



PSİKOTERAPİLER

Prof. Dr. Mine Özmen

Giriş

Psikoterapi, kişinin uyumunu bozan davranışlarını gidermek, içgörü geliştirmek ya da semptomu ortadan kaldırmak amacıyla, normal ve patolojik gelişim kuramları temel alınarak uygulanan, terapist ile hastanın sözlü iletişimlerine ve dinamik bir ilişki içerisinde etkileşimlerine dayanan, değişim oluşturmayı amaçlayan psikiyatrik bir tedavi yöntemidir. Yapılan çalışmalar bu tedavilerin etkinliğini göstermektedir. Bazı bozukluklar için (örn. Yeme bozuklukları) ilk seçilecek tedavi psikoterapidir, bazı bozukluklarda ise (örn. Şizofreni, duygudurum ve anksiyete bozuklukları) ilaç tedavisi ile birlikte uygulandığında daha olumlu sonuç alınır.

Psikoterapi, en eski tıp disiplinlerinden biridir. Binlerce yıl önce şamanların tedavi ritüellerinde, Mısır'da, eski Yunan'da psikoterapötik yöntemler kullanılırdı. Ancak psikoterapi, psikiyatrik bir tedavi olarak 19.yüzyılda kullanılmaya başlandı. Bilimsel psikoterapinin öncüleri A. Mesmer, J. Braid, J..M. Charcot ve P. Janet'in hipnoz uygulamaları idi. S. Freud, hipnoz bilimsel kullanımından yola çıkarak psikanalizi geliştirdi. A. Adler, G. Yung, K. Horney, E. Fromm, H.S. Sullivan, M. Klein, J. Bowlby ve S. Ferenczi özgün katkılarıyla, insanın gelişim sürecinin farklı yönleri üzerinde durdular ve psikanalizi zenginleştirdiler. Zaman içinde terapistin çok daha aktif, esnek ve eklektik olduğu ancak temelde psikanalitik teknikleri kullandıkları dinamik psikoterapiler daha sıklıkla uygulanmaya başlandı. Skinner ve başka araştırmacılar da Pavlov'un şartlı refleks ve koşullanma ilkelerini temel alarak öğrenme kuramını geliştirdiler ve modern davranış tedavisinin temellerini attılar. Öte yandan A. Beck düşüncelerimizin pek çok duygu ve davranışlarımızı belirlediğini ileri sürerek bilişsel psikoterapiyi geliştirdi.

Psikanaliz, getirdiği yepyeni bakış açısı ile hastayı dinleme, insan onuruna yaraşır biçimde davranma, eşduyum içerisine girebilme gibi alanlarda psikiyatridi zenginleştirmiştir. Ancak sonraları biyolojik bilimlerden uzaklaşarak daha entellektüel ve tıp dışı bir alan olarak algılanmaya başlanmıştır. Giderek biyolojik psikiyatri ve dinamik psikiyatri birbirinden uzaklaşmış, iki ayrı alan gibi algılanmaya başlanmıştır. Oysa günümüzde

tüm zihinsel işlevlerin biyolojik, dolayısı ile organik değişikliklere bağlı olduğu, merkezi sinir sisteminde değişiklik olmadan davranış değişikliği olmayacağı kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar erken çocukluk dönemindeki yaşantıların beyinde yapısal değişiklikler oluşturduğunu göstermektedir. Gene öğrenme ile beyinde kalıcı değişiklikler oluşmaktadır. Psikoterapi de bir tür öğrenme sürecidir. İlaç tedavisi ve psikoterapi birbirini dışlayan değil tamamlayan ve güçlendiren tedavilerdir. Psikoterapi birçok hastalığın tedavisinde tedavi planının çok önemli bir parçasıdır.

Psikoterapi uygulamaları ilk bakışta pahalı bir yöntem olarak gözüksün de hastaneye yatış süresini, gereksiz yere hekimlere başvurmayı ve gereksiz tetkikleri azaltır, dolayısı ile uzun dönemde sağlık harcamalarını azaltır ve herşeyden önemlisi kişinin yaşam kalitesini artırır. Bir çok psikiyatrik hastalıkta ilaç tedavisine psikoterapi eklendiğinde sonuç her ikisinin de birlikte uygulanmasından özellikle nüksleri önlemek açısından daha başarılıdır. Psikoterapiden yarar gören vakalarda görmeyenlere oranla intihar girişiminin daha az olduğu gösterilmiştir Psikoterapi sadece okuyarak öğrenilmez, uygulayacak kişinin o konuda uygulamalı eğitim ve denetim sürecinden geçmiş olması gerekir.

Bu bölümde klinikte en sık kullanılan psikoterapilerden söz edilecektir. Hastaların değişmesinde farklı terapi uygulamalarında kullanılan değişik tekniklerden çok bütün psikoterapilerde ortak olan bazı unsurların etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar anlayan, dinleyen ve netleştirmeler yapan biriyle konuşarak daha önce söze dökülmemiş sorunların sözelleştirilmesi, farkedilmemiş olan bağlantıların farkedilmesi, duyguların dışa vurulması, bilgilenme, umut uyandırma, telkin, rehberlik ve terapötik ilişki kurulması olarak sıralanabilir.

Psikoterapi pek çok psikiyatrik hastalıkta uygulanabilir. Önemli olan hastanın gereksinimlerine ve koşullarına uygun olan yaklaşımın seçilmesidir. Özellikle hastanın birden çok psikiyatrik tanısı aldığı durumlarda tüm semptomları açıklayacak ortak payda bulunabilir. Hasta gelişimsel öyküsü içerisinde daha iyi anlaşılabilir ve psikoterapi ile içgörüyü geliştirmesine yardım etmek gerekebilir. Örneğin bir hasta kişilik bozukluğu, panik bozukluk, depresyon anksiyete ve paranoid fikirler gibi pek çok sorunla hekime başvurabilir. Kendisini çaresiz olarak görmektedir ve bunu saldırgan tutumlarla telafi etmektedir. Bu saldırgan tutumlara tepki gösteren kişiler ise kötülük yapmak isteyen düşmanlar olarak algılanabilir. Bu durumda kişinin kaygıları giderek artar, bu kaygıları kontrol edemediğini düşünmeye devam ederken bir gün tam bir panik atak geçirebilir. Durumunu kavramasına ve anlamlandırmasına yardım edecek bir psikoterapi süreci hastaya çok yararlı olabilir. Gerçekten kişilik bozukluğu tanısı alan bir kişi, en fazla uzun süreli, ciddi ve enerjik bir biçimde uygulanan psikoterapiden yarar görecektir. Çocuk ve ergenler de psikoterapiden daha fazla yararlanacak diğer gruplar olarak düşünülebilir. İlaç tedavisine yanıt vermeyen durumlarda da psikoterapinin tedaviye eklenmesi faydalı olabilir.

Psikanaliz ve Psikanalitik (Psikodinamik) Psikoterapiler

Bu grupta yer alan psikoterapiler Freud'un dinamik bilinçdışı ve psikolojik çatışma kuramını temel alırlar. Bu tedavilerde temel amaç hastanın çözülmemiş çocukluk çağı

örselenmeleri temelinde oluşan ve semptom olarak ortaya çıkan bilinçdışı çatışmalarına içgörü kazanarak erişkin iletişim ve davranım özelliklerini kazanmasıdır. Hastanın sorununun şimdiki olaylardan çok geçmişten kaynaklandığı düşünülüyorsa dinamik psikoterapi uygun bir seçim olabilir.

Psikanalitik kavram ve teknikler

Bilinç öncesi

Bilinçalanımızda olmadığı halde dikkatimizi yönelttiğimizde anımsayabileceğimiz bilgiler. (ilkokul öğretmenimizi anımsamak)

Bilinçdışı

Kabuledilemez duygu ve dürtülerin bastırılarak unutulur ve bilincin dışına depolanır. Örneğin 3 yaşında bir çocuğun kardeşini öldürme isteği kabul edilemez olduğundan bastırılır ve bilinçdışına atılır. Dil sürçmeleri ve rüyalarda ise ortaya çıkar. Bu bakışa göre kişi özgür olduğunu sanır ancak düşündüğü kadar bağımsız değildir. Bilinçdışı nın yazdığı senaryoyu oynamaktadır. Eş seçimi, iş seçimi tesadüfen değil bilinçdışı gereksinimlere göre gerçekleşmektedir.

Ego

Kişinin ruhsal aygıtının gerçekle ilişki içerisinde olan bölümüdür. Egonun işlevleri, gerçeklik duygusunun korumak, gerçeği sınamak, uyumu sağlamak, dürtüleri düzenlemek ve kontrol etmek, diğer kişilerle ilişkileri ve bilişsel, savunma amaçlı işlevleri düzenlemektir.

Serbest çağrışım

Ne denli kabul edilemez, utanç verici ya da önemsiz gözükmüşse gözüksün, hastanın aklına gelen düşünceleri sansür koymaksızın terapistte açıklamasıdır. Hastanın çağrışımlarının hekimi ve hastayı bilinçdışı çatışmalara yönlendiren bir sıra izleyeceği varsayılır.

Düşlerin yorumlanması

Dinamik psikoterapilerde düşlerin günlük olayların bilinçdışını uyarması sonucunda oluştuğu ve bilinçdışına giden bir yol olduğu kabul edilir. Düşlerin görünen içeriğinin yanında bir de çözümlendiğinde ortaya çıkan, bilinçdışı gizli bir anlamı vardır. Hasta sorununu adeta sanatsal bir anlatımla, imgeler ve çarpıtmalarla tanınmaz hale getirerek sahneye koymaktadır.

Olgu-1

25 yaşında evli bir çocuklu bayan hasta, hastanemizin acil polikliniğine, çarpıntı, nefes alamama yakınmaları ile başvurmuş ve yapılan tetkiklerde semptomlarını açıklayacak bir organik patoloji saptanamamış, panik atak tanısı ile psikiyatri polikliniğimize gönderilmişti. Psikiyatrik muayenesinde panik atak geçirmeden bir gün önce eşinin erkek arkadaşının kendisine elle sarkıntılık ettiğinden, ikinci görüşmede şöyle bir rüya gördüğünden söz

etti “rüyamda tesettürlüyüm, bayılmışım, yerde yatıyorum. Beni bir erkek ayıltmış, ancak kim olduğunu bilmiyorum. Aramaya gidiyorum. Bir gölün karşı kıyısında onu buluyorum. Ondan bana doğru havada bir elma uçarak yavaşça geliyor, elmayı alıyorum, bir kez ısırıyorum. Gene kayboluyor, aramaya devam ediyorum ve onu bir otel odasında bir başka erkekle birlikte, balerin elbiseleri giymiş durumda buluyorum; şişman, kel ve göbekli biri imiş.”

Bu rüya çok yüzeysel olarak araştırıldığında bile, hastanın cinsel dürtülerinden korktuğu, suçluluk hissettiği (rüyada kapalı giyinmesi-“ben tahrik etmedim”, elmayı ısırması-ilk günah-) hekim tarafından anlaşılabilir ve böylece henüz iç dünyası tam anlaşılmamış olsa da çatışmalarına dair bir ipucu elde edilebilir ve hastayı daha zengin bir bakışla kavramak mümkün olur. Psikoterapiye alınan bir hastada ise bunlar hasta birlikte araştırılır ve hastanın da bilinçdışı süreçlerini kavramasına yardım edilir.

Dil sürçmelerinin yorumlanması

Dil sürçmeleri de tıpkı düşler gibi bilinçdışı içeriğin bilinç alanına sızması olarak kabul edilir.

Olgu-2

İrlanda göçmeni Amerikalı bir katolik ailenin, 11 çocuğunun dokuzuncusu. Birkaç seneliğine Türkiye’de çalışıyor. Erkek arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdüremediği yakınmaları ile başvurmuş. Babasının ölümünden söz ederken cenaze (funeral) yerine, düğün (wedding) kelimelerini, kullandı. Sonraki, görüşmelerde babasının kendisinden 2 yaş büyük ablasını tercih ettiğini algıladığı, bu duruma çok içerlediği, kızdığı anlaşıldı. Babası 9 yaşında iken ani bir kalp krizi ile ölmüştü, Ardından kendisini onun zaman zaman ölmesini dilediği için suçlu hissetmeye başladığını farketti. Babasına yönelik öfkesi bastırmasına karşın bir dil sürçmesi ile açığa çıkmıştı.

Yukarıdaki örnekte de görüldüğü gibi dil sürçmesi hastanın bilinçdışı süreçleri hakkında hekime ipucu vermekte onu daha derinden kavramasına yardım etmektedir.

Aktarım ve karşı aktarım

Bütün psikiyatrik tedavilerde hasta ile terapistin ilişkisi tedaviye yardımcı olabileceği gibi ket de vurabilir. Hekim hasta ilişkisinin bir gerçekçi tarafı, bir de gerçek dışı tarafı vardır. Bu ilişkinin gerçekçi yönü hastanın ve terapistin birlikte sorunu çözümlenmeye çalışırken, hem hastanın çocukluk çağında yerleşmiş olan temel güven duygusuna, hem de hekimin hastasının onuruna saygı duymasına, onu olduğu gibi kabul etmesine bağlı olarak gelişen terapötik işbirliğidir. Psikoterapide çok yakın bir ilişki kurulur ve hasta çok özel duygularını paylaşır, oysa terapist kendisi ile ilgili ya hiç bilgi vermez ya da çok sınırlı bilgi verir. Terapist daha çok dinlediğinden hasta ona yönelik fanteziler kurmaya başlar ve ilişkinin gerçek dışı tarafı gelişmeye başlar; hasta ebeveynlerine ya da onların yerine geçen kişilere karşı hissettiği duyguları ve dilekleri terapistine yönlendirir. Buna aktarım adı verilir. Aktarım duyguları olumlu (terapist çok değerli, nitelikli, sıradışı algılanır) ya da olum-

suz (korkulacak, eleştiren, değer vermeyen biri olarak algılanır) nitelikte olabilir. Her iki durum da hastanın çözümlenmemiş çocukluk çağı çatışmalarını tekrarlama gereksinimini yansıtmaktadır. Sıklıkla aktarım hem olumlu, hem de olumsuz duyguları içerir; sevgi, nefret, kıskançlık, öc alma isteği gibi duyguların karmaşık bir bileşiminden oluşabilir. Bu davranışı tanımak ve bu tür taleplere karşılık vermemek ancak bu tür bilinçdışı davranışları anlamak ve hasta ile birlikte çalışmak psikoterapinin temelidir.

Psikoterapötik süreç içerisinde hekimin de hastaya yönelik bazı duyguları ortaya çıkacaktır. Bu duygular bazen doğrudan hastanın iç dünyasının yansımasıdır. Ancak bazen de hekim kendi geçmişini nedeniyle hastayı gerçekdışı bir biçimde algılayacak ve kendi beklentilerini hastaya yansıtabilecektir. İdeal olarak terapistin kendi aktarım duygularından haberdar olması ve bunların onun nesnellliğini etkilemesine izin vermemesi gerekir. Bu da eğitim sürecinde uygulanan denetim seansları ve bir çok kez terapistin kendisinin de terapi sürecinden geçmesi ile sağlanır. Örneğin sınır kişilik bozukluğu tanısı ile psikoterapiye alınmış hasta, geçmişten gelen nedenlerle, halihazırdaki tüm ilişkilerinde olduğu gibi hemen her başvurduğu hekimde de şiddetli öfke duyguları uyandıracaktır. Ayrıca hekim de örneğin kendi geçmişindeki öfkeli ve ona haksızlık eden bir ebeveynle olan çatışmalarının etkisi ile çok daha fazla öfkelenebilir ve bunu ayırdemese hastayı hiç farketmeden reddedebilir, tedavinin erken sonlanmasına neden olabilir. Eğitim görmüş bir terapist ise bu duygularını tanıyabilir, kendisinden gelen faktörleri farkedebilir ve bu duyguları hastasının yararına kullanarak onun iç dünyası hakkında bilgi veren bir kaynak olarak kabul eder. Böylece herkes ondan uzaklaşırken terapist kendisine biçilmiş rolü oynamaz ve hastanın kendisine yansıttığı olumsuz duyguları modifiye ederek geri yansıtabilir. Karşı aktarım ve aktarım kavramları hasta hekim ilişkisi açısından da önemli kavramlardır. Hasta hekim ilişkisinde ortaya çıkan güçlü duygular muhtemelen her iki tarafın da kendi geçmişlerinin etkisiyle bugünkü ilişkilere taşıdıkları duyguları ve beklentileri içerir. Örneğin yitirdiği büyükbabasına çok bağlı bir hekim onun ölümünden bilindiği bir suçluluk hissetmektedir. Yaşlı hastalarından bazılarını sık sık kontrole çağırarak, gelmezlerse merak etmekte, bazen gereksiz olsa da ilaçlar yazmaktadır. Bu durumda karşı-aktarımdan söz etmek gerekir; hekim aslında kendi bilinçdışı sıkıntı ve suçluluk duyguları ile mücadele etmektedir.

Aktarım duyguları ve karşı aktarım duyguları terapi sürecinde güçlükler yol açabilir. Hasta seansları uzatmaya çalışır, ek seans talep edebilir ya da hekimi intiharla tehdit edebilir. Hekim de hastasına gereksiz yere öfkelenebilir yada aşırı ilgi gösterebilir. Ancak nasıl tanımlanacağı ve baş edileceği bilindiğinde hem hastanın, hem de hekimin kendisini daha iyi tanımasını sağlar ve tedaviye çok yardımcı olur.

Aktarım ve karşı aktarım en yoğun olarak uzun psikodinamik psikoterapi uygulamaları sırasında gelişmekle birlikte, her türlü hekim hasta ilişkisinde de ortaya çıkar, olumsuz olduğunda hastanın tedavisi güçleşir (bakınız:olgu-4).

Yorum

Hastanın daha önce anlamadığı ya da ona anlamsız gelen duygu ve davranışlarının psikolojik anlamları hakkında açıklamalar yapılmasıdır. Şimdiki çatışmalar ve buna etki

eden ve geçmişten gelen faktörler hastaya açıklanır. Uygun zamanda yorum yapabilmek klinik tecrübe ile kazanılan bir deneyimdir. Yorumlar dinamik psikoterapinin önemli gereçlerinden biridir. Halihazırdaki savunma mekanizmalarına yönelik yüzleştirmeler dinamik yorumlar olarak tanımlanır (“sizi reddedeceğimden korktuğunuz için bana olan öfkedenizi dile getiremiyorsunuz”). Aynı zamanda bu savunmaların hastayı istenmeyen istek ve duygulanımlardan nasıl koruduğu da açıklanır (“kıılmaktan korktuğunuz için uzak duruyorsunuz; böylece risk almıyor, kendinizi koruyorsunuz”). Çatışmalar çocukluk ergenlik ve erken erişkinlik döneminden kaynaklanabilir. Şimdiki tepkilerin daha önce oluşmuş affektif çatışmalara dayandığının açıklanması genetik yorum olarak adlandırılır (Çocukken anneniz sizi anlamadığında öfkelenir, “huysuz” bir çocuk olurdunuz, şimdi de hekimlerin sizi anlamadığımı hissedince öfkeleniyor ve önerilerine uymamakta direniyorsunuz”). Başka yineleyen tutumlara yönelik bağlantılar kurularak yorumlar birbirine bağlanır (“Ben sizinle görüşmeye geldiğimde de hemen reddetmişiniz”), böylece hasta bunları ilişkilendirmeye ve bütünleştirmeye devam eder.

Direnç

Hasta bir yandan değişmek için psikoterapiye gelirken, diğer yandan semptomlarını çatışmalarını çözmek için kullandığından, bunların yerine yenilerini, koymak kolay olmaz. Bir süre sonra direnç ortaya çıkar. Bilinçli olarak bilgi vermemek, sessiz kalmak, seans içerisinde çok konuşmak ancak kendi iç dünyası hakkında bilgi vermemek, randevusunu unutmak, kısacası terapötik çalışmayı engelleyen her durum direnç olarak kabul edilir. Psikoterapötik sürece devam edebilmek için dirençlerin çalışılıp çözülmesi gerekir.

Psikanaliz

Uzun psikoterapilerin en yoğun ve uzun türüdür. Psikanalize alınan hasta, bir kaç yıl boyunca haftada 3-5 kez görülür. Hasta sedire yatar ve terapist onun görüş alanının dışındadır. Hasta sansür koymaksızın aklına gelenleri söyler (serbest çağrışım), böylece düşünce zinciri mümkün olabilecek en derin kaynağına kadar izlenir. Görülen rüyalarla ilişkili ve terapistle ilgili çağrışımlar da bu çerçeve içerisinde dile getirilir. Analist netleştirme ve yorumlarla hastanın yaşamını olumsuz etkileyen çatışmalarını çözümlemesine ve çalışmasına yardım eder. Hasta çok motive, stabil, sözel psikolojik kavramları kullanabilir olmalı, analiz sırasında ortaya çıkabilecek gerilimleri dürtüsel ya da regresif davranışlar sergilemeksizin tolere edebilmelidir. Çocukluk yaşantılarının terapötik ilişki içerisinde ortaya çıktıkça çalışılmasına dayanır. Çocukluk dönemindeki önemli kişilerle kurulmuş olan ilişki biçiminin terapistle ilişkide tekrar yaşanacağı varsayılır ve ortaya çıktığında çözümlenmeye çalışılır. Haftada 4-5 kez görüşülür ve 3-6 yıl sürer, nörotik bozuklukların tedavisinde kullanılır

Analist hastanın, bilinçdışı dilek ve inançlarla, bilinçli düşünce ve davranışları arasındaki bağlantıyı görmesine yardım eder. Hasta yavaş yavaş, kendi zihinsel yapısını kavrar ve

bilinçdışı zihinsel süreçleriyle günlük düşünce ve davranışları arasındaki bağlantıları, davranışlarının sembolik anlamlarını kavrar ve bunları ortaya çıktıkça çalışmaya işlemeye devam eder.

Uygulayan kişiler eğitimin bir parçası olarak kendileri de psikanalizden geçerler ve deneyimli psikanalistlerin denetiminde hasta izlerler. Hem kısa psikoterapilere oranla daha etkili olduğu gösterilemediğinden hem de eğitilmiş kişiler sayıca az olduğundan, pek çok ülkede uygulanmamaktadır. Sınırlı sayıda bir hasta grubuna uygulanabilir

Dinamik (Psikanalitik) psikoterapiler

Genel olarak kişilerarası ilişkilerle ilgili sorunlarda, uzun süren karmaşık emosyonel güçlükler yaşayan ya da çeşitli nedenlerle ruhsal gelişimleri aksamış bireylerde yararlı olur. Dinamik psikoterapide psikanalizden farklı olarak haftada 1 ya da iki kez görüşülür, karşılıklı koltuklarda oturulur, psikoterapist çok daha aktif, esnek ve eklektik bir yaklaşım içerisinde. Gerekirse tedaviye diğer psikoterapötik teknikleri ve ilaçları da ekler.

Dinamik psikoterapilerde klasik psikanalizle aynı ilke ve teknikler kullanılır. Hastanın içsel yaşantısı ve bunların geçmişten gelen nedenleri üzerinde çalışılır. Psikanalize oranla daha geniş bir hasta grubuna uygulanabilir. Psikanalizdeki gibi amaç bilinçdışı çatışmanın çözümlenmesidir. Psikanalize uygun hastalar ve buna ek olarak kişilik sorunları ve nörotik semptomları olan hastalar için uygun bir seçimdir. Hastanın duyguları üzerinde çalışılır. Kişinin metaforları, sembolleri araştırılır. Bu arada hastanın halihazırdaki ilişkileri ve tedavi ilişkisindeki bozukluklar ve savunucu tutumları tanımlanır. Terapist bir önceki seansı şimdikiğe bağlar ve görünen içeriğin ardında gizlenen anlatımları araştırır. Özellikle terapinin erken dönemlerinde terapötik işbirliğinin kurulması tedavinin çok önemli bir kısmıdır ve bu da büyük ölçüde terapistin görevidir. Çatışmanın bilinçdışı kökenlerine daha az odaklanılır, terapist daha aktiftir. Destekleyici ve derinliğine araştırmacı olmak üzere 2 türde yapılabilir. Derinliğine araştırmacı türde hastanın savunma ve dirençleri analiz edilerek psikolojik çatışma ortaya çıkarılır ya da bilinçli hale getirilir, böylece çatışma yorum, içgörü ve içgörüden gelen motivasyonla değişim ortaya çıkar. Halihazırdaki ilişkilerde çatışmalar ortaya çıktıkça bunların bilinç öncesi ve bilinçli türevleri araştırılır.

İç dünyasını anlamaya çok istekli, ciddi sorunları olan, engellenmeye dayanabilen, psikolojik kavramları anlayabilen ve kullanabilen anlamlı ilişkiler kurabilen, dürtü kontrolü iyi, çalışabilen, analogi ve metaforları kullanabilen ve ilk görüşmelerdeki deneme yorumlarına yanıt veren hastalarda derinliğine araştırmacı; kronik ego kusurları olan, ağır yaşamsal krizle karşı karşıya olan, kaygıya dayanma kapasitesi düşük, engellenmeye dayanıksız, psikolojik kavramları kullanamayan, gerçeği test etme yetisi yetersiz, dürtü kontrolü zayıf, zeka seviyesi düşük, iç gözlem yapma yeteneği sınırlı, beyin hasarına bağlı bilişsel yeti yitimi olan hastalarda ve terapötik işbirliği kuramayan hastalarda ise destekleyici psikoterapi uygulanır.

Destekleyici psikoterapi hastanın yaşam koşulları, yetenekleri, kişiliği, hastalığının kısıtlılığı içerisinde işlevselliğini en üst düzeyde sürdürebilmesi için yapılıdır. İçgörü

oluşturmaktan çok çeşitli tekniklerle egosu güçlendirilir ve böylece iç ve dış gerilimlere dayanma kapasitesi güçlendirilir. Hasta acı veren çatışmalarını ve bunların doğurduğu huzursuzluğu bastırır ve semptomlarda azalma ortaya çıkar. Ciddi ego işlevlerinde zayıflık olan ya da psikotik semptomları olan hastalarda daha çok uygulanır. Akut yas tepkisi gibi ciddi kriz yaşayan sağlıklı kişilerde de kullanılabilir. Kronik hastalarda destekleyici psikoterapi uzun yıllar uygulanabilir. Hastayı desteklemek, olumsuz davranışlara sınır koymak, gerçeği test etme becerisinin artmasına yardım etmek, güven vermek, tavsiyelerde bulunmak ve sosyal becerilerinin gelişmesine yardım etmek, destekleyici tedavilerin amaçları arasında sayılabilir.

Hastanın dinamik psikoterapiye alınabilmesi için sorunu psikolojik kavramlarla açıklanabilir olması, hastanın da istekli olması ve bu kavramlarla yapılan açıklamaları anlayabilmesi (bir çok kez bunu sınamak için hastaya ilk görüşmede bir yorum sunulur ve yanıtı değerlendirilir), egosunun iç çatışmalardan kaynaklanan gerginliklerle başedebilecek güçte olması ve psikoterapötik bir ilişkiyi sürdürebilmesi gerekir.

Kısa dinamik psikoterapiler

1 yıldan az süren 10-40 seanstan oluşan ve psikanalitik teknikleri kullanarak bilinçdışı çatışmalara içgörü gelişimi hedeflenen psikoterapilerdir. Kuşkusuz tek bir yorumla bir semptom, bir kişilik özelliği ya da bir kimlik krizi çözülmez. En basit gibi görünen olguların bile bir çok işlevi vardır. Her zihinsel aktivitenin, dilekleri gerçekleştirmek, suçluluk duygularını gidermek, gerçeğe uyum sağlamak gibi amaçları vardır. Örneğin kendisini yersiz yere azarlayan patronuna yanıt veremeyip kolu tutulan bir hasta, hem öfkesini ifade etme-etmeme çatışmasının getirdiği gerginlikten kurtulmakta, hem ilgi görmekte, hem de işini yarım bırakmak zorunda kalarak patrona öfkesini dolaylı yoldan ifade etmektedir. Hastanın sıkıntısı, psikoterapötik süreç içinde bu karmaşık işlemleri tanımlayan pek çok yorumla giderilir. Ancak zamansalve ekonomik kısıtlamaların etkisi ile daha kısa, soruna odaklı ve terapistin çok aktif katıldığı kısa yaklaşımlar daha sık uygulanmaya başlamıştır.

Kısa tedaviler karakter değişiklikleri ile sonlanmasa da, halihazırdaki sorunu çözmeye yardım eder. Hasta ileride yardıma ihtiyaç duyarsa tekrar uygulanabilir. Değişik yaşam dönemlerinde farklı sorunlarla başa çıkmak için değişik yaklaşımlar gerekebilir. Yaşamın farklı dönemlerinde bireyin sorunlara yaklaşımı da değişebilir. Bir ergenin kimlik krizine yaklaşımla orta yaşlı birinin kimlik krizine yaklaşım farklı olabilir. Kısa tedavilerde de psikanalitik teknikler kullanılır ancak terapist daha fazla yüzleştirme yapar ve hastanın çağrışımlarını durmaksızın çatışmalı alanlara yönlendirir. Tedavinin başında terapist ve hasta kaç seans görüşecekleri konusunda anlaşılır ve belli bir çatışma odak olarak seçilir. Kısa psikoterapi uygulamalarında hasta tedaviye kendi ifade ettiği ihtiyaç ve isteğe göre seçilmemelidir. Tedaviye almadan önce bilgi almak ve değerlendirmek amacıyla 1-2 ya da daha fazla görüşme yapılır.

Bazı farklılıklar olmakla birlikte belli terapiye alma ölçütleri geliştirilmiştir. Değerlendirme görüşmesinde hastanın tablosu akut psikozda mental retardasyon, de-

lirium, demans içinde ya da psikoterapötik çalışmada işbirliği yapamayacak kadar ağır depresyonda olmamasına dikkat etmek gerekir. Hastanın ağır sorunları olsa bile tedavi kontratını tartışacak ve tedavi şemasını takip edebilecek ego gücüne sahip olmalıdır. Terapötik sürecin sözlü etkileşimine sürekli olarak katılabilme yetisine sahip olması gerekir. Şizofreniform Bozukluk, Major Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında hasta dışlama ölçütlerini doldurmuyorsa kısa dinamik psikoterapi uygulanabilir.

Kısa dinamik psikoterapi için hasta psikolojik değerlendirmeye aktif katılım göstermeye istekli olmalı, spontan katkılarda bulunabilmeli, kendisi hakkında bilgi verirken dürüst olabilmeli, sorunların psikolojik kökenli olduğunu tanıyabilmeli, tedaviden beklentisi gerçekçi olmalı, esnek ve yeni fikirlere açık olabilmeli ve makul bir özveride bulunmaya hazır olmalı, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek gerginliklere dayanabilmelidir. Frajil ego yapılanmaları olan, (intihara meyilli, psikotik) ve dürtü kontrolü bozuk (sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullananlar) hastalar için uygun değildir.

İyi tanımlanabilen tek bir soruna odaklanılan ve 90-120 dakikalık uzun seanslarla uygulanan tek seanslı psikoterapilerde her karşılaşma kendi içinde bir bütündür, ancak doğal olarak son çözüm ya da tam bir tedavi değildir. Ancak terapi seansındaki etkileşimin hastaya seans dışında hayatında değişiklik yapmak için güç verir. Bu etkileşim sonrasında hastanın atacağı küçük bir adımın daha sonra önemli değişimleri başlatabilir.

Kısa dinamik psikoterapilerden en çok diğer alanlarda başarılı uyum yapmış, sınırlı güçlükleri olan hastalar yararlanır. Bu bilgiye hastanın gelişim dönemlerinde uyumunu genel olarak gözden geçirirken erişilir. Sıklıkla hasta yeterli ölçüde işlevsellik düzeyini sürdürürken, spesifik bir stressörün etkisiyle dekompanse olur.

Kısa dinamik psikoterapi bir sorun odağı tanımlanabildiğinde, sorun son zamanlardaki yaşam olayları ile ilişkili ise ve hasta hızla terapiye uyum saplayabilecek, aktif olarak çalışmaya katılabilecek durumda ise, kısacası hasta iyi seçilmişse daha çok etkilidir.

Psikodinamik yaklaşımların tedavi yaklaşımına bütünleştirilmesi, hastayı ilk görüşmeden itibaren, ilaçla tedavi edilecekse bile psikodinamik kavramlarla ele almak tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalı, uygun hastalarda ağırlıklı olarak uygulanmalıdır

Bilişsel ve Davranışçı Psikoterapiler

Her iki yaklaşımda da, hastanın çevreye uyumunu davranışlarının yansıttığı kabul edilir ve sorun, işlevselliğini etkileyen davranışları tanımlanarak değerlendirilir. Davranış analizi yapılarak sorun davranışları azaltan ya da arttıran durumlar araştırılır. Bu analizden elde edilen, verilerle istenmeyen duygu, düşünce, davranış ya da sorunları hazırlayan, tetikleyen ve pekiştiren unsurlar hakkında bir formülasyon yapılır ve terapist, hasta ile birlikte değiştirilecek hedef semptomları belirler. Bu formülasyon, davranış ya da çevre değiştirilerek ve bu değişikliklerin hastanın işlevselliğini bozan duygu düşünce ve davranışlarına etkisi araştırılarak sınılanır. Tedavi sürecinde eylemler devreye sokulur, yönlendirici, yapılandırılmış ve kısa psikoterapilerdir. Kişinin, geçmişindeki belirleyicilerden çok düşünce ve davranışın halihazırdaki belirleyicilerine ağırlık verilir.

Davranış Psikoterapisi.

Hastanın iç dünyasındaki çatışmalardan ve özel yaşantılarından çok davranışa odaklanılan bir psikoterapi türüdür. Pavlov'un ilkeleri ve öğrenme kuramları temel alınarak geliştirilmiştir. Davranışlar daha derinde yatan bir sorunun yansması değil de kendileri bir sorun olarak ele alınırlar Bu yaklaşıma göre nörotik semptomlar öğrenilmiş davranışlardır ve hasta bunların altında yatan nedenlere içgörü kazanmaksızın ve dinamikleri değişmeksizin de iyileşebilir. Sosyal çevre normal/anormal davranışların gelişmesi ve sürdürülmesi için çok önemlidir. Davranış tedavisinde uyumu bozan alışkanlıkları söndürmek ve yerine kaygı uyandırmayan davranışları koymak hedeflenir. Pavlov'un köpeklerinin, yemekle zil sesi ilişkilendirildiğinde, zil sesi ile salyalarının artması gibi nötral durumlar kaygı ile ilişkilendirildikçe hasta da fobik hale gelebilir. Kaygı ile fobik durum ilişkisi söndürülürse kaçınma davranışı da azalır. Bu kurama göre normal ve anormal davranışlar öğrenilir ve aynı biçimde sürdürülür. Dolayısı ile hem bu davranışı hem de onu besleyen koşulları tanımak çok önemlidir. Tedavi gerektiren davranış bileşenlerine ayrılır ve hastaya göre uyarlanan bir süreç içerisinde tedavi edilir.

Davranış sorunun kendisi olabilir (çocuğunu dövmek, alkol alarak uyumak), sorunu ortaya çıkarabilir ya da sürmesine neden olabilir (kocanın iş çıkışı kahveye uğradıktan sonra çok geç eve gelmesi sonucu evlilik sorunları), sorunu çözmek için yararlı olabilir (depresyonda da olsa haftada iki kez egzersiz yapmak).

Davranış ayrıntılı biçimde gözlenir ve betimlenir. Semptomlar üzerine odaklanılır. Tedavi sürecinde alıştırmalar, provalar ve diğer aktiviteler hastaya ev ödevi olarak verilir.

Davranış psikoterapisi en çok fobi, kompulsiyonları, aşırı yemek yemek, cinsel işlev bozukluğu gibi net olarak tanımlanan, sınırları belli uyumu bozan davranışlar için etkilidir.

Davranışçı Psikoterapilerde kullanılan teknikler

Aşağıda davranışçı psikoterapilerde kullanılan tekniklerden bazıları özetlenmiştir.

Olumlu pekiştirme ve söndürme

Bir davranışın ardından haz veren sonuçlar gelirse o davranış pekişir. Davranış pekiştirilmezse ya da görmezden gelinirse azalır. Örneğin enüreziste çocuk işemediği günler bir puan alır, belli bir puanı toplayınca da bir ödül elde eder. "Token ekonomi" de bir tür olumlu pekiştirme biçimidir. Hasta istenen davranışları (grup psikoterapisine katılmak, yatağını toplamak gibi) yaptıkça ödüllendirilir. Kazandığı jetonlarla bazı ayrıcalıklar kazanır. Bu ayrıcalıklar hastanın davranışını pekiştirerek değişmesine yardımcı olur.

İtici koşullama:

Bir davranışın ardından bir ceza gelirse, davranış sonunda ketlenir ya da söner. İtici koşullamada olumsuz uyarıcı istenmeyen davranışla eşleştirilerek söndürülür. Alkol

kötüye kullanımı, parafililer ya da bazı impulsif ve kompulsif davranışları söndürmek için kullanılabilir. İstenmeyen davranışla, tiksindiren bir uyarana ilişkilendirilmeye çalışılır. (Bir kötü koku ve istenmeyen davranışın ilişkilendirilmesi) ya da hasta istenmeyen davranışla birlikte onun için hoş olmayan bir durumu ya da şeyi hayal eder.

Davranış bireyin sorununu pekiştiriyorsa (örn. madde bağımlılığı) veya çok yıkıcı ise ve hemen kontrol altına alınması gerekiyorsa (alkollü ve çok hızlı araba kullanma) itici koşullama teknikleri yararlıdır. Bunlar arasında klasik koşullama ve cezalandırma sayılabilir. Klasik koşullamada istenmeyen davranışla ilgili olan uyarana (en sevilen içkinin kokusu), hoş olmayan bir uyarana (kötü koku) eşleştirilir; hastalar alkole de kötü kokuya karşı olan tepkileri gösterirler. Cezalandırma istenmeyen davranışlar sergilendiğinde ceza vermeye dayanır. Hastayı sorunu ile yüzleştirme (alkol alırken görüntüsünü kaydedip sonradan seyrettirme) gibi başka teknikler de uygulanabilir.

Gevşeme

Hasta belli bir sıra ile kas gruplarını gevşetir. Gevşeme, kaygı halinde saptanan fiziksel belirtilerin tam tersinin (kalp atımında yavaşlama, periferik kan dolaşımında artma) ortaya çıkmasına neden olur.

Sistemik duyarsızlaştırma:

Hastanın kaçınma davranışı tek bir uyarana bağlı ise kullanılır. Hasta korktuğu durumları kendisini en az korkutan durumdan en çok korkutan duruma kadar sınıflandırır. Gevşeme egzersizlerinin yardımıyla kaygı duymayacağı bir ortam yaratılır. Her basamakta gevşeme egzersizlerinin yardımıyla kaygı belirtileri söndükçe bir üst basamağa atlar. Kendisini en çok korkutan durumu da kaygı belirtisi göstermeden zihninde canlandırabildikten sonra gerçek yaşamda korkulan uyarana giderek artan sürelerde karşılaştırılır (alıştırma). Böylece kaygı ve uyarana arasındaki ilişki sistematik olarak zayıflatılır.

Örneğin kalabalık toplantılara katılmaktan korkan bir kişi terapistle birlikte önce en az korkutan durumdan en çok korkutan duruma doğru hiyerarşik bir sıralama yapar (toplantıya davet edilmek, toplantıya hazırlanmak, gitmek, toplantıya katılmak). Gevşeme komutları ile rahat bir konuma gelince en az korkutan durumu (toplantıya davet edilmek) zihninde canlandırması istenir. Gerginlik belirtileri gözlenince gevşeme egzersizleri tekrarlanır. Bu bölümü rahatça zihninde canlandırınca bir sonraki kademeye geçilir (toplantıya hazırlanmak). Aynı şekilde bu basamakta da oluşan gerginlikler gevşeme egzersizleri ile giderilir. Hasta gerginlik duymaksızın her basamağı zihninde canlandırabildikten sonra, gerçek yaşamda bir davete katılması istenir.

Alıştırma

Hasta kaçındığı durum ya da uyarana giderek artan miktarlarda artık onunla karşılaşmaktan huzursuz olamayana dek yüzleştirilir. Bunun için çeşitli teknikler kullanılır. Örneğin agarofobik bir hasta önce güvendiği bir yakını ile, daha sonra yalnız ama çok yakın bir yere giderek başlayıp, giderek mesafeleri uzatabilir.

Uyaran yüklemesi

Hasta terapist gözetiminde ve denetiminde korkulan uyaranla birden yüzleştirilir. Örneğin uçağa binme fobisi olan bir hasta terapistle birlikte bir uçak yolculuğu yapar. Fobilerde, hasta kaygı duygularına dayanabiliyorsa çok etkili bir tekniktir.

Yanıtı engelleme

Özellikle obsesif kompulsif bozuklukta kullanılır. Örneğin hastanın havagazını kontrol kompulsiyonu giderek artan miktarlarda engellenir yani kontrol sayısını yavaş da olsa giderek azaltması istenir. Hasta kompulsiyonunu yerine getirmese de kaygısının bir süre sonra azaldığını gördükçe davranışlarının daha rahat kontrol etmeye başlar.

Girişkenlik ve sosyal hüner geliştirme

Kişiyi sosyal durumlarda fikirlerini nasıl kabul edilir tarzda ortaya koyabileceği, nasıl davranacağı, amaçlarına nasıl erişebileceği öğretilir. Girişkenliğini arttırmak için model oluşturma, sistematik duyarsızlaştırma ve olumlu pekiştirme gibi teknikler kullanılır. Girişkenliğin yanısıra alış-veriş, iş arama, diğer insanlarla ilişkiye girme, utangaçlığı yenme gibi pek çok alanda beceri geliştirmek hedeflenir.

Bilişsel ve bilişsel-davranışçı psikoterapi

Bilişsel psikoterapinin temelindeki kuramsal yaklaşıma göre, kişinin uyumunu bozan davranışları, bilişsel çarpıtmalara ve düşünce hatalarına yol açan düşünceleri nedeniyle ortaya çıkar. Aaron Beck tarafından özellikle depresyonu anlamak ve tedavi etmek amacıyla geliştirilmiştir. Buna göre bilişsel çarpıtmalar depresyonun temelidir, depresyonun diğer belirtileri, örneğin halsizlik ve apati bunun sonuçlarıdır; hasta kendini, dünyayı ve geleceğini hatalı bilişsel şemalarının süzgecinden geçirerek algılar. Bilişsel kurama göre depresyondaki kişide kendisine, geleceğe ve dünyaya yönelik olumsuz düşünce ve tutumlar ağı mevcuttur. Bu tür bilişsel çarpıtmalar erken çocukluk dönemine ait örseleyici yaşantılara bağlı olarak oluşur ve bazı hatalar içerir. Bunlar arasında, bir durumun en kötü yanına odaklanmak, tek bir örnekten yola çıkarak kendi değeri hakkında genellemeler yapmak, başarılarını küçümsemek, hatalarını büyütme sayılabilir. Bu yaklaşımda özellikle hastanın subjektif yaşantısı ve düşünceleri üzerine odaklanılır. Amaç, hastanın olumsuz şemalarını tanımlaması ve sınaması, alternatif ve daha esnek şemalar geliştirmesi ve yeni bilişsel ve davranışsal yanıtları sınamasıdır. Yaklaşık 25 hafta süren kısa bir psikoterapötik yaklaşımdır. Gerekirse uzatılabilir. Hastanın halihazırdaki sorunlarına odaklanılır. Davranış psikoterapisinden farklı olarak içsel tutumlara çok önem verilir ve bunları değiştirmek amaçlanır. Hastanın bilinçli düşüncelerinin depresyon, anksiyete ya da somatizasyona yol açtığı kabul edildiğinden, terapist bu kişilerde düşüncenin içeriği ve süreci üzerinde durur ve bilişsel çarpıtmaları hasta ile birlikte tanımlamaya ve alternatifler sunmaya çalışır. Sorunlar örneklerle araştırılır. Örneğin kişi kaygılı hissettiği belli bir durumu anlatır ve kaygı hali başlamadan hemen önce ve hemen sonra ne düşündüğü araştırılır.

Hasta günlük tutarak otomatik düşüncelerini ve olası alternatifleri not alır. Seans içerisinde sorunları zihninde canlandırdıkça aklına gelen düşünceler araştırılır, ev ödevleri verilir (örn. kaygı uyandıran yerlere gitmek, ve bu sırada oluşan düşünceleri not etmek). Bir süre sonra düşünce ve davranışta ortak bir tema ve tarz ortaya çıkar. Çarpıtılmış düşünceler saptandıktan sonra mantık dışı inançlarla hasta yüzleştirilir ve tartışılır bunları sınamak ve değiştirmek için ev ödevleri verilir, dolayısı ile bilişsel yeniden yapılandırma süreci davranışçı yöntemlerle desteklenir. 15-25 seanslık bir psikoterapidir.

Bilişsel algılamalar sorunun kendisi olabilir (obsesyonlar), soruna neden olabilir ya da katkıda bulunabilir (eski başarısızlıkları sürekli düşünmek ve performans gerektiren durumlarda başarısız olmak), ya da sorunu çözebilir (olumsuz düşüncelerin tanınip değiştirilmesi depresyonu hafifletebilir).

Bu tür hatalar kişinin kendine yönelik suçlamalarını ve umutsuzluğunu artırır. Bu yaklaşıma göre örneğin evlilik sorunlarına bağlı olarak depresyon gelişen bir hastanın bilişsel yapısında şöyle şemalar saptanabilir:

“eğer iyi bir kişiysem başıma kötü şeyler gelmez”

“başıma kötü birşey gelirse benim hatam, iyi insan olmadığım için”

“kocamın bana kötü davranmasına ben neden oldum”

“iyi bir insan olmadığım için başıma kötü şeyler geliyor”

Depresif kognisyonlar tanımlandıktan sonra hasta bu düşüncelerinin doğruluğunu sınaması için teşvik edilir. Bilişsel-davranışçı psikoterapi anksiyete bozukluklarında, depresif nozukluklarda, hipokondriaziste, bulimia nervozada, kişilik bozukluklarında kullanılabilir.

Aile tedavisi

Ailenin ne kadar bozuk olursa olsun dengesini korumaya çalışan bir sistem olarak ele alınmasına dayanır. Sistemik yaklaşım olarak tanımlanan aile tedavisinde hastadan çok aileye odaklanan teknikleri kullanır. Hasta olarak tanımlanan aile üyesi yerine aile hasta olarak ele alınır. Aile tedavisi ile uğraşan terapistin görevi ne kadar patolojik olursa olsun, hasta olarak tanımlanan kişinin, ailenin sistemine katkısını saptamaktır. Örneğin hasta olduğu ileri sürülerek hekime götürülmüş bir çocuk aslında evlilikteki çatışmanın çözümü için kullanılan bir günah keçisi olabilir ya da bir tarafın onu yedek eş olarak kullanmasına bağlı olarak sorunlar ortaya çıkabilir. Terapistin görevi ailenin bu süreci anlamasına ve sorun olan davranışın altında yatan çatışmayı çözümlemesine yardım etmektir. Sorun olan davranışlar yeni bir çerçeveye oturtulur ve ne işe yaradığı açıklanır (Örn. “oğlunuz sizi mutsuz evliliğinizden umutsuzca korumaya ve dikkatinizi dağıtmaya çalışıyor” gibi), daha sonra çözümü için birlikte çalışılır. Aile terapisinin amaçları arasında aileyi yöneten kuralları değiştirmek, nesiller arası dinamikleri farketmelerine yardım etmek, bireyselliği ve bütünleşmeyi dengelemek, iletişimi arttırmak, karşılıklı suçlamaları durdurmak sayılabilir.

Özellikle anne-babasıyla birlikte oturan gençlerin sorunları çözmek üzere kullanılır. Anne-baba, çocuklarının ya da ergenlik dönemine girmiş gencin sorunları ile baş

edemediğinde ya da ailenin sorunu çözmek için bir üyesini günah keçisi haline getirdiği durumlarda kullanılır. Bu sorunlar genellikle aile üyelerinin iletişimlerindeki güçlüklerden ya da rollerle ilgili açmazlardan (örn. Anne ya da babanın bakımını üstlenmiş bir çocuğun anne rolünü üstlenmesi) kaynaklanır. Aile üyelerinden birinin ayrıca tedavi edilmesi gereken ciddi bir ruhsal bozukluğu varsa, (örneğin ağır bir depresyon) o zaman aile tedavisi başka tedavilerle (örn. antidepresanlar) birlikte uygulanabilir.

Grup psikoterapisi

Grup psikoterapisi klinisyenlere çok sayıda hastaya yardımcı olabilme olanağı sağlar. Ayrıca grup üyeleri psikoterapi süreci içerisinde, kontrollü ve destekleyici bir ortam içerisinde, diğer üyelerle de etkileşim içerisinde, diğerleri ile ilişkiye girmek için yeni ve yapıcı yollar öğrenirler.

Grup psikoterapisinde iyileştiren etkenler arasında diğerlerinden öğrenme, özdeşim, katarsis, içgörü gelişimi, sosyal becerilerin gelişmesi, varoluş biçiminin farkına varma, sorunun evrensel olduğunu farketme, altruzim, çocuklukta yaşanan emosyonel açmazları gideren/onaran duygusal yaşantıların ortaya çıkması, rehberlik, model oluşturma sayılabilir.

Destek gruplarından sosyal hüner geliştirme, semptomatik düzelme hedefleyenden, çözümlenmemiş bilinçdışı çatışmaları çözümlenmeye çalışanlara kadar değişen yelpazede pek çok grup psikoterapisi uygulamaları vardır. Odak olarak grup içinde kişi ele alınabilir, grup içerisinde kişilerin etkileşimleri ele alınabilir ya da grup bir bütün olarak ele alınabilir. Hem bireysel hem de kişilerarası sorunların çözümüne yardım edebilir. Hayali korku ve aktarım duygularının anında araştırılıp düzeltilebileceği bir ortam sağlar.

Gruplar tanısıl açıdan homojen ya da heterojen olabilir. (yeme bozuklukları, meme kanseri olanlar;) bazı hastalar belli gruplar için uygun değildir. Örneğin psikotik hastalar içgörü oluşturmaya yönelik gruplardan yararlanmadığı gibi zarar da görebilir. Madde kötüye kullananlar paranooid ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler gruptan yararlanabilir ancak heterojen ve içgörü oluşturmaya hedefleyen gruplarda iyi sonuçlar alınmaz.

Sorunu ile nasıl baş edeceğini öğrenmiş eski bir hastanın liderliğinde oluşturulan destek grupları hastalara çok yararlı olabilir. Örneğin “Adsız alkolikler”, alkol bağımlılığı tedavisi gören kişilerin oluşturduğu bir destek grubudur.

Tıbbi hastalığı olan hastalarda psikoterapi

İkinci dünya savaşından sonra hastane psikiyatrisinin gelişimine paralel olarak tıbbi hastalığı olan hastalarda psikoterapötik girişimlerden de söz edilmeye başlanmıştır. Hastalık herkes için zor bir yaşam olayıdır. Ağır hastalıklarda ciddi bir yaşamsal kriz söz konusudur. Artık yaşam planları geleceğe atılmayacaktır. Hasta ölüm düşüncesi ile belki çok zamansız yüzleşmek durumundadır; öncelikler değişmektedir. Hastalık ölümcül olmasa bile kişi için anlamı çok farklı olabilir ve şiddetli tepkiler gösterebilir. Örneğin annesinin

diyabet komplikasyonları ile çok acı çekerek yıllar içinde ciddi yeti yitimine uğradığına tanık olmuş bir kişi kendisine diyabet tanısı konmasına beklenenden daha şiddetli bir tepki gösterebilir. Kişilik özellikleri de hastalığa karşı gelişen tepkileri belirler, histerik kişilik özellikleri taşıyan bir kişi semptomlarını daha abartılı belirtir, obsesif bir kişi tedavi ekibini kontrol etmek, karar ve uygulamalarda pay sahibi olmak isteyebilir, bağımlı kişilik özellikleri taşıyan bir kişi hastalığın getirdiği bağımlı durumdan hoşnut olup daha da talepkar bir hale gelebilir. Kanser tanısını ölümlü eşanlımlı algılayan bir hasta mastektomiden pek etkilenmezken, narsisistik özellikleri belirgin bir kişi, beden bütünlüğünün bozulmasına şiddetli bir depresyonla yanıt verebilir.

Hekimin hastasını bütüncül bir bakışla kavraması hastanın tedavi işbirliğini arttırarak tıbbi hastalığının prognozunu da olumlu biçimde etkileyecektir. Fiziksel hastalıklarla uğraşan hekimlerin bir kısmı hastada güven uyandırmayı başarır. Hasta hekimine umutla yaklaşarak kişisel sorunlarını da konuşabilir. Böyle bir tutum psikoterapötiktir ve terapötik bir ilişkinin başlangıcıdır. Ancak tıbbi hastalığı olan kişilere yönelik olarak uygulanan psikoterapötik girişimler bu konuda deneyimli psikiyatristler tarafından uygulanır ve medikal psikoterapi olarak adlandırılır. Medikal psikoterapide psikanalitik yaklaşımın temel kavramları kullanılmakla birlikte semptomların giderilmesi temel amaçtır. Hekim ilk görüşmede hastayı dinamik açıdan anlamaya, semptomların bilinçaltı işlevlerini, aktarım karşı aktarım duygularını kavramaya çalışır. Hasta dinamik kavramlarla anlaşıldıktan sonra gerekli yaklaşımlar tedavisine eklenir (dinamik psikoterapi, ilaç, davranış tedavisi vb).

Tıbbi hastalığı olan kişilerde psikiyatrik konsültasyonun yapıldığı ortam (koğuş, bazen koridorlar) olağan bir psikiyatrik görüşmenin yapıldığı ortamdaki çok farklıdır. Hastaların genel durumları (bilinci her zaman açık olmayabilir) ve öncelikleri de farklıdır (tıbbi tetkikler, radyoterapi, kemoterapi için koşturmak zorundadır). Birçok durumda hem hastanın hem de hekimin zamanı da kısıtlıdır. Bütün bunlar göz önüne alarak hastanın tıbbi tedavisine eklenecek psikiyatrik tedavi kararlaştırılır. Hekim çok esnek ve eklektik olmalı, psikoterapötik yaklaşımlardan haberdar olmalı, gerekirse konsültasyon isteyerek, hastanın işine yarayacak girişimleri tedaviye ekleyebilmelidir.

Fiziksel hastalığı olan hastaların bir kısmı içgörü oluşturmaya yönelik dinamik psikoterapilerden yarar görebilirler, bazılarında ise destek vermek ve davranış tedavisi daha yararlı olabilir. Örneğin 42 yaşında evli 2 çocuklu bir hastaya iki yıl önce meme kanseri tanısı konarak total mastektomi uygulanmıştı. Ailesine, çocuklarına ve eşine çok kızgındı. Yıllarca çok özverili davrandığını, ilişkilerinde aşırı verici olduğunu düşünüyor, bu yönünü değiştirmek ve ilişkilerini hedeflerini gözden geçirmek istiyordu. Bu hasta için yeniden yapılandırmaya, davranış ve kişilikte değişiklikler oluşturmayı hedefleyen, içgörü gelişimini hedefleyen dinamik psikoterapi uygun bir seçim olabilir. Oysa 55 yaşında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan ve bir süre yoğun bakım ünitesinde tedavi edildikten sonra normal servise çıkmaktan korkan ve direnen bir hastada ise kaygısını azaltacak ve savunmalarını güçlendirecek destekleyici-davranışçı yaklaşımlar, (bilgilendirme, alıştırma vb) daha yararlı olabilir.

Tıbbi hastalığı olan kişilerde yas sürecinin anlaşılması da tedavide önemlidir; hasta

kaybettikleri ve kaybedecekleri için yas tutar. E. Kubler-Ross'un 1969 da yakın birinin kaybı sonrasında kişinin geçirdiği aşamaları betimlediği modele göz atarak hastanın böyle bir travma karşısında geçirdiği aşamaları daha iyi anlayabiliriz. Bu model orijinal olarak yas için tanımlanmış olmakla birlikte sonraları her türlü kayıp süreci için kullanılmaya başlanmıştır. Ross bu süreci 5 döneme ayırarak incelemiştir. 1. şok ve inkar; 2. öfke; 3. pazarlık; 4. depresyon; 5. Kabul dönemi. Hasta yeti yitimine tetraplejiye neden olan hastalık ya da travma sonrasında yitirdiği sağlığının bir tür yasını tutar. Kişi başlangıçta şok içindedir, durumu yadsır. Ani gelişen bu travmatik olay karşısında ilk tepki sıklıkla donup kalma, inanamama şeklindedir. ("olamaz!"). Sürekli hastalık hakkında düşünür, kabuller görebilir. Daha sonra öfke ortaya çıkar. Hasta isyan eder ("neden ben?"). Tanrıya, yazgısına kızar, bazen bu öfkeyi yakın çevresine, bu arada tedavi ekibine yöneltebilir. Bu nedenle tedavi sürecinde ciddi sorunlar yaşanabilir, hasta ile baş etmek gerçekten güç olabilir. Daha sonra hasta bir pazarlık döneminin ardından depresyonun hemen hemen tüm belirtileri ortaya çıkabilir. Hayat anlamsız gelmeye başlayabilir, isteksizlik, zek alamama, halsizlik, uyku-iştah bozuklukları gözlenebilir. Bu dönemde yoğun suçluluk duyguları ya da ağır işlev yitimi gözlenmedikçe ve çok uzamadıkça ilaçla tedavi gerekmez. Destek ve anlayış yeterlidir. Depresyon uzun sürerse ya da ağırlaşırsa hasta ölümü bekler bir hale gelebilir "ne anlamı var" dercesine bir tutum içine girebilir, bu durumda psikiyatrik tedavi gerekebilir.

Hastaların hekimlerini ölküleştirmeleri (olumlu aktarım duyguları geliştirmesi) çok sık rastlanan, bir çok kez de tedavi açısından da yararlı bir durumdur. Ancak hastalığın stresi bazen hastanın hekimini çok çabuk ölküleştirmesine ve bu imgesinin çok kırılğan olmasına neden olabilir. Ölküleştirme çabasını bozan ufak bir hayal kırıklığı çok şiddetli tepkiler vermesine neden olur ve tedavi sürecinde güçlükler yaratabilir. Hekim hasta ilişkisinin çatışmalı olduğu durumlarda ve tıbbi tedaviye uyumu bozuk hastalarda psikoterapötik yaklaşımlar çok yararlı olabilir.

Olgu-3

40 yaşında , boşanmış, üniversite mezunu, çalışan bir kadın hasta, çocukluğundan beri obez. Ergenlik döneminden beri pek çok kez diyet yapmayı denemesine karşın başarılı olamamış. On yıl önce eşi, evliliğinin son günlerinde giderek şiddetlenen tartışmaları sırasında sık sık fiziksel özelliklerini itici bulduğundan söz etmiş ve evi terketmiş. Bu olay 5 çocuklu, dar gelirli bir ailenin en küçük çocuğu olan ve kendisini çeşitli yaşantılarının etkisiyle çocukluğundan beri dışlanmış, onaylanmamış, istenmeyen biri gibi hisseden hastamızı çok örselemiş ve zaten normal kilosunun çok üzerinde iken 30 kilo daha almıştı. Tüm çabalarına karşın diyetine uyamıyordu. Terapi süreci içerisinde aslında rejim yapmak istemediğini farkettil. Tıpkı ana-babası gibi kendisine haksızlık eden eski kocasına yönelik olarak hissettiği öfkeyi kendisine yönlendirmişti ve başına gelen bu olaydan kendisini sorumlu tutuyordu. Hem rejim yapmayarak, hem de görüntüsünü ve beslenmesini bozacak ölçüde dişleriyle sorunu olmasına karşın diş hekimine gitmeyi reddederek, bir

bakıma kendisini cezalandırıyor ve kadını ya da güzel yönlerini yok ediyordu. Ancak 18 ay süren psikanalitik psikoterapi süreci içerisinde diyete neden uyamadığını , bu yıkıcı davranışlarının anlamını kavradığında diyete uyması , egzersize başlaması ve bir miktar kilo vermesi mümkün olabildi.

Ağır hastalıklarda aile üyelerinin de desteğe bazen tedaviye gereksinimi vardır. Özellikle içi iletişimin bozuk olduğu aileler ciddi yas tepkilerinin gelişimi açısından riskli kabul edilirler. Aile üyeleri yaşadıkları örselenme ile kendi tarzları uygun olarak baş etmeye çalışırlar ve birbirlerini anlayamadıkları ya da baş etme tarzları uyumadığı için ilave sorunlar yaşanabilir.

Olgu-4

18 yaşında üniversite öğrencisi genç bir kız geçirdiği bir trafik kazası sonrasında omurilik zedelenmesi ve kalça kemiğinde, kol kemiklerinde kırıklar ve kafa travması nedeniyle hem kol hem de bacaklarını kullanamamakta idi. Bir senedir rehabilitasyonu devam etmekle birlikte pek çok komplikasyon gelişmiş ve pek bir ilerleme sağlanamamıştı. Kendisi ile görüştüğümde organik beyin sendromuna bağlı bir psikotik tablo içindeydi ve hezeyanları nedeniyle görüşme yapmayı reddetti. Bunun üzerine aileden bilgi alındı ve son bir sene içinde pek çok fizyoterapist değiştirdiklerini öğrenildi. Genç kız kaza öncesinde çok aktif ve bağımsız bir kişi olduğu halde şimdi annesinin yanından bir süre bile ayrılmasına izin vermemekteydi. 24 saatini kızının bakımına ayıran ve sıkıntısının “bebekken bunun onda biri kadar beni yormadı” şeklinde dile getiren anne, kendisine zaman ayırması, sorumlulukları paylaşması şeklindeki önerileri kabul etmeye yanaşmıyordu. Bu yüzden eşinden de uzaklaşmıştı. Bir ara kızından söz ederken iskemlesi için tekerlekli yerine “elektrikli sandalye” terimini kullandı. Bu dil sürçmesine dikkati çekildiğinde kızının geçirdiği kazadan dolayı ne kadar öfkeli olduğunu (“bunu bana nasıl yaptın, kendine nasıl yaptın?”) söze dökebilirdi. Kızına karşı şiddetli öfkesiyle, bu duygularını inkar ederek (yadsıdığı öfkesi bir dil sürçmesi ile açığa çıkmıştı) ve tam tersi bir tepki oluşturarak (24 saat gözünü üstünden ayırmayarak) başa çıkmaktaydı. Bu duyguların en kolay yöneltilebildiği yer de fizyoterapistler ve hekimler olduğundan sık sık çeşitli bahanelerle bu kişilerden ya kendileri kopuyorlar, ya da onları bıktırıp kızdırarak uzaklaşmalarına ya da başka birine devretmelerine neden oluyorlardı.

Böyle bir durumda aile üyeleri ile bu duygu ve çatışmaların çalışılıp çözümlenmesi hem hastanın, hem de ailenin bu yeni duruma uyumu açısından hem de hastanın prognozu olması açısından önemlidir. Bazen aile üyelerinin yanısıra hekimleri ve tedavi ekibinin diğer üyeleri ile de psikoterapötik çalışma yapmak hastanın tedavi sürecindeki açmazları çözümlenmeye yardımcı olur.

Olgu-5

42 yaşında lise mezunu, ev hanımı, evli bir çocuklu, mide kanseri tanısı ile cerrahi kliniğinde izleniyor. Bir haftadan beri uyumadığı yakınmaları ile konsültasyon istendi. Kızının malign melenom tanısının konmasının ardından geçirdiği mide spazmı sonrası yapılan gastroskopide tesadüfen tanı konmuştu ve ameliyat edilmesine karşın radyote-

rapi sonrasında metastaz saptanmıştı, hasta terminal dönemde idi. 40mg/gün diazem perfüzyonuna karşın hasta çok sık uyandığından adeta hiç uyumadığından yakınmaktaydı. Konuşmaya pek istekli değildi. Negativist tutumu tıbbi tedavisini üstlenen hekimlerde belirgin bir kızgınlık uyandırmıştı. Görüşme sırasında verilen ilacı tartışmaya başladığında kendisine “bütün bu olanlar sizi korkutuyor, adeta kendi kendinizin nöbetini tutuyorsunuz, bu nöbeti ve ilaçlarınızı ayarlamayı şimdi bana bırakın” dindikten sonra bu gerginliği konusunda konuşmaya başlandı. Tanıyı bilmesine karşın prognoz söylenmemişti. Ancak bir hafta önce tekrar ameliyat edileceğini sanırken bunun yapılmayacağını öğrendiğinde hasta durumunu sezmişti. Durumu ile ilgili endişelerini, “eğer ölürsem ...” diye kızı eşi ya da annesi ile paylaşmaya çalıştığında kızı konversiyon geçiriyor anne ve eşi ise çok üzülüyor ve gözyaşlarına boğuluyordu. Bunun kendisini yordüğünü, muhtemelen kendisini anlaşılmamış hissettiği söylendi ve aile içi paylaşımı arttırmak amacıyla birlikte görüşme yapmak önerildi, ancak hasta bunu reddetti. Kendisi için eskiden beri olumlu duygularını ifade etmenin zor olduğunu, hep ters bir insan olduğunu, huysuzluk ettiğini belirtti, bunun için kendisini suçluyordu. Anne ile ilişkileri sorgulandığında onun son derece kolay kırılan bir kişi olduğunu, kendisini anladığını hiç hissedemediğini, hep huysuz bir çocuk olduğunu belirtti. Kişilerin hiç farketmeden eski ilişkilerini bugünkü ilişkilere taşıdıklarını, belki şimdi de kendisini anlaşılmamış hissettiğinde öfkesini hem ailesine hem de hekimlere yönelik olumsuz tutumuyla gösteriyor olabileceği söylendi. Hastanın dosyası incelenirken, hafif de olsa bir ağrı tanımlamasına karşın, 4 günden beri ağrı ünitesinden konsültasyon istenmediği saptandı. Bunun üzerine hekimleri ve servis hemşiresi ile bu hastaya yönelik olumsuz duyguları, hastanın bunları nasıl oluşturduğu, hekimlerini nasıl çekirdek ilişkileri gibi püskürtmeye çalıştığı açıklandı. Bu görüşmeyi izleyen kontrollede hem eşi hem de doktorları hastanın tedaviye uyumunun arttığını bildirdiler.

Hekim hasta ilişkisine ve tedavi ekibinin hastaya karşı tepkilerine odaklanan Balint grupları da özellikle ciddi yeti yitimine uğrayan hastalarla çalışan hekimler ve tedavi ekibinin diğer elemanları için çok yararlı olmaktadır. Balint grubunda hasta ile sorun yaşayan hekim hastasını kısaca özetler ve sorununu dile getirir, daha sonra susarak grubun bu konudaki çağrışımalarını ve kendi duygu ve düşüncelerini dile getirmelerini izler. Bir süre sonra herkes hastaya yönelik kendi tepkilerini konuşmaya başlar ve böylece hem hastanın hem de hekimin tepkileri daha iyi anlaşılabilir.

Olgu-6

22 yaşında yüksek öğrenimli kadın hasta. Bir sene önce kendi kullandığı araba ile trafik kazası yapmış, nişanlısı ölmüş, kendisi tetraplejik kalmıştı. Bir senedir rehabilitasyonu sürmekteydi. Son zamanlarda kendisi ile birlikte kalan refakatçisi ile birlikte odanın kapısını kilitliyor, diğer odalarla birlikte kullanılan balkonun kendi odasına denk gelen bölümünü çarşafarla ayırıyordu. Servis hemşiresi içeri girmek istediğinde kapı hafifçe aralanıyor ve o an için uygun olmadıklarını söylüyorlardı. Hemşireler bu duruma çok içerlemekteydiler; bir senedir emek verdikleri hastanın artık taburcu olabilecek duruma gelince “kendileriyle işli bittiği için” yüz vermediğini düşünüyor, kendilerini kullanılmış ve dışlanmış

hissediyorlardı. Bu nedenle zaman zaman hasta ve yakınları ile çatışmalar çıkıyordu. Balint grubunda hasta tartışılırken aslında hastanın bedensel işlevlerini yitirmesi ile birlikte ortaya çıkan otonomi kaybını telafi etmek istediği, kontrolü ve istemi dışında aylardır süregelen, bedenine yönelik girişimlerle yitip giden kontrol duygusunu kazanabilmek için çabaladığı anlaşıldı. Tedavi ekibinin hissettikleri tepkiler de hastalarından ayrılmaya yönelik kendi bilinçdışı tepkileri nedeniyle onun otonomisini kazanma çabalarını reddettilerinin göstergesi olarak yorumlamalarına bağlı olarak ortaya çıkmaktaydı. Hastanın taleplerini ve kendi tepkilerini anlayınca ona doğrudan hangi saatlerde odasına gelebileceklerini sorarak, böylece kontrolü ona vererek ama tedavisi için gerekenleri de aksatmadan rehabilitasyona devam edebilmeleri mümkün olabildi.

Özellikle tedaviye dirençli ve çok gereksiz sağlık harcaması yapan bir grup olan kronik somatizasyonu olan hastalar, psikoterapötik yaklaşımlardan (sorun çözme, destek, gevşeme egzersizleri, bilgilendirme) yarar görmektedirler. Tıbbi hastalıkları olan hastalara psikoterapötik yaklaşım ve gerekirse tedavi planına psikoterapötik yaklaşımların da bütünleştirilmesi tıbbi hastalığın tedavisini kolaylaştıracak ve prognoza olumlu etki edecektir.

Kaynaklar

1. Altshuler KZ: Will the psychotherapies yield differential results: A look at assumptions in therapy trials. *Am J Psychother* 43:310, 1989. Garfield SL: *The practice of brief psychotherapy* Wiley, New York, 1998.
2. Balint M, Ornstein P, Balint E: *Focal psychotherapy*. Lippincott, Philadelphia, 1972.
3. Beck AT, Rush AJ: *Cognitive Psychotherapy*. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed: Kaplan HI, Sadock BJ. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995.
4. Bloom BL: Focused single session therapy: initial development and evaluation. Forms of brief therapy. Ed: Budman S. New York, Guilford, 1981.
5. Davanloo H: *Basic principles and techniques in short term dynamic psychotherapy*. New York, Spectrum, 1978.
6. Gabbard GO: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* Washington DC, American psychiatric press, 4. baskı, 2005.
7. Gill M: *Analysis of transference*. International universities press, New York, 1982.
8. Green SA: *Principles of medical psychotherapy in psychiatric care of the medical patient*, Ed: Studemire A, Fogel BS, New York, Oxford university press, 1993, 1-18.
9. Holmes J: Psychodynamics narrative and intentional causality. *Br J Psych* 173:279, 1998.
10. Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psycho* 155(4): 457-469, 1998.
11. Kandel ER: Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*, 156:505-524, 1999.
12. Luborsky: *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive expressive treatment*. Basic Books, New York, 1984.
13. Mann J: *Time-limited psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge MA, 1973. O' Donahue W, Krasner L: *Theories of behavior therapy-exploring behavior change*. American Psychological Association, Washington DC, 1995.
14. Wallerstein RW: *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York, 1986.
15. Yalom ID: *theory and practice of group psychotherapy*, New York. Basic books, 1975.