

# Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri Kliniği Kadın Psikoz Katında Basamaklı Tedavi Uygulaması

*TOKEN ECONOMY APPROACH IN THE FLOOR FOR FEMALE PSYCHOTICS IN THE PSYCHIATRY CLINIC OF THE UNIVERSITY OF ANKARA, SCHOOL OF MEDICINE*

Aykut ÖZDEN\*, Hüseyin H. ÖZSAN\*\*

\* Uz.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

\*\* Doç.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ANKARA

## Özet

“Jetonlu Ekonomi” (Token Economy) davranışçı psikoterapi uygulamaları içinde yer alan bir yöntemdir. Bu yöntemde hastalara para yerine verilen jetonlarla ve bunlarla alabilecekleri ödüllerle olumlu davranışlar pekiştirilmeye çalışılmaktadır. Bu yöntemin bir benzeri, hastalara olumlu davranışlar karşısında puan ve yeterli puan toplandıkça da ayrıcalıklar verilerek, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Kliniği’nde, 1988 yılında Gündüz Hastanesi’nde, 1996 yılında Kapalı Kadın ve Erkek Psikoz Katlarında “Basamaklı Tedavi” (BT) adıyla başlatılmıştır. Bu yazıda AÜTF Psikiyatri Kliniği Kapalı Kadın Psikoz Katındaki ilk bir yıllık uygulamayla ilgili bilgi verilecektir. Kata yatırılan hastalardan hergün listesi duvara asılmış olan olumlu davranışlarla belirli puan toplamaları beklenmektedir. Ardarda puan aldıkça, hastalar basamak atlamakta ve yeni ayrıcalıklar kazanmaktadır. Bu şekilde de olumlu davranışlar pekişmektedir. Bir yıllık izlenimimiz, uygulamanın hastalarca anlaşıldığı, benimsendiği ve faydalandığı şeklindedir. Bu yazının amacı da BT ile ilgili deneyimimizi diğer meslektaşlarımızla paylaşmaktır. Benzer yayınlar arttıkça, BT uygulamalarımız şekillenecek ve hastalara sağladığı fayda artabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Basamaklı tedavi, Psikiyatri hastanesi, Psikoz, Davranışçı psikoterapi

T Klin Psikiyatri 2001, 2:1-7

## Summary

“Token Economy” is an approach from the arsenal of behavioral psychotherapies. Patients are rewarded for desired behaviors with tokens that may be used to purchase certain privileges. A version of this approach was started in the Day Hospital of Psychiatry Clinic in University of Ankara in 1988 followed by the floors for the psychotic patients of the same clinic in 1996. The patients collected points as they displayed desired behaviors, and with these points they passed levels and gained more privileges. In this article, our experience from the first year of this approach applied in the floor for female psychotics is presented. Psychotic patients are mostly admitted to this floor and they are expected to collect points from the list of desired behaviors written on the wall. As they collect points consecutively, they gain certain privileges, and thus, their positive behaviours are reinforced. Our first impression is that the system has been understood, accepted and benefited by the patients. The purpose of this article is to share our experiences on token economy with other interested colleagues. The more similar articles increase, the more our approach will be shaped and the patients will benefit.

**Key Words:** Token economy, Psychiatric hospital, Psychosis, Behavioral psychotherapy

T Klin J Psychiatry 2001, 2:1-7

Psikoz hastalarının yatırılarak tedavi edilmeleri, son yıllarda artan ekonomik sınırlamalar ve hasta haklarıyla ilgili etik tartışmalar nedeniyle batılı ülkelerde gözden düşmeye başlamıştır (1). Ülkemizde bu durum henüz batıda olduğu kadar

gündemde değildir. Özden ve arkadaşları yaptıkları araştırmada 1982 ve 1992 yıllarında yatırılan hastaların ortalama yatış sürelerinin anlamlı düzeyde değişmediğini bulmuştur (2). Ülkemizde hastaların psikiyatri katlarında hala ortalama 1-1.5 ay yatırıldıkları düşünüldüğünde, bu sürenin nasıl geçirildiği sorusu gündeme gelmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı, Kapalı Kadın Katında büyük çoğunlukla psikotik ve depresif hastalar

**Geliş Tarihi:** 15.02.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Aykut ÖZDEN  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri AD, ANKARA

T Klin J Psychiatry 2001, 2

yatırılmakta, daha az olarak da kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı, demans ve psikonevrotik bozukluğu olan hastalar kabul edilmektedir. Katta tedavide genel olarak ilaç tedavisi ön planda gelmektedir. Ayrıca, ortalama 10-12 hastanın katıldığı grup terapisi haftada iki kez uygulanmakta, hastalar haftada 2 kez bireysel görüşmeye alınmakta, bir kez serbest konuşma ve bir kez bilgilendirme saatine katılmaktadırlar. Katta ayrıca, fıkrâ saati, şiir saati, gazete saati, spor saati, eğlence saati, aile planlaması saati, müzik ve uğraş terapileri gibi uygulamalar da vardır. Görüldüğü gibi, katın oldukça kapsamlı ve “dolu” bir programı vardır.

Öte yandan, bu uygulamalara rağmen güçlük yaşadığımız anlar ve hastalar vardır. Bazı hastalar programa uymak istememekte, yataktan çıkmamakta, giyimine ve bakımına yeterli özeni göstermemekte ya da ilaçlarını almak istememekte ve kat içinde kurallara uymamaktadır. Bu tip hastalar, hem kapalı psikoze servisinde çalışan tedavi ekibi üyesi için sorun yaratmakta, hem de iyileşme ve topluma dönme süreci gecikmektedir. Bu grubu, özellikle negatif belirtilerin önde olduğu şizofrenik hastalar oluşturmaktadır.

Bu güçlükleri aşmak için 1996 yılı sonlarında asıl adı “Jetonlu Ekonomi” (Token Economy) olan davranışçı psikoterapi uygulaması “Basamaklı Tedavi” (BT) adı altında başlatılmıştır. Bu yazının amacı da hem ilk yılki uygulamalarımızla ilgili deneyimlerimizi sunmak, hem de BT uygulamasını gözden geçirmektir. Bu sistemin diğer kliniklerde de uygulanması ya da uygulanmakta olanlardan geri bildirimlerin yayınlanması, sistemin ülkemiz koşullarına uyarlanması ve daha ileriye götürülmesinde faydalı olacaktır.

### Basamaklı Tedavi

Bu tedavinin temelinde hastaların olumlu davranışlarının ödülleriyle pekiştirilmesi yatmaktadır. Yaptıkları her olumlu ya da beklenen davranışa jeton ya da kupon verilip, belirli jeton toplayanların ödülleri alması sağlanmaktadır. Hastalar biriktirdikleri jetonları istedikleri gibi harcayabilmekte serbesttir ve ödülleri uygulamanın yapıldığı ortama göre ayarlanabilmektedir. Örneğin, ufak bazı hediyeler olabileceği gibi, genelde uygulanan, bazı ayrıcalıkların verilmesidir. Corrigan’a göre, bireyler

ödüllenen davranışları yineleme eğilimindedir ve ruhsal rahatsızlığı olan kişiler de ödülleri uygun kullanımı yoluyla kendine bakımı ve kişilerarası ilişkilerdeki becerileri öğrenebilirler (3). Bu tedavide ceza uygulanmamaktadır, çünkü cezaya ağırlık veren programlar hastalar tarafından itici bulunmuş ve cezanın davranış değişikliği üzerindeki etkisi ödül kadar başarılı bulunmamıştır (4). Bu uygulamada “jeton” kullanılmasının nedeni jetonların süregelen bir pekiştirme sağlama açısından “paraya” benzemesidir. Kişi ne kadar çok kazansa da sürekli daha fazlasını kazanmaya çalışmaktadır. Klasik ödüller olan şeker ve pasta, jeton kadar etkili bulunmamıştır (5).

BT kullanımıyla ilgili birçok farklı hasta grubunda ve ortamda yapılmış çalışma vardır. Cavalier ve arkadaşları BT’yi öğrenme güçlüğü olan çocuklarda (6), Carton ve Schweitzer ise pediatrik hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumu arttırmada başarıyla kullanmışlardır (7). Cassidy ve arkadaşları ağır durumdaki şizofreni hastalarında davranış şekillenmesi ve motivasyonunda BT kullanımını olumlu bulmuşlardır (8). Franco ve arkadaşları, BT ve kendine yardım modelinin birarada kullanılmasıyla, madde bağımlılığı ve bir başka ruhsal bozukluğu olan 1000’den fazla hastada şiddetin azaldığını ve hastaların grup aktivitelerine katılımının arttığını bulmuşlardır (9). Li ve Wang Çin’de 52 kronik şizofreni hastasında BT ile negatif semptomlarda anlamlı derecede azalma saptamışlar (10), Corrigan ve arkadaşları ise agresyon tedavisi üzerine yaptıkları meta-analizde BT’nin anlamlı oranda başarılı olduğunu göstermişlerdir (11).

Rowan-Szal ve arkadaşları metadon kliniğinde BT uygulamasını, az, çok ve gecikmiş ödülleriyle üçe ayırıp karşılaştırmışlar ve çok ödül grubunun daha başarılı olduğunu bulmuşlardır (12). Amass ve arkadaşları ayaktan buprenorfin tedavisine gelen opiyat bağımlılarında para, sinema bileti ve restoran kuponları gibi ödülleri kuru kalmayı pekiştirdiğini bulmuşlardır (13). Gustafson aynı olumlu sonucu geriatri katında gündelik yaşam becerilerini arttırmada göstermiştir (14). BT’de sadece ödüller verilip hatalı davranışlarda bunların kesilmesi yerine, olumlu davranışlara ödül verilmesinin gündelik yaşam becerilerini arttırmada daha başarılı olduğu gösterilmiştir (15). Day BT’yi

ruhsal bozukluğu olan suçlularda beceri eğitimi ile birlikte kullanmış ve becerilerin arttığını göstermiştir (16). Değişik bir BT uygulaması da maden işçileriyle yapılmış ve ödül sisteminin iş günü kaybını ve kazaları azalttığı gösterilmiştir (17).

Öte yandan, bütün bu olumlu sonuçlara rağmen BT'nin kullanımında zaman içinde azalma gözlenmiştir: 15-20 yıllık zaman dilimi içinde hem İngiltere'de (3), hem de Amerika'da (18) BT uygulanan merkezlerin sayısı anlamlı oranda azalmıştır. Corrigan BT'nin az kullanılmasının nedeni olarak gördüğü BT ile ilgili eleştirileri "yanlış değerlendirmeler" diye adlandırıp, genel olarak altı grup altında toplamaktadır (3):

1. BT etkisizdir.
2. BT'nin faydaları diğer ortamlara genellenemez.
3. BT bireysel tedavi planını desteklememektedir.
4. Aşağılayıcıdır.
5. Kötüye kullanıma açıktır.
6. Pratik değildir.

Aslında BT'nin etkinliğiyle ilgili yayımlar etkisizliğiyle ilgili olanlardan çok fazladır (3). Yukarıda verilen örnekler dışında, Kazdin (5), Lipman ve Motta (15), Dickerson ve arkadaşları (19) ve Corrigan (3) yazılarında BT'nin kendine bakım, sosyal etkileşim ve saldırganlığın azalmasında ne kadar faydalı olduğunu göstermişlerdir. Hofmeister ve arkadaşları da aynı olumlu sonucu akut tedavi kliniğine yatırılan hastalarla göstermiştir. Bu yazarlara göre BT hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (20). Araştırmalar BT'nin toplum içinde uygulanan tedavilerde de başarılı olduğunu göstermiştir (21). Görüldüğü gibi, BT oldukça farklı klinik alanlarda ve ülkelerde başarıyla kullanılmıştır. Her tedavi yöntemi gibi BT'nin de etkin bulunmadığı çalışmalar gösterilebilir, fakat bu diğerlerini gölgelememelidir.

Walker ve Buckley ise, bu tür koşullamaya dayalı tedavilerde uyarıcının ortadan kalkmasıyla, örneğin tedavinin bitmesiyle, elde edilenlerin kaybedildiğini ileri sürmüştür (22). Öte yandan Banzett ve arkadaşları, BT hastalarının %80'inin kazanımlarını tedavinin bitiminden sonra aylarca sürdürdüklerini (23), Rimmerman ve arkadaşları da

ilaç ve psikoterapi uygulamasına BT eklenmesinin 18 ay sonundaki tüm değerlendirmeleri olumlu etkilediğini göstermişlerdir (24). Corrigan, tedavi etkisinin kaybolmasının BT'ye özgü olmadığını, ilaç tedavisi de dahil olmak üzere bütün tedavi şekillerinde sürdürüm tedavisi verilmezse etkinin kaybolabileceğini ileri sürmüştür (3).

Bireysel tedavi planını desteklememesi şeklindeki eleştiri de aslında her ortam tedavisi yöntemi için söylenebilir ve gerçekten hastalar BT içinde dahi olsalar, bireysel gereksinimlerine göre tedavi şeklinde ayarlamalar yapılmalıdır. Johnson ve arkadaşları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda genelden çok bireyselleştirilmiş uygulamanın başarılı olduğunu göstermişlerdir (25). Hastaya bir yandan BT yöntemi uygulanırken bir yandan da ilaç ve bireysel tedavi uygulanabilir.

BT uygulamasında hastalara jetonlar, kuponlar ve puanlar veriliyor olması ve bunlar sonucunda bazı "hakların" alınması doğal olarak BT'nin aşağılayıcı ya da kötüye kullanıma açık olacağı eleştirilerini getirmiştir (3). Zaten yaftalayıcı bir rahatsızlığa yakalanmış bireyler bu yöntemle kendilerini aşağılanmış, çocuk yerine konulmuş ya da cezalandırılıyor hissedebilirler. Öte yandan, ödül-ceza uygulaması yaşamın her alanında açık ya da kapalı şekilde vardır. Çalışınca iyi not alınması, daha üretken olunca maaşın artması, kıdem verilmesi ya da tersi; işin kaybedilmesi, sınıfta kalınması vb. Psikiyatri katlarında da bu yaklaşım adı konulmadan uygulanmaktadır. Örneğin, katın kurallarına uyan hasta tedavi ekibi tarafından olumlu karşılanmakta ve örneğin dışarı çıkma izni almakta, kurallara uymayan hasta alamamaktadır. Bunun adının konulup, sistemli bir şekilde uygulanması hastaların yararına olacaktır. Stark ve arkadaşları, BT tedavisine katılan hastaların bu tekniği diğerleri kadar olumlu bulduğunu göstermiştir (26).

Corrigan BT'nin pratik olmamasıyla ilgili eleştirileri yorumlarken, başarısı gösterilmiş bir uygulamayı pratik hale getirmenin bir zorunluluk olduğunu söylemektedir. Ona göre, eleman azlığı bu uygulamanın kullanılmaması için bir neden olmamalıdır. Kaldı ki BT sanıldığı kadar masraf ve eleman gerektiren bir uygulama değildir ve kliniğin koşullarına göre basitleştirilebilir ya da genişletilebilir (3).

**Tablo 1.** Basamaklı tedavi uygulaması puan sistemi

	Kurallar	Puanlar
1. Grup	1. Zamanında uyanmak 2. El ve yüz yıkamak 3. Diş fırçalamak 4. Saç taramak 5. Yatak toplamak 6. Kılık ve kıyafetine dikkat etmek 7. Odasında sigara içmemek 9. Odasını temiz ve düzenli tutmak 10. Gündüz uyumamak, yatmamak 11. İlaçlarını düzenli almak 12. Katı izinsiz terk etmemek 13. Kendine zarar vermemek 14. Başkalarına zarar vermemek 15. Eşyalara zarar vermemek	Her biri 1 puan Toplam 15 madde Her gün en az 14 puan alınmalı Son beşinden tam puan alınmalı
2. Grup	1. Tedaviyi kabul etmek 2. Ortam kullanımı 3. Grup aktivitelerine katılmak 4. Tedavi odasına izinsiz girmemek 5. Kol görevlerini yerine getirmek 6. İzin süresini aşmamak	Her biri 2 puan Toplam 6 madde Her gün en az 10 puan alınmalı

### AÜTF Psikiyatri Kliniği'nde Basamaklı Tedavi Uygulamaları

AÜTF Psikiyatri Kliniği'nde "Basamaklı Tedavi" uygulamaları 1991 yılında Gündüz Hastanesi'nde (GH) başlatılmıştır. Bu uygulamada hastalar, temizlik, bakım, kat kurallarına uyma, kat aktivitelerine (grup terapisi, müzik terapisi, vb.) uyma ve iyi performans gösterme gibi alanlarda değerlendiriliyor, bunlardan puan alıyor ve belirli puan toplayanlar basamak atlıyordu. Her basamak atlayışlarında bazı ayrıcalıklar kazanıyorlardı. GH'ne kabul edilen hastalara uygulanan bu sistemin, yararları üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların belirti şiddetleri üzerinde olumlu sonuçları olduğu gösterilmiştir (27).

1996 yılı içinde GH ve Kapalı Kadın ve Erkek Psikoz Katı ekiplerinin biraraya gelmesiyle, BT uygulaması kapalı katlarda kullanılabilecek şekilde düzenlenmiştir. Kapalı katlara hastalığı daha şiddetli olan hastalar kabul edildiği için uygulama biraz daha basitleştirilmiş ve verilen ayrıcalıklar daha farklılaştırılmıştır. Tablo 1'de verilen puanlar, Tablo 2'de de basamaklara göre ayrıcalıklar özetlenmiştir. Uygulamada jeton yerine puan verilmesi kararlaştırılmıştır. Bunun nedeni puan uygulamasının daha

**Tablo 2.** Basamaklara göre kazanılan ayrıcalıklar

	Ayrıcalıklar*
1. Basamak	Giriş basamağı olduğu için hemen hiçbir ayrıcalık yok. Dışarıdan telefon kabul edebiliyor, önemli birşey için dışarıyı arayabiliyor.
2. Basamak	Hafta sonu eve izinli çıkabiliyor** Ziyaretçi kabul edebiliyor.
3. Basamak	Dışarıyı kat dışındaki kartlı telefonla arayabiliyor. Kat dışındaki kafeteryaya gidebiliyor. Hafta içinde refekatle saatlik izne çıkabiliyor.**
4. Basamak	Hafta sonu iznini 3 ya da 4 güne uzatabiliyor.** Durumu uygunsa akşamları evinde kalıp, gündüzleri kata gelebiliyor.** İlk uygun zamanda taburcu ediliyor.

\* Her basamak bir önceki basamağın ayrıcalıklarını da kapsamaktadır.

\*\* Ekip tarafından onaylanarak.

kolay olması ve sonuçta hastalara jetonla alacakları ödülleri yerine, puan toplayıp kazanacakları ayrıcalıklar verilmesinin tercih edilmesidir.

Uygulama, AÜTF Kadın ve Erkek Psikoza katlarında 1996 yılı son aylarında başlatılmıştır. Kurallar ve ayrıcalıklar büyük poster haline getirilip, hem katın içine, hem de hasta yakınları düşünülerek dışına asılmıştır. Ayrıca hastalarla birlikte bir toplantı yapılarak uygulama anlatılmış, soruları yanıtlanmış ve ardından iki grup için hastalar dört basamağa bölünerek uygulama başlatılmıştır. Kata daha sonraki günlerde kabul edilen hastalar ilk basamaktan başlatılarak devam edilmiştir. Yeni hastalara uygulamayı, sorumlu hemşire anlatmıştır. Bu hemşirenin görevi, yeni hastalara uygulamayı anlatmak dışında, eskilere hatırlatmalarda bulunmak ve günlük olarak hastaların puanlarını verip basamaklarını izlemektir. Puanlar hastalara detaylı şekilde anlatılarak verilmektedir. Hastanın yöntemden faydalanabilmesi için neden puan aldığını ya da alamadığını açık bir şekilde bilmesi gereklidir.

Bu sistemde, yatan hastalar ilk önce “Birinci Basamak” adını verdiğimiz giriş basamağına kabul edilmektedirler. Bu basamakta hastaların telefon dışında özel bir ayrıcalıkları yoktur. Ardarda 5 gün yeterli puanı toplarlarsa ikinci basamağına ve ardından beşer gün arayla diğer basamaklara geçmektedirler. Her basamak geçişlerinde, Tablo 2’de de görüldüğü gibi, çoğunlukla izinlerle ilgili ayrıcalıklar kazanmaktadırlar. Hastalar ilk basamaktayken sadece 1. gruptaki kurallara uyması beklenmektedir, fakat diğer üç basamakta hem birinci hem de ikinci gruptakilere uyması istenmektedir. İkinci grupta duruma göre 0-1-2 puan verilmektedir. Örneğin gruba katılmak 1 puan, aktif olarak katılımda bulunmak 2 puan olarak değerlendirilmektedir.

Hastalar belirli bir ilerleme gösterip daha sonra dururlarsa basamak düşebilmektedirler. Hastalar bütün basamakları zamanında geçerse, hafta sonları puan verilmediği için, ortalama yatışları en az 15 iş günü olmaktadır. Hafta sonlarının eklenmesiyle yatış 20 günü aşmaktadır. Halbuki bazı hastalar için kısa yatış uygundur. Bu gibi hastalar, eğer kısa yatacakları önceden belliyse, 2. basamaktan başlatılmakta, takılıp ilerleyemeyen hastalara da ödev verilerek yardım edilebilmektedir. Ödevler genelde hastalardan sorunları göz önüne alınarak seçilen bir konu üzerinde bir yazı yazmaları şeklinde olmaktadır.

## BT Uygulamasının Olumlu Yanları ve Karşılaşılan Zorluklar

Bu tedavi yönteminin katta uygulanmaya geçilmesinden önce bazı zorlukların aşılması gerekiyor. Öncelikle, katın yıllardır sürmekte olan ve ekip tarafından alışılmış bir uygulaması vardı. Bu uygulamanın dışında yeni bir sistemin getirilmesi, doğal olarak ekipte öncelikle kuşkuyla karşılandı. Ekip toplantılarıyla, bu uygulamanın iş yükünü gereğinden fazla arttırmayacağı, hatta aksine hastaların motivasyonu ve kendilerine bakımları artabileceği için iş yükünün azalabileceği tartışıldı. Doğal olarak bir hemşirenin BT uygulamalarıyla görevlendirilmesi, diğerlerinin iş yükünü arttıracaktı. Öte yandan hemşirelerden aldığımız geri bildirim ve gözlemlerimiz, bu artışın üstesinden gelinmeyecek düzeyde olmadığı şeklinde olmuştur.

Diğer bir önemli nokta ekibin bu uygulamayı tam olarak özümsemesidir. Yöntemin temeli ve amaçları ekip tarafından iyi anlaşılmazsa tutarsız bir şekilde kullanılması, yukarıda sözedildiği gibi kötüye kullanılması veya farkında olmadan sabote edilmesiyle karşı karşıya kalınabilecektir. Pizzello ve Breitmayer (28) BT uygulamasının sistemli bir şekilde gözlenmesini, çünkü tedavi ekibinin ödülleri tutarsız dağıtılabildiğini ve hangi davranışın ödüllendirileceğini karıştırabildiğini belirtmiştir (28). Bu sorun da ekibin iyi bir şekilde bilgilendirilmesiyle ve uygulama başladıktan sonra düzenli aralıklarla gözden geçirilmesiyle çözülmeye çalışılmıştır. BT ne kadar basitleştirilmeye çalışılmış olsa da bazı noktalar ancak uygulamaya başladıktan sonra netliğe kavuşmuştur. Örneğin, basamak düşmek ve ödev vermek.

Uygulamaya geçildikten sonra, özellikle kata yeni yatırılan ve ilk günden itibaren bu uygulamayla karşılaşan hastalarda önemli oranda olumlu değişim gözlenmiştir. Bu değişimi özetlemek gerekirse, hastaların kendilerine bakımı artmış, hastalar daha aktifleşmiş ve katta gözle görülür canlanma ve düzenlenme olmuştur. Bu canlanma hastaların birbirlerini örnek almasına ve daha fazla olumlu davranışlara yol açmıştır. Katta yıkıcı davranışlar azalmış ve hastalar kendilerini daha fazla kontrol etmeye başlamışlardır. Ayrıca, hastalar kendilerine karşı tutumun keyfi olmadığını, katta asılı duran kurallar çerçevesinde uygulandığını

düşünmeye başlamışlardır. Örneğin, eğer hafta sonu izni verilmediyse, bunun nedenleri açık bir şekilde hastaya gösterilmiştir. Daha önce ise hastalar bu tür kısıtlamaları kendilerine göre yorumlayabilmekteydiler. Örneğin izin alamayan hasta bunu “Ben sevilmiyorum”, “Değersizim”, “Herkes bana karşı, düşman” ya da “Cezalandırılıyorum” gibi değerlendirebilmekteydi. Bu uygulamayla bu açıklama daha kolay ve nesnel bir hale getirilmiştir.

Hastalar uygulamayı genel olarak önce kuşkuyla karşılamış, sonra zor bulmuş, fakat ardından sürekli açıklamalar ve hatırlatmalar sayesinde kavramışlar ve benimsemişlerdir. Genel olarak izlenimimiz hastaların da hasta yakınlarının da uygulamayı olumlu değerlendirdikleridir. Hastalar ve yakınları bu uygulama sayesinde kendilerine açık ve tutarlı bir şekilde yaklaşıldığını düşünmüşlerdir ve ayrıca kata ilişkin bakışları daha olumlu hale gelmiştir. Bu uygulamayla çoğu ilk kez karşılaştığı için bunu modernlik olarak yorumlamış, bu da doğal olarak her tedavide varolan plasebo etkisini arttırmıştır. Herşeye rağmen bazı hastalardan uygulamanın tutarsız olduğu şeklinde yakınmalar da gelmiştir. Miller ve Cosgrove da hastaların BT'nin tedavi ekibi tarafından tutarsız uygulandığına inandığını belirtmiştir (29). Bu beklediğimiz bir yakınma olup, hastalarla yaptığımız toplantılarda ne gibi tutarsızlıklar olduğu tartışılıp gerekli açıklamalar yapılmıştır. Örneğin, neden bazı hastaların ikinci basamaktan başlatıldığı, neden bazı hastaların basamak atlayıp bazılarının atlamadığı tartışma konusu olmuş, fakat yerinde açıklamalarla sorun çoğu zaman çözülmüştür.

Az sayıda hasta (örneğin oldukça ileri derecede negatif belirtili ya da dezorganize şizofrenler) uygulamayı hiçbir şekilde ciddiye almamışlar, doğal olarak da dördüncü basamağa gelememişler ve kısmi bir ilerlemeyle taburcu edilmişlerdir. Bu durum, yine hastalara toplantı yoluyla açıklanmıştır. Aksi durumda, hastaların uygulamaya olan inançlarının sarsılması ve motivasyonlarının düşmesi söz konusu olabilmektedir.

Başka bir zorluk da, bazı üst düzeyde işlevselliğe sahip hastaların kolaylıkla basamak atlayıp, daha hazır olmamalarına rağmen izin alabilecekleri basamağa gelmelerinde yaşanmıştır. Bir hasta bu şekilde basamak atlayıp izin almış ve daha sonra kata dönmemiştir. Bunun üzerine hastalara izinlerin

ekip tarafından onaylanması gerektiği bildirilmiştir. Hastalara ayrıca ekibin hemen daima izni onayladığı, fakat tersi olursa da nedeninin açıklanacağı belirtilmiştir. Hastalardan aldığımız izlenim, izin konusuna ekip onayını alma şartının koşullanmasının pekiştirmeyi azaltmadığı şeklindedir; çünkü iznin onaylanmaması çok nadiren olmakta ve hastalara toplu bir şekilde açıklanmaktadır. Bu uygulama GH'de uygulanırken basamak atlamalar yeterli puan toplanmış olsa bile diğer hastalarla oynanarak yapılıyordu. Bu hastalarda kontrol hissini artırsa bile yukarıda sözedilen sorun için bir çözüm olarak görülmemiştir. Çünkü hastalar intihar düşüncelerini onlardan saklayan ve tüm kurallara uyup basamak atlayan hastanın iznini onaylama eğiliminde olacaktırlar. İzinlerin kazanılan ayrıcalıklar/ödülleri listesinden çıkarılması bir çözüm olabilir; fakat iznin gerçekten en önemli güdüleyici olarak görülmesi, ikincisi de yerine koyacak ödüllerin fazla olmaması bu olasılığı ortadan kaldırmıştır.

## Sonuç

BT uygulaması AÜTF Psikiyatri Kliniği KKK'da uygulanmaya geçildikten sonra, bu yazıyla, ilk gözlemlerimizi sunmak istedik. Deneyimimiz bu uygulamanın hastalar tarafından anlaşıldığı, olumlu bulunduğu, benimsendiği ve faydalandığı şeklindedir. Hastaların kişisel bakımları artmış, daha aktifleşmişler, katın kuralları ve taburculuk şartları daha belirli hale gelmiş ve yıkıcı davranışlarda belli bir oranda azalma gözlenmiştir.

Öte yandan, BT uygulamasıyla ilgili gözlemlerimizi sunduğumuz bu yazı bir başlangıç yazısı olarak değerlendirilmelidir. Özellikle “olumlu ve olumsuz” yanları diye özetlediğimiz özellikler sadece gözlemlerimize dayanmaktadır ve doğal olarak nesnel olmaktan uzaktır. Bu yazının amacı bu uygulamayla ilgili ilk deneyimlerimizi paylaşmak ve bilgi vermektir. Hastaların bu uygulamayla ilgili geri bildirimlerinin nesnel bir şekilde değerlendirilmesi, tamamlamakta olduğumuz bir diğer çalışmadır ve yakında yayınlanacaktır. Hastaların faydalanma düzeylerinin ve bunun kalıcılığının değerlendirilmesi de üçüncü ve belki de en önemli basamak olacaktır. Ayrıca her terapi uygulamasında olduğu gibi bu uygulama da değişime açıktır. Örneğin, ayrıcalıklar, kurallar, ödüller, hatta puan

yerine jeton verilmesi gibi değişiklikler, sonuç üzerinde olumlu ya da olumsuz etki yapabilecektir. Bu nedenle bu konu uygulamaya ve araştırmaya açıktır.

BT uygulamasıyla ilgili ülkemizde Soykan ve arkadaşlarının dışında (27) yayına rastlanmamıştır. Bu BT'nin uygulanmadığı anlamına gelmez, fakat yayınlar çoğalmadıkça en uygun yöntemi bulmak zor olacaktır. Bu nedenle meslektaşlarımızı bu yöntemi uygulamaya, uygulayanları da deneyimlerini paylaşmaya davet ediyoruz.

### KAYNAKLAR

- Creed F, Black D, Antony P, Osborne M. Randomised controlled trial of day patients versus inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 1990; 300(6731):1033-37.
- Özden A, İzmir M, Ergun U, Göğüs AK. AÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne 1982 ve 1992 yıllarında yatırılan hastalar arası karşılaştırma çalışması. *Kriz Dergisi* 1995; 3(1-2):144-9.
- Corrigan PW. Use of a token economy with seriously mentally ill patients: criticisms and misconceptions. *Psychiatr Serv* 1995; 46(12):1258-63.
- Corrigan PW. Strategies that overcome barriers to token economies in community programs for severe mentally ill adults. *Community Ment Health J* 1991; 27(1):17-30.
- Kazdin AE. The token economy: a decade later. *J Applied Behavior Analysis* 1982; 15:431-45.
- Cavalier AR, Ferretti RP, Hodges AE. Self-management within a classroom token economy for students with learning disabilities. *Res Dev Disabil* 1997; 18(3):167-78.
- Carton JS. Use of token economy to increase compliance during hemodialysis. *J Appl Behav Anal* 1996; 29(1):111-3.
- Cassidy JJ, Easton M, Capelli C, Singer A, Bilodeau A. Cognitive remediation of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatr* 1996; 67(4):313-21.
- Franco H, Galanter M, Castanede R, Patterson J. Combining behavioral and self-help approaches in the patient management of dually diagnosed patients. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12(3):227-32.
- Li F, Wang M. A behavioral training program for chronic schizophrenic patients. A three month randomised controlled trial in Beijing. *Br J Psychiatry Suppl* 1994; 24:32-7.
- Corrigan PW, Yudofsky SC, Silver JM. Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients. *Hosp Comm Psychiatr* 1993; 44(2):125-33.
- Rowan-Szal G, Joe GW, Chatham LR, Simpson DD. A simple reinforcement system for methadone clients in a community-based treatment program. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(3):217-23.
- Amass L, Bickell WK, Crean JP, Higgins ST, Badger GJ. Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program. *J Subst Abuse Treat* 1996; 13(1):43-9.
- Gustafson R. Operant conditioning of activities of daily living on a psychogeriatric ward: a simple method. *Psychol Rep* 1992; 70(2):603-7.
- Lippman MR, Motta RW. Effects of negative and positive reinforcement on daily living skills in chronic psychiatric patients in community residences. *J Clin Psychol* 1993; 49:654-62.
- Day K. A hospital-based treatment programme for male mentally handicapped offenders. *Br J Psychiatry* 1989; 153:635-44.
- Fox DK, Hopkins BL, Anger WK. The long-term effects of a token economy on safety performance in openpit mining. *J Appl Behav Anal* 1987; 20(3):215-24.
- Boudewyns P, Fry T, Nightingale E. Token economy programs in VA medical centres: where they today? *Behavior Therapist* 1986; 6:126-7.
- Dickerson F, Ringel N, Parente F et al. Seclusion and restraint, assaultiveness and patient performance in a token economy. *Hosp and Comm Psychiatr* 1994; 45:168-70.
- Hofmeister JG, Schenkenbach AF, Clayton SH. A behavior program for the treatment of chronic patient. *Am J Psychiatr* 1979; 136:396-400.
- Denkowski GC, Denkowski KM. Community based residential treatment of the mentally retarded adolescent offender: phase 1: reduction of aggressive behavior. *J of Comm Psychology* 1985; 13:299-305.
- Walker H, Buckley N. The use of positive reinforcement in conditioning attending behavior. *J Appl Behav Analysis* 1968; 1:242-52.
- Banzett LK, Liberman RP, Moore JW et al. Long-term follow-up of the effects of behavior therapy. *Hosp and Comm Psychiatr* 1984; 35:277-9.
- Rimmerman A, Finn H, Schnee J, Klein I. Token reinforcement in the psychosocial rehabilitation of individuals with chronic mental illness: is it effective over time? *Int J Rehab Res* 1991; 14(2):123-30.
- Johnson CR, Handen BL, Lubetsky MJ, Sacco KA. Efficacy of methylphenidate and behavioral intervention on classroom behavior in children with ADHA and mental retardation. *Behav Modif* 1994; 18(4):480-7.
- Stark FM, Liberman RP, Corrigan PW. Schizophrenic patients attitudes to therapists using behavioral and holistic humanistic techniques. *J Psychother Prac Res* 1992; 1:80-5.
- Soykan A, Ünlüoğlu G, Soykan Ç. Gündüz Hastanesi'nde yapılan tedavilerin sonuçlarına ilişkin bulgular. *Sözel Bildiri, Şizofrenide Gelişmeler Kongresi, Numune Hastanesi, Ankara, Mart 1996.*
- Pizzello L, Breitmayer BJ. Evaluation of treatment integrity on a child psychiatric unit: an illustration. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs* 1993; 6(3):15-22.
- Miller RP, Cosgrove JM. An appeals system for fines received by adolescent in a token economy. *Adolescence* 1989; 24(96):989-95.