983) The dollar follows the patient Wisconsin's system for funding mental health services, in *New Directions for Mental Health Services*, no 18, Jossey-Bass Publishers, San Francisco

STEIN LI, TEST MA (1980) Alternative to mental hospital treatment I Conceptual model, treatment programme and clinical evaluation *Archives of General Psychiatry* 37 392-7

SZMUKLER GI, BIRD AS, BUTTON EJ (1981) Compulsory admissions in a London borough I Social and clinical features and a follow up *Psychological Medicine* 11 617-35

TENNANT C (1983) Life events and psychological morbidity the evidence from prospective studies *Psychological Medicine* 13 483-6

TUFNELL G, BOURAS N, WATSON JP, BROUGH DI (1985) Home assessment and treatment in a community psychiatric service, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72 20-8

TYHURST JS (1958) The role of transitional states - including disaster- in mental illness, in Walter Reed Army Institute of Research, Symposium on Preventive and Social Psychiatry US Government Printing Office Washington, DC

WALDRON G (1984) Crisis intervention is it effective? *British Journal of Hospital Medicine* 31 283-7