KENDİLİK BOZUKLUKLARININ PSİKOTERAPİSİ

JAMES F. MASTERSON



LİTERA YAYINCILIK

JAMES F. MASTERSON, M.D.

Cornell University Medical College emekli psikiyatri profesörü olan Masterson, gelişimsel kendilik ve kişilik bozukluklarının psikoterapötik nesne ilişkileri yaklaşımı konularında klinik araştırmalara öncülük etmiş, 'The Society of Adolescent Psychiatry'in kurucu başkanlığını yapmıştır.

American College of Psychoanalysts, The American College of Psychiatrists gibi pek çok kuruluşa üyeliği bulunan Masterson, psikoloji alanındaki seçkin katkılarından dolayı en son 2003 American Psychiatric Association tarafından verilen ödül başta olmak üzere bir çok ödüle sahiptir. Çalışmalarının ana yapısı, çeşitli dillere çevrilmiş olan kitaplarında ortaya konmaktadır. Bu eserleri arasında gerçek kendilik alanındaki çalışmaları, borderline ve narsistik bozuklukların tedavisinde büyük bir yenilik sunmaktadır. Kişilik bozuklukları alanında bir otorite sayılan ve sayısı altmışı aşan makale ve yazıları, önde gelen uluslararası dergilerde yayınlanmış olan Masterson, geniş çaplı seminerler ve dersler vermeye devam etmektedir. En son çalışması The Personality Disorders Through the Lens of Attachment Theory and the Neurobiologic Development of the Self: A Clinical Integration, Zeig, Tucker & Theisen tarafından yayınlanmış olan James F. Masterson'un en önemli kitapları arasında şunlar sayılabilir:

* Countertransference and Psychotherapeutic Technique
* The Narcissistic and Borderline Disorder, Türkçeye Litera Yayıncılık tarafından çevrilmiştir.
* The Psychiatric dilemma of Adolescence
* Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach, Türkçeye Litera Yayıncılık tarafından çevrilmiştir.
* From Borderline Adolescent to Functioning Adult: The Test of Time

KENDİLİK BOZUKLUKLARININ PSİKOTERAPİSİ

MASTERSON YAKLAŞIMI

James F. Masterson, M.D.
Ralph Klein, M.D.

Litera – 69
Psikoterapi – 19

Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi,

James F. Masterson, M.D. - Ralph Klein, M.D.;

Özgün Adı: Psychotherapy of the Disorders of the Self
the Masterson Approach

Çeviri: Mirel Benveniste - Pınar Özdemir

Düzelti: Sibel Nur Gözütok

İç Düzen: Litera Yayıncılık
Kapak Tasarım: Litera Yayıncılık

Baskı: Yaylacık Matbaacılık
Yaylacık Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
Litros Yolu Fatih San. Sitesi No: 12/197-203 Topkapı-İstanbul
Tel. 0212 567 80 03

Copyright©Litera Yayıncılık Ltd. Şti. 2010
Bu eserin Türkçe çeviri hakları Litera Yayıncılık'a aittir. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayınlanamaz, kısmen de olsa fotokopi, film vb. tekniklerle çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayınlanamaz.

İstanbul-2011
İcadiye-Bağlarbaşı Yolu 57/3 İcadiye 34674
Üsküdar-İstanbul
Tel: 0(216) 492 43 92 - Faks: 0 (216) 341 59 92

İnternet satış: www.e-literayayin.com
Web: www.literayayin.com
e-mail: litera@literayayin.com

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI
Library of Congress Cataloging in Publication Data
Masterson, James F. - Klein, Ralph

Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi
1. Psikoterapi. 2. Psikanalitik Terapi. 3. Nesne İlişkileri. 4. Kendilik
ISBN 978-975-6329-76-4

KENDİLİK BOZUKLUKLARININ PSİKOTERAPİSİ

MASTERSON YAKLAŞIMI

James F. Masterson, M.D.
Ralph Klein, M.D.

Çeviri: Mirel BENVENİSTE - Pınar ÖZDEMİR

Editör: Tahir ÖZAKKAŞ M.D., Ph.D.

LİTERA YAYINCILIK
İSTANBUL – 2011
İnternet satış: www.e-literayayin.com

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ 11

ÖNSÖZ 13

YAZARLAR 15

Masterson Enstitüsü Kadrosu 15

New York Grubu 15

California Grubu 16

GİRİŞ: EVRİM 17

Birinci Evre: Ergenliğin Psikiyatrik İkilemi 17

İkinci Evre: Borderline Ergenin Tedavisi - Gelişimsel Bir Yaklaşım 20

Üçüncü Evre: Borderline Yetişkinin Psikoterapisi - Gelişimsel Bir Nesne İlişkileri Yaklaşımı 23

Dördüncü Evre: Gerçek Kendilik 27

I. KISIM MASTERSON YAKLAŞIMI 29

1. YAKLAŞIMIN KİŞİLİK BOZUKLUKLARINA UYGULANMASI 33

2. YAKLAŞIMIN AYIRICI TANIYA UYGULANMASI 37

Gözlem Alanları 37

Bay B. 41

Bay E. 46

Bay H. 50

Bay D. 55

Bay A. 58

Bay X. 62

3. KENDİLİK BOZUKLUKLARINA GİRİŞ 63

Gerçek Kendiliğin Önemli Terapötik Uygulamaları Vardır 69

Özet 82

II. KISIM PSİKOTERAPİNİN KAPSAMI 83

4. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN PSİKOTERAPİSİ 87
Vaka Örneği: Bay E. 93
Özet 108
Referanslar 109

5. NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN PSİKOTERAPİSİ 111
Uzun Süreli Tedavi 115
Kısa Dönemli Tedavi 125
Genel Tedavi Stratejileri 136

6. KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ KISA SÜRELİ PSİKOTERAPİSİ 139
Borderline Kişilik 140
W.L. Vakası 143
Narsisistik Kişilik Bozukluğu 155
Sonuç 162

7. GELİŞİMSEL BAKIŞ AÇISINA DAYALI İLERLETİCİ MÜDAHALELER 163
Gelişimsel Kuram Üzerine Bir Not 164
Şizofren Hasta 164
Narsisistik Kişilik Bozukluğu 184
Borderline Kişilik Bozukluğu 196
Özet 207
Referanslar 211

8. DÜŞÜK-DÜZEYLİ BORDERLİNE HASTANIN TANI VE TEDAVİSİ 213
Düşük Düzeyli Hastanın Tanımı 214
Tedavi Stratejileri 217
Yatan Hasta Tedavisi İçin Rehber 222
Ayakta Tedavi İçin Rehber 229

9. YETİŞKİN BORDERLİNE HASTANIN TEDAVİSİNDE KLİNİK AYRILMA-BİREYLEŞME TEZAHÜRLERİ 241
Vaka Sunumu: Bayan A. 242

Ayrılma-Bireyleşmenin Klinik Belirti Örnekleri 247
Sonuç 259
Referanslar 260

10. BORDERLİNE ERGENİN PSİKOTERAPİSİ: KLİNİK KRİZDEN ÖZGÜRLÜĞE 263
Başlangıç Tedavi 263
Tedavi Süreci 266
Terapinin Sonlandırılması 277
Son Söz 278

11. NARSİSİSTİK BİR ÇİFTE UYGULANAN ORTAK EVLİLİK TERAPİSİ 279
Bireyler 282
Ortak Evlilik Terapisi 286
Evlilik Terapisi 287
Sonuç 293
Son Söz 295

III. KISIM BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA YÜZLEŞTİRME SANATI 297

12. YÜZLEŞTİRME SANATI 301
Yüzleştirmenin Tanımı 302
Etkili Yüzleştirmenin Önündeki Bazı Engeller 310
A.P. Vakası 313

13. HİSTERİK AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME 321

14. PASİF-AGRESİF AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME 333
Vaka: Bay D.B. 333
Özet 344

15. YAPIŞMA VE ÇARESİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME 345
Özet 359

16. ŞİDDETLİ ÇARESİZLİK VE ÜMİTSİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME 361
Başlangıç Verileri 361

Geçmiş 362
Yüzleştirmeci Psikoterapi Süreci 364
Tedavinin İlerleyişi 371

IV. KISIM KARŞI AKTARIM 373

17. BORDERLİNE HASTAYLA KARŞI AKTARIM 377
Şekil 1: Ödüllendirici Nesne İlişkileri Biriminin Yansıtılması 379
Şekil 2: Geri Çekilen Nesne İlişkileri Biriminin Yansıtılması 381
Şekiller 3 ve 4: Ödüllendirici ve Geri Çekilen Nesne İlişkileri Birimlerini İçeren Yansıtmalı Özdeşim 383
R.J. Vakası 387
D.W. Vakası 392

18. BORDERLİNE KİŞİLİĞİN PASİF-AGRESİF AKTARIM EYLEME VURUMUYLA KARŞI AKTARIM 399
Geçmiş 400
Tedavi ve Karşı Aktarım 403

19. ÇARESİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM 413
Karşı Aktarımın Doğası 413
Borderline Hastanın Tedavisinde Karşı Aktarım ve Yansıtmalı Özdeşim-Savunması 416
Vaka Örneği: Bayan B. 419
Özet ve Sonuçlar 433
Referanslar 434

20. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN İNTİHAR TEHDİTLERİNİN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM 437
Amy Vakası 441
Aile Geçmişi 443
Referanslar 458

21. NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM 459
Vaka: Bay John Kaye 462

V. KISIM YENİ PERSPEKTİFLER 479

22. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU'NUN FARMAKOTERAPİSİ 483
Tanı Sorunu 484
Literatürün Gözden Geçirilmesi ve Eleştirisi 493
Klinik Uygulamalar İçin Rehber Bilgiler 499
Klinik Uygulama Rehberi 505
Sonuç 516
Referanslar 516

23. BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARI: BORDERLİNE HASTALARIN TEDAVİSİNDEKİ SORUNLAR 521
Bağımlılık Davranışları ile İlgili Farklı Görüşler Literatürün Gözden Geçirilmesi 522
Bağımlılık Davranışlarının Altında Yatan Bir Etken: Ensestin Özel Önemi 529
Bağımlılık Davranışları İçin Tedavi Yaklaşımları 533
Referanslar 540

24. OEDİPUS EFSANESİNDE SEMBOLİZE EDİLEN AYRILMA-BİREYLEŞME EVRESİ 543
Yunanlı Dişi Sfenks'in Sosyo-Dinsel Bağlamı 545
Oedipus ve Sfenks 547
Referanslar 554

25. MASTERSON YAKLAŞIMI VE SÜPERVİZYON SÜRECİ: ÖĞRETME VE ÖĞRENME EVRELERİ 557
I. Süpervizyonun Amacı 559
II. Süpervizyon Süreci 566
Referanslar 587

DİZİN 589

SUNUŞ

Psikoterapi Enstitüsü olarak, öncelikle ruh sağlığı profesyonellerinin ya da ruh sağlığı ile ilgilenen kişilerin ihtiyaç duyacağı teorik bilgileri ve pratik/uygulamaya yönelik deneyimleri paylaşan özgün ve çeviri yayınlar ile Türkiye literatürüne katkıda bulunmayı hedefliyoruz. Litera Yayınevi ile yapılan işbirliği ve onların içten desteğiyle Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, Psikoterapi Enstitüsü'nün çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen atölye çalışmaları, uluslararası konferanslar ve dünya literatüründen seçkileri içermektedir.

Masterson Yaklaşımı, kendilik gelişimi ve nesne ilişkileri konularına birleşik bir bakışla, kendilik gelişimi bozukluklarının tüm klinik görünümlerine benzersiz bir bakış açısı kazandırmıştır. Kişilik bozukluklarının psikanalitik psikoterapisinde Masterson Yaklaşımı'nın başarısı yalnızca kuramsal alanda yapılan teorik çalışmaların değil, kapsamlı klinik deneyimlerin bir sonucudur.

Bu kitap, Masterson Yaklaşımı evriminin olgunluk çağı kitabıdır ve kuramın klinikteki sağlaması özelliğini taşımaktadır. 1970'lerin başından itibaren James F. Masterson'a katılan Ralph Klein, Karla Clarck, Richard Fischer, Karen Dean Fritts, S. Barlas Nagel, Candace Orcutt gibi çok değerli akademisyen ve klinisyenlerin, klinik çalışmalarıyla Masterson Yaklaşımı'nı zenginleştiren çok değerli bireysel katkılarından oluşmaktadır.

Birinci kısımda; tanımlayıcı psikiyatrinin kişilik bozuklukları kategorileri, yıllar süren klinik deneyimlerden doğan bir nesne ilişkileri çerçevesinde Masterson Yaklaşımı perspektifine göre yeniden organize edilmekte ve intrapsişik yapı ile ilgili bilgiler, açık semptomatoloji ile birleştirilmektedir.

İkinci kısımda; psikoz, nevroz ve kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı sistematik olarak gözden geçirilmekte ve kısa dönem psikoterapiden uzun dönemli olanına, düşük veya yüksek düzeyli Borderline kişilik bozukluğundan düşük veya yüksek düzeyli

Narsisistik kişilik bozukluğuna, ergenlerden çiftlere kadar çok geniş bir yelpazede klinik uygulamalar gösterilmektedir.

Üçüncü kısımda; Yüzleştirme'nin, Borderline kişilik bozukluğunda dramatik, açık, saldırgan, isterik eyleme vurumdan daha az göze çarpan, daha gizli çaresizlik, ümitsizlik ve yapışma ifadelerine kadar uzanan geniş bir psikopatoloji yelpazesine uygulanması tüm incelikleriyle sergilenmektedir.

Dördüncü kısımda; klinik ayrıntılarla, terapistin tüm eyleme vurmalara karşı karşıaktarım tepkilerini nasıl düzenledikleri ve hastanın ihtiyacı olan hayati çerçeveyi nasıl sağladıkları üzerinde durulmaktadır.

Son kısımda ise; terapistlerin yeni perspektifleri Masterson Yaklaşımı'na entegre eden çalışmalarını görüyoruz. Burada özellikle Dr. Klein, farmakoloji ile psikoterapinin entegre şekilde uygulanması konusunda bir gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı sunmaktadır.

Bu önemli çalışmanın, okuyuculara sadece yeni içgörüler kazandırmakla kalmayıp, yeni araştırma ve uygulama yolları aramak ve bulmak için bir model oluşturmasını umuyoruz.

Masterson Yaklaşımı çerçevesinde teorik ve pratik birikimin değerli yapı taşlarından biri olan bu kitabı bütün klinisyenlere önemle tavsiye ediyoruz.

Tahir ÖZAKKAŞ, M.D., Ph.D.
Psikoterapi Enstitüsü Başkanı
12.02.2011
Bayramoğlu

ÖNSÖZ

Masterson Yaklaşımı, dört tabloyu araştırma projesi, dokuz kitap ve 75 makale içeren 32 yıllık bir araştırma sonucunda ortaya çıkmış; önce kendi klinik çalışmalarım, daha sonra da, yıllar süren eğitimi takiben New York ve California'daki meslektaşlarımın çalışmaları ile kendini göstermiştir. Bu araştırmalar ayrıca bir lisansüstü eğitim enstitüsü açılmasına ve ülke çapında bir derneğin kurulmasına da yol açmıştır. Masterson Yaklaşımı, kendilik gelişimi ve nesne ilişkileri konularına birleşik bir bakışla, kendilik gelişimi bozukluklarının tüm klinik değişimlere benzersiz bir bakış açısı kazandırmıştır. Bu kitap, *Gerçek Kendilik (The Real Self)* kitabında sunulan çalışmalar üzerinde ayrıntılı şekilde durmakta ve bu çalışmaları genişletmektedir.

İnsan ruhu hakkındaki bilimsel kuramlar, statik ve sabit gözlemler ve formüllerden yola çıkarak oluşturulamaz. Masterson Yaklaşımı, bir yandan ergenlerin ve yetişkinlerin sorunlarını klinik olarak cevaplarken, sürekli adaptasyon özelliğine sahip bir gözlem, empati ve spekülasyon kapasitesinden doğmuştur. Bu çalışmalar ayrıca nesne ilişkileri ve kendilik gelişimi konusunda ortaya çıkan yeni psikanalitik kuramların, bu kuramların gerçek ebeveyn-çocuk etkileşimi ile karşılaştırılması aracılığıyla sınanmasını sağlayan çocuk gözlem araştırmalarının entegre edilmesini gerektirmiştir.

Masterson Yaklaşımı bir anda ortaya çıkan bir "bilgi tecellisiyle" aniden ortaya çıkmamıştır; Zeus'un kafasından çıkan Atena gibi bir anda tümüyle gelişmiş olarak ortaya çıkmamıştır. Bu yaklaşım, profesyonel zorluklar ve bu zorlukların neden olduğu kişisel anlaşmazlıklarla uğraşmamı gerektiren uzun, yavaş ve çoğunlukla da zahmetli bir mücadelenin sonucudur.

Bu zorlu profesyonel deneyim, gözlem ve kişisel içgörü sonucunda iki avantajı olduğunu düşündüğüm dinamik, kuramsal ve klinik bir psikoterapötik bir yaklaşım geliştirdim: Bu yaklaşım,

(1) gelişimsel kuramı, hem nesne ilişkileri kuramı hem de kendilik psikolojisi ile entegre etmektedir ve (2) kendi "kendini düzeltme" araçlarına sahiptir. Klinik arenada geçerliliği sınanabilecek olan klinik hipotezlerin oluşumuna izin vermektedir. Bunun ötesinde, klinik uygulayıcının gözlem ve düşünce alanını genişleterek, klinik çabalara derinlemesine yaklaşım fırsatı verir ve kişiye bu karmaşık ve gizli temaların keşfinde kendine güven ve iyimserlik kazandırır.

Bu kitap benim için oldukça dönemeçli bir profesyonel yolculuğun önemli bir etabı anlamına gelmektedir. Klinik kaygılar ve kuramsal iç gözlemler kişiyi yazmaya ve öğretmeye yönelten bir paylaşma isteği yaratmaktadırlar. Süreklilik arz eden bir fikir toplumu oluşturma ihtiyacının gittikçe derinleşmesi, beni eğitim verdiğim kişileri bana katılmaya davet etmeye yöneltti. Bu kitap onların Masterson Yaklaşımı'na bağlılıkları ve katkılarını temsil etmektedir ve bu yaklaşımın onları düşünmeye nasıl teşvik ettiğini, klinik perspektiflerini nasıl genişlettiğini ve her birinin kendi benzersiz katkısını eklemesine nasıl yardımcı olduğunu göstermektedir.

James F. Masterson, M.D.

YAZARLAR

MASTERSON ENSTİTÜSÜ KADROSU

James F. Masterson, M.D., Direktör
Ralph Klein, M.D., Klinik Direktör
Karla Clark, Ph.D., Öğretim Üyesi
Richard Fischer, Ph.D., Öğretim Üyesi
Karen Dean Fritts, Ph.D., Öğretim Üyesi
S. Barlas Nagel, Ph.D., Öğretim Üyesi
Candace Orcutt, Ph.D., Öğretim Üyesi

Yazarlar iki ayrı alanla ilgili iki ayrı gruptan oluşmaktadır: New York ve California.

NEW YORK GRUBU

Enstitünün kurulması ve eğitim programının belirlenmesi ile New York'ta bu fikirlerle ilgili sıkı bir eğitim programı başlatıldı. Enstitü kadrosundakiler Masterson Grup'ta yıllarca benimle yakın temasta çalıştılar. Bu listenin başında, 1970'lerin başında Ergen Ünitesi'nde Baş Uzman Stajyer olan, eğitimini tamamladıktan sonra kişisel bir psikanalize de tabi tutulan ve yıllarca Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı North Shore Hastanesi'nin Ayakta Hasta Bölümü'nün başında görev yapan, oradaki tedavi ve eğitimleri denetleyen M.D. Ralph Klein gelmektedir.

Ralph Klein, North Shore Hastanesi'ndeki görevinden ayrıldıktan sonra beni görmeye geldi ve o andan itibaren birlikte çalışmaya başladık. Kendisi daha sonra Masterson Enstitüsü'nün Klinik Direktörü oldu.

Sıradaki ikinci kişi ise, gruba katıldığı sırada Sosyal Hizmet Master'ını tamamlamış olan, ayrıca Payne Whitney Clinic'te çalışmış olan Candace Orcutt, Ph.D.'dir. Kendisi ayrıca New Jersey, Patterson'da bulunan St. Joseph's Tıp Merkezi'nin ayakta hasta psikiyatri kliniğini altı yıl boyunca idare etmiştir. Dokuz yıl-

lık azimli bir çalışmadan sonra Sosyal Hizmet konusunda master diplomasını, ayrıca psikanaliz üzerine de sertifikasını almıştır.

Bize katılan son üyemiz Buffalo'daki New York Devlet Üniversitesi'nde eğitim alan ve Masterson Grup'a ve Enstitüsü'ne katılmadan evvel New York Hastanesi'nin Westchester Şubesi'nde yıllarca lisansüstü eğitim alan Richard Fischer, Ph.D. oldu.

CALİFORNİA GRUBU

1979 yılından itibaren konferans vermek üzere California'ya yıllık geziler yapmaya başladım. Başlangıçta konuşmalarımı başka gruplar için yapıyordum, 1980 sonrasında ise kendi organizasyonum aracılığıyla devam ettim. Bu yolculuklar sırasında kişilik bozuklukları konusundaki anlayışları ve tedavilerinden tatmin olmayan ve süpervizyon almak isteyen birçok terapistle karşılaştım. Oldukça tereddütlü bir şekilde telefonla grup süpervizyonları yapmaya başladım.

Ancak şaşkınlıkla bu uygulamanın çok başarılı olduğunu gördüm ve kısa bir süre sonra önce Karen Fritts, Ph.D. ile, daha sonra San Fransisco'da çalışan Karla Clark, Ph.D., son olarak da yine San Francisco'da çalışan Shelley Nagel, Ph.D. ile bireysel telefon süpervizyonları yapmaya başladım. Bu süpervizyon seanslarına California'da bulunduğum zamanlarda onlarla yaptığım ilave konuşmalar eklendi. Çalışmalarını organizasyonumuzun düzenlediği konferanslarda sunmaya başladılar ve sonunda Masterson Enstitüsü'nün eğitmen kadrosuna katıldılar.

Bu profesyonel kişilerin hepsi kuramımızı öğrendi, hazmetti ve şu anda bunu hem klinik olarak uygulayabilmekte, hem de eğitimini verebilmektedir, ayrıca onlardan her biri Masterson Yaklaşımı'nı zenginleştiren hayatî önemde bireysel katkılarda da bulundu.

GİRİŞ: EVRİM

James F. Masterson, M.D.

Beni Masterson Yaklaşımı'na götüren yol, psikiyatri eğitimimden sonra başladı ve her biri belli başlı bir ilgi alanına sahip dört evrede gelişerek klinik araştırmalar ve bir kitapla açıklandı. Ve her evrenin bakış açısı ile ilgili gelişimsel ilerleme kaydedildi ve bunların her biri burada Masterson Yaklaşımı olarak sunulan nihai perspektife kendi katkısını ekledi.

BİRİNCİ EVRE: ERGENLİĞİN PSİKİYATRİK İKİLEMİ (1956-1968)

Asistan olduğum sırada eğitimim için gerekli olan bir araştırma projesi için konu arıyordum. Katıldığım vaka konferanslarında, ne zaman bir ergen hakkında sunum yapılsa birinin çıkıp tanı konusunda dikkatli olunması gerektiğini, çünkü "ergen büyüdükçe durumun ortadan kalkabileceğini" söylediğini fark ettim. "Büyüyünce sorunu ortadan kalkan" ergenlerle ilgili araştırmaları kontrol ettim, ama literatürde buna benzer hemen hemen hiçbir şey bulamadım.

Bu şekilde, "neler olur" konusu ile ilgili çalışmama başladım ve bu çalışma o tarihi takip eden 20 yıl boyunca profesyonel yaşamıma hakim oldu, ayrıca peşinden 3 takip çalışması daha getirdi. Uzman asistanlığımın son yılı ve Baş Asistan olarak görev yaptığım ilk lisansüstü yılım boyunca hastaneye yatırılan ergenlere ne olduğu ile ilgili bir takip çalışmasını tamamladım ve yayınladım.

Aynı zamanda,hastanede yatan hastaların geriye dönük takip çalışmalarının metodolojik sınırlamalarından tatminsizlik duyduğum için metodolojik boşlukları mümkün olduğu kadar

ortadan kaldıracak ileriye dönük bir çalışma yapmak istiyordum. O sırada farkında olmadığım gerçekler ise şöyleydi: (a) Metodolojik bir araştırmacı olma fikriyle flört ediyor ve kendi intrapsişik sorunlarımla baş edebilmek amacıyla intrapsişik ve psikodinamik konularımı arka plana atıyordum; (b) içinden ancak 12 yılda (1956'dan 1968'e) çıkabileceğim bir proje üstlenmiştim, ve (c) proje tamamlandığında, işimi kendi intrapsişik sorunlarımı anlamaya karşı bir direnç olarak kullanma eğilimim, çalışmalar sonucunda varılan ve hem dahili hem de harici yani hem işim hem de kendimle ilgili uyumlu ve birleşik bir perspektifin sunduğu netlikle çözümlenecekti.

O yıllarda hem klinik materyaller, hem de dolaylı olarak kendi duygusal sorunlarımla ilgili olarak hangi perspektifi benimsemem gerektiği ve buna bağlı olarak kariyerimin hangi yöne gideceği ile ilgili sürekli bir karar verme mücadelesi içindeydim. Takip çalışması için bana yüksek bir araştırma bağışı yapılmıştı ve buna iki tam araştırma personeli dahildi. Araştırmanın boyutu ve hızı yokuş aşağı yuvarlanan bir kartopu gibi gittikçe büyüdü. İnkâr savunması ile henüz aşina olmayan ben, ilk kez acaba yutabileceğimden büyük lokma mı ısırdım diye düşünmeye başladım. Araştırmayı yürütmek için klinik görevlerimi bırakmak zorunda kaldım.

Bilimde Sputnik-sonrası dönemdi. Rusların Sputnik'le elde ettikleri başarıyla desteklenen fizik bilimleri yükselişe geçmişti. Psikiyatristler araştırma metodolojilerinin fizik bilimlerininkiyle karşılaştırıldığında yetersiz kaldığını hissetmeye başlamışlardı. Bu noktada sosyal bilimciler, değişkenlerin tanımlanması, geçerlilik, güvenilirlik ve istatistiksel analizler üzerinde odaklanan sözde nesnel bir araştırma metodolojisi ile ortaya çıktılar.

O sıralarda M.D. Alex Leighton adında son derece yetenekli bir sosyal psikoloğun etkisinde kalmıştım; Leighton, günümüzde artık çok iyi bilinen psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı konulu Sterling County ve Midtown Zihinsel Sağlık çalışmalarını yürütmekteydi.

Leighton kullandığı metodolojiyi ve istatistikçilerini danışman olarak kullanmamıza izin verdi. Metodoloji konusunda

aynı heyecana sahip olduğum için, bu yaklaşımın klinik çalışmaya ne kadar uygun olduğu ile ilgili tereddütlerimi bir yana bırakarak işin içine daldım.

İçimde, sosyal bilimlerin metodolojik bakış açısıyla, aynı anda tüm değişkenlerin göz önüne alınmasının önemini vurgulayan ve klinik yargıyı tek gözlem ve karar aracı olarak gören klinik bakış açısı arasında bir çelişki oluşmaya başladı. Aynı zamanda kişisel olarak da psikanalize tabi tutulmam dolayısıyla gittikçe kendi ruhumun daha derinlerine iniyordum. Klinikte günde üç saatimi metodolojiyi mükemmelleştirmek için uğraşarak, örneğin güvenilirlik çalışmaları yaparak ve klinik materyallere uygulanabilecek çeşitli istatistiksel yaklaşımları değerlendirerek geçirdikten sonra, bu faaliyetlerin aynı zamanda kendi duygusal sorunlarımla yüzleşmeye karşı gösterdiğim direnci nasıl pekiştirdiğini tekrar tekrar gösteren bir analitik seansa giriyordum.

Nihayet bu çelişki her iki personelin ve tüm istatistik danışmanlarının katıldığı bir konferansta çözüldü. Tüm katılımcılar bütün gün istatistikçilerin klinik materyallere uygulanacak istatistiksel yaklaşımlar arasındaki çeşitli mikroskobik farkları tartışmasını dinlediler. Sabrım öylesine tükendi ve o kadar sıkıldım ki, mesele o gün benim için klinik bakış açısı lehine sonuçlandı ve kapandı. Bununla eş zamanlı olarak işimi kendi intrapsişik sorunlarıma karşı bir direnç aracı olarak kullanma eğilimim de önemli ölçüde azaldı.

Bu projenin sonuçları 1967 yılında *Ergenliğin Psikiyatrik İkilemi* (*The Psychiatric Dilemma of Adolescence*) isimli bir kitapta yayınlandı. Ergenler "büyüdükçe, durumun ortadan kalkmadığı" sonucuna vardık. Değerlendirmelerin üzerinden beş yıl geçtikten sonra ergenlerin % 50'sinin sorunları şiddetle devam ediyordu. O dönemde bu rahatsızlıklara borderline rahatsızlıkları yerine, kişilik bozuklukları diyorduk ve tedavi kayıtlarını gözden geçirdiğimizde bir yıl boyunca haftada bir kez tedavi gördüklerinde hastaların ve ebeveynlerinin semptomlarının (anksiyete, depresyon ve eyleme vurma gibi) azaldığını gördük. Ancak beş yıl sonra onlara bu denli sorun yaratan konu-

da, yani patolojik karakter özellikleri konusunda, terapi sırasında hiçbir şey yapılmamıştı.

Çalışmamızın ortaya çıkardığı sorular üzerinde ne yapılabileceğini düşünmeye başladım. Bu patolojik karakter özellikleri neydi? Nereden kaynaklanıyorlardı? Onları nasıl belirleyebilir, tanıyabilir ve nasıl daha iyi tedavi yöntemleri geliştirebilirdik? O sırada bana Payne Whitney Clinic'te yatan ergen hastaları üzerime almam teklif edilmişti; son altı ayda klinikte yatan ergenler tam elli kapı panelini tekmeleyerek kırmışlardı.

Bu, yukarıda sözü edilen sorulara, yatan hastaların bulunduğu bir ortamda ve uzun vadeli bir çalışma ile cevap aramak için kaderin gönderdiği bir fırsattı. Orada dikkatli izleme ve süpervizyon yapabilir ve yapılan görüşmeleri ergenlerin davranışları ile bağlantılandırabilirdik.

İKİNCİ EVRE: BORDERLİNE ERGENİN TEDAVİSİ – GELİŞİMSEL BİR YAKLAŞIM (1968-1974)

Ergenlerdeki kişilik bozukluklarının yoğun psikanalitik psikoterapisi için bir araştırma birimi dizayn ettim. Klinikteki ergen sorununu kontrol altına almak için makul sınırlar dahilinde her şeyi yapmaya hazır olan psikiyatri bölümünün başkanından ihtiyacım olan uzmanlık asistanı ve personel desteğini aldım. Bölüm başkanı hastaları en az bir yıl klinikte tutmayı ve uzman asistanların bu süre boyunca serviste çalışmaya devam etmesini kabul etti.

Bunu takip eden altı yıllık süre hem kendi düşüncelerimin gelişmesi için son derece faydalı oldu hem de, geriye dönüp bakıldığında, daha sonra Masterson Yaklaşımı olarak ortaya çıkacak olan yaklaşımın tabanını oluşturdu.

Kliniğe kabul edilen ergenler okuldan kaçma, uyuşturucu kullanma veya diğer sosyal olarak kabul edilemeyecek şekillerde kendini gösteren davranışsal bozukluklar yaşıyorlardı. Birincil klinik semptom, eyleme vurmaydı. Birimin varlığını sürdürebilmesi için bu eyleme vurma durumuna bazı sınırlar koymanın yolunu bulmamız gerektiğini fark ettik. Yapılandı-

rılmış bir ortamda ergenlerin eyleme vurma davranışları ile başa çıkmak zorunluluğu bu savunma mekanizmasını nasıl anlayacağımız ve ne şekilde kontrol altına alacağımızı öğrenmek için benzersiz bir fırsattı.

Klinikteki ergenler sürekli uzman asistanları ve sık sık da beni zor durumlarda bırakarak yeterliliğimizi ve güvenilirliğimizi sınıyorlardı. Ergenlerin "ateşle imtihanlarını" başarı ile geçmek bize eyleme vurmanın terapi ile kontrolünü öğretti. Ayrıca yıllar evvel Michigan Üniversitesi ergen ünitesinin başına geçmiş olan M.D. Willard Hendrickson'dan da ergen eyleme vurumlarının ne şekilde kontrol edileceği konusunda oldukça fazla eğitim aldım.

Bugün, denetmen kimliği ile görev yaparken terapistlerin çoğunun eyleme vurmayı anlamak ve kontrol etmekte karşılaştıkları sorunları gördüğümde keşke onlar da o benzersiz zorlu deneyimi yaşamış olsalardı diyorum. Bizler o zaman, ancak hayatta kalabilmek için bazı sınırlar koymakta profesyonel hale geldiğimizde bunun tahmin ettiğimizden çok daha önemli ve derin psikodinamik etkileri olduğunu öğrendik. Ergenlerin davranışlarını kontrol ettikleri zaman depresif olduklarını gördük, yani duygulanım ve savunma arasındaki ilk bağlantıyı bulduk.

Eyleme vurmanın depresyona karşı bir savunma olduğunu artık açıkça anlamıştık. Ancak depresyonun kaynağı hala net değildi. Durumun ebeveyn baskısından serbest kalma konusundaki çatışmalarla ilgili olabileceği üzerinde spekülasyon yaptık.

Düğümü çözmeye çalışırken, Anna Freud, Peter Blos, E.H. Erikson ve P. Greenacre'nin yazıları dahil, bilinen tüm kaynakları tükettim. Depresyonun nereden kaynaklandığını anlama konusunda elde ettiğim en büyük ilerleme, kütüphanedeki dergileri karıştırırken Margaret Mahler'in psikotik çocuklarla ilgili çalışması hakkında yazdığı "Otizm ve Sembiyoz: Sendrom ve Kimlik Açısından İki Bozukluk" başlıklı makalesine rastlamamla oldu. Bu makale beni Mahler'in çocuklarda ayrılma-bireyleşme evrelerinden geçen normal kendilik gelişimi

gözlemleri ile ilgili çalışmalarının raporlarını okumaya yöneltti.

Mahler'in çalışmalarının benimkiyle uyumlu olduğunu hemen hissettim ve tam bir av köpeği gibi onun ana hatlarını çizdiği yolu takip ederek çalışmalarını yakından izlemeye başladım. Mahler'in çalışmalarını incelemeye başladığım dönemde klinikteki depresif ergenlerimiz de ebeveynleriyle o anda yaşadıkları çatışmalar yerine gittikçe daha eskiye dayanan ayrılma deneyimleri ve nihayet annenin çocuğun ortaya çıkan kendiliğini kabul edememesi hakkında konuşmaya başlamışlardı.

Kaderin yine etkili olduğunu ve bir kez daha kendimi birbirini tamamlayan iki araştırma deneyinin ortasında bulduğumu fark ettim. Bir başka deyişle, Mahler'in çalışmaları beni normal kendiliğin erken gelişimi konusunda eğitirken, kendi ergen hastalarım o normal sürecin bozukluklarını, borderline kişilik bozukluğunda kendilik gelişimindeki aksamayı dramatik bir biçimde tanımlıyor ve gösteriyorlardı.

İkiyle ikiyi topladım ve borderline kişilik bozukluğunun gelişimsel bir sorun, ayrılma-bireyleşme sürecinde veya kendilik gelişimi sürecinde bir aksama olduğu kanısına vardım.

Bu gelişme bana borderline kişilik bozukluğunun bazı gizleri ile ilgili kapılar açtı: Annenin çocuğun kendiliğini tanımaktaki eksikliği, bunun sonucunda ortaya çıkan terk depresyonu ve egonun gelişiminin durması. Bu incelemeler ayrıca bu gelişimsel bozuklukla baş etmek için kullanılan tedavinin dizaynı içine entegre edilen bir terapi tekniği üzerinde durmama da yol açtı; "yüzleştirme": Ergenin savunmalarının terk depresyonu ile yüzleştirilmesi depresyonun çözümlenmesine yol açtı, bu şekilde ergenin gelişen, aktive olan kendiliği üzerindeki tıkanıklık kalkarak veya hafifleyerek gelişim kesildiği yerden devam etti.

Bu bulgular 1972 yılında *Borderline Ergenin Tedavisi: Gelişimsel Bir Yaklaşım* (*Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*) isimli bir kitapta yayınlandı. Geriye dönüp baktığımda bu kitabın zamanının ötesinde olduğunu

görüyorum, nitekim kitap büyük bir sessizlikle karşılandı. Sanki kitap dipsiz bir kuyuya atılmış gibi hissetmiştim.

Bu kitap, ancak *Borderline Yetişkinlerin Psikoterapisi (Psychotherapy of the Borderline Adult)* isimli ikinci kitap yayınlandıktan sonra gözle görülür ilgi çekebildi.

ÜÇÜNCÜ EVRE: BORDERLİNE YETİŞKİNİN PSİKOTERAPİSİ – GELİŞİMSEL BİR NESNE İLİŞKİLERİ YAKLAŞIMI (1974 -)

Hala cevaplanamayan anahtar bir soru kalmıştı; maternal libidinal erişilemezlikle gelişimin kesilmesi arasındaki bağlantı neydi? Nesne ilişkileri kuramı aradığım bağlantıyı bulmamı sağladı ve; kendilik gelişmesinde ve intrapsişik yapıda maternal kabulün rolü hakkındaki kişisel düşüncelerim üzerinde çok büyük bir katalizör oldu.

Bu dönemde M.D. Donald Rinsley'le yazışmıştım ve şimdi geriye dönüp baktığımda onunla aramızda sıra dışı bir düşünce uyumu olduğunu görüyorum. Ben ona normal ayrılma-bireyleşme kuramını ve borderline kişilik bozukluğunda maternal libidinal erişilemezliğin oynadığı rolü öğrettim, o da bana nesne ilişkileri kuramının ince noktalarını öğretti.

Ergenlerle ilgili kitap yayınlandıktan sonra, Margaret Mahler'in onurlandırılacağı Philadelphia'daki bir sempozyumda borderline ergenlerin tedavisi konusunda bir sunum yapmak üzere davet edildim. Onun yerine, üzerinde çalışmakta olduğum, nesne ilişkileri kuramı ile ayrılma-bireyleşme gelişimsel kuramının entegrasyonu konulu başka bir çalışma sunmayı teklif ettim. Makalemde dört fikri bir araya getiriyordum: (1) Ayrılma-bireyleşmeye ve maternal libidinal erişim/mevcudiyet ve kabule gelişimsel bakış açısı, (2) intrapsişik yapının gelişiminin nesne ilişkileri kuramı, (3) Freud'un zihinsel işlev görme ile ilgili iki adet çok eski makalesi ve (4) borderline ergenlerin iyileşme göstererek uyumlu hale geldikçe, ayrılıp bireyleştikçe kendilerini daha iyi değil daha kötü hissettikleri, başka bir deyişle, daha fazla depresif olduklarına dair kendi klinik gözlemim. Bu dört fikir "Borderline Kişilik

Bozukluğu'nun Doğuşu ve Psişik Yapısında Annenin Rolü" başlıklı bir makalede bir araya getirildi. Makalenin sunumunu yaptığım gün, en azından kendi adıma büyük bir ilerleme kaydetmiş olduğumdan ve önümde tamamen yeni bir kavramsal dünya açıldığından emindim. Ayrıca ergen psikiyatrisinden çıkarak, karakter bozuklukları ile ilgili psikanalitik gelişimsel nesne ilişkileri yaklaşımının daha geniş dünyasına dalmam gerektiğini de fark ettim. Sunumdan sonra makaleyi Dr. Rinsley'e gönderdim; Rinsley büyük bir heyecanla cevap verdi ve yazımı Fairbairn'in nesne ilişkileri konusundaki görüşleri ile daha iyi entegre edebileceğini belirtti. Kabul ettim ve Dr. Rinsley makaleye yazar olarak dahil oldu.

Bu yeni fikirleri özel muayenehanemde yetişkinlere uygulamaya başlamıştım. Yetişkinlerle yapuğım bu çalışma *Borderline Yetişkinin Psikoterapisi: Gelişimsel Bir Yaklaşım* (1976) başlıklı bir kitapla sunuldu. Bu kitap sadece Borderline ile ilgili gelişimsel nesne ilişkileri görüşümü değiştirmek, netleştirmek ve sağlamlaştırmakla kalmadı, ayrıca kendi gözümdeki imajımı da değiştirdi; artık kendimi ergen psikiyatristi olarak değil, ergenlerde ve yetişkinlerdeki karakter bozuklukları konusunda gelişimsel nesne ilişkileri yaklaşımı ile ilgilenen bir psikanalitik psikiyatrist olarak görüyordum.

Tabi bu değişiklik bir kimlik krizine daha neden oldu. Artık bir ergen psikiyatristi değil, karakter bozukluklarının psikanalitik psikoterapisi konusunda bir uzman olduğumu hissetmek başka şey, meslektaşlarıma bu değişimi kabul ettirmek başka şeydi.

Yetişkinlerle ilgili kitabı yayıncıma gönderirken biraz endişeliydim, çünkü daha önce ergenler üzerine yazmış olduğum kitap henüz yeterince ilgi çekmemişti. Editör kitabı değerlendirilmek üzere eleştirmenlere gönderdi ve aylar süren çok uzun bir sürenin sonunda beni aradı. Yaptığımız görüşme hayatımın en kısa ve en depresyon yaşatıcı görüşmesiydi.

Kitabı yayınlamayı reddetti ve eleştirmenin "Gelişimle ilgilenen insanlar Mahler okuyor, borderline üzerine de yazılmış çok fazla şey var, kitabınız kendine bir yer bulamaz" dediğini

anlattı. Yılgın ve umutsuz bir halde oradan ayrıldım. Bazı sorunlar çıkabileceğini tahmin etmiştim ama bu kadarını beklemiyordum. Buna rağmen, çalışmanın değeri ile ilgili düşüncelerim değişmemişti.

Şans eseri, bir başka yayıncının dostça desteği ile, Brunner/Mazel'e yönlendirildim ve kitabım hemen kabul edildi. Bu engel aşıldıktan sonra bana kitabın uyandıracağı tepkileri beklemek kalıyordu. Kitap yayına hazırlandığı sırada iyi bir işaret geldi; kitap psikiyatrik kitap kulüplerinin çoğu tarafından kabul edilmişti. Ama hala kuşkularım vardı. Kendimi *Borderline Ergenin Tedavisi* kitabımın yayınlanmasını izleyen korkunç sessizliği hatırlamaktan alıkoyamıyordum.

Bir psikiyatrik kitap kulübü için satışa çıkardıkları bir kitabın iyi sattığını söylemek, kitabın birkaç bin kopyasının satılması ile mümkün olabilir. Kitabın yayınlanmasının (1976) üzerinden aylar geçtikten sonra sekreterimin masama bıraktığı bir not buldum. Notta sadece "Psikiyatrik Kitap Kulübü - 13,000" yazıyordu. Virgülün yanlış yere konulduğunu ve asıl sayının 13,000 değil 1,300 olduğunu hemen anladım. Gene de kötü bir sonuç değildi. Yaptığı hatayı sekreterime söylerken bana yanıldığımı, sayıyı dikkatle kontrol ettiğini söyledi. Satış sayısı 13,000'di. Kimlik krizinin sona erdiğini anladığım o anda hissettiğim rahatlama ve tatmin duygusunu anlatacak kelime bulmam zor. Kendi gözümdeki imajım artık meslektaşlarım tarafından da kabul ediliyor ve pekiştiriliyordu.

O kitap inanılmaz sayılara ulaştı ve ulaşmaya devam ediyor. Önümde tamamen yeni ve heyecan verici bir dünya açılmıştı. Ülkenin dört bir yanında çalışan terapistlerden kitabın borderline hastaların tedavisinde karşılarına çıkan sorunlara nasıl parmak bastığını ve açıkladığını ve kendilerine ne kadar yardımcı olduğunu belirten mektuplar almaya başladım. Ayrıca borderline hastaların kendileri de benzer mektuplar yazıyorlardı. Ülkenin dört bir yanından konuşma yapmam için davetler yağmaya başladı. Konferanslar hevesli ve heyecanlı dinleyicilerle doluydu. Aynı zamanda, bu nesne ilişkileri bakış açısının tarafımdan entegre edilmesinin klinik sorunları anlama ve

algılama yetilerimi büyük ölçüde genişletmiş ve bu sorunlarla baş edebilme yeteneğimi artırmış olduğunu gördüm.

Bu gelişme, bir psikiyatr olduğumdan beri profesyonel yuvam olan Cornell'den ayrılma kararını vermeme de yardımcı oldu. Kendi organizasyonlarımı kurdum; Masterson Grup kişilik bozukluklarının tedavisi için, Masterson Enstitüsü ise eğitim ve araştırma amaçlı kar amacı gütmeyen bir organizasyon olarak kuruldular. Bu kararla birlikte tek bir kurum yerine birçok kurumda eğitim verebilmeye başladım. Masterson Grup herkese açık ilk konferansını 1977 yılının Ekim ayında New York'taki Hunter College'da düzenledi. Borderline konulu bu konferans için birkaç yüz katılımcıya göre planlama yapmıştık, ama iki bin kişi geldi.

1976 yılında, Smith College'da doktora eğitimini tamamlamakta olan Jacinta Lu Costello isimli bir kadın beni aradı ve ünitemizdeki ergenleri bir takip çalışması için kullanmasına izin verip vermeyeceğimi sordu. Birinin bu "mücevherleri" bir başkasına verebileceğimi düşünebilmesi beni çok şaşırttı; zaten o takip çalışmasını da kendim yapacaktım ve bunu çok önceden planlamıştım. Kendisiyle buluştuk ve her açıdan mantıklı bir insan olduğunu gördüm. Sonunda ünitemizde tedavi gören borderline ergenler üzerinde ortak bir takip çalışması yaptık ve 1980 yılında *Borderline Ergenlikten İşlevsel Yetişkinliğe: Zaman Testi* isimli bir kitapta yayınladık. Bu çalışma tedavinin ne kadar etkili olduğunu gösterdi; bu etki hastanın tedavisinin seyrinin kuramsal modele ne derece uyduğuna bakarak önceden tahmin edilebilir.

Bu noktadan sonra kuramın klinik uygulamasını iki ayrı kitapta daha ayrıntılı ve geniş şekilde sundum: *Narsisistik Borderline Bozukluklar: Gelişimsel Bir Yaklaşım* (1981) ve *Karşı aktarım ve Psikoterapi Tekniği* (1983).

Bu kitaplarda narsisizme ve narsisist kişilik bozukluğuna karşı gelişimsel nesne ilişkileri yaklaşımının uygulanması açıklanmakta ve borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisi kavramı şu şekilde genişletilmekteydi: Hastalığın altında yatan sebep, yani etiyoloji, üç değişkenden etkilenir, yaratılış, ortam ve

kader; terapist bunlardan her birinin hastanın rahatsızlığına ne derece katkı yapmış olduğu konusunda klinik bir karar vermek zorundadır. Yaratılış organik sorunlar veya yapısal veya genetik kusurlardan ibarettir. Ortam, sebebi ne olursa olsun, ergenin ortaya çıkan kendiliğinin anne tarafından desteklenmemesi, yani maternal libidinal destek eksiliğini ifade eder. Kaderse, ayrılma-bireyleşme sürecinin bir veya her iki bölümünü etkileyebilecek herhangi bir olay anlamına gelmektedir, yani annenin libidinal ulaşılabilirliğini eksilten veya hayatının ilk üç yılında çocuğun bireyleşmesine müdahalede bulunan herhangi bir olay.

DÖRDÜNCÜ EVRE: GERÇEK KENDİLİK

1983 yılında Karşı Aktarım kitabının yayınlanması ile birlikte artık yazarlık günlerimin sona erdiğini düşünüyordum. Ancak, gelişimsel nesne ilişkileri kuramının mevcut halde hâlâ kendilik konusuna yeterli önem vermediğini ve başkaları tarafından sunulan kendilik kavramlarında bir şeylerin eksik olduğunu hissediyordum. Belirli bir planım veya amacım olmaksızın, giderek hastalarımın kendilikleri üzerinde daha fazla durmaya başladım, hatta sonunda hasta seans sırasında kendiliğini aktive ettiğinde (S), hastanın nesnelerle ilişkisi için de (O) sembollerini uydurdum. Gittikçe artan şekilde gerçek kendilik ve savunmacı kendilik kapsamında düşünmeye ve konuşmaya başladım, özellikle de bu ayırım klinik materyallerde gittikçe daha açık bir şekilde ortaya çıkmaya başlayınca. Bu kendilik kavramını yıllarca psikoterapide kullandıktan sonra konu üzerinde daha fazla durmam, kavramı organize etmem ve yazmam gerektiğine karar verdim; en azından bu konuda kendim daha net fikirlere sahip olmak ve kafamdan atmak için bile olsa bunu yapmam gerekiyordu. Bu materyaller "*Gerçek Kendilik: Bir Gelişimsel, Kendilik ve Nesne İlişkileri Yaklaşımı*" haline geldi.

Bu kendilik kuramı bugün gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımını klinik materyalin ihtiyaçlarına uygun şekilde bütünlüyor gibi görünmektedir. En azından elimden geldiği

kadarıyla tamamlanmış olduğunu söyleyebilirim. Masterson Yaklaşımı da işte bu kapsamlı perspektiften oluşmaktadır.

Bu alanda son otuz yılda yaşanan hakiki bilgi patlamasının bir parçası olma, boşlukların dolduğunu ve yap-bozun parçalarının yerine oturduğunu görme şansına sahip olmak benim için son derece heyecan verici ve tatmin edici oldu.

Yıllarca narsisistik ve borderline hastalarla çalışmış ama sorunlarına yeterince yardımcı olamamıştım. Nihayet bu işi gerektiği gibi yapmak için gerekli araçlara sahip olmak, hem birçok hastaya yardımcı olurken hem de başkalarını eğitebilmek, kapasitem yettiğince bu işin uzmanı olmak bana işimle ilgili nihai tatmini sağladı.

Bu kitap, çalışmamı beşinci bir evreye taşıyor: Çalışmanın konuyu derinleştirebilecek ve genişletebilecek olan başka insanlara doğru şekilde anlatılması evresi. Burada adı geçen tüm yazarlar benim tarafımdan eğitildiler ve hepsi Masterson Enstitüsü aracılığıyla aktif olarak eğitim vermektedirler. Enstitü New York'ta 3 yıllık yarı zamanlı bir lisansüstü eğitim programı yürütmektedir. Ayrıca çalışma grupları da mevcuttur; ülke çapında veya yurt dışında faaliyet gösteren tüm terapistlere bireysel süpervizyon ve konferanslar sunulmaktadır.

I. KISIM
MASTERSON YAKLAŞIMI

Masterson Yaklaşımı tanımlayıcı psikiyatrinin sınıflandırma ve kişilik bozukluklarının tanısı yaklaşımı lehine ortaya atılan önemli savunmalara ve görüşlere meydan okumakta ve onları çürütmektedir. Tanımlayıcı psikiyatri DSM-III ve DSM-III-R (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) *versiyonlarında açıklanmaktadır. El kitabının yayınlanmasını takiben tanımlayıcı yaklaşımın sınırlılığının uyandırdığı tatminsizlik gittikçe daha fazla belirginleşmiştir.*

Kişilik bozuklukları psikoterapisi alanında çalışanlar için tanımlayıcı psikiyatri her zaman sadece basılıp geçilecek bir basamak olmuştur. Kişilik bozukluklarının tedavisindeki gelişmelerin son otuzkırk yılda bu denli geniş çapta ve bu denli faydalı sonuçlar vererek ilerlemiş olmasının nedeni gelişimsel, nesne ilişkileri ve kendilik kuramlarının sağladığı intrapsişik yapı ile ilgili artan bilgi ve anlayıştır.

Kişilik bozukluklarının psikoterapötik tedavisinin başarısı, araştırma dizaynı alanında yapılan çalışmaların değil, kapsamlı klinik deneyimlerin bir sonucudur.

1. Bölümde nesne ilişkileri kuramının formülasyonlarını, DSM-III-R'deki tanımlayıcı kategorileri bir başlangıç noktası olarak kullanan, klinik olarak işe yarar bir kişilik bozuklukları sınıflandırması boyutlu modeli ile entegre ediyorum. Bu boyutlu model, bir adaptif işlevsellik spektrumu dahilinde intrapsişik yapı ile ilgili bilgileri, açık semptomatoloji (belirtiler örüntüsü) ile entegre eder.

2. Bölümde Dr. Klein kişilik bozukluklarının tanısına gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı sunmaktadır. Daha sonra psikoz, nevroz ve kişilik bozukluklarının ayrıcı tanısı sistematik olarak gözden geçirilmekte ve klinik uygulamalar gösterilmektedir.

Benim gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri kuramını, tanımlayıcı psikiyatri ile entegre edişim gerçek kendilik kavramını oluşturmamla zirve noktasına ulaşmıştır. Bu kavram Klein'in bu entegre yaklaşımın kişilik bozukluklarının psikopatolojisini anlamaya ve tanısına yaptığı katkıları vurgulamakta olduğu bozulmuş kendilik ve kendilik bozuklukları ile ilgili 3. Bölümdeki tartışmasında gözden geçirilmektedir.

Bu giriş bölümüne dahil edilen materyaller kitapta kullanılan dilin anlaşılması için ortak bir taban sunmakta, ayrıca tanı ve tedavi kararlarının alınmasında kullanılan kriterlerin anlaşılmasını sağlamaktadır.

James F. Masterson, M.D.

I

YAKLAŞIMIN KİŞİLİK BOZUKLUKLARINA UYGULANMASI (DSM-III-R)

James F. Masterson, M.D.

Kişilik bozukluklarına *DSM-III-R* yaklaşımının avantajı, sistemin tanımlayıcı olması ve tanınması ve yinelenmesi en kolay fenomenler yani semptomlar üzerine odaklanmasıdır. Buna ek olarak, herhangi bir kuramsal önyargıdan bağımsız olduğu için, birçok kuramı incelemek ve üzerlerinde çalışma yapmak için kullanılabilir.

Ancak Masterson Yaklaşımı, kişilik bozukluklarının anlaşılması kapsamında bu tanı yaklaşımının belli bazı sınırlamaları olduğunu düşünmektedir. Semptomatoloji, kişilik bozukluğu fenomenlerinden en epizodik ve geçici olanıdır. Hatta semptomlar üzerinde fazlasıyla durduğumuz için uzun süre bu gelişimsel bozuklukların özüne ulaşamadık.

Masterson Yaklaşımı'nın tanı konusundaki en büyük avantajı gelişimsel ve psikodinamik olması ve en az epizodik, en fazla devamlılık ve kalıcılık gösteren kişilik bozukluğu fenomenine odaklanmasıdır: İntrapsişik yapı; kendilik ve nesne temsilleri, ego savunmaları ve ego işlevsellikleri.

Bu perspektifin klinik uygulaması veya tanı kategorilerinin bu şekilde düzenlenmesi Masterson Yaklaşımı'nın ana prensibini temsil etmektedir. *DSM-III-R*'deki on bir kategoriyi, yıllar süren klinik deneyimlerden doğan bir nesne ilişkileri çerçevesi dahilinde Masterson Yaklaşımı'nın perspektifine göre yeniden organize edebilir, böylelikle formel araştırmanın mevcut sınırlamalarını aşabiliriz.

DSM-III-R'deki on bir kategori aşağıdaki şekilde dörde ayrılabilir:

1. Borderline Kişilik Bozukluğu
    a) Histriyonik
    b) Kaçınmacı
    c) Bağımlı
    d) Pasif-agresif
    e) Kompulsif
2. Narsisistik Kişilik Bozukluğu
    a) Teşhirci
    b) Gizli
3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu
4. Paranoid ve Şizoid Kişilik Bozuklukları
    a) Paranoid
    b) Şizoid
    c) Şizotipal

Bu suretle dört temel tanı kategorisi ortaya çıkmıştır: Borderline, Narsisistik, Antisosyal ve Şizoid. Borderline tanı sınıfı içinde aynı temel borderline çatışmayı yansıtan ancak terk depresyonuna karşı farklı savunma stillerini temsil eden alt kategoriler vardır. Pasif-agresif edilginliği, bağımlılığı vb. vurgularlar. Çeşitli savunma yapılarının altında terk depresyonu ve aynı temel intrapsişik yapı yatar.

Narsisistik kişilik bozukluğunun tanısı kapsamında iki alt tür vardır, teşhirci ve gizli. Teşhirci kendi büyüklenmeciliğini teşhir eder, gizli narsisistik bozukluk durumunda ise kişi bü-

yüklenmeciliğini saklar ve nesneyi (veya diğer kişiyi) idealleştirir.

Şizoid tip üç alt kategori içerir: Şizoid, şizotipal ve paranoid. Şizotipal kategorisinin kişilik bozukluklarına mı yoksa şizofreni hastalıkları spektrumuna mı ait olduğu şu anda açıklık kazanmamıştır.

Bu kategoriler arasındaki en önemli farklardan biri, kendiliğin nesneyle ne şekilde ilişki kurduğudur. Borderline kişilikte kendilik ya nesneye sıkıca yapışır ya da kendisi ile nesne arasına mesafe koyar. Narsisistik bozuklukta kendilik nesneyi bünyesine dahil eder; psikopatik, antisosyal bozukluklarda kendilik nesneden duygusal olarak tamamen kopuk veya ilgisizdir. Şizoid bozukluklarda kendilik nesne ile mesafe koyarak ilişki kurar ve paranoid bozuklukta oldukça fazla yansıtma vardır. Tanı ve tedavi ile ilgili hayati sonuçlar, kendilik nesneye bağımlı mı, onu bünyesine mi katıyor, nesneden kopuk mu veya nesne ile arasına mesafe mi koyuyor veya nesneye yansıtma mı yapıyor sorusunun cevabının bulunmasından doğar.

Bu görüş tanı, klinik tablo, psikodinamikler ve işaret edilen tedavi stratejisini bütünleştirmektedir. Buna ek olarak, Masterson Yaklaşımı bu tanı kategorilerinin her birinde, zayıf işlevsellik gösteren düşük düzeyli hastalardan daha iyi işlevsellik gösteren yüksek düzeyli hastalara uzanan çok geniş bir spektrum olduğuna dair geniş ve kapsamlı bir bakış açısını benimsemektedir.

Bu konseptin önemi son derece karanlık ve sık bir ormanda ilerleyen üç avcının hikâyesi ile gösterilebilir. Orman o kadar karanlık ve sıktır ki avcılar yollarını el yordamıyla bulmak zorundadırlar. Birden karşılarına vahşi bir hayvan çıkar. Avcılardan bir tanesi kollarını hayvana sararak bir ağaç kütüğü gibi kalın olduğunu söyler. Bir diğeri, hayvanı farklı şekilde tutarak, bir yılan gibi ince ve esnek olduğunu söyler. Sonuncu avcı ise bir mızrak gibi çok uzun ve sert olduğunu iddia eder. Avcılar filin bacağını, kuyruğunu ve dişini tutmaktadırlar, ama algıları öylesine sınırlıdır ki bir parçayı sanki bir bütün gibi algı-

larlar. Bu hikâye sadece tanı türlerinin alt kategorileri ile değil, işlevsellik düzeyleri ile de ilgilidir.

Örneğin sadece hastaların ayakta tedavi edildiği hastane kliniklerinde hasta bakan birçok terapist, borderline kişilik bozukluğunun tanısını ayrılma psikozu, gerçek dışılık ve depersonalizasyon duyguları yaşayan, yani sadece düşük düzeyli borderline hastalara tanı konulması olarak görmektedirler. Bu görüş, özellikle borderline kişilik bozukluğu konusunda kullanılan semptomatik kriterlerin hastane ve kliniklerde tedavi edilen ayakta hastalar üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmesi ve bu şekilde kriterlerin gereğinden fazla düşük düzeyli borderline hasta ağırlıklı olması nedeni ile pekişmektedir.

Hastanelerdeki hastalarla çalışmayan ve özel muayenehaneleri olan birçok terapist ise sadece yüksek düzeyli hastaların borderline olduğuna, daha düşük düzeylerin ise muhtemelen psikotik olduğuna inanma eğilimindedirler.

Nitekim, sadece *DSM-III-R*'deki kriterler kullanılsaydı özel muayenehanemde gördüğüm hastalardan birçoğu borderline kişilik bozukluğu tanısına uygun görülmezlerdi.

Narsisistik kişilik bozukluklarında, hem teşhirci hem de gizli narsisistik tipler düşük veya yüksek düzey olabilirler. Antisosyaller de yüksek düzeyden ("başarılı" psikopat) düşük düzeye (suçlu) uzanan bir spektrum içinde çeşitli işlevsellik seviyelerine sahip olabilirler. Şizoid spektrum da sürekli patolojiden şizotipale, işleriyle ilgili olarak yüksek işlevsellik düzeyine sahip olan ama nesne ilişkileri konusunda önemli sorunlar yaşayan, yüksek-işlevsellikli Şizoid bozukluklara kadar uzanan bir yelpaze arz etmektedir.

Bu çok boyutlu, gelişimsel ve nesne ilişkileri temelli yaklaşımın avantajı, klinik materyali sadeleştirir ve entegre ederken spesifik tedavi tekniklerinin uygulanma yollarını göstermesidir.

2

YAKLAŞIMIN AYIRICI TANIYA UYGULANMASI

Ralph Klein, M.D.

GÖZLEM ALANLARI

Ayırıcı tanı süreci, bileşik bir resim, bir tanı çerçevesi oluşturmak için her biri birbirini pekiştiren birçok gözlem seviyesine bağlıdır. Tanı için hayati önem taşıyan alanlar şunlardır: (1) Sahte, savunmacı kendilik tablosunun sunumu; (2) mevcut ego/kendilik işlevleri ve bozukluklarının gözden geçirilmesi; (3) hastanın gelişimsel geçmişi; (4) hastanın tıbbi geçmişi; (5) hastanın aile geçmişi; (6) intrapsişik yapıların keşfedilmesi ve değerlendirilmesi; (7) terapötik ilişkinin niteliği.

Ayırıcı tanı için beş genç adamın vakalarını sunmadan evvel her alanı kısaca gözden geçireceğim.

Sahte, Savunmacı Kendilik Tablosunun Sunumu

Ayırıcı tanının başlangıç noktası *DSM-III* ve *DSM-III-R*'de verilen kriterlerdir ve öyle de olmalıdır. Hem Eksen I, hem de Eksen II tarafından tanımlanan psikopatoloji yelpazesinin tanınması ve bilinmesi, sürekli güncellenmesi ve geliştirilmesi gereken bir gerekliliktir. DSM, özellikle muhtemel kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde terapisti şu soruyu sormaya zorlar: "Bağımlı, korku dolu ve pasif bir hastanın sahte kendi-

liğini mi, majör bir duygu-durum bozukluğunun gayri şahsi (kişisel olmayan) tezahürünü mü görüyorum? Yoksa bunların her ikisi de aynı hastada mı mevcut?". Terapist şu soruyu sormalıdır: "Büyüklenmeci, manipülatif ve narsisist bir bireyin sahte kendiliğini mi, çift kutuplu duygu-durum bozukluğunun manik evresinin kişisel olmayan tezahürünü mü görüyorum? Yoksa bunların her ikisi de aynı hastada mı mevcut?".

Ayırıcı tanı hem statik, kişisel olmayan, çatışmasız hastalık süreçlerinin (hastalık), hem de kişisel, çatışmalı, dalgalı hastalık süreçlerinin (kişilik bozuklukları) sistematik bir değerlendirmesini içerir.

Bu değerlendirme yapıldıktan sonra ayırıcı tanı kişilik bozuklukları spektrumu dahilinde *DSM-III-R*'deki tanımlayıcı kriterleri en azından teşhirci narsisistik bozukluk veya başarısız düşük düzeyli antisosyal bozukluk gibi uç örnekler için kaba bir yol işareti gibi kullanabilir.

Bu noktadan sonra klinisyen artık cevaplanmamış tanısal sorulara netlik kazandırmak amacıyla, ister Eksen I ve Eksen II arasında ister kişilik bozuklukları arasında diğer gözlem seviyelerine geçmelidir.

Mevcut Ego/Kendilik İşlevlerinin Gözden Geçirilmesi

Kişilik bozuklukları, aşağıdaki işlevsellik alanlarının birçoğunda aksaklık ve bozukluklar gösterecektir: Ayrılma tepkileri, çocukça veya olgun olmayan bağımlılıklar, yarım kalan bireyleşme veya yaratıcılık çabaları ve kendilik-düzenleyici, özerk kapasite başarısızlıkları. Kişilik bozukluğu olan bir bireyin deneyimlediği ve bu sayılan bozuklukların neden olduğu iç karmaşa genellikle aşağıdaki şekillerde tezahür eder:

- İş yerinde zayıf ve tutarsız performans veya hastanın yetenekleri ve becerilerinin altında olduğu açıkça anlaşılan performans
- Çekirdek ailede özellikle ayrılma ve özerklik sorunları ile ilgili stres ve çatışmanın belirgin olduğu etkileşim
- Daha genel olarak ilişkilerde, karşılıklı tatmin edici ve kalıcı ilişkiler kurmakta belirgin zorluklarla ve büyük oranda ba-

ğımlılık, yapışma, mesafe koyma, manipülasyon veya ayrışmanın belirgin olduğu ilişkiler
- Kendilik kimliğinde, belirgin kimlik dağılması ve/veya kendilik aktivasyonu, girişkenlik ve öz saygı denetimi

Ayrıntılı ego/kendilik işlevlerinin ve bozukluklarının değerlendirilmesi gerçek kendilikteki bozuklukların niteliğini ve bu bozuklukların şiddetini belirleyebilir.

Gelişimsel Geçmiş

Hastanın gelişim geçmişini gözden geçirirken, terapist kendileşme örüntüleri aramalıdır. Ebeveyn ve çocuk (şimdiki yetişkin), ayrılma sürecinin her ikisi için de ne kadar acı verici ve çatışma ile dolu olduğunu yansıtan regresif/gerileyici ve bağımlı ilişki şekillerine birlikte, ortak olarak mı dahil oldular? Bulundukları duygusal (ve fiziksel) ortam, şizoid veya antisosyal bireyin erken yaş deneyimlerinin bir özelliği olan bir yoksunluk, küçümseme ve tehlike ortamı mıydı? Hasta, anne ve babasının gerçekçi olmayan ve idealleştirilmiş yansıtmalarına mı maruz kalmıştı, yoksa tam aksine, narsisistik bozukluklarda sık sık görüldüğü gibi anne ve baba çocuğun nesne idealleştirme ihtiyacının nesneleri olarak mevcut değiller miydi?

Gelişim süreci gözden geçirilirken "ortam"ın yanı sıra "yaratılış" ve "kader" de etiyolojik faktörler olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Çocuğun, mizaç özellikleri dahil olmak üzere yapısal özellikleri, çocukla bakıcıları arasındaki uyumun "iyi" veya "zayıf (kötü)" olması, ve "kaza ve kader" kişilik gelişimindeki rollerinden dolayı değerlendirilmelidir.

Tıbbi Geçmiş

Örneğin depresyon ve anksiyete terk depresyonunun genel tezahürleri olmasına rağmen, klinisyen bu gibi disforik duygulanımların hem bazı birincil tıbbi hastalıkların göstergesi, hem de tıbbi hastalıklara verilen ikincil tepkiler olabileceğini unutmamalıdır. Ayırıcı tanı sürecini daha da karmaşık hale getiren şey ise, pankreas kanserinden panik bozukluğa kadar herhangi bir tıbbi hastalığın kişilik bozuklukları ile ayrı hastalıklar ola-

rak birlikte var olabileceği gerçeğidir. Dolayısıyla, hastanın "psikiyatrik" geçmişinin yanı sıra tıbbi geçmişinin de dikkatle gözden geçirilmesi gereklidir.

Aile Geçmişi

Aile geçmişinin kapsamlı şekilde gözden geçirilmesi hem psikolojik, hem de biyolojik aile geçmişlerini içerir. Hem anne babanın kişilik yapıları, hem de akrabaların psikiyatrik ve tıbbi hastalıkları hastaya tanı konulmasında çok değerli ipuçları sağlayabilir. Ancak bu tarz verilerin ikinci elden alınması durumunda sağlanacak fayda sınırlı olabilir. Bu durum özellikle kişilik yapısı hakkında hipotezler oluştururken (hastanın kendi gözünden anlattıklarına dayanarak) veya daha evvel konulmuş olan psikiyatrik tanıları kabul ederken önemli hale gelmektedir, çünkü tanı uygulamaları zamanla ve bir bölgeden diğerine değişir (bu sorun *DSM-III-R* ile belli bir yere kadar çözülmektedir).

İntrapsişik Yapı

Her kişilik bozukluğunun benzersiz bir intrapsişik yapısı vardır ve terapist bunu ayrıntılı şekilde tanımlayabilmelidir. Bu dahili tasarım dünyası bir dizi içselleştirilmiş nesneden -hem kendilik hem de nesne temsili- ve bu nesnelerin arasındaki ilişkiden -içselleştirilmiş nesne ilişkileri- oluşmaktadır. Terapist hastanın hem nasıl biri olduğuna ve ne içerdiğine (kendilik tasarımı) dair, hem de insanların nasıl olduklarına dair (nesne temsili) fikir ve fantezilerini anlamak zorundadır. Kendilik temsili ve nesne temsili arasındaki ilişki, kendiliğin nesneye bağımlı olup olmadığı, onu kontrol edip bünyesine mi katıyor, nesneyle arasına mesafe mi koyuyor yoksa ondan kopuk mu sorularının önemli cevaplarını içerir. Bu kendiliğin nesne ile ilişki kurma türleri birbirini dışlayan yollar olmamasına rağmen, bunlardan biri veya diğeri ağır basarak hakim olur ve birçok etiyolojik ve motivasyonel yol için -yaratılış, ortam ve kader- bir ortak nihai yol teşkil eder.

Terapötik İlişkinin Niteliği

Terapötik ilişki hastanın intrapsişik yapısına açılan bir penceredir. Hastanın terapistle kurduğu ilişkinin şekli o ana kadar toplanmış olan verilerin ve gözlem sonuçlarının değerlendirilebileceği, kanıtlanabileceği veya çürütülebileceği bir test alanı sağlar. Ayrıca terapist hastanın yüzleştirme, yorumlama, aynalama ve iletişimsel örtüşme gibi terapi stratejilerine ve müdahalelerine verdiği tepkileri, tanısal kararını sağlamlaştırmak için kullanabilir.

Bu tanısal çerçeveyi beş genç adamın ayırıcı tanısını incelerken kullanabiliriz; bu genç adamların hepsi benzer yaştadır (18-23 arası) ve -en azından yüzeyde- yaşlarına uygun yaşam zorlukları ile karşı karşıyadırlar. Ancak görünürdeki bu benzerliklere rağmen, beşine de oldukça farklı tanılar konulmuştur.

BAY B.

Bay B., manik depresif tanısı konulduktan sonra üç hafta hastanede yatmış ve kendisine lityum verilmişti; bu süreci takiben bana yönlendirildi. 22 yaşındaydı ve bir yıl evvel üniversiteden mezun olmuştu. Mezuniyetinden bu yana ailesinin evinde kalıyordu. Aralıklı olarak çalışmak, okula dönmek ve ailesinin evinden ayrılmak için kısa girişimlerde bulunmuştu. Ancak her bir girişim depresyon, paranoid düşünceler ve felç duyguları (kişiliksizleşme) doğuruyor ve bunlar da artan uyuşturucu kullanımı ve seksüel eyleme vurmaya neden olarak, B.'nin girişiminin yarım kalmasına yol açıyorlardı. Bunun yerine eve, genellikle de evdeki yatağına dönüyordu. Bunlara ek olarak sık sık şiddetli histerik patlamalar yaşıyor, bunlar sırasında evdeki eşyalara zarar veriyor, annesi, babası ve kız kardeşine sözlü olarak saldırıyor veya fiziksel saldırı tehdidinde bulunuyordu. Son bir yıl içinde birçok psikiyatriste gitmiş ve yukarıda bahsettiğim lityum tedavisinden önce kendisine nöroleptik ilaçlar (paranoid şizofreni için) verilmişti. Hastaneye de bu şiddetli patlamalarından biri yüzünden yatırılmıştı.

Bu geçmişe bakıldığında birçok tanı ihtimal dahilindeydi. Son bir yılda görülen şiddetli semptomatoloji psikotik bir has-

talıkla (şizofreni veya manik depresyon), uyuşturucu temelli ve sürekli bir hastalık veya şiddetli bir kişilik bozukluğu vakasıyla örtüşüyordu (muhtemelen borderline veya antisosyal).

Egosunun kuvvetli tarafları, gerçek kendiliğindeki bozukluklar ve savunmaların daha genel şekilde gözden geçirilmesinin mevcut ihtimalleri düzenlememe yardımcı olacağını umuyordum. B.'nin psikopatolojisi sadece şiddetli olmakla kalmıyor, ayrıca hayatının tüm alanlarında etkili oluyordu; Kendilik yönetimi, iş, aile ve ilişkiler. Örneğin, uyuşturucu veya alkol gibi dış destekler olmaksızın duygularıyla başa çıkamadığını söylüyordu. Onun hayatında dürtü kontrolü yerine en sık geçen davranışlar bağımlılık ve eyleme vurmaydı. Israrla gelecek için plan yapamadığını ve tek istediğinin hızlı bir şekilde kendini daha iyi hissetmek olduğunu söylüyordu; kendini daha iyi hissetmek istemenin yanlış bir şey olmadığında ısrar ediyor, ancak bunun için ödediği muazzam bedeli görmeyi reddediyordu.

Diğer yandan, sadece çaresiz bir çocuk gibi davrandığı zamanlarda arkadaş veya kadınları kendine çekebildiğini, aksi takdirde arkadaş edinemediğini ve kadınları çekemediğini de kabul ediyordu. Ona ilgi gösteren herhangi bir adama veya kadına kişi ayırımı yapmadan sıkıca yapışıyordu. Bu durum ona kendini kısa bir süre için iyi (yalnız olmama) hissettiriyor, ancak ardından genellikle gittikçe artan boşluk ve yalnızlık duyguları geliyor, o da bu duygulardan uyuşturucu ve alkolle kaçıyordu. Kendilik imgesinin aptal, beceriksiz, "deli" bir insan olduğunu kabul ediyordu.

Güncel işlevselliğinin bu anlatımı ayırıcı tanıyı daraltmaya başladı. Özellikle yargı açısından gerçeklik algısı bozuk olmasına rağmen, gerçeği değerlendirme yetisini muhafaza ediyordu. Eyleme vurma davranışlarının psikoz veya nevrotik anksiyete değil, depresyona karşı bir savunma olduğunu gösteren bir tema ortaya çıkıyordu. Ayrıca yüksek miktarda uyuşturucu kullanımı da birincil bağımlılık şeklinde değil, daha çok depresyona karşı bir savunma aracı olarak kullanılıyor gibi görünüyordu. Geçmişinde antisosyal davranışlar, ayrıca düşman-

ca yansıtmalar, kibir, büyüklenme veya değersizleştirme olmaması antisosyal kişilik tanısı ile çelişiyordu. Bu noktada ayırıcı tanı seçenekleri ya borderline kişilik, ya da melankolisiz fakat uyuşturucu kullanımlı majör depresif rahatsızlığa indirgenmiş durumdaydı. Daha fazla netlik için gelişimsel geçmişe baktım.

Bay B., doğduğunda evlat edinilmişti. Gençlik yılları boyunca hep özel okullara gitmiş, her zaman da ortalamanın üzerinde notlar almıştı. Çoğunlukla, özellikle de hasta 4 yaşındayken anne babasının bir çocuk sahibi olmasından sonra mutsuz olduğunu anlattı. İyi ve söz dinleyen bir çocuk olmazsa anne ve babasının "ondan kurtulacakları"na dair bilinçli bir korku hissettiğini hatırlıyordu. Ergenlik çağında oldukça yüksek seviyede uyuşturucu ve rastgele seks deneyimleri olmuş, bu davranışlar ona kendini iyi hissettirirken ailesi bunları ya görmezden gelmiş ya da haberleri olmamıştı. Üniversitedeki son yılının büyük bölümünü "bir alkol sisi içinde" geçirmiş olmasına rağmen hala ortalamanın üzerinde notlar almaya devam edebilmiş ve "bir tanıdık grubu"nun yanı sıra bir de yakın arkadaşlık ilişkisini muhafaza edebilmişti.

Bay B.'nin geçmişi, varmış olduğum ayırıcı tanı kararlarını destekler görünüyordu. Önemli miktarda uyuşturucu kullanımına rağmen hastanın işlevselliğinde progresif bir gerileme veya bozulma olmaması şizofrenik hastalık ihtimalini zayıflatıyordu. Ayrıca şizofrenide ezici anksiyete ve parçalanmaya yol açan şey yapı kaybı beklentisi değil, yapı kaybının kendisidir. Ancak B.'de ergenliği boyunca gittikçe artan ayrılma anksiyetesi tezahür etmiş, bu anksiyete üniversite yılları sırasında ağır eyleme vurma ile kendini göstermişti. Alkol ve uyuşturucuların depresyona karşı bir savunma olarak kullanıldığı açıktı. Önemli bir nokta da şuydu ki, depresyon (veya mutsuzluk) mevcudiyeti çok küçük yaşlardan itibaren başlamıştı, bu nedenle bunun "majör bir duygulanımsal hastalık" yerine "karakterolojik" bir depresyon olduğu fikri akla daha yakın geliyordu. Ailede duygulanımsal hastalık veya alkolizm olmaması bu savı destekliyordu.

Hastanın geçmişi borderline kişilik tanısıyla örtüşüyordu. Terk edilme korkuları, ergenlikte semptomatik hale gelen ve üniversitede yoğunlaşan ayrılma stresi ve depresyona karşı eyleme vurma savunması borderline kişilik bozukluğu tanısını daha muhtemel hale getiriyordu.

Hastanın geçmişiyle ilgili verdiği bilgilerden çıkarılan sonuçlar sıklıkla anne babaların doğrudan gözlemlenmesi ile desteklenir veya tam aksine çürütülebilir. B.'nin anne ve babasıyla konuşurken oğullarından ne kadar bunalmış ve durumdan ezilmiş oldukları, ayrıca oğullarını sürekli küçük bir çocuk olarak görmeleri beni oldukça şaşırttı. Onu kendi yansıtmaları için bir hedef olarak kullanıyorlar gibi görünüyordu. Baba açıkça oğlunun eyleme vurmalarından tatmin oluyormuş gibi görünüyordu; onu teşvik ediyor, hatta cesaretlendiriyordu. Örneğin, oğlunun büyük uyuşturucu sorununa rağmen sık sık onunla iş yerine gelip çalışması için oğluna para ödüyordu; ancak baba eczane sahibiydi. Hasta babasının eczanesinde hem uyuşturucu buluyor, hem de başka uyuşturucular satın almak için kasadan para alıyordu (bu gösterdiği tek anti sosyal davranıştı).

Annesi B.'yi arasının kötü olduğu kocasının yerine koyuyor gibi görünüyordu. Oğlunun evde olmasından pek rahatsız görünmüyor, hatta onun sonsuza dek ailesinin evinde yaşamasına "razı olduğunu" söylüyordu. Anne depresif görünüyordu, ve oğlundan bahsederken en fazla "deli" lafını kullanan oydu.

Bu ailenin etkileşim örüntüsü hiçbir şekilde borderline patoloji ile ilgili patognomonik bir bulgu teşkil etmemesine rağmen (hatta aslında bu aile etkileşiminin özellikleri, şizofrenik ailelerde reaktif veya ikincil başa çıkma örüntüleri olarak bulunabilir) burada görülen etkileşim örüntüsünün, bir borderline hastanın intrapsişik yapısını üretebilecek örüntü ile tutarlı olduğu kesindir; bölünmüş nesne ilişkileri birimleri (ÖNİP ve GNİP) ve borderline üçlüsü.

Nitekim, yaptığımız ilk görüşmede B.'nin geçmiş ve şimdiki davranışları hakkında yaptığı tanımlama borderline kişiliğin bölünmüş nesne ilişkileri birimlerini gösterir gibiydi; şöyle ki

B., anne babasından veya karşı cinsten birinden onay ve "destek" elde etmesinin tek yolunun pasif, çaresiz, bebeksi ve regrese olması/gerilemesi gerektiğine inanıyordu. Ayrılma, bireyleşme ve kendilik denetimi girişimleri paralize olma, boşluk ve yalnızlık (terk edilmişlik) duygularına neden oluyor, bunları artırıyordu. B., ayrıca davranışlarının ailesini çok üzdüğünü, bunun da onu sevmemelerinin cezası olarak uygun bir intikam şekli olduğunu söylüyordu (bu, borderline hastanın özelliklerinden biri olan bire bir misilleme dürtüsüne bir örnektir, hasta ne pahasına olursa olsun ödeşmek ister).

B.'nin tedavi sırasında benimle kurduğu ilişkinin niteliği tanı yap-bozunun önemli son parçasını bulmamı sağladı. Eğer B., borderline ise aktarım şekli hastanın intrapsişik yapısı hakkında oluşturduğum tabloyu destekleyecek ve pekiştirecekti. Nitekim B., başlangıçta çoğunlukla benimle ancak ÖNİP ya da GNİP yansıtmaları aracılığıyla ilişki kurabiliyordu. Bu aktarım-benzeri yapılardan önce birinin sonra diğerinin yansıtması hastanın da bir bağlanması, bir uzaklaşması şeklinde sonuç veriyordu. Örneğin zaman zaman benim de ailesi gibi onun deli ve şımarık bir çocuk olduğunu düşündüğümü söylüyordu. Diğer zamanlarda ise onunla ilgilenmeye devam etmem için hastalığının devam etmesi gerektiğini hissediyordu.

B. tarafından, hem kişilerarası ve içselleştirilmiş nesne ilişkilerinde hem de tedavi dahilinde ve haricinde, bu denli tutarlı biçimde gösterilen borderline hastaya özgü benzersiz bölünmüş nesne ilişkileri birimleri, ayırıcı tanının başında göz önünde bulundurulan diğer iki kişilik organizasyonu olan şizofren ve antisosyal kişiliklerin intrapsişik yapısına tamamen zıttır. Basitçe anlatmak gerekirse, şizofren hastada bölünmüş nesne ilişkileri birimleri değil, daha çok çeşitli derecelerde birleşmiş (kaynaşmış) bir benlik ve nesne durumu görülür. Ayrıca, antisosyal kişilikte de, bir savunma hali içinde olan borderline hastanın yetersiz beslenmiş ve yeterince şişirilmemiş kendilik temsili yerine, bir kuşatma hali içinde olan hastanın temelde grandiyöz/büyüklenmeci ve fazla şişirilmiş kendilik temsili görülür.

Son olarak, hasta borderline ise, yüzleştirmeye verdiği tepkinin niteliği "borderline üçlünün" varlığını doğrulamalıdır. İlk seanslarımız sırasında B., ile hayatını idare etmekteki başarısızlığı ve öfkesiyle intikam yoluyla başa çıkmanın ne kadar kendilik-yıkıcı olduğu konusunda yüzleştirdiğim zaman durur, üzgün görünür ve belki de "fazla ileri gittiğini" kabul ederdi. Sık sık kontrol dışı hale gelen duygularının onu hırpaladığından bahsederdi. Ancak hemen ardından, ben onunla daha fazla yüzleştirme fırsatını bulamadan, (yani, "Sence neden bu duygularla başa çıkamıyorsun?") duygu durumlarının önceden tahmin edilemeyecek şekilde aniden değiştiğini söyledi. Bunu hastanedeki doktorlardan duymuştu ve lityum almasının nedeni de buydu. Bu kısa iletişim, tedavi süresince tekrar tekrar ortaya çıkacak olan bir şeyin ilk tezahürüydü; borderline üçlünün işleme şekli. Ayrılma-bireyleşme depresyona yol açar, depresyon savunmaya yol açar, savunma daha fazla yüzleştirme ihtiyacına yol açar.

Hastanın yüzleştirmeye verdiği tipik tepkinin niteliği değerli bir ilave ayırıcı tanı aracıydı. Borderline hastanın yüzleştirmeye verdiği karakteristik tepki, eyleme vurmanın devam ettirilmesi ve dolayısıyla depresyonun devam etmesi olurken, şizofren hasta sıklıkla daha fazla anksiyete ve açık disorganizasyon (çözülme) üretir. Antisosyal hasta ise tipik olarak uzaklaşma ve kontrol savunmaları ile tepki verecektir; yansıtma, düşmanlık, şüphe ve öfke.

BAY E.

Bay E. tedaviye ilk geldiğinde 19 yaşındaydı. İki yıl terapi görmüş, bir yıl evvel evden ayrılıp üniversite okumaya gittiğinde terapiyi bırakmıştı. Evden uzakta kendini gittikçe artan şekilde "zihni bulanık", konsantre olamaz, kaygılı ve yalnız hissetmeye başlamıştı. İşlevselliğinin gittikçe azaldığını hissetmiş ve okul yılı bitmeden okulu bırakarak ailesinin evine yakın bir daireye taşınmıştı. Şimdi de orada oturuyor ve ailesinden maddi destek alıyordu ve tekrar tedavi görmeye başlamaya karar vermişti.

Döndüğünden beri yerel bir kolejin yaz kurslarına kaydolmuştu ama aldığı derslerin hepsinden kalıyordu; ayrıca part-time bir işte çalışıyordu. Üniversiteye gittiğinden beri az sayıdaki arkadaşı ile temasını kaybettiğini, okulda yeni arkadaşlar edinmekte zorlandığını ve geçmişte ya da şimdi kız arkadaşı olmadığını ve hiçbir heteroseksüel ilişki yaşamadığını anlattı. Kuvvetli yönü sanata olan yeteneğiydi, ancak bu da hem temelde tek başına yapılacak bir faaliyetti, hem de üniversiteye gittiğinden beri artık yapmıyordu, çünkü eğitim almak ve arkadaş edinmek gibi daha önemli hedeflerine ulaşmasında bunun dikkatini dağıtacak bir faaliyet olduğunu düşünmüştü. Son olarak, ilk görüşmede anne babasıyla son derece çatışmalı ve çok uzun zamandır istikrarsız olan bir ilişkisi olduğuna değindi.

Bu noktada ayırıcı tanının borderline kişilik, şizoid kişilik, şizofreni ve muhtemelen ilave bir majör depresif epizotla şiddetlenen şiddetli depresif nevroz seçenekleri arasında olduğunu düşünüyordum. Majör depresif epizodun tanısı, patolojisinin ego işlevselliğinin spektrumuna yaptığı sürekli etkiyi açıklamak için gerekliydi.

Başlangıçtaki değerlendirme dönemi boyunca kendi sorunlarını "klasik borderline" olarak ve büyümeyi ve hayatının idaresini ele almayı reddetmesi özelliği taşıyan bir durum olarak tanımladı. Aşırı korumacı bir anne ve narsisistik bir babanın etkileri yüzünden büyümesine izin verilmediğini, her ikisinin de farklı şekillerde onu tamamen kontrol etmeye ve ona hakim olmaya çalıştıklarını söyledi. Ergenliği sırasında gittikçe artan şiddetli sözlü ve sonunda fiziksel kavgalar olmuş, babası hastayı itip kakmış ve nihayet, birçok kez, birbirlerini yumrukladıkları ve annesinin polis çağırmak zorunda kaldığı durumlar yaşanmış.

15 yaşına geldiğinde hasta anne ve babasını öldürmekle ilgili obsesif düşünceler geliştirmiş ve bu sonucu engellemenin tek yolunun ailesiyle ancak onlar ona bir şey söyledikleri zaman konuşup diğer zamanlarda onlarla hiç konuşmamak olduğuna karar vermiş ve öyle de yapmış. Hasta 15 yaşındayken başlayan

ilk tedavisinin odağının ayrılma olduğunu ve anne babasıyla minimum etkileşim içinde olmaya teşvik edildiğini söyledi. Ancak ilişki kurmakta çektiği zorluklar ailenin ötesine geçmiş ve ergenlik çağı hemen hemen tamamen yalnız (izole) geçmiş.

Hastanın geçmişi, mevcut rahatsızlıkla birleştirildiğinde, borderline kişilik tanısı ile örtüşmeye devam ediyordu, ama buradaki vakada düşük düzeyli, belirgin kontrol edilme korkuları olan birincil olarak kaçınmacı borderline bir hasta söz konusuydu. Ancak hastanın geçmişi boyunca görülen sıkıca yapışma ve bağlanma davranışlarının çarpıcı eksikliği şizoid kişilik tanısı ile çok daha tutarlı görünüyordu. Hastalığın kronikliği, bir disforik duygular karışımı ve bitkisel veya melankolik belirtiler veya semptomların mevcut olmaması ile birleştirildiği zaman, şiddetli depresif psikonevroz veya majör depresif bozukluk gibi birincil duygusal bir bozukluğun söz konusu olmadığı düşüncesi ağır basıyordu. Hastanın büyükbabasının (baba tarafından) paranoid şizofreni geçmişi olması ile desteklenen daha habis bir şizofrenik hastalık ihtimali de halen mevcuttu.

Hastanın intrapsişik yapısının özelliklerini netleştirmeye odaklandım ve takip eden haftalarda yavaş yavaş ortaya ayrıntılı bir tablo çıkarmayı başardım. Hasta gittikçe artan şekilde kendisi ile ilgili olarak neyin "gerçek" olduğunu ayırt edemediğini söylüyordu. Bu depersonalizasyon zaman zaman daha vahim bir hal alıyor ve hasta kendini parçalara ayrılmış, bölünmüş ve "kendini bir arada tutamaz" durumda hissediyordu. Bu duygular geçiciydi ama ileri derecede paniğe neden oluyorlardı ve son birkaç ayda gittikçe kötüleşmişlerdi. Hasta zaman zaman kim olduğundan, özellikle de düşüncelerinin kendisine mi yoksa ebeveynine mi ait olduğundan emin olamıyordu. Ayrıca babasına, annesine veya etrafındaki başka insanlara dönüştüğüne, onlar olduğuna dair duyguları da vardı. Bir aynanın yanında duran bir insanla konuşurken kişinin kendisi ile mi yoksa aynadaki yansıması ile mi konuşması gerektiğini bilemiyor, hangisinin gerçek olduğuna karar veremiyordu. Hastanın

kendi ifadesiyle, "kendisinin nerede bittiği ve dünyanın nerede başladığı" ile ilgili netliği yoktu.

Borderline kişilik veya şizoid kişilik tanısı hala mümkün müydü? Kendilik ve nesne ayrılığı veya açık ayrışmanın yanı sıra bölünmüş nesne ilişkileri birimlerinin varlığına işaret eden belirtiler var mıydı? Kesinlikle yoktu. Borderline üçlünün varlığına işaret eden belirtiler (borderline hastada mevcut olan), veya bir yandan kontrol edilmeye karşı tedbirli bir kaçınma, diğer yandan tükenme belirtileri (şizoid hastada mevcut olan) var mıydı? Cevap yine hayırdı. Bunların yerine, otistik sürecin karakteristiği olan vücut sınırları kaybı ve bunun sonucu olan zihin bulanıklığı ve duyguların, fikirlerin hatta organlarının kaynağını veya yerini ayırt edememe durumu *mevcuttu*. Zihinsel kendilik yapısına ve tanımına ait fikirlerin ve kimliğin, kendiliğin dışındaki hareket ve kimliklerden, yani dış olaylar ve insanlardan ayırt edilememesi, şizofrenide kişiliğin otistik deformasyonunun belirleyici özelliği olan vahim depolarizasyonun bir parçasıdır.

Şiddetli bir kişilik bozukluğu hastasının, özellikle de bir borderline hastanın, bu hastanın psikotik özelliklerini açıklayabilecek terapi dışındaki strese bağlı geçici psikotik epizotlar ve terapi dahilindeki strese bağlı aktarım psikozu yaşaması mümkün müydü?

Büyük bir ihtimalle hayır.

Borderline hastada tezahür eden aktarım psikozu kendini, seans sırasında terapistle hastanın hayatındaki diğer önemli insanlar arasındaki ayırımın bulanıklaşması şeklinde gösterir; en çok rastlanan örneklerden biri terapistin "anne" ile veya anneyi "saldırgan" olarak temsil eden ona ait nesne sembolü ile karıştırılması, aradaki farkın bulanıklaşmasıdır. Bu tarz bir sanrısal yanlış tanıma veya paranoid sanrı, şizofrenik süreçte meydana gelen kendilikle nesne arasındaki otistik bozulmadan oldukça farklıdır.

Tedavi dışında yaşanan sınırlı veya geçici veya uzun süren psikotik epizotların bir parçası olan psikotik özellikler tuhaf, sanrısal ve halüsinasyonel olabilirler, ama psikotik ve otistik

süreçler arasındaki ayırımı ihlal etmezler. Aslında, bu tarz psikotik epizotların "gerçek" ve ayrılma stresine bağlı olmadığı, daha çok "yapay" oldukları ve bilinçli veya bilinçsiz savunma veya ikincil kazanç amaçlı manipülasyon girişimleri olduğuna dair gittikçe artan kanıtlar mevcuttur. Otistik süreç tezahürlerinin şizofreni çerçevesinin dışında meydana geldiği tek durum, halüsinojen ve fensiklidin kullanımına bağlı akut ilaç intoksikasyonunun bir sonucu olarak meydana gelmeleridir; ancak tezahürlerin altında yatan sebep ilaçlar olduğu zaman durum kronik değil akuttur.

Bay E., gibi şizofrenik hastalar için terapistle hasta arasındaki ilişki, terapistin regresif ve habis değişikliğe uğrayan gerçeklik testi, sorun çözme, yargı ve sınır koyma gibi ego işlevselliği alanlarında yardımcı bir ego olarak işlev görmeye gönüllü olmasını gerektirmektedir. Şizofren hastayla yapılan yüzleştirme, zaten zarar görmüş ve kırılgan bir ego üzerindeki talepleri artırır. Nitekim değerlendirme dönemi sırasında Bay E., ile yüzleştirmede anksiyetesi büyük ölçüde artıyor, bunun sonucu olarak da mevcut ego işlevlerinin disorganizasyonu/düzensizliği ve parçalanması seans sırasında gözlerimin önünde meydana geliyordu. Bay E.'yi yüzleştirirken ondan yapamayacağı bir şeyi yapmasını talep ediyor, dolayısıyla anksiyetesini başa çıkamayacağı bir noktaya kadar artırmış oluyordum, çünkü ortaya çıkardığım gibi, Bay E. şizofrendi.

BAY H.

Bay H., 20 yaşındaydı ve psikolog olan ama oğlunun rahatsız edici davranışlarını bir süre görmezden gelmiş olan annesi tarafından bana getirildi. Bu rahatsız edici davranışlar arasında uyuşturucu kullanımına dair belirtiler, duygudurum değişkenliği, yalan söyleme ve yakın zamanda akademik performansın düşmesiydi. Ancak çocuğun durumu aniden kötüleşmeye başladı. Okulda kopya çekerken yakalanmış ve bir yarıyıl boyunca okuldan uzaklaştırılmıştı. Onu ilk gördüğümde hasta nispeten sakin görünüyordu, ama bu görüşme okuldan uzaklaştırılmasından evveldi. İkinci kez görüştüğümüzde, ki bu görüşme

okuldan uzaklaştırılmasından sonraydı, perişan görünüyordu ve aynı zamanda hem öfkeli ve cinayet işlemeye hazır, hem de boş ve intihara meyilli olduğunu söylüyordu.

Bu noktada tanısal manzara net olmaktan tamamen uzaktı. Hiçbir ihtimali kendimden emin şekilde yok sayamıyordum; şizofrenik hastalığın sinsi başlangıcı; bir borderline ergenin "yardım çığlığı"; narsisistik bir hastanın öfkesi ve utancı; hatta temelde nevrotik bir ergenin savunma veya anlaşmazlık çözümüne yönelik akut semptomatik girişimleri; bu tablo muhtemel uyuşturucu kullanımı ile daha da karmaşıklaşıyordu.

Hastanın geçmiş ve mevcut işlevselliğinin incelenmesi çeşitli ihtimalleri düzenlememe yardımcı oldu. Davranışı hem anne ve babasını, hem de öğretmenlerini ürkütmüştü. Onlara göre bu davranış son zamanlarda başlayan bir olaydı ve H.'nin karakterine tamamen tersti. Hasta her zaman ortalamanın üzerinde bir öğrenci olmuş ve çok az çalışmasına rağmen bu durumu devam ettirmeyi başarmıştı. Bana anlattığına göre, onun istediği sosyal olarak bir "etki bırakmaktı" ve bu isteği geniş sosyal çevresi ve başta idealize ettiği, ama kısa zaman sonra onu hüsrana uğratan veya ihtiyaçlarını tatmin etmez bulduğu kızlarla yaşadığı bir dizi kısa, yoğun ve zaman zaman olan cinsel ilişkilerle kendini gösteriyordu.

Onunla birkaç hafta boyunca görüştükten sonra, süreklilik ve istikrar arz eden yüksek seviyedeki sosyal işlevselliğinin, ortada herhangi bir şizofren belirti veya semptomun olmaması ile birleştirildiğinde bu ihtimali ortadan kaldırmama yeterli olduğu sonucuna vardım. Ayırıcı tanı daha yüksek işlevsellik seviyesine sahip bir kişilik bozukluğuna doğru daraltılmıştı; ya borderline veya narsisistik kişilik bozukluğu ya da psikonevroz.

Akut eyleme vurma durumunun açıklaması hala net değildi, çünkü başlangıçta bu davranışa neden olacak herhangi bir stres -örneğin spesifik olarak borderline kişilik bozukluğuna işaret edebilecek olan bir ayrılma stresi- belirleyememiştim.

Ayırıcı tanıya katkısı olması amacıyla hastanın gelişimsel geçmişini incelemeye başladım. Bay H., tek çocuktu ve anne

babası o 3 yaşındayken boşanmışlardı. Annesiyle yaşamaya devam etmiş, buna rağmen onlara yakın oturan babasıyla da yakın ilişkisi devam etmişti. Annesi görüşmemizi oğluyla tam yaşayamadığı ilişkisi yüzünden *kendi* ihtiyaçlarının nasıl karşılanamadığını gözyaşları içinde ve şiddetli bir şekilde detaylarıyla anlatmak için kullanan bebeksi, baştan çıkarıcı ve çarpıcı şekilde narsisistik bir kadındı. Oğlunu ısrarla bir dizi depersonalize edici, ama idealize edici yansıtmalara boğuyordu. Oğlunun büyümesine izin vermek yerine, geçmişte de yaptığı gibi şimdi de sürekli ve açıkça oğlunun kendi duygusal dayanak noktası olmasını, kendi ihtiyaçlarını dinlemesini ve bunlara cevap vermesini, onun özel adamı olmasını bekliyor gibi görünüyordu. H.'nin babası uzun zamandır kendi depresyonu ve suçluluk duygusu ile, birçok savunmanın yanı sıra, oğlunun tüm istek ve taleplerine cevap vererek ve bunları sağlayarak baş ediyordu. Çocuk hiçbir şekilde babası tarafından tehdit altında veya onunla yarış halindeymiş gibi görünmüyordu.

Aile dinamiği genel manzarayı gittikçe borderline ihtimalinden uzağa taşıyordu; depersonalizasyon örüntüleri regresif/gerileyici yansıtmalardan çok aynalama ve idealize etme yansıtmaları arz ediyor gibiydi. Bu örüntü kişilik bozuklukları arasında en çok narsisistik bozukluğun gelişimsel sürecine uyuyordu. Ancak böyle bir geçmiş, her ne kadar söz konusu rahatsızlık özgüven düzenlemesi kapasitesinde belirgin sıkıntı içeren bir rahatsızlık, yani narsisistik rahatsızlık da olsa, temel bir psikonevrotik rahatsızlıkla da tamamen uyumsuz değildir. Ancak ailedeki çatışma üçlü bir çatışma değil, ikili bir çatışmaymış gibi görünüyordu; bir başka deyişle, mevcut çatışmalar bir yandan anne ve oğul arasında, diğer yandan baba ve oğul arasındaydı, ancak her üçünün arasında veya onların hastanın intrapsişik yapısındaki zihinsel temsillerinin arasında pek az gerçek çatışma vardı.

Dikkatimi kendiliğin doğası, nesne ilişkileri ve bu ikisinin arasındaki ilişkiye yoğunlaştırmaya başladım. Seanslar birbirini izledikçe H.'nin kendilik imgesinin şişirilmiş olduğu ve sürekli etkin olduğu belli oldu. Neye layık olduğu ve neye hakkı ol-

duğu ve ailesi ile dünyanın ona neler vermeye mecbur olduğuna dair net fikirleri vardı. Tabi ki bu, (hak ettiğine inandığı şeylerin başkaları tarafından da kabul edilmesini talep etmek yerine) varlığı ve elzem ihtiyaçlarının kabul edilmesine çalışan ve bununla yetinen borderline hastaya tam zıt bir davranıştır. Ayrıca bu davranış, sıklıkla gerçeğin çelişkili talepleri ve doğası ile başkalarının istek ve ihtiyaçlarını kendi öz kimliğinde entegre etmekte zorluk çeken psikonevrotik hastanınkiyle de zıttır.

Nesne ilişkileri açısından H., okuldaki önemli kişilerle yüksek seviyede idealleştirilmiş birkaç ilişki sürdürüyordu. Buna ek olarak, anne ve babası tarafından sağlanan ihtiyaç-karşılama aynalaması ve kızlarla bir dizi itaatkâr ilişki de mevcuttu. Hem kadınlar, hem de erkeklerle kurmuş olduğu sosyal ilişkilerin yüzeyselliği çarpıcıydı. Onu bu denli yoğun şekilde meşgul eden ilişkilerin, özellikle de kızlarla olan ilişkilerin neredeyse hiçbiri hakkında net bir tablo çizemiyordu. Etkileşimleri, aynen borderline bir hastada olduğu gibi bölme, idealleştirme ve değersizleştirme özellikleri taşıyordu. Ancak bunlara ek olarak hakim temalar, narsisistik hastada görüldüğü şekilde, haset, utanç, öfke ve mutlak kontroldü.

Örneğin bana, bir ilişkide kontrolün, daha doğrusu onun fantezisi olan mutlak kontrolün, nasıl ilişkinin kendisinden daha önemli olduğunu anlatıyordu. Hastanın belirttiğine göre,önemli olan hakim olmaktı böylelikle kadının tüm dikkati ve ilgisini yani ihtiyacı olan ve hak ettiği şeyi elde edebilirdi: "Duygularım kişiye karşı değil, kontrole karşıdır. Sanırım kontrolü elinde tutmayan insanları onaylamıyorum. Arkadaşlarının üzerinde kontrol sahibi olanlara da gıpta ediyorum." Kontrole mi arkadaşlıklara mı gıpta ettiğini sorduğumda; "kontrol" diye cevap verdi.

İlkel savunmalar, manipülasyon ve kontrolle karakterize olan ve sürdürülen narsisistik hastanın yüzeysel ilişkilerinden farklı olarak, borderline hastanın ilişkileri sık sık yoğun, kaotik ve karakteristik olarak bağımlıdır. Nevrotik hastanın ilişkileri ise bir dizi düşük ve yüksek düzeyli savunma ile karakterize

olur ve elde edilmesi zor olup, sürdürülmesi büyük çaba gerektirdiğinde bile empatik ve tatmin edici olabilir.

Bu noktada artık narsisistik kişilik bozukluğu tanısı açıkça görülüyordu. H.'de, tüm narsisistik bozukluk hastalarında olduğu gibi, nesne ilişkileri birimiyle kaynaşmış neredeyse sürekli ve yaygın bir yansıtmayla tezahür eden sahte ve savunmacı tek bir grandiyöz/büyüklenmeci tümgüçlü bir kendilik mevcuttu. Bu birim altta yatan agresif ve boş kaynaşmış nesne ilişkileri parça birimini çoğunlukla başarı ile gözden saklıyordu. Bu, borderline hastada görülen, sırayla yansıtılan ve buna uygun olarak sırayla ortaya çıkan, yapışma ile geri çekilmeden oluşan klinik bütünü açıklayan bölünmüş ve ayrı ödüllendirici ve geri çekilen nesne ilişkileri parça birimleri ile zıtlık arz ediyordu. Yukarıda tarif edilen her iki intrapsişik yapı da, tüm kendiliği ve tüm nesne tasarımları çok daha gerçekçi olan ve engellenmelere rağmen muhafaza edilen nevrotik kişininkine taban tabana zıttır.

H.'nin tanısı ile birlikte mevcut durumu da anladım. En yakın zamanda yaşadığı sorun borderline hastada tipik şekilde görülen ayrılma stresinin arttığı bir zamanda değil, tam ve başarılı kontrol elde etme kapasitesinin aynı anda her alanda baskıya maruz kaldığı bir zamanda ortaya çıkmıştı. Okulda çalışması ve çalışmalarının sonuç vermesi için artan bir beklenti vardı. Daha fazla çalışmayı reddetmiş, dolayısıyla notları düşmüştü, bu da narsisistik bir darbeydi. Okul dışında ise narsisistik tedarik kaynakları kurumuştu; her iki ebeveyn de tedavi görüyor ve oğullarına karşı daha olması gereken şekilde davranıyorlardı, üstelik artık okulunda ilişki kurabileceği kız kalmamıştı. Narsisistik istekler ve hak ediş duygularının tatminin sağladığı sürekli pekiştirme olmaksızın hızla altta yatan muazzam boşluk, saldırı, utanç ve öfke duygularına açık hale gelmişti; bu duyguları kendi gözünde vasat, ortalama, tatmin edici olmayan ve aşağı olan kişilere yöneltiyordu.

H.'nin benimle olan ilişkisinin niteliği tanı bilmecesinin son parçasını tedarik etti. Davranışının kendilik yıkıcı yönlerine işaret edişime hafif bir saldırıymış gibi tepki veriyordu.

Gösterdiğim empati, destek ve anlayışımda en küçük bir eksilme algıladığı zaman rengi kararıyor ve keyfi kaçıyordu. Yüzleştirmeyi yapıcı bir tedavi çabası olarak göremiyordu. Onun yerine, onunla etkili bir çalışma yapabilmek için yüzleştirme yerine yorumlama kullanmam, hastanın sakındığı, inkâr ettiği, değersizleştirdiği veya kontrol ettiği gerçeklik yönlerini belirtmem, davranış şeklinin hak ettiğine ve ihtiyacı olduğuna inandığı şeyleri elde etmesine yardımcı olmadığına dair bir "görüş birliği" yaratmam ve dış gerçekliği etkileyebileceği yollar bulmasına yardımcı olmam gerekiyordu.

BAY D.

Hasta anne babasının ona teklif ettiği bir rüşvetle razı edilerek konsültasyona geldiğinde 25 yaşındaydı. Ancak tedaviye gelirse tüm haklarını, imtiyazlarını ve harçlığını muhafaza ederek evde kalabilecekti. Ailesinin bu şekilde hareket etmesinin nedeni D.'nin sürekli annesini öldürmekle tehdit etmesiydi. Sık sık hem annesine hem de babasına karşı sözlü tacizde bulunuyor ve özellikle annesine fiziksel saldırı tehditlerinde bulunuyordu. O ana kadar doğrudan fiziksel şiddete başvurmadan kendini durdurmayı başarmıştı (annesine karşın; ancak kız arkadaşlarından birçoğuna vurmuştu). Hem annesi hem de babası annesine yönelik şiddetin gittikçe daha muhtemel hale geliyor olduğunu düşünüyorlardı. D.'nin patlamaları tipik olarak anne veya babasının sınır koyma veya hastanın taleplerinden birini reddetme girişimleri üzerine meydana geliyordu. Son patlaması annesinin D.'ye verdikleri mali desteği evdeki davranışlarını düzeltmesi "şartına" bağlamaya kalkması üzerine meydana gelmişti.

Bu tarz bir şiddet manzarası hemen birçok tanı ihtimalini akla getirirken, bazılarını eliyordu. Muhakkak ki psikotik bir hastalık veya uyuşturucu kullanımından doğan şiddet ihtimalleri söz konusu değildi. Altta yatan kişilik organizasyonu açısından, bu tarz bir şiddet ya antisosyal kişilik, ya da muhtemelen aynî misilleme dürtüsünün yoğun olduğu düşük düzeyli bir borderline bozukluk ihtimali makul geliyordu. Ancak bu

gibi durumlarda hastanın geçmişi, genellikle sadece duygusal değil, fiziksel olan gerçek (sadece hayali veya "hissedilen" değil) bir travmanın da varlığını ortaya çıkarır.

Hastanın genel işlevselliğini değerlendirdiğimde onun, hem kendi gözünde hem de ailesinin gözünde, "çok zeki, kibirli, herhangi bir otorite altına giremeyen, düşmanca davranan, cazibeli, gerçek bir sahtekâr, çileden çıkaran ve tembel" biri olduğunu gördüm. İkinci sınıftayken üniversiteyi bırakmıştı ve o zamandan beri ailesinin evinde yaşıyordu. Sık sık uyuşturucu kullanıyordu, en çok kullandıkları da marihuana, quaaludes ve kokaindi. Yakın arkadaşları yoktu, sadece tanıdıkları vardı. Hiçbir arkadaş zahmete değmezdi, ancak uyuşturucu kaynağı olarak kullanılabilirlerdi. Çıktığı hiçbir kızın onun için fazla bir anlamı yoktu. Eğer ona karşı çıkarlar veya onu eleştirirlerse "bir tane çarpardı". Hastanın yaşamakta olduğu hayatın bu kısa incelemesi tahmini tanılarımın üstüne gölge düşürmüştü. Psikotik bir bozukluğa işaret eden özellikler mevcut değildi; sanrılar, halüsinasyonlar, mantıksız veya tutarsız düşünce veya konuşmalar, cinnet veya depresyon gibi. Hasta uyuşturucu kullandığını kabul ediyordu ama bu durum tek başına onun psikolojik ve sosyal kusurlarının bu denli sürekli ve yaygın olmasını açıklamaya yeterli değildi. Buna ek olarak, bir ödüllendirici nesne ilişkileri parça birimi de mevcut değildi. D., başkalarına ihtiyaç hissetmekten çok, onların varlığını ancak kabul ediyordu, o da ihtiyaçlarını tatmin ettikleri sürece.

Antisosyal kişilik tanısı gittikçe daha fazla öne çıkmasına rağmen, bu iç karartıcı tanıyı tasdik etmek için hastanın gelişimsel ve aile geçmişini inceledim. Annesi ve babası hastanın güncel davranış ve özelliklerinin birçoğunun çocukluğundan beri var olduğunu anlattılar. Bu da borderline hastanın antisosyal davranışı ile çelişki halindeydi; borderline hastanın antisosyal davranışı genellikle ergenlik çağında başlar veya hastanın aile içinde bağımlı ve regresif bir pozisyonda kalmasına neden olarak ya da bir akran baskı grubunun bir parçası olmasını sağlayarak nesne ilişkileri kurmak için yapılan girişimleri

temsil eder. Her iki durumda da hedef çocuksu (bebeksi) bağımlılık ve kabuldür.

D.'nin çocukluğu ve ergenlik dönemi ise buna zıt bir şekilde, anne babaya ve öğretmenlerine karşı gösterilen bir saldırganlık ve karşı gelme hikâyesiydi. Anne ve babası latent evrede başlayan hırsızlık ve okuldan kaçma epizotlarından bahsettiler. Hasta, düşmanlığını kazanan bir öğretmenin ertesi gün arabasının lastiklerini parçalanmış bulması ihtimalinin yüksek olduğunu anlattı. "Soğuk, uzak, narsisistik bir fahişe" olarak tanımladığı annesinden özellikle nefret ettiğini söylüyordu. Sorunlarının çoğundan annesini sorumlu tutuyordu: "Ona ihtiyacım olduğunda asla ortada yoktur". Babasını tarif ederken genel olarak "iyi huylu" ama annesinin hakimiyeti altında olduğunu söylüyordu. Babasında da antisosyal bozukluk tezahürleri olduğu itiraf edildi.

Bu hastayla nispeten kısa süreli temasımda onun içsel nesne temsillerinin saldırganlığı ve tehlikeli niteliği beni çarpmıştı. İç dünyası, bir kuşatma durumunun çerçevesi içindeki yalın büyüklenmeci çekirdek kendilik tablosu olarak görünüyordu. Savunmaları bu istikrarsız ve kırılgan durumu muhafaza etmek üzere işliyordu ve en sık kullandığı savunma nesne kopukluğu gibi görünüyordu. Bu kopma sosyal izolasyon ve daha da belirgin şekilde uyuşturucu kullanımı ile pekişiyordu. Yakın gelecekteki hedef ve planları ile ilgili bir soruyu cevaplarken uyuşturucu alışkanlığını sürdürmek için yeterli parayı elde etmenin bir yolunu bulması gerektiğini ve adam kaçırmayı düşündüğünü söyledi. Bu noktada huzursuz oldum ve kendimi tehdit altında hissettim. Ona geleceğinin ne olacağını sorduğumda şöyle cevapladı: "30 yaşıma geldiğimde ya zengin, ya ölmüş ya da hapiste olacağım."

"Başarılı" narsisistik bozukluğu olan kişilerdekinin aksine, Bay D., için nesnenin idealleştirilmesi ve nesne tarafından idealleştirilme ihtiyacının yerini büyük ölçüde nesneden kopma almıştı.

Bu izole, kendi kendine yeten büyüklenmeci kendilik yapısına nüfuz etmeye çalışan terapist dahil herhangi bir deneyim

veya kişinin hasta tarafından potansiyel bir tehlike olarak algılanacağı, dolayısıyla hastanın gözünde ya kaçılması, ya kontrol edilmesi ya da yok edilmesi gereken bir şey olacağını düşünüyordum.

D.'nin intrapsişik yapısıyla ilgili anladıklarım temel alınarak terapistiyle kurması muhtemel iki ilişkiden birini kuracağı öngörülebilirdi; ya ısrarlı uzaklaşma veya manipülasyon şeklinde tezahür eden ilişki yokluğu, ya da terapistin tek fonksiyonunun hastanın büyüklenmeciliğini aynalamak olduğu bir aynalama ilişkisi. İlk birkaç seanstan sonra D.'ye, ailesinin evinde yaşamaya devam etmesini garantilemek dışında beni görmeye devam etmek için bir neden görüp görmediğini sordum. "Bana canım sıkıldığında yapacağım bir şey sağlıyor. Her neyse, sen daha önce gördüğüm psikiyatrların çoğu gibi salak değilsin. Benim ne kadar akıllı olduğumu anlayacak kadar akıllısın" diye cevap verdi.

Özet olarak, D., antisosyal bir kişilik bozukluğu arz ediyordu. Böyle bir tanının her zaman ciddi tedavi sonuçları vardır. Terapinin başarısız olması terapistin başarısızlık öngörüsünün gerçekleşmesi değildir; daha çok, antisosyal hastanın tedavi edilmesindeki zorluklar, bu hastalarla yaşanan klinik deneyimlerde karşılaşılan büyüme ve gelişme sorunlarını yansıtmaktadır.

Bay A.

18 yaşındaki lise son sınıf öğrencisi A., gittikçe artan bebeksi davranış ve patlamalar nedeniyle değerlendirilmek üzere bana sevk edilmişti. Ayrıca muhtemelen uyuşturucu kullanıyordu ve bütün bunlar hastanın liseden hemen sonra üniversiteye gitme planları için bir tehdit oluşturuyordu.

A., 13 yaşından beri orta derecede şiddetli astım hastasıydı; astım ataklarının hem sıklığı hem de şiddeti lise son sınıftayken artmıştı ve davranışındaki değişimlerle ilişkiliydi; anne babayla, özellikle de babayla gittikçe artan düşmanca iletişim; kendisinin itiraf ettiği marihuana ve kokain denemeleri ve evde, dahiliye doktoru ile ilişkilerinde ve hastalığının idaresinde

gittikçe artarak ortaya konulan olumsuz ve pasif-agresif eyleme vurma. Bu davranışlar kısa zaman önce dahiliyecisinin nispeten minör bir astım atağı olarak tanımladığı, ama hastanın hastaneye yatmayı talep ettiği olay yüzünden hastaneye yatırılmasına kadar gitmişti.

Mevcut klinik manzaraya dayanarak konulabilecek muhtemel tanıların sayısı yüksekti ve ihtimalleri daraltmak için hastanın güncel işlevselliğinin genel olarak değerlendirilmesi gerekiyordu.

Hastayı bana gönderen dahiliye doktoru "ayrılma anksiyetesi" ile ilgili kuvvetli şüpheleri olduğunu ve A.'nın evden ayrılma anksiyetesinin astım ataklarıyla doğrudan bağlantılı olduğuna inandığını söyledi. Nitekim hasta yerel bir devlet üniversitesine kayıt olmayı ve ailesinin evinde yaşamayı düşünüyordu.

Günlük ego işlevselliğinin değerlendirmesi hastanın ortalamanın üzerinde bir öğrenci olduğunu ve ortalamanın üzerinde bir üniversiteye kabul edilmiş olduğunu ortaya çıkardı. Küçük ama birbirine çok yakın bir arkadaş grubu olduğundan bahsetti; gruptakilerin hiçbiri bir dereceye kadar cinsel ve sosyal açıdan olgun ve deneyimli değillerdi. Hasta arkadaşlarından çok destek gördüğünü ve mezuniyetten sonra hepsi kendi yollarına gittiklerinde yoğun kayıp duyguları yaşamayı beklediğini söylüyordu. Arada sırada marihuana kullandığını ve bir kere de kokain denediğini kabul etti. Hastalığıyla başa çıkmakta daha fazla kontrol elde etmek istediğini vurguladı; bu konu her zaman bir sorun teşkil etmiş, önce yıllar boyunca hastanın ilacını şahsen vermekte ısrar eden annesi, şimdi de ilacını kendi başına ayarlamasına izin vermeyen dahiliyecisi ile problem yaşamıştı.

Bu noktada birkaç tanısal ihtimal mümkündü. Mevcut semptomatolojinin agresif ve ilkel niteliği ve başlangıç yaşı nedeniyle akla gelen antisosyal bozukluk, daha genel olarak düşük düzeyli bir kişilik bozukluğu (borderline, narsisistik veya şizoid) ve yeni başlayan şizofrenik bir rahatsızlık gibi daha kaygı verici tanılar ihtimal dışı kalmıştı. Görünen akut eyleme

vurma semptomatik durumu daha çok ya yüksek düzeyli bir kişilik bozukluğu (borderline veya narsisistik), ya da bir psikonevroz çerçevesine oturtulabilirdi. Bu noktada birçok seviyede ayırım yapılabilir, ancak muhtemelen tek başına en önemli ayırıcı nokta hastanın yaşadığı sorunların çekirdek ödipal, dolayısıyla triyadik (üçlü) çatışmaya mı, yoksa çekirdek pre-ödipal, dolayısıyla diyadik (ikili) çatışmaya mı dayandığını anlamaktır. Hastanın geçmişi ayrılma-bireyleşme sürecinde bir başarısızlığı mı, yoksa mevcut ayrılma sorunu ile tekrar ortaya çıkan ödipal ilişkisini çözümlemede bir başarısızlığı mı ortaya çıkaracaktı? Uyuşturucu kullanımının derecesi benim için hala tam olarak açıklığa kavuşturulmamış bir konu olmasına rağmen, hastanın akademik ve sosyal işlevselliğini sürdürebiliyor olması uyuşturucu bağımlılığı veya kullanımı ihtimalini zayıflatıyordu.

Hastanın gelişimsel geçmişi incelendiğinde ortaya daha fazla bilgi çıktı. A., okul yılları boyunca nispeten başarılı olan yaşına uygun sosyal beceri ve görevleri yerine getirme çabalarından bahsetti. Annesiyle kendisi arasında, onun deyimiyle her zaman bir gerginlik vardı ve bu gerginlik birincil olarak hastanın bireyleşme çabaları ile ilgiliydi.

Annesini her zaman aşırı korumacı ve A.'nın okula başlamak, gece kalacağı bir kampa gitmek gibi yeni deneyimlerle başa çıkması konusunda aşırı endişeli biri olarak tarif etti. Ama A., arkadaşları ile değişik evrelere uygun davranışlarda bulunmak için ısrar ve sebat etmeyi başarmıştı. Onu en çok endişelendiren ve kendiliğinden bahsettiği konu birincil olarak cinsel düşünceleri, duyguları ve davranışları konusundaki çatışma ve korkularıydı. Ergenlik çağının ilk yıllarında yaşadığını hatırladığı ve sonunda onu neredeyse total bir cinsel davranış ketlenmesine götüren oldukça fazla anksiyete, utanç ve suçluluk duygularından bahsetti. Her zaman kendisi ile bir kadın arasında baskınlık içeren aktif cinsel (mastürbasyon) fantezileri olmuştu. Başarılı şekilde rekabet edemeyeceğini düşündüğü okul arkadaşlarına karşı bilinçli olarak (ve aşağı yukarı bilinçsiz

şekilde de babasına karşı) korku, yılgınlık ve öfke hissediyordu.

Bu sorunlarla başa çıkabilme kapasitesi ile ilgili gittikçe artan ümitsizlik ve çaresizlik duyguları içindeydi ve bunun bilinçli olarak farkındaydı. Bu sorunlar kısa bir süre uyuşturucu denemeleri yapmasına neden olmuştu. Ancak öfke nöbetleri ve evde kalıp yerel bir devlet üniversitesine gitmeye dair pasif-boyun eğen planları vasıtası ile öfke ve korkusunu eyleme vurarak nevrotik çatışma ile bağlantılandırılan anksiyeteye karşı savunma yaptığının farkında değildi.

Böylece bebeksi, yapışmacı ve patlayıcı eyleme vurma davranışları şeklinde tezahür eden "ayrılma stresi" ile ilgili mevcut zorluğa rağmen, hastanın geçmişinin değerlendirilmesi egonun kuvvetli olduğu birçok alanı, hastanın geçmişte ayrılma deneyimleriyle başa çıkabildiğini ve genel olarak yaşına uygun meşgaleler edindiğini ortaya çıkarmıştı.

Başka bir tıbbi hastalık belirtisi veya aile geçmişinde akıl hastalığı yoktu. Hastanın içselleştirilmiş nesne tasarımları çoğunlukla bütüncül ve gerçekçiydi. "Vücut" ve kendilik imgesi hariç içselleştirilmiş kendilik temsili de çok çalışıp iyi bir iş çıkarırsa rahat bir profesyonel kimlik ve ihtiyaçlarını tatmin edecek bir arkadaşlık bulabileceğine olan inancı etrafında bütünleşmişti. Bir başka deyişle, içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin niteliği açıkça diyadik (ikili) değil, triyadikti (üçlü). İstek ve korku, arzu ve yasaklar, fiil ve ketlenme, iğdiş edilme ve ahlaki anksiyete etrafında toplanan çatışmanın hayatının merkezinde olduğu açıktı.

Tedavi sırasındaki ilişkide, psikonevroz tanısına dair edindiğim izlenim teyit edildi. İlk seanstan itibaren fazla bir teşvike gerek kalmadan, kendiliğinden ve açık bir şekilde konuştu. Beni ona yardımcı olma potansiyeli olan biri gibi gördüğü aşikardı.

İkimizin arasında var olan bir "problem" yerine aynı problem üzerinde birlikte çalışıyor olma duygusu hakimdi. Özetle, terapinin ilk safhalarından itibaren aramızda bir terapötik ittifak kurulmuştu.

Artık hem form (triyadik) hem de içerik (ödipal çatışma) açısından histerik türde psikonevroz tanısı konulabilirdi.

BAY X.

Bay X., değerlendirme ve tedavi için size gelecek olan bir sonraki hastadır. Tanısı nedir? Bu sorunun cevabını siz verecek ve hastanın hayatında çok önemli bir fark yaratacaksınız. Doğru tanı olmadan doğru tedavi olamaz. Doğru tedavi olmadan da hastanın sorunları ortadan kalkmaz, devam eder.

3

KENDİLİK BOZUKLUKLARINA GİRİŞ

Ralph Klein, M.D.

Bu bölümde, hem kuramsal hem de klinik uygulamalar açısından kilit bir konu olan bozulmuş "gerçek kendilik" ve savunmacı sahte kendilik arasındaki klinik ilişkiler incelenmektedir. Bu kavram yapısal kuram, gelişimsel nesne ilişkileri kuramı ve kendilik psikolojisinin kişilik bozukluklarının anlaşılmasına yaptıkları katkıları hem geliştirmekte, hem de entegre edilmelerine yardımcı olmaktadır.

Gerçek Kendilik Önceki Modelleri Geliştirir ve Entegre Eder

Freud "karakter" oluşumunun doğası hakkında çok az şey yazmıştır. O genellikle semptom oluşumu ve nevrotik çatışma ile ilgileniyordu. Yapısal kuramın temel yapısı olan zihinsel aygıtın üç bölümlü organizasyonu, istikrarlı, tutarlı ve işlevsel bir kendilik kimliğinin veya kendilik yapısının varlığını önceden kabul etmektedir; psikopatolojik durumlarda bu yapının üzerine kendilerini klinik olarak semptomlar, ketlenmeler ve psikonevrozlar şeklinde gösteren bir dizi nevrotik savunma ve çatışma biner. Dolayısıyla yapısal kuramın egosu veya "ben"i, sağlam ve işlevsel bir kendilik temeli üzerine kurulmuştur.

Kişilik bozukluklarının gelişiminin anlaşılması böyle bir apriori yapıyı kabul etmez veya böyle bir yapıya dayanmaz. Nitekim, nesne ilişkileri ve kendilik kuramcıları için kişilik bozukluklarının merkezinde yatan sorunu tanımlayan şey istikrar-

lı, tutarlı, ayrı ve bireyleşmiş bir kendilik oluşturmadaki başarısızlıktır.

Margaret Mahler ayrılma-bireyleşme kavramını pre-ödipal kişilik gelişiminin birincil düzenleyicisi olarak tanımlamış ve iki ayrı, ama birbiriyle ilişkili gelişimsel yol belirlemiştir. Birinci yol, kendiliğin nesneden ayrılırken geçirdiği evrim üzerine odaklanır. Bu süreç, birincil bir özdeşim evresiyle (sembiyoz veya birleşme) başlar, birbirini takip eden ayrılma ve içselleştirme evreleriyle (içine alma, içe yansıtma ve özdeşim yoluyla) devam eder ve nihai bir nesne ilişkileri evresine ulaşılıncaya kadar da devam eder. Bu evre hem bireyin tam olarak ayrışmış (ayrı) bir kendiliğe sahip olması, hem de paylaşma, empati, yakınlık, bağlılık ve başkalarının bireye özgü fikirlerini, arzularını ve ihtiyaçlarını tanıma kabiliyetlerinin tam olarak kullanılabilmesi (olgun bağlanma) ile karakterize edilir. Ayrılmış kendiliğin olgun şekilde bağlandığı "öteki kişi" zaman içinde ve değişen duygusal valanslara/değerliklere rağmen her zaman ayrı, bütün ve tutarlı olarak algılanır, başka bir deyişle libidinal nesne sürekliliği elde edilmiştir. Kendilik kuramcıları da bireyin tekrar tekrar bir "kendilik nesneleri" ağı kurmasını tarif ederken buna benzer bir sürecin tanımını yaparlar.

Nesne ilişkileri kuramcıları genel olarak kendiliğin olgun nesne temsili ve libidinal nesne sürekliliğine doğru ilerlerken nesneden ayrılma ve nesneye olgun şekilde bağlanma yolları üzerine odaklandılar. Kendilik kuramcıları kendiliğin olgun kendilik-nesnesi ilişkileri ve libidinal kendilik sürekliliğine doğru ilerlerken ne şekilde bireyleştiği ve özerk hale geldiği üzerine odaklandılar. Gelişimsel nesne ilişkileri noktasından bakıldığında bu perspektiflerin aynı madalyonun iki yüzü olduğu görülür.

Mahler'in klinik katkısının merkezinde libidinal nesne sürekliliğine doğru ilerleyen çocuğun gelişmesinin incelenmesi olmasına rağmen, Kohut'un klinik katkısının merkezinde olan konu, libidinal kendilik sürekliliğine doğru ilerleyen bireyin gelişmesinin incelenmesiydi. Madalyonun diğer yüzüne ilk bakan Kohut'tu ve bu şekilde dikkatleri nesneye sevgi ve nefret

duyma kapasitesinden uzaklaştırarak kendiliğin kendilik-düzenleyici, özerk işlev ve kapasitelerinin gelişmesine çevirdi.

Kohut'un ilgisi birincil olarak kendini sakinleştirme, kendini kabul etme, kendini etkinleştirme, kendini ortaya koyma, yaratıcılık ve öz saygı düzenlemesi kapasitelerinin kökenleri ve evrimi üzerine odaklanmıştır. Daha genel bir ifade ile açıklanırsa, kendilik psikolojisi zaman içerisinde ve değişen duygusal değerliklere rağmen istikrarlı, öngörülebilir, özerk ve sürekli kalıcı kendilik deneyiminin tümü, yani libidinal kendilik sürekliliğinin elde edilmesi üzerine odaklanmaktadır.

Bu kısa gözden geçirmede Freud'un bireyin en erken yaştaki deneyimlerinin öneminden habersiz olduğunu, Mahler'in kendiliğin kendini kabul etme ve düzenleme kapasitelerinin gelişmesinde nesnenin rolünün öneminden habersiz olduğunu veya Kohut'un ayrılmış "öteki kişi"nin, başlı başına nesne ilişkilerinin ve başkalarının meşru ihtiyaç, duygu ve isteklerini kabul etme becerisinin önemini bilmediğini ima etmiyorum. Ancak şu öneride bulunuyorum; hepsi klinik mikroskoplarını kişilik gelişiminin farklı alanlarına (veya yönlerine) odaklamışlardı. Buna karşılık Masterson Yaklaşımı bu yapıları bağdaşık bir kişilik bozuklukları gelişimi ve tedavisi kuramı çerçevesinde entegre etme çabasındadır.

Masterson'un "gerçek kendilik" kavramı temelde sağlıklı bir kişilik gelişimi ve yapısına işaret eder. Bu kavram, olgun ayrılma, bağlanma, bireyleşme ve özerklik becerilerini, yani kendiliğin başkaları ile birlikte ve tek başına yaşadığı deneyimi ve bu becerilerin genel kişilik yapısının içine entegrasyonunu içerir. Masterson'un klinik mikroskop altına koyarak incelediği şey bireyin kimliğinin tümüdür (Resim 1).

Zaman zaman Masterson'un "gerçek kendiliği" Winnicott'un "hakiki kendilik" kavramı ile aynıymış gibi bir yanılgıya düşülmüştür, ama aslında gerçek kendilik kavramı hem klinik incelemelerde hem de tedavi müdahalelerinde klinik olarak daha geniş şekilde uygulanabilmektedir. Winnicott'un "hakiki kendilik" kavramı, bireyin kendi bireyleştirici ihtiyaçları, istekleri ve fiillerini diğerlerinin, yani genel

olarak diğer insanların ve toplumun ihtiyaçları, istekleri ve fiillerinden ayrı şekilde tanıması ve onlara doğru ağırlığı vermesinden ibaret olan öznel deneyimi ifade etmektedir. Masterson'un gerçek kendiliği ise bu kavramı, libidinal nesne ve kendilik sürekliliğine giden yolda yerine getirilmesi ve öğrenilmesi gereken spesifik gelişimsel görevleri belirleyen entegre bir kuramın içine yerleştirmektedir. Bu kapsamlı modelde gerçek kendilik veya sağlıklı kişilik temeli, sağlıklı ve gerçeklik-temelli bir ego yapısı ile kurduğu ittifak aracılığıyla dünyayla ilişki kurar. Klinik olarak birey başkaları ile birlikte veya tek başına yaşadığı kendilik deneyiminde bir süreklilik, istikrar ve karşılıklılık duygusu hisseder; başkalarına bağlılığı olgundur ve rahat şekilde kendilik-düzenleme yapar.

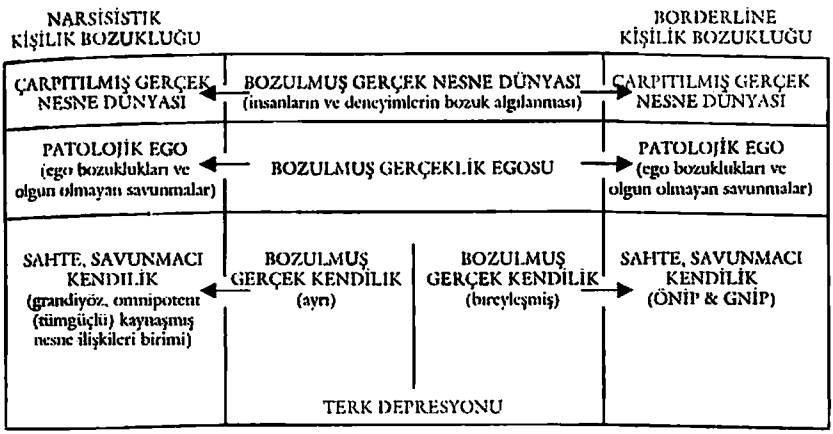
Resim 1. Gerçek Kendilik: Yapı ve İşlevler

GERÇEK NESNE DÜNYASI	
GERÇEKLİK EGOSU (Sağlıklı Arabulucu; Olgun Savunmalar; Libidinal Nesne Sürekliliği)	
GERÇEK KENDİLİK (ayrı)	GERÇEK KENDİLİK (bireyleşmiş)
• paylaşma • taahhüt, katılım • yakınlık • empati • başkalarının bireyleştirici düşünce, duygu ve isteklerini kabul etme	• kendini yatıştırma • kendini kabul etme • kendiliğindenlik • kendilik aktivasyonu • kendini ortaya koyma • hayatiyet veya duygulanım • yaratıcılık
LİBİDİNAL KENDİLİK SÜREKLİLİĞİ	

Gerçek kendilikteki bozukluklar (Resim 2) kendilerini olgun ayrılma ve olgun bireyleşme ile ilgili bu işlevlerin ve becerilerin yerine getirilmesinde karşılaşılan zorluklar olarak gösterecektir. Birey yakınlık, empati ve paylaşma ile ilgili sorunlardan şikayet edecektir (veya bu alanlarda yaşadığı zorlukların

farkında olmayabilir). Diğer yandan bireyde kendi bireyleşmiş düşünceleri, duyguları ve isteklerini kabul etme ve doğru şekilde ortaya koymada zorluklar tezahür edecektir. Kendiliğinden yapılan hareket veya davranışlar ve kendini yatıştırma becerisi çoğunlukla eksik olacaktır.

Resim 2. Bozulmuş Gerçek Kendilik ve Kendilik Bozuklukları



Bu hayati işlev ve kapasitelerdeki bozukluk bireyin savunma yapmaya mecbur olduğu terk depresyonunun sonucudur. Dolayısıyla borderline ve narsisistik bozukluklarda ve daha genel olarak kişilik bozukluklarında görülen sahte ve savunmacı kendilik bu hayati alanlarda olması gereken gelişimde yaşanan başarısızlıkların gerektirdiği savunma, çarpıtma ve aldanmalar gibi patolojik adaptasyonları temsil etmektedir. Kişilik bozukluğunun sahte ve savunmacı kendiliği, gerçek kendiliğin tersine, uyumsuz bir ego yapısı ile yaptığı patolojik bir ittifak aracılığıyla gerçek dünyayla ilişki kurar. Hasta bunu bir süreksizlik, kırılganlık veya istikrarsız bir kendilik kimliği duygusu şeklinde; kendine ve başkalarına yapılan yatırımların normal dengesinde bir çarpılma şeklinde (dar anlamda Winnicott'un sahte kendiliği); ve kendisinin ne içerdiği ve başkalarının nasıl olduğuna dair fantezilerle kendisinin ne içerdiği ve başkalarının nasıl olduğuna dair gerçeklik arasındaki büyük çarpıtmalar şeklinde deneyimler.

Resim 2 borderline ve narsisistik bozukluklardaki sahte, savunmacı kendiliği vurgulamakla birlikte, kişilik bozuklukları yaşayan bireylerin hepsinde belli bir dereceye kadar gerçek kendilik gelişiminde bozukluklar görülür.

Borderline hastada görülen bir gerçek kendilik temeli oluşturmadaki başarısızlık kendini klinik olarak hemen hemen eşit derecede olgun ayrılma ve bireyleşme ile bağlantılandırılan işlev ve kapasitelerdeki aksaklıklarla gösterir.

Bu durumun en belirgin olduğu vakalar, yukarıda sözü geçen aksaklıkların hem yaygın hem de şiddetli olduğu düşük düzeyli borderline vakalarıdır.

Narsisistik kişilik bozukluklarında, kendiliğin olgun ayrılmayı elde etmeyi başaramaması ve buna bağlı olarak paylaşma, empati ve başkalarının düşünce, duygu ve ihtiyaçlarını kabul etme ve tanımada yaşanan zorluklar en çok tezahür eden sorunlardır; bireyleşmiş kendilik (kendilik aktivasyonu ve kendilik ifadesi) başarısızlıkları sık sık saklı ve latenttir (gizil) ve ancak akut narsisistik hayal kırıklığı veya travma dönemlerinde veya narsisistik tedarik kaynakları ve savunmalarının kuruyup, solup artık işe yaramadığı daha ileriki yıllarda ortaya çıkarlar.

Antisosyal kişilik bozukluğu olgun ayrılma ve bağlanma kapasitesi ile ilgili en bariz ve derin bozuklukları arz eder (Selma Fraiberg bu yüzden sosyopatiyi "bağlanmama hastalığı" şeklinde tanımlamaktadır). Buna ek olarak meşru, sağlıklı, adaptif ve bireyleştirici hedefleri elde etmek için kendilik aktivasyonu ve kendilik ifadesi durur, haz ve tatmin elde etmek için nesne kontrolü ve nesne manipülasyonunun tek yol olarak benimsendiği patolojik bir değişim başlar. Sorunların kronikliği ve kapsamı tüm antisosyal bozukluklarda aynıdır, ancak bunların şiddeti ve tezahür sıklığı bireyin başarısız bir sosyopat (suçlu) olup olmadığı veya sosyal olarak daha başarılı bir bozukluk yaşayıp yaşamadığına bağlı olarak değişebilir.

Şizoid spektrum dahilindeki bozukluklarda (şizoid, paranoid, şizotipal) nesne ilişkilerine yaklaşma ve bunları idare etmede korku dolu kaçınma ve geri çekilme (uzaklaşma) görülür. Bu kişiler ilişkileri yoksun bırakıcı, esir edici veya tehlikeli

olarak algılarlar. Bireyleştirici, kendilik düzenleyici işlevleri başlatmak ve bunları muhafaza etmekte yaşanan zorlukların derecesi, hastanın spektrumun üst ucunda mı (şizoid) alt ucunda mı (şizotipal) olduğuna bağlı olarak değişir. Şizoid hasta genellikle belli bir dereceye kadar kendi kendine yetebilme kapasitesini geliştirebilmektedir. Başkalarına güvenmekten korkan hasta dayanak noktası olarak kendini seçer. Şizotipal hasta ise, tüm düşük düzeyli kişilik bozukluklarında olduğu gibi günlük yaşamda çok sayıda zorluklar yaşar ve bunlar gerçek zorluklardır.

Gerçek Kendiliğin Önemli Terapötik Uygulamaları Vardır

Aşağıda sunulan vaka örnekleri çeşitli borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarında görülen bozulmuş gerçek kendilik ve savunmacı, sahte kendiliğin çeşitli klinik tezahürlerini göstermektedir. Spesifik klinik materyaller incelenerek gerçek kendilik kavramının bir tanı aracı ve terapistin müdahaleleri için bir terapötik "oryantasyon ışığı" olarak faydalarının altı çizilmektedir.

Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline hasta karakteristik olarak, kendisi için önemli bir "birincil başkasının" verdiği ilgi ve hizmet olmaksızın işlev göremeyeceğini ve hayatta kalamayacağını hisseder. Hastanın hayatındaki ana tema, varlığının nihai olarak ihtiyaçlarına cevap veren ve hayatını sürdürmesini sağlayan başkalarının mevcudiyetine bağlı olduğuna dair (bilinçli veya bilinçsiz) kanaatidir.

Bu tanım içinde, başkalarına aşırı derecede bağımlı olmak ve hastanın hayatını aktif, uyumlu ve sağlıklı bir şekilde idare etme kabiliyeti olmadığına dair algısı gibi gerçek kendilikle ilgili karakteristik bozuklukları barındırır. Buna ek olarak, kendiliğin olgun ayrılma, bağlanma, bireyleşme ve özerklik kapasitesi borderline hastada mevcut değildir. Bunların yerine daha

çok bebeksi bağımlılık ve kendilik aktivasyonu ve idaresinde başarısızlıklar hakimdir.

Bu kusurlar ve onlara eşlik eden ve pekiştiren güçlü, acı verici ve yoğun terk depresyonu ile başa çıkmak için borderline hasta sahte savunmacı bir kendilik yapısına yönelir. Borderline hastanın bebeksi, ilkel ve çoğunlukla gerçekler yerine fantezi ve çarpıtmaya dayalı sahte, savunmacı tasarımları, bir arada var olan ve sırayla aktive edilen eşit derecede gerçeklikten uzak iki kendilik imgesinden oluşur; bu davranışı için ödüllendirilen çaresiz, itaatkar, bağımlı bir çocuk ve gerçek bir kendilik aktivasyonu veya kendilik ifadesinin ucunu gösterdiği anda başkalarının desteğini çekmesine neden olan yetersiz, kötü, değersiz bir kişi. Bu şekilde, borderline hastanın çarpık içsel temsilî dünyasının, hastanın nesne dünyasını (gerçek, dış dünyayı) algılamasındaki çarpıklıklarda aynalandığını görebiliyoruz.

Borderline hastanın psikopatolojisi en iyi şekilde, bu iç ve dış nesne ilişkileri dünyası tarifini borderline üçlüsü (triyad) kavramına bağlamakla anlaşılır; ayrılma-bireyleşme çabaları (veya gerçek kendiliği oluşturma çabaları) terk depresyonuna neden olur ve hızlandırır, bu da sahte, savunmacı kendiliğin (savunma) harekete geçmesine neden olur. Dolayısıyla, borderline hasta hemen her zaman bir savunma halindedir veya, başka bir deyişle, kimliğini hemen hemen tümüyle sahte, savunmacı kendilikle bir tutar.

Aşağıda anlatılan vakalar borderline kişiliğin sahte, savunmacı kendiliğinin gizliden açığa kadar uzanan bir yelpaze oluşturan çok çeşitli klinik tezahürlerine örnek oluşturmaktadır. Bu farklara rağmen altta yatan örüntü ve gerekli terapötik müdahaleler aynıdır.

Terapist, karşısındaki resim ne olursa olsun, hedefi savunma olan sahte kendilikle, gerçek bir gelişimsel aksaklığı temsil eden gerçek kendilikteki esas aksaklığı ayırt edebilmelidir. Borderline bir hastayla çalışan terapist, ister yüzleştirme psikoterapisi ister yoğun psikoterapi uyguluyor olsun, bu alanların her ikisini de ele almalıdır. Ancak yüzleştirme psikoterapisi veya yoğun psikoterapiden birinin yapılıp yapıl-

mamasıyla terapistin bu iki ayrı soruna ne şekilde yaklaşacağı belirlenir.

Yüzleştirme psikoterapisinde yüzleştirme yoluyla ortaya çıkarılan sahte, savunmacı kendiliğin kısıtlanması veya bundan vazgeçilmesi, hastanın terk depresyonunun varlığının ve gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıkların farkına varmasına neden olur. Daha sonra hasta daha adaptif ve sağlıklı savunmalar geliştirerek bu sorunlarla başa çıkmaya teşvik edilir; bu, bozulmuş gerçek kendiliği güçlendiren ama hastayı ayrılma stresi ve terk depresyonuna karşı incinebilir bırakan bir ego tamir sürecidir.

Yoğun terapide ise sahte, savunmacı kendiliğin kısıtlanması veya bundan vazgeçilmesi yine gerçek kendilikteki bozuklukları ve altta yatan terk depresyonunu olayın merkezine yerleştirir; bu noktadan itibaren derinlemesine çalışma süreci (yüzleştirme yerine birincil olarak yorumlama ve iletişimsel örtüştürme kullanılır) bozulmuş gerçek kendiliğin rehabilitasyonu ve optimal yapısal gelişiminin sağlanmasına yardımcı olur. Nihai hedef gerçek kendilik kapasitelerinin tam gelişiminin sağlanması ve hastanın ayrılma stresinden ve terk depresyonundan kurtulmasıdır.

M.A. Vakası. M.A., temel şikayeti kronik ve her zaman hissedilen mutsuzluk ve kendisiyle ilgili olarak bir şeylerin ters gittiğine dair belirsiz bir duygusu olan 22 yaşında bir kadındı. Hastanın sahte ve savunmacı kendiliği kendisini bir "bukalemun" ve "yürüyen bir kolaj" olarak tarif etmesi ile ortaya çıkmıştı. Karşılaştığı herkesin, erkeklerin ve kadınların parçalarından oluştuğunu hissediyor ve o sırada birlikte olduğu kişinin istek ve ihtiyaçlarına göre istediği parçaları seçerek harekete geçirdiğini söylüyordu. Hangi parçaların veya parça kombinasyonunun "gerçekte kim olduğunu" temsil ettiğine dair istikrarlı veya sürekli bir hissi yoktu.

Başlarda bu durumu bir çeşit gururla anlatıyor, sanki zorunluluğu erdem saymaya çalışıyordu. Ama yüzleştirme bu sahte, savunmacı kendiliği gittikçe daha az ego-uyumlu hale getirdi. "Otomatik" olarak bu tarz davranışa başvurduğunu

fark ettiği zamanlarda gittikçe daha fazla kızmaya ve deprese olmaya başladı.

Tedavi başladıktan yaklaşık altı ay sonra bana bir rüyasını anlattı. Rüyasında çocukken izlediği "Doğruyu Söylemek" adlı eski bir televizyon şovunda yarışmacı olduğunu görmüştü. Programın gerçeğinde, şovun bir yerinde sunucu "gerçek" yarışmacının ayağa kalkmasını istiyordu (şovda gizli misafir olduğunu iddia eden üç kişi vardı). Rüyasında ise sunucu M.A.'dan ayağa kalkmasını isteyince o "gerçek M.A."nın kim olduğuna karar veremiyordu ve üç yarışmacı da ayağa kalkıyordu. Bana rüyayı anlatırken "kimin gerçek kendim olduğunu, kimin benmiş gibi numara yaptığını bilmiyordum" dedi.

Yüzleştirme hastanın sahte ve savunmacı kendiliğinin işlev görmesini engelledikçe aramızda bir terapötik ittifak oluşmaya başladı. Bu ittifakla beraber hastanın gerçek kendiliğinin gelişimindeki bozukluklar çalışmanın merkezine çekilmeye başlandı. Hasta ne zaman kendiliğinden cevap vermeye veya başkalarının beklentileri nedir acaba diye düşüneceğine kendi duygularını ya da düşüncelerini ortaya koymaya kalksa deprese olduğunu ve kaygı duyduğunu ifade etti. Buna ek olarak kendini yatıştırmayı veya aktive etmeyi başaramıyordu.

Bu noktadaki yüzleştirmeler hem sahte, savunmacı kendiliğin tezahürlerine yöneliktir:

> Neden kendini, senin adına karar vermeleri için sırtını başkalarına dayamaya mecbur hissediyorsun?

Hem de gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıkların tezahürlerine yöneliktir:

> Neden kendi duygularını ve isteklerini ifade etmeye hakkın olmadığını hissediyorsun?

Buna benzer yüzleştirmeler hastanın dikkatini gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıklara çekmeye ve onu bu gelişimsel aksaklıkların kökenini keşfetmek için teşvik etmeye yardımcı oldu.

Zamanla birçok hatırası ortaya çıktı ve bu hatıralar hastanın çevresel başarısızlıklar, altta yatan terk depresyonu, bunu takip eden gerçek kendilik gelişimindeki bozukluklar ve bunun sonucunda sahte, savunmacı bir kendiliğin ortaya çıkarılması yoluyla bunların telafi edilmesi girişimi arasındaki bağlantıları kurmasına yardımcı oldu.

Bu şekilde, hem annesinin hem de babasının kendisi 6 yaşına geldiğinden beri onun "karşı koyması" veya "itaatsizliğini" cezalandırmak için onunla belli süreler boyunca (bazen günler bazen de haftalar boyunca) konuşmadıklarını depresyon, öfke ve suçluluk karışımı duygularla hatırladı. İyi ve söz dinleyen bir çocuk olacağına dair sözler vermesine ve yalvarmasına rağmen annesi babası cezaya devam ederlerdi. Bu hatıra onun gerçek bir kendilik yapısı oluşturma girişimlerinin başarısızlığını anlamasında kilit rol oynadı.

Sahte, savunmacı kendiliğin verdiği zararların ve gerçek kendilikteki aksaklıkların farkına varılması gerçek kendilik gelişimi için gerekli temel yapı taşlarıdır. Terapi sırasında bireyin kendine özgü, benzersiz yönleri ortaya çıkar ve bunlar gerçek kendiliğin oluşturulmasında odak noktaları teşkil ederler. M.A. için kendini kabul etme ve tanıma ve kendini yatıştırma kabiliyeti yazı yazmaya duyduğu ilgi üzerine kurulmuştu. Günlüğünü yazarken geçirdiği saatlerin eyleme vurma davranışlarını kontrol etmesine ve bunları kısıtlamasına yardımcı olduğunu şaşkınlıkla anlattı. Ayrıca yazı yazmak kendi düşünceleri, duyguları ve isteklerini tanımlamasına yardımcı oluyordu.

M.A. ile yaptığımız terapötik çalışma, tüm borderline hastalarda olduğu gibi, borderline üçlünün (triyad) dairesel sürecini takip ediyordu. Gerçek bir kendilik oluşturma çabaları terk depresyonu ile bağlantılı acı verici duyguların ortaya çıkmasına neden oluyordu. Bu duygular sahte, savunmacı kendiliğin aktive olması için bir fırsat, bir açılma teşkil ediyorlardı. O noktada hastayı gerçek kendiliğin aksaklıklarını tamir etme yoluna geri getirmek için tekrar sahte, savunmacı kendilikle yüzleştirme yapmak gerekiyordu.

D.B. Vakası. Tedavi arayışı içine girdiğinde D.B. kırk yaşlarındaydı ve bir dizi gayri meşru ilişkiden sonra ikinci karısından boşanmış durumdaydı. Hatırlayabildiği en eski zamandan bu yana kendi içinde gizli "çıplak, terk edilmiş bir çocuk" taşıdığına dair bir fantezisi olduğunu söyledi. Bu fantezi dünyaya yansıttığı imge ile uyuşmuyordu; dünya onu başarılı ve becerikli bir profesyonel ve dört çocuk babası gibi görüyordu.

"Çıplak, terk edilmiş çocuk" kendilik imgesi çocukluğundan gelen bir tekrarlanan rüya ile bağlantılandırılmıştı. Rüyasında ancak annesinin eteğine saklanarak teselli bulabiliyor ve kendini güvende hissediyordu. Bu tarifte çıplak çocuk hastanın gerçek kendiliğindeki bozukluklar hakkındaki farkındalığını temsil ederken, sahte ve savunmacı kendilik annesinin korumasına ihtiyacı olan çaresiz çocukla özdeşleştiriliyordu.

D.B.'nin hayatındaki gerçekler, hastanın gerçek kendiliğindeki bozuklukları ve sahte, savunmacı kendiliğin varlığını gösteren sayısız örnekle doluydu. Gerçek kendilikteki bozukluklar sürekli ve yaygın olmalarına rağmen, birçok durumda ne hastanın kendisi ne de sıradan bir gözlemci bunların farkına varmıyordu.

Örneğin, kendini yatıştırma, aktive etme ve potansiyelini gerçekleştirecek şekilde kendini ortaya koyma kapasitelerine sahip değildi; makul derecede başarılı olmuş olsa da gençliğinde ulaşacağı düşünülen yüksek yerlere gelememişti ve yetişkin profesyonel hayatının büyük bölümünde yetersiz veya beceriksiz olduğu meydana çıkacak korkusuyla meslektaşları ile ilişki kurmaktan kaçınmıştı. Başkalarından beklentilerini ancak uygunsuz öfke nöbetleriyle ifade edebiliyor, gerekli ve uygun şekillerde ifade edemiyordu. Gerçek kendiliğindeki bozukluklarla ilgili bilinçli deneyimleri ne zaman profesyonel veya sosyal olarak kendini ortaya koymaya kalksa hissettiği utanç, pasiflik, anksiyete ve boşluk duygularından oluşuyordu. O noktada sahte, savunmacı kendiliği aktive oluyor ve bu acı verici duygulanımlardan kaçarak bir dizi "anaç" kişilikle kurduğu uygunsuz ilişkilere sığınıyordu.

Sık sık aynı anda birden fazla cinsel ilişkinin içinde oluyordu. Tedaviye ilk başladığında oldukça sorunlu ve anksiyete yaratan bir dizi ilişkisi olmuştu ve o sırada dört kadınla ilişkisi vardı; kadınlardan hiçbiri diğerlerinin varlığından haberdar değildi. Aynı anda dört sevgilisi olmasının ona yüklediği ağır ekonomik yükten dolayı benimle ancak haftada bir kez görüşebileceğini söyledi. Sahte, savunmacı kendiliğinin ona ne kadar "pahalıya" mal olduğunu vurgulayarak bu sahte kendiliği kısa zamanda daha az ego uyumlu yapmak istedim ve bu ümitle her ilişkisi için haftada bir seansa ihtiyacı olduğunu, yani toplamda haftada dört seans önerdiğimi söyledim. Şaşkın bir sessizlikten ve biraz daha tartıştıktan sonra haftada üç seans yapmayı kabul etti ve ilişkilerinden en az birini hemen sona erdirme sözü verdi.

Tedavinin başlarında yüzleştirmeler neredeyse sürekli olarak inatla yapıştığı bu ilişkiler etrafında döndü; bu ilişkiler sahte, savunmacı kendiliğinin sürekli aktivasyonunu temsil ediyorlardı. Nitekim bu ilişkileri birer birer hayatının gerçekliğinden ayırıp onların sahte kendiliğini muhafaza etmesindeki rolünü sona erdirdikçe gerçek kendiliğindeki aksaklıkların tezahürlerinin gittikçe daha fazla farkına varmaya başladı; bu bilinçli farkındalığı hayatının büyük bölümünde yakalayamamıştı.

Sahte kendiliğini eyleme vurma eğilimini kısıtladıkça gerçek kendiliğinin oluşmasındaki gelişimsel başarısızlıkların kökeni ile daha fazla ilgilenmeye başladı. Kendisine yoğun psikanalitik terapi uygulandığı için bu keşif süreci sürekli keşif yapmaya karşı gösterdiği tüm dirençlerin yüzleştirmesi ve yorumu ile ilerletildi. Annesiyle olan ilişkisini detaylı şekilde hatırladı ve hayatında ilk kez annesiyle etkileşiminin patolojik niteliğinin farkına vardı. Bu ilişkinin gerçek kendiliğinin gelişimini engelleyecek şartları ne şekilde oluşturduğunu da anladı.

Örnek olarak, delikanlılık döneminde kanserden ölecek olan annesini ziyaret ettiği bir zamanı hatırladı. "Küçük bir çocuk rolü yaparak" annesini mutlu edebildiğini ve ondan ilti-

fatlar aldığını fark etti; işi küçük bir çocuk gibi giyinmeye ve konuşmaya kadar götürmüştü. Ekledi:

> Uzun bir süre ne yaptığımın farkına varmadım. Bana çok doğal geliyordu, sanki o çocuk gerçekten bendim. Ama zaman zaman ne yaptığımı gördüğüm ve bunu değiştirmek istediğim anlar oluyordu. Ama yaşıma uygun davranırsam (başka bir deyişle sahte, savunmacı kendiliğinden vazgeçerse) annemin yüzü asılıyor, bana soğuk ve uzak davranıyordu. Bu öyle çok dramatik bir değişim değildi. Eğer orada duruyor ve bana bakıyor olsaydınız muhtemelen bir şeyin farkına varmazdınız. Ama benim için durum çok açıktı. Sadece onu hayal kırıklığına uğratmakla kalmıyor, sanki annemin ölümünü ve tuhaf bir şekilde kendi ölümümü de hızlandırıyor ve çabuklaştırıyor gibiydim.

D.B., için o anki hayatında veya anımsadığı hatıralarda ve tekrar yaşadığı duygulardaki her özerk, kendini ortaya koyduğu davranış gerçek kendiliğinin yapısını inşa etmekte hayati bir nokta oldu. Ortaya çıkmakta olan gerçek kendiliği, kendini daha önce kullanılmamış yeni beceri, yetenek ve kişisel özellikler halinde göstermeye başladı. Kendini yatıştırma konusunda bir örnek olarak, D.B., sanatsal faaliyetlerden gerçek bir zevk almaya başlamıştı. Buna ek olarak, eski hareketsizliğine zıt bir şekilde artık mesleki faaliyetlere katılabilmeye ve babalık işlevlerini yerine getirebilmeye başlamıştı. Son olarak, ihtiyaç duyduğu için değil, istediği için birlikte olduğu kendisine uygun bir sevgili de bulmayı başarmıştı ve bu şekilde hayatında ilk kez karşılıklı bağlılık ve samimiyet içeren bir ilişkiye girebilmişti.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Hayatı boyunca bir yakınlaşma krizinden diğerine sürüklenen borderline kişilik bozukluğu hastasının sergilediği tablonun aksine, narsisistik kişilik bozukluğu nispeten daha istikrarlı bir klinik tablo ve kendilik yapısı arz eder. Hem klinik tablonun hem de kendilik yapısının nispi istikrarı içselleştirilmiş, duygulanım bakımından kaynaşmış tümgüçlü nesne-

büyüklenmeci kendilik nesne ilişkileri parça biriminin neredeyse kesintisiz yansıtmasından doğmaktadır. Depresyonu inkar etme ve çevresel travmaların (anlaşmazlıklar, eleştiri, çelişkiler, sürekli mükemmel aynalama ihtiyacını engelleyen her şey) değersizleştirme kapasitesi narsisistik bozukluğun istikrar yanılsamasını devam ettirebilmesini sağlar. Gerçeğin, özellikle de başkalarının bireyleştirici ve ayrı istek ve ihtiyaçlarının inkarı, kendine yetememe halini destekler ve bunu muhafaza edilebilmesini sağlar.

Öyleyse narsisistik kişilik bozukluğu üzerinde çalışan bir terapist, sahte ve savunmacı kendiliğin bedeli ne terapist ne de hasta tarafından borderline kişilikteki kadar bariz bir şekilde görülemezken sahte ve savunmacı kendiliği nasıl ayırt edebilir veya belirleyebilir?

Bu hastalarda sahte, savunmacı kendiliğin patolojik niteliği klinik olarak içeriği, metotları ve katılığı aracılığıyla kendini gösterir; ayrıca bu kişilik bozukluğuna özgü olan, önce nesne ilişkileri alanında, sonra da hakiki asıl özerk kendilik aktivasyonu ve öz saygı düzenlemesi alanında gerçeğin inkar veya devalüe edilmesi/değersizleştirilmesi de sahte kendiliği ele verir.

Sahte, savunmacı kendiliğin içeriği, mükemmellik ve tümgüçlülük fantezilerinin bir sonucu olarak kendilik kapasitelerinin patolojik şişirilmesi etrafında döner. Metot ise mükemmel aynalama veya mükemmel aynalayıcı peşindeki sonsuz arayışı içerir; başka bir deyişle bu arayış idealleştirilmiş mükemmel nesneyi bulma amaçlıdır. Narsisistik yapının katılığı, ne zaman mükemmel aynalamada veya mükemmel aynalayacıda bir sorun olsa bir anda ortaya çıkan akut ve yoğun depresyon, hayal kırıklığı ve savunma duyguları şeklinde tezahür eder. Bu açıdan narsisistik bozukluk eğilmeyi reddettiği için kırılan ağacın hikayesine benzer. Böyle zamanlarda narsisistik bozukluğun iyi duygularının iğne batırılan bir balon gibi bir anda patlayıp yok olması muhtemeldir. Ancak bu hoşnutsuzluk genellikle kısa ömürlüdür, çünkü hasta genellikle zararı tamir etmeyi ve kendi kendini abartmayı, uğradığı zararı

başkalarına yansıtma veya hoşnutsuzluk yaratan diğer kişi veya durumu değersizleştirme yoluyla gerçeği inkar etmeyi becerir.

Sahte, savunmacı kendiliğin patolojik nitelikleri, narsisistik birey hayat şartları veya terapi nedeniyle kendi narsisistik kozasından çıkmaya ve belli bir zaman süresi boyunca özerk ve empatik şekilde işlev görmeye zorlandığı zaman ego-uyumsuz hale gelirler. Bu noktada hem öz saygı düzenlemesi ve kendilik aktivasyonundaki kusurlar, hem de nesne ilişkilerindeki (özellikle katılım, yakınlık ve paylaşma) bozukluklar bariz hale gelir.

Aşağıdaki örneklerde hastalar tedavinin başında sahte, savunmacı bir kendilikle işlev gördüklerinin ve bağlanma ve özerklik kapasitelerinde ağır bozukluklar olduğunun farkında değillerdi. Terapi sırasında bir gerçek kendilik yapısı oluşturmaya çabaladıkça her biri sahte (büyüklenmeci) kendiliğin savunmacı doğasının farkına vardı. Her seferinde gerçek kendiliği harekete geçirme çabaları altta yatan derin ve sürekli terk depresyonunu açığa çıkardı.

A.C. Vakası. Ellili yaşlarının sonlarında olan A.C., iki başarılı narsisistik ebeveynin kızıydı; annesi bir model, babası da başarılı bir doktordu. A.C., her zaman çevresini, büyüklenmeci tümgüçlü nesne duygulanımlı kaynaşmış nesne ilişkileri parça birimini çınlatmak için zorlayabilmişti. Bu sayede büyüklenmeci kendiliğini beslemeye devam edebilmiş ve bu kendiliğin istikrarlı ve tutarlı olduğu yanılsamasını sürdürebilmişti.

A.C., çok başarılı bir avukat ve orta seviyede başarılı bir politikacıydı. Resminin ulusal bir derginin kapağına basılmasından narsisistik kocası ve üç çocuğu tarafından sağlanan aynalanma ve idealleştirilmeye kadar çeşitli narsisistik tedarik kaynakları vardı. Kısaca, nüfuz edilemez gibi görünen bir narsisistik baloncuk içinde yaşıyordu.

Ancak hayatında en az iki kez, narsisistik yapısının niteliğini (ve kırılganlığını) ortaya çıkaran akut narsisistik travmalar yaşamıştı. Bunlardan ilki başarısız olan bir politik kampanya nedeniyle başlamış ve haftalar boyunca süren bir umutsuzluk dönemi yaşamıştı. Kaybıyla, daha çok inkarla ve seçilmeye ça-

lıştığı pozisyonu, rakibini ve seçmenleri değersizleştirme yoluyla başa çıkabilmişti.

Yaşadığı ikinci yaralanma, yirmi yıllık evliliğinin boşanma ile sonuçlanmasından kaynaklanmıştı. Bu kez inkar, yansıtma ve değersizleştirme işe yaramamış ve aylar boyunca şiddetli depresyon, utanç, boşluk, bedensel endişeler ve geçici depersonalizasyon ve derealizasyon dönemleri ile karakterize olan zihin-vücut-kendilik parçalanması yaşamıştı. Sonunda boşanma olayını atlatabilmiş ve çocukları, müşterileri ve seçmenleri için "Toprak Ana tarzı" bir tavsiye, kuvvet ve beceriklilik kaynağı olma fantezisi aracılığıyla sahte, savunmacı (büyüklenmeci) kendiliğini muhafaza etmeyi başarmıştı. Sonradan anlattığı gibi, o dağdı ve ötekiler ona gelmek zorundaydılar.

Ancak iki yıllık bir süreçte, çocukları üniversite ve kariyer hedefleri için evden ayrılmaya başlayıp birçok arkadaşı ölünce veya taşınınca narsisistik balonu sönmeye başlamıştı. Bu noktada dağ tek başına dikiliyordu ve gerçek kendiliğindeki bozukluklar gittikçe daha belirgin olmaya başlamıştı. Atalet, hatta zaman zaman genel felç durumu yaşamaya başladı ve işlerini idare etmek, kariyerini muhafaza etmek, yeni arkadaşlar bulmak veya alkol yardımı olmadan acı verici duygulanımları yatıştırmak için gerekli aktivasyonu gerçekleştirmeyi hem reddediyor hem de hakikaten başaramıyor gibi görünüyordu.

Tedavi için ilk geldiğinde (depresyon için) bu semptomatik tablonun yanı sıra durumunun gerçekliğini kabul etmeyi de reddediyordu. Mükemmel, güçlü annenin sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliğinin sürekli aktivasyonu onun gerçek kendiliğindeki bozuklukları görmesini engelliyordu. Bu durum gittikçe artan aşırı alkol tüketimi ile pekişiyordu.

Tedavi sırasında (önce haftada üç, daha sonra dört kez) sahte, savunmacı kendiliğin niteliği yavaş yavaş netleşti; bu netleşme birincil olarak küçük ve büyük hayal kırıklıklarının ve narsisistik yaralanmalara açık olması hakkında yapılan dikkatli ve tekrar edilen yorumlar sayesinde gerçekleşti. Sahte, savunmacı büyüklenici kendilik başrolden geri çekildikçe gerçek kendiliğin bozuklukları ve buna bağlı terk depresyonu ortaya

çıktı ve hasta kendini "küçük, şaşkın, ümitsiz, soğuk, boş, güvensiz ve panik ve korku dolu" hissettiğini söyledi. Hasta terk depresyonu ile temasta kalmayı, kökenine inmeyi, hatıralarında ve aynı duygulanmalarla onu tekrar yaşamayı başardı. Bu süreç gerçek kendiliğin dereceli olarak ortaya çıkmasını ve sağlamlaşmasını sağladı.

Narsisistik bozukluğun sahte, savunmacı kendiliği, aynı borderline bozukluğun sahte, savunmacı kendiliği gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Aralarındaki ortak payda tuhaf şekiller alabilen mükemmellik yanılsamasıdır. Bu durumu aşağıdaki örnekte inceleyiniz.

D.R. Vakası. İlk konsültasyonumuzu yaptığımızda D.R., kırklı yaşlarının ortalarındaydı ve üç kez boşanmıştı. Depresyondaydı ve hayatın tüm engelleriyle başa çıkabilmesi için ona yardımcı olabilecek büyülü, tümgüçlü bir terapist/akıl hocası arayışındaydı ve bunu bilinçli olarak ifade etmişti.

Bu arzu edilen idealize edici aktarım hızla gelişti. Ancak bu aktarım hastanın öz saygısını dengelemeyi başaramadı. Hasta, kendisinin de ifade ettiği gibi mükemmel terapisti bulduğuna dair inancına rağmen kendini deprese, ümitsiz ve "bedbaht" hissetmeye devam ediyordu.

Zaman içinde bu duygusal durumun dikkatle incelenmesi sonucunda hastanın sahte, savunmacı kendiliğinin belli bir kendilik imgesi etrafında organize olduğunu gördüm. Bu imge bir "modern zaman işi... Muhteşem Şehit... Vücudu oklarla dolu Aziz Sebastian" imgesiydi. Hasta bu kendilik imgesi ile neredeyse bütünüyle özdeşleşmişti ve çektiği acılar ve bunlara katlanma şekli nedeniyle başkalarının hizmet ve hayranlığını hak ettiği duyguları içindeydi.

Kusursuz şehitliğine ve acı çekmesine hayran olmadığımda ve bunu aynalamadığımda yaşayacağı hayal kırıklığına narsisistik olarak ne kadar açık olduğunu netleştirerek ve yorumlayarak D.R.'nin sahte, savunmacı kendiliğiyle bağlantılı bu fantezisinin işlev görme şeklinin farkına varmasını sağladım. Patolojik olarak şişirilmiş büyüklenmeci tümgüçlü nesne ilişkileri parça birimi "küçülmeye" (ve gerçeğe daha yakından

tekabül etmeye) başlayınca, hasta gerçek kendiliğini harekete geçirme kapasitesindeki aksaklıkların farkına varmaya başladı. "Kendimi kimsesiz bir berduş gibi, hiçbir önemi olmayan biri gibi hissediyorum" dediğinde bozulmuş gerçek kendilikle ilgili algısını bildirmiş oldu.

Normalde bu tipteki algılarına eşlik eden "hoşnut ümitsizlik" duygulanımı gittikçe kayboldu ve onun yerini çocukluğunun ilk yıllarına dair boşluk, korku ve ürkme hatıraları aldı. Berduş, kimsesiz insan imgesi özellikle acı vericiydi ve babasının onu hafta sonları fabrikasına götürmeye başladığı dönemle bağlantılandırılıyordu; bu dönem D.R. 5 yaşındayken başlamıştı. İşlerini bitirdikten sonra fabrikadan çıkarken arka kapıyı kullanıyorlardı ve fabrikanın arka tarafında dolanan birçok evsiz ve kimsesiz berduş vardı. Çocuk bu adamlardan çok korkuyor, dehşet duyuyordu.

Hasta sekiz yaşındayken babası kalp krizinden ölmüştü ve o berduşların imajı onun için mahvolan ümitlerinin, hem anne hem de babasının ona yaşattığı hayal kırıklığının ve kendi kırılganlığının sembolü haline gelmişti.

D.R.'nin sahte, savunmacı kendiliğinin yıkılması ve kendiliğini oluşturan parçaların bir gerçek kendilik yapısı içinde tekrar toplanmaları yavaş ve zahmetli bir süreçti ve bütün düşünce, duygu ve arzuyu içeriyordu. Terapinin iyice ileri evrelerinde hasta kadınlarla ilişkilerinde iki perspektif raporlayabiliyor ve bu iki perspektifi karşılaştırabiliyordu; bunlardan biri sahte (şehit, acı çeken kurban) kendilik açısından, diğeri ise bozulmuş (ama gelişen) gerçek kendilik açısındandı:

> Kendimi acı çeken bir kurban gibi hissettiğim zaman sanki bütün yapmam gereken sokakta yürümekmiş gibi geliyordu; biri yanıma gelecek ve bana olan hayranlığını ifade edecek, ne kadar özel biri olduğumu fark edecek ve beni kolay ve konforlu bir hayata doğru alıp götürecekti. Şimdi ise bir kadınla buluşmaya gideceğim zaman korkuyorum. Kendimi ifşa etmekten dehşete düşüyorum. "Ben kimim? Ben neyim? Ve onlar neden benimle ilgilensinler ki..." diye soruyorum. Acı çeken kurban kendiliğine girdiğim zaman kimsenin bana layık ola-

mayacağını düşünüyorum; hiç kimse çektiğim acıları tam olarak anlayamaz diyorum. Ama o kendiliği bırakıp sadece kendim olmaya çalışınca asıl layık olmayanın, yetersiz kalacak olanın ben olduğumu hissediyorum.

Hem A.C., hem de D.R., narsisistik kişilik bozukluğunun sahte, savunmacı kendiliğinin niteliklerini, özellikle de inatçı ve vazgeçmeyen mükemmellik ve narsisistik kaynaklar arayışını sergilemekteler. Tüm örneklerde bu arayışın altında yatan şey terk depresyonu ve gerçek kendilik kapasitelerinin ve işlevlerinin uğradığı derin bozulmalardır.

Özet

Bu bölümde gerçek kendilik kavramının kişilik bozukluklarının, özellikle de borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarının tanısı ve tedavisi için kuramsal önemi ve pratik uygulaması gösterilmiştir. Bu kavram daha önce ortaya atılan zihin modellerini, parçalardan ziyade bütünü vurgulayan tek bir üst yapı içine entegre etmektedir. Klinik olarak, bu yapının kullanımı rakip sınıflandırma sistemleri arasındaki tartışmaların ve ihtilafların üzerinde durulmamasına yarar. Onun yerine kişilik gelişiminin esasını teşkil eden kapasiteler ve işlevlerin sistematik değerlendirilmesini vurgular.

Sahte, savunmacı kendiliğin organizasyonunun spesifik doğasının anlaşılması terapistin müdahalelerine rehberlik eder. Optimal olgun ayrılma, bağlanma, bireyleşme ve özerklikle bağlantılandırılan işlev ve kapasiteler hakkında bilgi sahibi olmak terapiste tedavi hedeflerini belirlemek ve onları elde etmek yolunda rehberlik eder.

II. KISIM
PSİKOTERAPİNİN KAPSAMI

Gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri kuramının klinik kanıtları kişilik bozukluğu hastaları ile yapılan yoğun psikanalitik psikoterapilerden elde edilmiştir. Kanıtların kaynağı bu olduğu için bazı terapistler bu kuramın sadece yoğun analitik çalışmaya tabi tutulan hastalarla kullanılabileceğine inanmaktadırlar.

Psikoterapi ile ilgili bu bölüm, kuramın kişilik bozuklukları hastaları ile kurulan terapötik temaslarda ne kadar geniş şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Burada sunulan olağanüstü geniş yelpazedeki terapötik faaliyetlerin hepsi aynı gelişimsel kuram kaynağından doğmuştur ve kuramın kapsamını ve esnekliğini göstermektedir.

4. Bölüm'de Dr. Clark bir kişilik bozukluğu hastasına uygulanan psikoterapi üzerine odaklanarak terk depresyonunun deneyimlenmesi ile bu depresyona karşı savunma yapma ihtiyacı ile bağlantılandırılan "kötü duygular" arasındaki farkı inceden inceye tahlil etmektedir. 5. Bölüm'de Dr. Fischer narsisistik kişilik bozukluğunun terapötik yönetimini detaylı olarak tanımlamakta ve açıklamaktadır. Hem borderline, hem de narsisistik kişilik bozukluklarının kısa süreli psikoterapisi 6. Bölüm'de Dr. Klein tarafından tarif edilmektedir. Dr. Klein, bundan yıllar evvel kimsenin tahmin edemeyeceği kadar iddialı olan kısa süreli tedavinin hedeflerini ve bu iki kişilik bozukluğu için yapılan kısa süreli çalışmada gerekli olan çeşitli terapötik teknikleri net bir şekilde açıklamaktadır.

7. Bölüm'de Dr. Orcutt hastanın egosu ve nesne ilişkileri olgunlaştıkça terapi tekniğinin değiştiğini anlatmaktadır. 8. Bölüm'de Dr. Klein borderline yelpazesinin alt düzeylerinde bulunan ve sık sık yatan hasta koğuşunda veya ayakta hasta kliniğinde karşılaştığımız hastaların tam ve tedavisi konusuna geniş yer vermektedir. Klinik olarak bizi oldukça meşgul etmiş olan bu konu bugüne kadar hiç böylesine sistematik ve etraflı şekilde izah edilmedi. 9. Bölüm'de ise çok çeşitli borderline kişilik bozuklukları ile yaptığı çalışmalarda Dr. Clark kendilik aktivasyonu ve ayrılma-bireyleşmenin klinik kanıtlarını sunmakta ve bunu yaparken ayrılma-bireyleşmenin tam olarak ne anlama geldiğini gösteren zengin klinik örnekler kullanmaktadır.

Masterson Yaklaşımı'nın ergen psikoterapisine uygulanıp uygulanamayacağı konusu sık sık sorgulanmaktadır. Oysa klinik çalışmalarının başlangıç noktası ergenlerin borderline kişilik bozukluklarının tanımlanması ve tedavisi olmuştu. Dr. Orcutt 10. *Bölüm'de bu çalışmanın kişilik bozukluğu hastası bir ergenin psikoterapisine uygulanmasını anlatmaktadır.* 11. *Bölüm'de Dr. Orcutt'la birlikte terapiyi ikisi de narsisistik bozukluk hastası olan bir karı-kocanın evlilik sorunlarına ne şekilde uyguladığımızı tarif ediyoruz.*

Kısa süreli psikoterapiden uzun dönemli olanına, düşük veya yüksek düzeyli borderline kişilik bozukluğundan düşük veya yüksek düzeyli narsisistik kişilik bozukluğuna, ergenlerden çiftlere, bu kuram zor ama hayati klinik ayırımlar yaparak hem değerlendirme, hem de terapötik faaliyetler için geniş, sağlam ve güvenilir bir temel oluşturmaktadır.

James F. Masterson, M.D.

4

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN PSİKOTERAPİSİ

Karla Clark, Ph.D.

Bu bölüm, geri çekilen parça biriminin yansıtması ve eyleme vurumunun ve bununla bağlantılı depresif duygulanımların, nasıl gerçek kendiliğin aktivasyonu ve bununla bağlantılı terk depresyonunun ortaya çıkmasına karşı bir savunma olarak kullanıldığını anlatmaktadır. Borderline hastanın bölünmüş intrapsişik yapısı bir ödüllendirici ve geri çekilen nesne ilişkileri parça birimi ile nitelendirilmektedir, bu parça birimlerin her birinin de kendisine ait kendilik ve nesne temsili bileşeni vardır. Her iki birim de bireyin gelişimsel ayrılma-bireyleşme olayına verdiği spesifik içsel tepkileri yansıtır ve her ikisi de daha fazla ayrılma-bireyleşme ve gerçek kendiliğin aktivasyonu ve gelişimine karşı çalışırlar.

Ödüllendirici kendilik ve nesne ilişkileri parça biriminde (ÖNİP), parça nesnenin intrapsişik temsili güçlü ve "koruyucıdır", regresif davranışı onaylar ve ödüllendirir. Buna tekabül eden parça kendilik temsili iyi ve itaatkâr bir çocuk tasarımıdır.

Bu kendilik ve nesne parça tasarımları kendini iyi hissetme duygulanımlarıyla bağlantılıdır. Bu durum kişiyi gerileyici/regresif ve kendilik-yıkıcı davranışlara ve bunları yaparken

kendini iyi bir insan gibi görmeye yönelten sahte bir kendilik temsili üretir.

Geri çekilen kendilik ve nesne ilişkileri parça birimi (GNİP) en ufak bir ayrılma-bireyleşme belirtisi karşısında saldırıya geçen ve/veya geri çekilen bir parça nesne tasarımıdır ve fena, kötücül ve iğrenç bir parça kendilik temsili ile bağlantılıdır. Bu parça kendilik ve parça nesne tasarımları kusurlu, değersiz ve iğrenç hissetme duygulanımlarıyla bağlantılıdır. Bu parça birimin sahte temsili kusurlu ve kötü bir insan tasarımıdır.

Aşağıda anlatılan vakada ÖNİP/patolojik ego ittifakı sahte, savunmacı bir kendilik şeklinde yansıtılıyor ve eyleme vuruluyor; bu sahte, savunmacı kendilik hem bozulmuş gerçek kendiliği hastadan ve terapistten gizliyor, hem de gerçek kendiliğin tam olarak gelişmesini engelliyordu. Psikoterapiye düşen önemli görev bu sahte, savunmacı kendiliği tespit etmek ve hastanın bu sahte kendiliğin işlevlerini anlamasını sağlayarak ondan vazgeçmesini ve bununla ortaya çıkan terk depresyonunu derinlemesine çalışmasını sağlamaktı.

(1) Sahte, savunmacı kendiliğin duygulanımlarının tespit edilmesi ve bunlar üzerinde çalışılması (2) hastanın sahte, savunmacı kendilikten vazgeçmeye ikna edilmesi ve (3) bunu takip eden süreçte terk depresyonu duygulanımlarının ortaya çıkması şeklinde özetlenebilecek bir ilerleme, beklenen ve en sık görülen klinik sıralamadır. Ancak aşağıda sunulan vakada (ve gördüğüm birçok başka vakada) olduğu gibi, terk depresyonunu çözümlemek için yapılacak olan çalışmanın ilk adımı olarak yapılan GNİP/patolojik ego ittifakı ile bağlantılı depresif duygulanımlar kümesi üzerindeki normal çalışma iki duygulanım kümesinin birbiriyle kolayca karıştırılabilmesi nedeniyle çok karmaşık hale gelebiliyor; yani GNİP/patolojik ego ittifakına bağlı duygulanımlarla terk depresyonuna bağlı duygulanımlar birbiriyle kolayca karıştırılabiliyor ve yukarıda verilen çalışma sıralaması karmaşık bir hale gelebiliyor. Bunun meydana gelme nedeni hastanın her iki duygulanım kümesini

"depresyon" olarak tanımlaması ve deneyimlemesidir; hasta bunların arasındaki farkı ayırt edememiştir.

Bu karışıklık savunmacı depresyonun iyi idare edilememesine yol açabilir, bu da terk depresyonunun tedavisinde komplikasyonlar ve başarısızlıklara yol açabilir çünkü savunmacı depresyon iyi idare edilemediğinde terk depresyonu da açıkça tespit edilebilecek bir şekilde ortaya çıkmaz. Aşağıda sunulan vakada psikoterapinin hayati noktası bu iki depresyonu birbirinden ayırt ederek tespit etmekti.

(1) GNİP/patolojik ego ittifakının tespiti ve yönetimi, (2) bu ittifakın sahte, savunmacı kendilik şeklinde ifade bulan yansıması ve eyleme vurumu ve (3) bu ittifakın meselenin altında yatan terk depresyonundan ayırt edilmesi sorularına cevap bulabilmek için önce bir savunma işlevi olan bölünmenin göz önüne alınması ve bu bölünmenin gerçek kendiliğin gelişimi üzerindeki etkisinin dikkate alınması gerekir.

Bölünme, hastanın kendisi ve diğerleri hakkındaki "iyi" imgesini "kötü" imgeler tarafından bastırılmaktan koruyan bir savunma yoludur. Kişi kötü imgelerin iyi imgeleri tehdit ettiğinden ve sonunda yok edeceğinden korkar (Kernberg, 1975, s. 25). Bölünme bir sahte, savunmacı kendiliğin geliştirilmesine yol açtığında ortaya bireyin gerçek kendiliğinin gelişimi için çok kapsamlı ve ağır olumsuz sonuçlar çıkar:

> Borderline kişilik bozukluğu nedeniyle zarar görmüş bireyler gerçek dünyanın karşılarına çıkardığı zorluklara tepki vermek için gerçekçi şekilde kendilerini ortaya koyarak gerçek kendiliklerini kullanamazlar ve onun yerine patolojik ego, ödüllendirici nesne ilişkileri parça birimi ve geri çekilen nesne ilişkileri parça biriminin ittifakının bir ürünü olan sahte, savunmacı kendiliğe sığınırlar. Bu durum kaçınma, pasiflik, inkâr ve fantezilere yol açarak bireyin öz saygı eksikliğini daha da artırır.
>
> Bu kişilerin gerçeklikten çok fantezilere dayanan savunmacı kendilik tasarımları ikisi de eşit şekilde gerçekçilikten uzak iki fantezi imgesinden oluşur: Kendini ortaya koymadığı için sevilen ve ödüllendirilen çaresiz bir çocuk imgesi ve annesinin

geri çekilmesine neden olan yetersiz, kötücül, fena kendilik imgesi (Masterson, 1985, s. 31-32).

Borderline bir bireyin itaatkâr, yapışmacı ve kendilik aktivasyonunu gerçekleştiremeyen sahte kendilik temsilini neden bilinçli olarak sorgulamadığını anlamak zor değildir; çünkü birey kendini bu şekilde tasarımlayarak kendisinin hem mutlak, hem de ahlakî açıdan "iyi" biri olduğunu hissetmektedir. Ama buna karşılık bir birey kendisinin "kötü" biri olduğu düşüncesine dayalı bir sahte, savunmacı kendilik temsilini neden kucaklar?

Fairbairn bu konuda şu öneriyi sunmuştur; birey başlangıçta kötü nesneleri içselleştirdiği için, bunların varlığının farkına varmaktan korunma yolunu da kendini kötü biri gibi görmekte bulmuş olabilir. Fairbairn'e göre hastanın bunu yapmasının nedeni kendini özünde iyi olan bir evrende var olan kötü bir kişi gibi görmeyi, özünde kötücül ve fena bir evrende var olan iyi biri gibi görmeye tercih etmesidir (Fairbairn, 1986, s. 109-110).

Fairbairn'in önerisini genişletirsek, bazı borderline bireyler kendilerini kötü bir evrende var olan kötü kişiler olarak görmeyi, kötülüğün içe atılmasını tümüyle reddetmeye tercih etmektedirler çünkü bunu yaptıkları takdirde savunmacı duygulanım yatırımlarını gevşetmek ve kayıp ve terk depresyonu duygularını deneyimlemek zorunda kalacaklardır. Böylelikle GNİP/patolojik ego ittifakının yansıtılması ve eyleme vurumu (bundan sonra GNİP savunması olarak anılacaktır), bunların altında yatan daha da acı verici duygulara karşı bir bariyer oluşturur. Hasta kendini kötü ve iğrenç biri olarak görür. Sık sık bu kendilik deneyimini "depresyon" olarak tarif eder ve aslında hakikaten de depresif davranışları ve duyguları da olabilir; ağlamaklı, uyuşuk, durgun veya alenen intihara meyilli. Birey kendisi ile ilgili bu görüşünü sarsacak herhangi bir şeye de direnç gösterir, çünkü altta yatan terk depresyonuyla yüz yüze gelmek istememektedir, bu da sorununu daha şiddetli hale getirir.

Kendisini kötü niyetli ve fena bir evrende var olan kötü niyetli ve fena biri gibi görmek ve bu duyguyu haklı çıkarmak için kötü davranışlarda bulunmak tüm kendilik temsilini sorgulama seçeneğine karşı oluşturulan iki savunma düzeyidir. Sahte, savunmacı GNİP kendilik tasarımının bu vakalardaki en temel ve birincil savunma oluşumu olduğunu söyleyebiliriz. GNİP kendilik tasarımının sahte bir kendilik temsili olduğunu görmeye karşı oluşturulan savunmalar ikincil bir savunma manevrasıdır. Genellikle birincil savunmanın tespit edilmesi ve üzerinde çalışılacak hale gelmesi için önce bu ikincil savunmaların çözümlenmesi gerekmektedir.

Geri çekilen parça kendiliği ve nesne ilişkileri parça birimi ile bağlantılı duygulanımlarla gerçek terk depresyonunun duygulanımlarını ayırt etmek için kullanılacak ilk anahtar nokta GNİP savunması ile bağlantılı ahlakî kötülük veya kendinden iğrenme halinin niteliğidir. Bu nitelik, terk depresyonunu derinlemesine çalışma ile duygulanımlardan kolayca ayırt edilebilir. Terk depresyonu ile bağlantılı duygulanımlar çaresizlik, ümitsizlik, boşluk, ayrılma anksiyetesi, depresyon, öfke ve ayrılmadan dolayı duyulan suçluluk duygularını içerir (Masterson, 1976, s.39). Tüm bu duygulanımlar terk edilmiş ve yalnız hissetme niteliğini taşırlar, ama sahte GNİP'in kendilik depresyonuna ait olan ahlakî kötülük ve kusurluluk duygusu mevcut değildir.

GNİP savunmasının depresyonu ile terk depresyonunun çözümlenmesi ile bağlantılı depresyon arasında ayırım yapmak için kullanılacak ikinci anahtar nokta hastanın depresyonu içinde eski içsel nesnelerle ilişkisini canlı tutmaya mı yoksa onlardan kurtulmaya mı çalıştığı ile ilgilidir. Gerçek terk depresyonu hastanın farkındalığının merkezinde olduğu zaman eski parça nesnelerle kurduğu ilişki ya hiç yoktur ya da ikincildir. Buna karşılık, sahte savunmacı kendiliğe bağlı duygulanımlar parça kendilik (veya kendilikler) ile hala hakim olan içsel nesneler arasında devam eden içsel bir ilişkiye işaret eder; bu ilişkide kendilik ikincil durumdadır. Sahte savunmacı kendilikle ilgili duygulanımlarda GNİP savunma depresyonu bireyin

kendini kötü, değersiz ve saldıran veya geri çekilen bir nesneye karşı geçersiz (hükümsüz) hissetmesi ile nitelendirilir. Bu bağlamda deneyimlenen depresif duygulanımlar aktif olmaktan çok tepkiseldirler (reaktiftirler), yani "Ben kötüyüm, çünkü 'o' kötü olduğumu düşünüyor. Bu benim kendimi berbat hissetmeme neden oluyor". Klinik olarak bu depresif duygulanımlar bireyin kendilik aktivasyonuna karşı (savunma olarak) bir bariyer teşkil etmektedir ve adaptasyon ve işlev görme kapasitelerine *azami* derecede müdahale ederler.

Bu duygulanımlar, nesnenin kaybedilmesi *tehdidi* ile değil, nesnenin *kaybedilmesi* ile bağlantılandırılan gerçek terk depresyonundan ayırt edilmelidir; terk depresyonu bireyin ayrılma ve bireyleşme girişimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar, yani "Nesneden ayrılmak için destek alma konusunda ümitsizim ve bundan vazgeçip yoluma o şekilde devam etmeliyim. Bu bana kendimi boş, korku dolu, suçlu vs. hissettiriyor". Terk depresyonuna bağlı duygulanımlar bireyin yıkıcı parça nesne tasarımları ile eski bağlarını koparma girişimlerine işaret eder, bu yüzden tepkisel değil aktiftirler. Bu duygulanımlar klinik olarak bireyin kendilik aktivasyonunun bir sonucudurlar ve adaptasyon ve işlev görme kapasitelerine müdahaleleri minimaldir.

Klinisyen bir kez GNİP savunması ile altta yatan terk depresyonu arasında ayırım yaptıktan sonra ortaya çıkan soru GNİP savunmasını nasıl yönetmek veya bunu nasıl derinlemesine çalışmak gerektiği sorusudur. Sahte, savunmacı kendiliğin (veya kendiliklerin) savunmacı ifadeleri aynı diğer borderline savunmalarının yönetildiği şekilde yönetilirler, yani yüzleştirme ile.

Teknik prensip, ikincil ÖNİP veya GNİP savunma tezahürlerinin yüzleştirilmesi prensibiyle aynıdır. Hasta bunların varlığını tespit etmeyi öğrenmeli ve bunların yansıtmalarını ve eyleme vurumlarını kendi çıkarlarına ters görmelidir; böylece onları kontrol etmeyi öğrenmelidir. Yüzleştirildiği zaman bir hasta kendisi hakkında oluşturduğu kötü ve yanlış olduğuna dair görüşü doğrulayacak şekilde davranma dürtüsünü kontrol edebilir. Böylece hasta kötü bir kişi olma *duygusunu* yaşamayı

kesmeden evvel kötü ve yanlış bir insan olduğuna dair *düşüncesini* sorgulamayı öğrenebilir.

Bu noktada çeşitli seçenekler mevcuttur. Hasta bu noktada durarak, kendini kötü bir insan gibi hissettiğini (özellikle ayrılma stresi yaşadığı sıralarda) bildiğini, bunun berbat bir his olduğunu, ama bu duyguların kendisi ile ilgili gerçek tabloyu yansıtmadıklarını bildiğini ve bu duyguların onun işlev görmesini engellemelerine izin vermeyeceğini söyleyebilir.

Ancak hasta terk depresyonuna derinlemesine çalışarak bölünmeyi tamir etme amacıyla terapiye devam ederse, şu üç evre gelişir: (1) Ayrılma-bireyleşme için nesnelerden destek alma ümidinden vazgeçilir ve bunun yerini kendini kabul etme ve tanıma alır. (2) Bu gruptaki hastalar için birinci maddede tanımlanan gelişme içsel nesnelerden geri çekilme ve kendiliğe daha fazla dikkat vermeye yol açar, bunu da terk depresyonu ve ayrılma anksiyetesi izler. (3) Nihayet, içsel nesneyle olan bağdan vazgeçildikten sonra kişilik tüm kendilik ve nesne tasarımlarına dayalı olarak tekrar birleşir.

Aşağıdaki vaka sunumu bu süreci göstermektedir.

VAKA ÖRNEĞİ: BAY E.

Şikâyetler

Bay E., kırklı yaşlarının başlarında bekar bir erkekti.[1] Depresyon, öz saygı eksikliği ve sosyal izolasyon duyguları şikâyetiyle terapiye başlamıştı. Kısa süre önce kariyerinde bir değişiklik yapmıştı (eğlence programları yönetmenliğinden avukatlığa geçmişti) ve işiyle ilgili sorunlar yaşıyordu. İşini pek beğenmiyor, şirketin profesyonel olmayan ve yetersiz şekilde yönetildiğini düşünüyordu. Üstü olan bir kadınla sorunları vardı, kadının yaptığı işi haksız yere eleştirdiğini düşünüyordu.

Bay E.'nin günlük yaşamı ile ilgili başka sorunları da vardı. Geçmişte ve halen oldukça fazla alkol ve uyuşturucu kullandığını anlattı. Mali sorunları da vardı. Kalıcı olarak bir yerde ya-

[1] Bu hastayla yapılan karşı aktarım 19'uncu Bölüm'de sunulmaktadır.

şayamıyordu, çünkü ev arkadaşlarıyla sürekli kavga ediyordu. Kendini suistimal edilen bir kurban gibi, başkalarını da bencil, suistimal edici ve sömürücü kişiler olarak görüyordu. Başka bir eve taşınıyor, orada da aynı süreç tekrar ediliyordu. Hiç arkadaşı yok gibiydi.

Beş yıl boyunca erkek bir terapistle haftada bir kez bireysel psikoterapi görmüştü. Ama kendini hala depresif hissettiğinden, hatta her zamankinden daha fazla depresif olduğundan şikâyet ediyordu. Onun için en önemli konulardan biri de bir kadınla kalıcı bir ilişki kuramamış olmasıydı. Evlenmek ve çocuk sahibi olmak istiyordu ve bir kadın terapistle çalışmanın ona bu konuda yardımcı olacağını umuyordu.

Haftada bir kez görüşmeye başladığımızda onun farkında olmadığı ama bana problematik görünen birçok şey fark ettim. Bu özelliklerinin bir kadınla tanışma ve onunla evlenme hedefine ulaşmasına engel olacağı açıktı. Çok fazla kilo almıştı (ama tam bir obez değildi). Bakımsız ve uyumsuz giysileri vardı. Seanslara sık sık kot kumaşından kirli bir tulum ve kötü kokan bir tişörtle geliyordu. Uzun saçları genellikle kirli ve taranmamıştı, vücut kokusu da kötüydü. Yüz ifadesi kronik olarak öfkeli, soğuk ve kopuktu.

Bay E.'nin arz ettiği resimde, bazıları hemen belli olan, bazıları da epeyce bir süre bariz hale gelmeyen çelişki ve tutarsızlıklar vardı. Bu çelişki ve tutarsızlıklar hastanın arz ettiği tablonun sahte, savunmacı kendiliği olduğunun işaretiydi. Başka kaynaklardan aldığım bilgilere göre Bay E., çok yaratıcı ve yenilikçi bir eğlence programı yönetmeni olarak biliniyordu. Oysa onun anlattığı iş değiştirme hikâyesinde eski işindeki başarıları ve elde ettiği tatmin konu dışı bırakılmış, sadece onunla birlikte çalışan personelle yaşadığı kavgalar üzerinde durulmuştu. Kendini evsiz barksız bir berduştan bir kalem daha iyi gibi sunmuştu ve başarı elde etme veya kendini ciddiye alma konusunda tamamen kabiliyetsiz olduğunu düşünüyordu. Bunlara karşın iyi bir üniversiteden mezun olmuş, sanat tarihi konusunda biraz lisansüstü eğitim almış, şimdi de hukuk fakültesinden mezun olmuştu; fakültedeki durumunu sordu-

gümda akademik olarak oldukça başarılı olduğunu da söyledi. Bunlara ek olarak E., oldukça yetenekli bir sanatçıydı, hatta yaptığı çalışmalardan bazıları sergilenmiş ve olumlu tepkiler almıştı. Ama o bunu öylesine önemsiz bir şeymiş gibi anlatmıştı ki, bu önemli bilgiyi önemsememek işten bile değildi.

Sosyal ilişkileri konusunda da anlattıklarında ve anlayabildiğim kadarıyla nesnel olaylarda tutarsızlıklar vardı. Kendisini yalnız ve arkadaşsız biri olarak anlatmasına rağmen çocukluğundan bu yana devam etmiş olan birçok arkadaşlığı vardı. Ayrıca konuşma içinde hukuk fakültesinden ve iş yerinden tanıdığı kişilerle sosyal olarak görüştüğünü söyledi. Bunlara ek olarak, bakımsız görünüşüne rağmen kadınlara yaklaştığı zaman onlardan bir randevu koparmakta da güçlük çekmiyordu. Rekabetin yüksek olduğu bir sektörde, birçok avukat işsiz gezerken o kendine bir iş bulmayı başarmış, hatta baro sınavını geçtikten sonra kadroya alınacağı sözünü de almıştı. Bütün bunlar iki şeye işaret ediyordu: (1) E., kendini başkalarına (en azından başlarda) her zaman bana sunduğu şekilde sunmuyordu ve (2) görünürdekinden daha fazla şeye sahipti.

Terapinin başlarında bu tutarsızlıklar hiç bariz değildi. Daha çok E.'nin "kusurlu durumuna" işaret eden bir dizi intibanın arasında geçici olarak bir görünüp bir kaybolan çelişki anları vardı. Olay şuydu: E., muntazaman GNİP eyleme vurumu yapıyordu. Kendini bana değersiz, iğrenç biri gibi sunuyor, o da kendini öyle görüyordu. Birçok erdem ve yeteneğini ya saklıyor ya da iyi bir intiba bıraktıktan hemen sonra onları çekici olmaktan uzak davranışlarının altına gömüyordu.

Geçmiş

Bay E., dağılmamış orta sınıf bir ailenin üç çocuğundan en büyüğüydü. Babası kendi işinin sahibiydi, oldukça başarılıydı ve E., çok küçükken zamanının çoğunu işine ayırıyordu.

Bay E., 18 aylıkken babası kronik, acı verici ve onu zayıf düşüren bir hastalığa yakalandı. Babası çalışmayı hemen kesmedi ama muhtemelen hem anne hem de baba, babanın git-

tikçe kötüleşen sağlık durumu ve bunun aileye ne şekilde etki edeceği konusunda oldukça endişeliydiler.

Bay E., 6 yaşındayken çok acı çeken babası ameliyat oldu ama ameliyat sonucunda sakat kaldı ve herkesin ümit ettiği şekilde çektiği acı kontrol altına alınamadı. İşyerini sattı ve evde oturmaya başladı. Yapabileceği bir başka iş bularak veya başka insanlarla sosyal ilişkiler kurarak sakatlığıyla adaptif bir şekilde başa çıkmaya çalışmadı. Onun yerine evde otururak gittikçe daha fazla içki içmeye ve dua etmeye başladı; ya hissiz bir şekilde çökmüş ya da karısı ve çocuklarına karşı saldırgan hallerdeydi.

En büyük çocuk olarak E.'ye hem evdeki işlerle ilgili, hem de babasıyla fiziksel olarak ilgilenme konusunda büyük sorumluluklar yüklendi. Babasını yıkıyor, bakımını yapıyor, giydiriyor ve arabayla dolaştırıyordu. Babası karakteristik olarak onu çok fazla eleştiriyor, ona küfürler ve hakaretler ediyordu. Babası oğlunun yardım etme çabalarını görmezden geliyor, önemsemiyor ve devalüe ediyordu. Bu saldırılar E. büyüdükçe yoğunlaştı, hem sözlü hem de fiziksel saldırılara dönüştü, sonunda da artık şiddetli, paranoid ve neredeyse sürekli hale geldi.

Bay E.'nin annesi oğlunu babasının saldırılarından korumak için hiçbir şey yapmadı. Ya babanın tarafını tuttu ya da pasif kaldı. E.'nin annesi hakkındaki genel ve hakim intibası (annesiyle babasının bazı özelliklerini birleştiren içe atılmış kötü nesnesinin bir yansıtması) E.'nin ayrı bir birey olduğunu veya kabiliyetlerini kabul etme ve tanıma konusunda başarısız, başarılarını yok sayan ve kendisi de saldırgan ve kötü olan biri olduğuydu.

Sekiz yaşından hatırladığı bir anı E.'nin annesiyle ilgili hakim içsel deneyiminin bir temsiliydi. E., sekiz yaşındayken uykusunda büyük tuvaletini tutamama rahatsızlığı ortaya çıkmıştı ve annesinin bir keresinde kirli iç çamaşırını alarak E.'nin burnunu dışkıya sürdüğünü hatırlıyordu. Terapinin ilerleyen evrelerine gelinceye kadar E., bu anıda kendini kalpsiz bir canavarın çaresiz kurbanı olarak görüyordu. Geriye dönüp o

olaya bakıldığında E.'nin tuvaletini tutamama rahatsızlığının GNİP'in erken yaşlardaki eyleme vurumu olduğu düşünülebilir. E., başarıları ile annesinin dikkatini çekemediği için iğrenç bir şekilde davranarak annesinin onunla ilgilenmesini sağlamak istemişti.

Bay E.'nin erken yaşlarda gerçek kendiliğini aktive etmek ve geliştirmek için girişimleri olduğuna ama cesaretini kıracak müdahaleler olduğunda bu girişimlerden vazgeçtiğine dair belirtiler vardı. Örneğin okul yılları boyunca hem akademik olarak, hem de sanat ve spor dallarında çok iyi sonuçlar aldığı, başarılı olduğu dönemler vardı ama sonra bunlardan vazgeçerek tembellik ve can sıkıntısı dolu dönemlere giriyordu.

Okulda ilerledikçe bu davranışları gittikçe arttı. Terapiye gelinceye kadar, sırayla önce bozulmuş gerçek kendiliğini aktive etme girişimleri, ardından da savunma amaçlı olarak kışkırtıcı "kötü" davranışlara geri dönmesi hayatında hakim olan örüntü olmuştu.

İlk kez psikoterapi gördüğü dönemden evvel evden ayrılmayı ve eğlence danışmanlığı konusunda yenilikçi bir programda bir iş bulmayı başarmıştı; işinde gayet başarılı olmuştu. Tutarlı olarak resim yapmaya ve çizmeye başlamıştı. Bu noktada, büyük ve global ölçüde eyleme vurma yapmadığı için terk depresyonu duyguları yaşamaya başladı. Gittikçe daha fazla anksiyete ve boşluk duygusu hissetmeye başladı. Bu duygulara karşı kendini GNİP aktivasyonu ile savundu ve kendi deyimiyle "depresif" oldu, yani kendini değersiz ve iğrenç görmeye başladı. Arkadaşları ve meslektaşlarıyla kavga ederek yansıtma ve eyleme vurma yapmaya başladı. Psikoterapiye başvurdu. Tedavi olmak için yaptığı bu ilk girişim sırasında kendilik temsilini sorgulamadı. Onun yerine, eyleme vurdu. Eğlence danışmanlığı işinde "meslekî tükenme" yaşadığına karar verdi. Resim yapmayı bıraktı. Hukuk fakültesine gitmeye karar verdi. Hukuk fakültesinde okurken psikoterapiye gitmeyi kesti ve acı dolu ve küçültücü bir aşk ilişkisine girerek eyleme vurum yaptı. İlişki karşılıklı suçlamalar ve hoşnutsuzlukla sona erdi.

Hukuk fakültesini bitirdi ve baro sınavını beklerken tedavi için geldiği sırada çalıştığı işe girdi. İşinden nefret ediyordu ve aslında hukuka da hiç ilgisi yoktu. Parası yoktu, sosyal ve duygusal olarak izole durumdaydı ve kendisi hakkındaki duyguları berbattı. Hayatı bir enkaz gibiydi. Evden ayrıldığından beri elde ettiği kendisi için değerli olan her şeyi yıkmıştı.

Psikoterapi

Başlarda Bay E., global düzeyde eyleme vurmaya devam etti; çok içiyor, insanlarla kavga ediyor, işverenlerini kızdırıyor ve uyuşturucu kullanıyordu. Eyleme vurmasını desteklemek için majör savunma olarak yansıtma ve yansıtmalı özdeşim kullanıyordu. Kışkırtıcı ve kendilik yıkıcı davranışlarını inkâr ediyor ve kendini başkalarının kurbanı olarak görüyordu. Yüzleştirme, davranışlarının sonuçları etrafında başladı; sarhoş olduğunda kendisine zarar vermesi, uyuşturucu kullanması veya başkalarına karşı kışkırtıcı davranışlarda bulunması. Yavaş yavaş bu davranışlar kontrol altına alındı.

Daha önceki eyleme vurma şekillerine ket vurdukça aktarım eyleme vurumu başladı; bana sırayla ÖNİP ve GNİP yansıtmaları yapmaya başladı. Bu aşamada, davranışlarının ne kadar yıkıcı olduğunu ona söylediğim için bana ne kadar içerlediği hakkında konuşmaya başladı. Onu yüzleştirdiğim zaman onu payladığımı, soğuk ve hor gören biri olduğumu düşünüyordu. Benimle ilgili bu deneyimine Kötü Rahibe adını verdi (GNİP parça nesnesi). Sonra hızla değişerek bana karşı duyduğu öfke ve içerleme duygularına karşı itaatkâr ve saygılı olarak savunma yapmaya başlıyordu (ÖNİP parça kendiliği). Bu parça kendilik tasarımına "İyi Katolik Çocuk" adını verdi ve terapi saatlerini anlamlı görünen, ama aslında duygulanımsız olan ve onu değişime götürmeyen içerikle doldurdu.[2]

---

[2] O noktada GNİP kendilik parça temsili için bir isim bulamamıştı, sadece parça nesneyi isimlendirmişti (yani, Kötü Rahibe). Terk edilme depresyonunun aksine, GNİP savunma depresyonunun karakteristiği olan parça nesnede yoğun emilime daha önce atıfta bulunmuştum. Bu nesne parça tasarımına bağlı kendilik parça tasarımının farkına bile varılamaması parça nesne ile ilgili duyulan kaygının hakimiyetine bir örnektir.

Bay E., daha sonra Kötü Rahibe'ye bağlı olan kendilik temsilini tespit etmeye başladı. Bu gelişme şöyle meydana geldi. O sırada E., baro sınavına hazırlanmaya başlamıştı. Baro tarafından istenen bazı bilgilerle ilgili olarak sahte bilgiler verme ihtimalinden bahsetmeye başladı. Bu davranışı psikoterapi sırasında kuvvetli yüzleştirmeye tabi tutuldu, hem bu davranışının kendilik yıkıcı yönü, hem de işin sahtekârlık yönü ile yüzleştirildi. Bay E., yüzleştirmeye hayatında ne zaman zor bir sorunla yüz yüze kalsa kolay veya dürüst olmayan yolu seçmenin kendi stili olduğunu kabul ederek tepki verdi. Bunun sonucu olarak sürekli foyasının meydana çıkacağı korkusu ile yaşadığının farkına vardı. Bu durumu "muz kabuğunun üzerinde yaşamak" şeklinde tarif etti ve kendini tanımlamak için sonradan sahte GNİP kendiliğinin lakabı olacak olan bir kelime kullandı; "adi" biri gibi davrandığını söyledi. Ne zaman dürüst olmayan bir iş yapsa veya kendi deyimiyle bir "dümen" çevirse öz saygısını baltaladığını gördü. Bunun kendisi için ne kadar yıkıcı olduğunu anlayınca kendini kontrol etmek için daha aktif çabalar göstermeye başladı. Baro sınavına girdi ve sınavı dürüstçe geçti. İş yerinde avukat olarak yeni statüsüne uygun bir pozisyona terfi ettirildi.

Ancak terfi ettirilmesine rağmen sık sık özensiz iş yapıyor, ihtiyacı olduğu zaman bile yardım istemeyi reddediyor ve meslektaşlarını kışkırtıyor ve genel olarak "adi" biri gibi davranıyordu. Artık haftada iki seansa çıkan terapisi de iyi yürümüyordu. Terapiye geldiğinde içeri girip kışkırtıcı bir tavırla gene işleri berbat ettiğini söylüyor, benim de ona bunu göstermemi bekliyordu. Hatalarını ona gösterdiğimde davranışlarını düzeltiyor, bunu benim tarafımdan paylanmak olarak görüyor, bana karşı içerlemesini bastırıyor, ama kendini kontrol etme kapasitesinde hiçbir açıdan bir ilerleme kaydetmiyordu. Kendi kendine bunun farkına vardı ve gereksiz yere onu yüzleştirmem için beni kışkırtma çabalarını kontrol etmeye çalıştı. Ancak birlikte geçirdiğimiz saatlerin statik niteliği pek değişmedi.

Neler olup bittiğini tespit etmeye çalışırken, bir süredir Bay E.'nin bir avukat olmaya çalışarak vaktini boşuna harcadığı düşüncesinin aklımda olduğunu fark ettim. Mizacı avukat olmaya uygun değil gibi görünüyordu, zaten kendisi de o işi yapmaktan son derece mutsuzdu. Ancak onunla bu konuda konuşma fikri ile oldukça zorlandım. Meslek değişimine ne kadar çok yatırım yaptığını biliyordum. Bu değişimi sorgulama fikrini düşündüğümde kendimi yargılayıcı ve soğuk biri gibi hissettim ve onunla bu konuyu konuşmaya isteksizdim. Karşı aktarımımın farkına varıp kontrol ederek, psikoterapisinin statik niteliğini muhtemelen onun gerçek kendiliğini yansıtan nitelikleri ile (yani eğlence sektöründe ve ressam olarak ortaya çıkan kabiliyetleri ile) bağdaşmayan bir mesleği icra ederken 'adi' adamı büyük çapta eyleme vurmasından kaynaklandığına karar verdim. Kariyer seçimi sorunuyla onu yüzleştirmeye karar verdim.

Bay E., terapiye çizimleri ve resimlerinden örnekler getirmeye başlamıştı. Sanatı çok sevdiği açıktı, ayrıca çok da başarılıydı, Ama bunu sadece bir hobi gibi geliştiriyordu. Bir gün sanatından ve eski işiyle ilgili bir yaratıcılık anısından bahsetti; konuşurken bundan ne kadar zevk aldığı ve bunu özlediği belli oluyordu. Hemen ardından yeni işinde olagelen aşağılanma ve kötü performans olaylarını anlatmaya geri döndü. Resim yapmayı ve çocuklarla eğlence danışmanlığı işinde çalışmayı ne kadar sevdiği açıkken neden avukat olmayı seçtiğini sordum. Önce şoke oldu ve hemen savunmaya geçti. Beni sanki onu başarısız biri gibi gören patronlarına katılan biriymişim gibi gördü. Ama hukuktan bahsederkenki haliyle eğlence işinden ve resim yapmaktan bahsederkenki hali arasındaki bariz zıtlığa dikkatini çektiğimde, savunma yoluyla konuyu ötelemekten vazgeçerek sorumu ciddiye almayı başardı.

En kuvvetli ve kalıcı halini kendisine uygun olmayan meslek seçimi çerçevesinde yaşayan sahte kendilik savunmasının tümü sorgulanmaya başlanmıştı. Hukuku bırakma düşüncesi ilgisini çekmeye başladı ama işini bırakıp tekrar eski sektörüne dönmeye çalıştığı takdirde yaşaması muhtemel olan mali zor-

luklar gözünü korkutuyordu. Ama hukuk sektöründe o kadar başarısızdı ki, mali sorunlar nedeniyle işi bırakmamak konusundaki endişeleri sağlam bir temele oturmaktan çok uzaktı. Onun korkusu daha çok sahte kendiliğini (adi adam) bırakmak ve gerçek kendiliğine uygun faaliyet ve ilgi alanlarına yönelmekti. Ayrılma anksiyetesi mali sorunlara yansıtılıyordu, böylece o da hukuku bırakırsa nasıl "hayatta kalacağı" konusunda korku yaşadığını söylüyordu. Mali konulardaki endişelerinin gerçekçi olmayan niteliği konusunda yüzleştirildi ve Bay E., işinden istifa edip eski işine dönmeye karar verdi.

Ancak işini bırakırken bunu patronunun tahammül ve kabul edemeyeceği bir durum yaratarak ve kabul edilemez şekilde davranarak ve sonunda kovulara yaptı. Böylece ayrılma olmadan iş yerini bırakabilecekti, yani adi'nin eyleme vurma savunmasını bozmadan iş yerini bırakabilecekti. Ama bu kez kendiliğinden neden bu şekilde davranmak zorunda hissettiğini sorgulamaya başladı. İlk kez GNİP kendilik temsilini sorgulamaya başlıyordu.

Birkaç ay sonra Bay E., bir eğlence programında iş buldu. Alkol kullanmayı tamamen kesti. Daha iyi giyinmeye başladı. Tekrar para kazanmaya başlayana kadar idare etmek için kredi alırken önce borçları hakkında yalan söyledi, sonra bu davranışının öz saygısı üzerinde yıkıcı bir etkisi olduğunu fark etti. Sorunlarla başa çıkmak için dolap çevirmek, yalan söylemek ve blöf yapmak eğilimini deneyimledi. Ama kendini kontrol etmeyi başardı. Kredi memuruna gidip bu kez doğruyu söyledi.

Terapi etkileşiminin statik niteliği beni yine uyardı ve hayatıyla ilgili daha fazla sorumluluk almaya başlamasına rağmen Bay E.'nin hala bir savunma çıkmazında olduğunu anladım. Saatler boyunca anne veya babasının ona davranışıyla ilgili öfkeli anlatımları oluyordu ama sanki öfkesinin törensel bir niteliği vardı; bu öfke hiçbir zaman daha derin bir anlayış elde edilmesini ve yeni hatıraların ortaya çıkmasını sağlamıyordu. Bu dönemde terapiye getirdiği sanat eseri örnekleri (gözle görülür yeteneğine rağmen) girift, donuk ve melodramatikti;

bunlar da gerçek kendilikteki zedelenmenin devam ettiğine ve yıkıcı savunmanın varlığına işaret ediyorlardı.

Kadınlarla olan ilişkilerinde eyleme vurma vardı. Bir dizi felaket ve yıkıcı temas yaşamıştı. Birkaç aydan sonra bu davranışlar yavaş yavaş yüzleşmeye götürdü. Neden bir ilişki istediğini ve bunun kendisi üzerinde ne gibi etkileri olduğunu sorgulamaya başladı. Bir süre kadınlarla çıkmaya ara verip işine, resim yapmaya ve terapisine odaklanmasının daha iyi olacağına karar verdi. Böylece bir kez daha savunmacı eyleme vurumunu kontrol altına aldı.

Şehir içinde yaşayan çocuklar için organize edilen bir eğlence programında kalıcı bir iş edinmişti. İşini sevdiğini ve işinde mutlu olduğunu fark etti. Ama resim yapma çabaları kötü gidiyordu. Muhtemelen gerçek kendiliğinin en derin ifadesi olan resim yapmayı aktive etme çabaları nedeniyle tetiklenen duygulanımlara karşı savunma yapabilmek için bir kez daha GNİP'i aktive etmişti. Ne zaman resim yapmaya kalksa üzerine aşırı yorgunluk ve uyuşukluk hissi çöküyordu. O bunu depresyon olarak tanımlıyordu. Aktarım eyleme vurumunu yoğunlaştırdı. "Tembelliği" ile ilgili onu eleştirmem, azarlamam için beni sürekli kışkırtmaya başladı. Bunun farkına vardığı zaman, kendisi için mi resim yaptığını yoksa beni kışkırtmak için mi resim yapmaya direndiğini bilmediğini söyledi. Çocukken babasının, çalışması ve para kazanması için ondan aşırı taleplerde bulunduğunu, onun da bunlara itaat ettiğini ama diğer yandan babasının tembellik ve sorumsuzluk olarak göreceği şekillerde davranarak onu kışkırttığını hatırladı. Bunları, babasının kendilik temsili ile bağlantılandırdı; babasının kendilik temsili bir katır gibi, ruhsuz ve zevk almadan sonu olmayan bir şekilde bir köpek gibi çalışan biriydi. Babası gibi bir "katır" olacaksa resim yapmak istemiyordu. Resim yapmayı bir eyleme vurma olarak kullanıp kullanmadığından emin oluncaya kadar resim yapmaya ara vermek istiyordu.

Bu arada hayatı biraz daha düzen ve süreklilik arz etmeye başlamıştı. Kadınlarla çıkmıyordu, ama kendisi için gittikçe daha önemli olan arkadaşlıklar kurmuştu. Kendine bir daire

tutmuştu. Yaşadığı şehri seviyordu ve gittikçe orayı evi gibi görmeye başlamıştı. Bütün bunlara rağmen kendini neden bu kadar cansız ve donuk hissettiği (terk depresyonu) konusu üzerinde durmaya başladı.

O noktada Bay E., artık seansları haftada üç kereye çıkarmıştı; geçmiş ketlenmelerinden kurtulmak için sorunlarını çalışma amacında olduğunu söylüyordu. Avukatlık yaparak geçirdiği yıllara artık "dehşet" yılları olarak bakıyordu. O meslek seçiminin ne kadar uygunsuz olduğunu görmesinde ona yaptığım yardımları gözden geçirdi. Önce ona bunu görmesi için ettiğim yardımlara teşekkür etti. Ama sonra, savunması üzerinde durmak, yani o saçma mesleki seçimi neden yaptığı sorusuna cevap aramak yerine, bana karşı döndü ve bir kez daha aktarım yansıtması yapmaya ve GNİP savunmasını eyleme vurmaya başladı. Ona meslek seçimi ile ilgili sorular sorarak konuyu gündeme getirmemden bir yıl sonra büyük bir patlama yaşadı ve bu konuyla onu daha erken yüzleştirmemişim diye beni hesap vermeye zorladı? Oysa sorunu biliyor olmalıymışım! Onun dikkatini bu noktaya çekmek için neden bu kadar beklemişim? Yaptığım hatayı ve bunun ona neye mal olduğunu kabul ettim ama sonunda bu konuya dikkatini *çektiğimi* ve sonuçların da çok yapıcı olduğunu hatırlattım.

Hatalarımla yüzleşmek ve onlardan hastanın iyiliği için bir şeyler öğrenmek konusunda başarılı olduğumu görünce saldırıları geçici olarak azaldı. İşinde etkili şekilde çalışmak ve resim yapmak için tekrar çaba göstermeye başladı. Bu kez daha ilgili ve gayretliydi. İlk kez terk depresyonu ile sürekli bir şekilde ve bilinçli olarak yüzleşiyordu. Kaçan fırsatlarla dolu geçmiş yıllar için yas tutmaya ve eski işlev görme şekliyle şimdiki hayatını karşılaştırmaya başladı. Bu sırada benimle geçirdiği saatler önemli ve anlamlı çocukluk hatıraları ile geçiyordu; çocukluğundaki ihtiyaçlarının kabul görmemesinden doğan duyguları üzerinde çalışmaya başladıkça bu hatıralar ortaya çıkmaya başladı. Geçici olarak GNİP savunmasını kontrol altına aldığından, terk depresyonunun çeşitli yönleri üzerine derinlemesine çalışabiliyordu.

O sırada hatalarımı kabul etmem, tedavinin devam edebilmesi için yeterli olmuştu. Ama savunmanın kendisi, üzerine derinlemesine çalışılmadığından dolayı Bay E.'nin tepkileri tekrar geri gelecekti. Nitekim terapötik baskı yükseldiğinde E., yine tepki vermeye başladı. Bu kez konu onun neden kendini sevemediği konusu üzerinde durması ile gelişti. Bu konu sahte, savunmacı "adi" kendiliğe doğrudan meydan okuyan bir konuydu ve E., daha önce uyguladığı savunma şeklini tekrarlayarak "adi"nin dışsallaştırıldığı ikincil savunmalar kullanmaya başladı. Bana geçmişteki büyük hatalarım yüzünden saldırmak yerine (bu içeriği kullanmaktan vazgeçirildiği için) o andaki küçük hatalarım için saldırmaya başladı.

Kurduğum cümlelerdeki küçücük yanlışlar, onu bir iki dakika bekletmiş olmam, anlayışımın veya dikkatimin mükemmel olmadığı anlar, saldırılarının odak noktaları oldu. Tam bir narsisistik savunma (Masterson, 1981) ile uğraşıp uğraşmadığımı merak ederek aynalama yapmaya ve duyarlılığını yorumlamaya başladım. Bunlar onu biraz yumuşatmasına rağmen terapinin bir kez daha statik hale geldiğini fark ettim. Bu nedenle aynalama ve yorumlama müdahalelerimi sorgulamaya başladım. Saldırı modelini tespit ettim. Narsisistik kişilikte veya narsisistik savunma kullanan borderline kişilikte olageldiğinin aksine, her hatama tepki göstermiyordu. Saldırıları her zaman, adi kendilik tasarımına meydan okumaya çalıştığı, yani kendini sevme çabalarına girdiği seansları takip eden seanslarda oluyordu. Bu nedenle daha evvel yaptığım gibi bana karşı yaptığı eleştirilerdeki doğru tarafları kabul etmeye başladım, ama bu saldırıların materyal akışını nasıl kestiğine de dikkatini çektim. Şunları sorguladım: Neden belli zamanlarda bana ve hatalarıma bu kadar dikkat ve önem veriyordu? Saldırı isteğinin uyandığı zamanları fark etmiş miydi? Ne de olsa işler kötü gitmiyordu, hatta çok iyi gidiyordu. Neden ufak tefek hatalarım onu bu kadar kolaylıkla kızdırıyordu? Buna tepki olarak, bana karşı aşırı eleştirici davranışı azaldı. Bana *saldırmaktan* çok saldırma *isteğinden* bahsetmeye başladı. Tüm ailesinin yaptığı başkalarını sürekli değersizleştirme ve baltalama davranışı-

nı ilk kez gerçek bir duygulanımla ve kendiliğinden keşfetmeye başladı. Bu tarz saldırıların kurbanı olduğunda kendini nasıl hissettiğini biliyordu. Ama şimdi kendisinin de bu saldırılarda bulunduğu, üstelik sadece başka insanlara değil, kendine de saldırdığı gerçeğiyle yüz yüzeydi.

Geçmişindeki birçok hor görme ve baltalama olayını hatırladı. Bu noktada babasıyla olan ilişkisi ile ilgili hatıralar akmaya başladı. Ancak artık bu hatıraları anlatırken Bay E., eskiden olduğu gibi basit ve tekrar tekrar öfke ifadelerinde bulunmuyordu. Çocukluğunun kendisini şiddetli psikolojik ve fiziksel suistimale maruz bırakan ortamının üzerindeki etkilerini araştırmaya ve keşfetmeye başlamıştı. Artık dikkatini parça nesneden kendilik tasarımına yöneltmişti. Bir kez daha terk depresyonunu derinlemesine çalışıyordu.

Ailesinin kendisi hakkında avare ve tembel biri (adi) olduğuna dair görüşlerini sorgulamaya başladı. Geçmişte birçok kez tembel, kirli ve provakatif olduğunu biliyordu. Ama çocukken hayat dolu ve yaratıcı olduğunu da söyledi. Sporu ne kadar sevdiğini ve arkadaşlarıyla birlikteyken kendini ne kadar özgür hissettiğini hatırladı. Okuldayken birçok ilgi alanı olduğunu da söyledi. Her zaman çok çalışarak babasını memnun etmeye çalıştığını, hiçbir zaman isyan ederek bir suçlu veya deli bir insan haline gelmediğini, okuldan ayrılmadığını fark etti. Kendi bildiği şekilde sevgi göstermiş ve iyi bir oğul olmaya çalışmıştı. Üzülerek acı çeken babasına sevgi duyduğunu ve bunu ifade ettiğini ve babasının acısının sona ermesine yardımcı olamadığı için çaresizlik duyguları yaşadığını hatırladı. Bay E., üzüntü ile aslında sandığı gibi kötü bir çocuk veya kaçık bir insan olmadığını anladı ve dikkatini anne ve babasının ona annelik babalık yapmaktaki beceriksizliklerine, eksikliklerine ve buna cevaben kendisinin de ebeveyn sorumluluğunu yüklenmeyi reddetmesine çevirdi. Neden bütün bu iyi şeyleri yaparken kendimi iyi biri gibi göremiyorum, diye sordu. Kendilik algısının davranışları ile eşleşmediğinin farkındaydı. O bir adi gibi davranmıyordu, ama kendisi ile ilgili duyguları kalıcı olarak değişmiyordu.

"Adi"nin dışsallaştırılmasını kontrol ettikçe daha fazla içselleştirilmiş savunmayı ifade etmeye başladı. Yine yorgunluktan şikâyet etmeye başladı. Diğer insanlara karşı GNİP'i eyleme vurmayı kesmiş olsa bile, "adi" kendilik temsilini kendinde canlandırdığının ve bunu kaçınma savunmasıyla pekiştirdiğinin farkında değildi. Yavaş yavaş, yüzleştirme ile yorgunluk hissinin gerçekliği sorgulandı ve kendini kontrol etmeye başlayarak yorgunluk hissine yenilmemeye başladı. Davranışları düzeldikçe resim yapmaya ve işle ilgili zevk aldığı ve tatmin olduğu dönemler, değersiz ve kötü biri olduğuna dair korkunç GNİP duyguları ve terk depresyonu ile bağlantılı üzüntü duyguları arasında gidip gelmeye başladı. "Bu terapideki temel sorun benim kendimi sevmeyi öğrenmem. Ailem bu işin içinde değil. Kendimi sevmeyi öğrenmem lazım" dedi.

Bir kez daha savunmaya geçti. Kendine karşı saldırıları arttı, bu saldırıları kendi vücuduna yaptığı saldırılarla ifade etti. Bunu somatize etti. Daha evvel şikâyet ettiği kronik fiziksel sorunlar şiddetlendi. Bir türlü geçmeyen bir iltihap başladı. Bu saldırı, altta yatan ölümle bağlantılı şiddetli panik duygusunu (yani terk depresyonu duygulanımlarını) kısmen dışsallaştırmasını sağladı. Bu panik duygusu "adi" kendilik temsilinin gerçekliğine meydan okuması ile yüzeye çıkmıştı. Kısa panik ataklar yaşıyor ve onları sorgulamak veya keşfetmek yerine, sağlığı için endişelenerek savunmaya geçiyordu; ataklar sırasında yaşadığı boğulma ve panik duygularını bir göğüs hastalığına bağlıyordu.

Bu duygulara karşı savaştı ve yavaş yavaş hastalıklarına yenilmemesi ve yorgunluğunun fiziksel değil psikolojik niteliğini kabul etmesi gerektiğini anladı. Kendisi hakkında kötü düşünceler yine su yüzüne çıktı, ama o bunları sorgulayarak yaşadığı hayatın gerçeğiyle karşılaştırdı. GNİP savunmasının sorgulanması ayrılma tehdidini ve ona eşlik eden anksiyeteyi canlandırdı; Bay E., bunlara karşı tekrar tekrar salıte kendiliğini kullanarak, yorgun ve hasta biri haline gelerek savunma yaptı. O bu duyguya depresyon diyordu. Terapi saatleri onun kendini depresif ve berbat hissettiğini söylemesi ile başlıyordu. Yavaş

yavaş "depresif" ve "berbat" tanımlarını iki ayrı duygu grubuna ayırmaya başladı. Değersizlik ve kötü olma duyguları, kendini bir "sümüklü böcek" gibi hissetme duyguları vardı. Bir de daha geçici ama ona göre çok daha kötü olan duygular vardı. Bunlar ölüyormuş gibi olma, panik ve boşluk duygularıydı. Bazen ikinci gruptaki duygulara (terk depresyonu) karşı sümüklü böcek (yani, adi) olarak savunma yaptığını söyledi.

Bu yazı yazıldığı sırada Bay E., yorgunluk ve hipokondri endişelerini sorgulamakta, bu da sahte, savunmacı GNİP kendiliğinden vazgeçmek ve bunun yanında gerekli olan terk depresyonunun dibine varmak için destek verici olmaktadır. Kısa zaman evvel şöyle dedi: "Dün hayatımın en güzel günü olabilir. Kendime dedim ki, eğer yemek yer, Televizyon seyreder ve yatarsan kendini öldürüyorsun demektir. Şaka değil, bu aynen böyle. Babamı görüyorum, yıkılmış, yatağında yatıyor. Bu görüşten çıkmaya başladığımda bunun ben olmadığımı görüyorum, fark ediyorum. Ben hayat dolu ve enerjiğim. O diğeri ben değilim ve onunla savaşmam gerekiyor."

"Dün işte budur dedim. Öyle bir duygu yoğunluğu vardı ki. Gün boyu dört-beş kez ağlamış olmalıyım. Muazzamdı. Hiç bu kadar uyanık olmamıştım, hem de sürekli. Ağlayarak yatağa gittim. Ben iyi bir insanım. "Adi"yi reddettim. Onun içeri girmesine izin vermedim." İşte bu noktada Bay E. gerçek terk depresyonunu keşfetmeye başladı. "Adi"nin içeri girmesine izin vermediği zaman kendini boş hissettiğini, panik yaşadığını ve öleceğinden korktuğunu anlattı: "Bir boğulma hissi. Bir ölüm." O durumda nasıl savunmaya geçtiğini de biliyor: "Hayatım boyunca defalarca bir şeyleri biraz yapıp sonra bıraktım." Ölüm duygusuna meydan okuduğu zaman boşluk duygularının ortaya çıktığını ve buna anne babasını düzeltme kabiliyeti ile ilgili ümitsizlik duygularının eşlik ettiğini anlattı. Bu durum onun dikkatini anne babayı düzeltme isteğinden vazgeçmesi gerektiğine çekiyordu. "O zaman ümitsizlik hissediyorum. İnsanı boğan bir şey. Kendimi tamamen anksiyeteye içinde hissediyorum. Ama bir kere bile bu duyguya teslim olmadım. Bu çok kuvvetli akıntıların arasından geçmeye benzi-

yor, ne olursa olsun geçmek gerekiyor" dedi. Bu durum bize, geri çekilen birimle bağlantılandırılan 'depresyon'la yüzleşilip ortaya çıkarıldığı zaman (kötü ve değersiz olma duyguları) terk depresyonu duygulanımlarının nasıl ortaya çıktığını göstermektedir (mesela boşluk, ümitsizlik duyguları ve ayrılma anksiyetesi).

Bay E., artık dikkatini aktif olarak eski içsel parça kendilik ve parça nesne temsillerinden vazgeçilmesi konusuna yöneltmiş durumda. Sanatı ve işi ile ifade bulan gerçek kendilik işlevlerinin gelişmesi ona bu çabasında yardımcı oluyor. Gerçek benliğin aktivasyonu Bay E.'ye bir güç kaynağı oluyor, daha eski içe yansıtmalara meydan okumasını ve bunların kaybı nedeniyle doğan sonuçlarla başa çıkmasını sağlıyor. Verdiği mücadelenin nihai sonucu henüz gelecekte olmakla birlikte, çabalarının başarılı olacağına inanmak için birçok nedenimiz var.

ÖZET

Bu vakada, terk depresyonunu fark etme ve ondan kurtulmaya karşı bir savunma olarak kullanılan GNİP yansıtması ve eyleme vurumunun ne kadar inatçı ve kalıcı olduğunu görebiliyoruz. Başta GNİP savunması kendini neredeyse su geçirmez, global bir kendilik temsili gibi gösterdi. Hasta öyle bir şekilde davranıyordu ki, hakikaten de "kötü" bir insan gibi görünüyordu, böylece kötü biri olma duygularını sorgulamak zorunda kalmıyordu. Yeniden birleşme isteğinin eyleme vurulması, yansıtma, yansıtmalı özdeşim ve kaçınma gibi savunmaların hepsi birincil, sahte kendilik temsilini desteklemek için kullanılmıştı. Bu ikincil savunmalar kontrol altına alındıkça adi'nin en kapsamlı tezahürü görünür hale geldi: Bay E.'nin yanlış meslek seçimi. O meslekten vazgeçilmesi ve ardından uyuyan gerçek kendiliğini geliştirmesine aktif olarak yardımcı olan ve destekleyen bir mesleğe geri dönmesi E.'nin önüne GNİP parça kendilik tasarımının sahte olduğu ihtimalini çıkardı; E. tehdit altındaydı. Bu nedenle GNİP'i ikincil savunma olarak kullanmaya geri döndü, bunu yaparken de sahte kendiliğin parçalarını dışsallaştırmak ve onlara inanılırlık kazandır-

mak için yansıtma, eyleme vurma, aktarım eyleme vurumu ve yansıtmalı özdeşim kullandı. Bu savunmanın gösterdiği direnç sahte ve savunmacı kendilik temsillerinin ne kadar büyük bir inat ve azimle savunulduğunu (gözlemciye ne kadar tatsız görünseler de) çünkü bireyin bunun altında yatan duygulanımlardan çok daha fazla korktuğunu göstermektedir.

Bundan sonra yoğun bir aktarım eyleme vurumu dönemi geçirildi. Savunmayla tam olarak yüzleştirildiğinde ve derinlemesine çalışıldığında hasta aktif olarak ve gayretli bir şekilde gerçek kendiliğini geliştirmeye başladı ve sahte, savunmacı kendiliğe meydan okuyup ondan kurtulmak için kendi adına mücadele etmeye başladı. Bu noktada sahte kendiliğe bağlı olan depresif duygulanımlar (kötü, iğrenç, ölü ve yorgun olma duyguları) hasta bu sahte kendiliği bırakmaya çalıştıkça ortaya çıkan terk depresyonu ve ayrılma anksiyetesinden ayırt edilebilmeye başlandı.

Bu vakanın nihai sonucu, hastanın sahte kendilik temsilini önce tespit etmesi, sonra kontrol etmesi ve en sonunda da sorgulaması konusundaki kapasitesine bağlıydı. Bu sadece Bay E.'ye özgü bir olay değildir. Borderline hastanın başarılı şekilde tedavi edilmesi için her zaman hastanın sahte kendilik temsillerini kontrol altına alması hayati bir nokta olmuştur. Ancak bu gerçekleştiği zaman mücadele eden gerçek kendilik gelişmek için destek almak amacıyla ego ile bir ittifak kurabilir.

REFERANSLAR

Clark, K. (1988). Clinical manifestations of separation-individuation (bu kitap).

Fairbairn, W.R.D. (1986). The repression and the return of bad objects (with special reference to the war neuroses). P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations*. New York: New York University Press içinde.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Masterson, J. (1976). *The psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1985). *The real self: A development, self, and object relations approach*. New York: Brunner/Mazel.

5

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN PSİKOTERAPİSİ

Richard Fischer, Ph.D.

Klasik narsisistik kişilik bozukluğu olan birey büyüklenmeci, sürekli kendisiyle uğraşan, kendiyle ilgili ve sürekli takdir ve hayranlık peşinde koşan bir görüntü arz eder. Para, güç, zenginlik ve ün için verdiği uğraşlarda mükemmeliyetçidir, uç seviyede hak ve liyakat duygusuna sahiptir ve başkalarına karşı empati göstermez veya onlar için endişe etmez. Narsisist birey sahte büyüklenmeci kendiliğini aynalamaları ve ona hayran kalmaları için başkalarını kullanır ve sömürür. Bu nüfuz edilemez dış görünüşün altında yoğun haset, öfke, değersizlik ve reddedilme ve yoğun iktidarsızlık ve yetersizlik duyguları şeklinde tezahür eden parçalanmış bir kendilik vardır. Narsisist bireyin büyüklenmeci dış görünüşü nispeten daha hafif eleştiri, reddedilme, hatta kabul edilme ve tanınma eksikliği durumlarında bile büyük ölçüde çökebilir.

Birçok narsisist bireyde görülen yüzeysel adaptasyon, anksiyete ve depresyon yokluğu çok yanıltıcı olabilir ve sık sık sağlıklı olarak veya kişilik entegrasyonu ve olgunlaşma işaretleri olarak görülebilir.

Bir başka narsisistik hasta grubu da neredeyse tamamen farklı bir görüntü ve semptomlar arz eder. Gizli narsisist aleni

teşhirci davranışlarda bulunmaz, hatta alçakgönüllü, kaygılı, çekingen veya utangaç bir görüntü de sunabilir. Sahte, savunmacı ve büyüklenmeci kendilik ve bu kendiliğin aynalanma ve idealleştirilme ihtiyacının tezahürleri sonradan, büyüklenmeciliğe karşı kullandığı birçok savunma yorumlanıp çözümlendikten sonra meydana çıkar. Bu latent narsisistler grubu *DSM-III*'teki narsisistik tabloya benzemiyor olabilir, ama intrapsişik yapısal organizasyonları klasik aleni kişilik bozukluğundakine çok benzemektedir.

Narsisistik hastanın yapısal organizasyonu tedavinin şeklini belirler. Narsisist bireyin borderline hastanın bölünmüş nesne ilişkileri biriminden çok farklı olan kaynaşmış nesne ilişkileri birimi vardır.

Tezahür eden birim, özel ve benzersiz olma duygulanımına sahip üstün ve elit, büyüklenmeci bir kendilik nesnesidir. Tümgüçlü nesne mükemmel ve güçlüdür ve idealizasyon ile aynalama için gereklidir. Klasik narsisist büyüklenmeci, teşhir ihtiyacı nedeniyle sürekli olarak bu yapıyı aktive eder.

Saklı olan yapısal organizasyon ise, diğer kaynaşmış-kendilik nesne temsili olan agresif veya boş nesne ilişkileri birimidir. Haşin, cezalandırıcı ve saldırgan bir nesne ile küçük düşürülen, utanç dolu ve boş bir kendilik temsilinden müteşekkildir. Eleştirilmeye veya saldırılmaya karşı bu aşırı hassasiyet terapisti yüzleştirme dışında terapötik müdahaleler kullanmak zorunda bırakır.

Narsisistik hastaların gelişimsel geçmişleri, ayrılma-bireyleşme evresinde borderline hastalarınkine benzer duraklamalar arz eder. Narsisistik hastalar genellikle iki tür hatıradan bahsederler. Bunlardan en çok görüleni annenin idealleştirme yansıtmalarına maruz kalmış olmaya dair anılardır; yani annenin hastayı saplantı haline getirmesine neden olan aynalama ve hayranlığına dair anılar. Terapinin ilerleyen safhalarında yapılan daha ayrıntılı inceleme annenin çocuğunun gerçek kendiliğini kabul etmek, onaylamak ve desteklemek konusunda başarısız olan, onun yerine çocuğuna kendi gerçekleştirilememiş büyüklenmeci ihtiyaçlarının bir uzantısı gibi

davranan soğuk ve sömürücü bir insan olduğunu ortaya çıka rır.

Bu hastanın büyüklenmeci kendiliği, idealleştirdiği nesn ile birleşik bir ilişkiyi devam ettirdiği sürece sürekli aynalanı ve onaylanır, ama gerçek kendiliği değersizleştirilir ve yok sa yılarak bozulmuş kalır. Annenin idealizasyonunu muhafaz etmek için gösterilen bu çaba büyüklenmeci kendiliği korur v hastanın gerçek kendiliğinin farkına varmaktan kaçmasına yar dımcı olur; ayrıca annenin empatik başarısızlıklarına ve çocu ğunu depersonalizasyonuna da yardımcı olur. Bu hastaları yetişkinliklerinde büyüklenmeci kendiliği gerçek kendilikle ka rıştırdıkları da görülür ve onlar terapinin ilk evrelerinde bu ik psişik yapıyı ayırt etme konusunda büyük zorluklar çekerler.

İkinci tür hastalar çocukken yaşadıkları saldırı, değersizleş tirme ve küçültülme deneyimlerini daha net olarak hatırlaya bilmektedirler. Uzun bir idealizasyon-aynalama geçmişine sa hip ilk türdeki hastalar minör başarısızlıklar ve empatiye kar daha az incinebilir olan daha katı bir büyüklenmeci kendiliğ sahiptirler. İkinci türdeki hastalar ise narsisistik incinebilirli ve yaralanmalara daha eğilimlidirler ve bozulmuş kendiliğin d daha çok farkındadırlar.

Terapist sık sık soğukkanlı bir kendine güven, yüzeysel adaptasyon ve başarılı bir kariyerden oluşan bir dış görünüşl karşılaşır. Bu dış görünüş dışarıdan psikolojik büyüme işare gibi görülür, oysa bu görüntü iktidarsız ve öfkeli bozulmu gerçek kendiliği saklayan savunmacı bir sahte kendiliğe işar etmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile narsisistik kişilik bozukl ğuna uygulanacak olan teknik müdahalelerin birbirinden n kadar farklı olduğu başka bölümlerde açıklanmıştı. Borderlin hastada ego tamirini kolaylaştıran ve adaptasyonda iyileşm sağlayan kuvvetli bir araç olan yüzleştirme, narsisistik hası tarafından genellikle bir saldırı olarak algılanmakta ve hası büyüklenmeci savunmalarını seferber ederek terapiste kar küstah, küçümseyici ve değersizleştirici şekilde davranmakt dır.

Narsisistik hasta için genellikle tavsiye edilen terapi haftada en az üç seans şeklinde yapılacak olan uzun dönemli psikanalitik psikoterapidir. Terapi tekniği hastanın narsisistik yaralanmalara karşı ve büyüklenmeci kendiliğinin mükemmel aynalamasına duyduğu ihtiyacın karşılanmamasına karşı gösterdiği neredeyse mikroskobik incinebilirliğin yorumlanmasına odaklanmalıdır. Bu empati başarısızlıkları ile terapi süresince karşılaşılması kaçınılmazdır. Böylece yorumlama yoluyla mükemmel aynalama ihtiyacı, derin değersizlik hissi, sahte savunmacı büyüklenmeci kendilikle son derece incinebilir bozulmuş kendilik arasındaki bağlantı sistematik olarak incelenir.

Bu bölümün ilk kısmında narsisistik kişilik bozukluğu ile yapılan uzun süreli çalışmada terapistin nasıl sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliği açığa çıkarmak ve yorumlamaktan bozulmuş gerçek kendilikle empati kurmaya geçmesi gerektiği anlatılmaktadır. Terapinin ilk evrelerinde mesafe koyma ve duygulanım kopukluğu savunmaları hastayı bozulmuş gerçek kendiliği kabul etmekten alıkoyar. Hatta bu hastaların çoğu sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliği, gerçek kendiliğin yerini alabilecek yeterli bir kendilik olarak kabul etmektedirler.

Yorumlar gerçek kendiliğe karşı yapılan savunmalar üzerinde odaklandıkça gerçek kendilik tedbirli bir şekilde ortaya çıkma denemeleri yapmaya başlar. Aynı zamanda büyüklenmeci kendiliğin savunma işlevi daha açık hale gelir. (Terapist kendiliğin bu iki yapısal temsili arasındaki ilişki ve bozulmuş gerçek kendiliğin aktivasyonuna eşlik eden korkular üzerine odaklanmalıdır).

Bu süreç hastanın dışarıya gösterdiği büyüklenme ifadelerinin ketlenmesi nedeniyle daha da karmaşıklaşır. Korku, utanç, küçük düşürülme ve saldırı ile ilgili acı verici duygulanımlar üzerine odaklanan yorumlamalar, hastanın büyüklenmeci sahte kendilik savunmasının ve bu kendiliğin mükemmel aynalanma ihtiyacının farkına varmasını sağlar. Buna karşılık yüzleştirme genellikle daha fazla uzaklaşma, geri çekilme veya değersizleştirmeye neden olur, o nedenle terapist bu tarz hastalarla çalı-

şırken birincil terapötik müdahale olarak yorumlama kullanmak zorunda kalır.

Bu bölümde narsisistik kişilik bozukluğu için iki terapi şekli gözden geçirilmektedir: (1) Uzun süreli psikanalitik psikoterapi ve (2) kısa süreli psikoterapi.

Uzun Süreli Tedavi

Uzun süreli tedavinin ana amacı sahte, savunmacı büyüklenmeci kendilik üzerinde derinlemesine çalışılmasıdır. Aşağıdaki vaka bu terapötik süreci detaylı olarak anlatmaktadır.

Vaka Örneği: Bay T.

Kimlik verileri: Hasta 53 yaşında, New York, Westchester'da karısı ve üç kızı ile birlikte yaşayan evli ve katolik bir erkek olan Bay T., kendi giyim dizayn şirketine sahip başarılı bir iş adamıdır.

Temel şikâyet: Bay T., karısının tedavi görmediği takdirde onu boşamakla tehdit etmesiyle Masterson Grup'a başvurdu. Bay T., ben-merkezci ve uzak davranışının ailesini rahatsız ettiğinin farkındaydı. Kısa zaman önce işini genişletmişti ve bu girişiminden doğan sorumluluklarla başa çıkamadığını düşünüyordu. Ayrıca yalnız kalmaya da dayanamıyor ve bu anksiyete ile başa çıkabilmek için kendine sürekli meşgul olacağı bir program ayarlıyordu.

Mevcut rahatsızlık geçmişi: Bay T., kısa zaman önce gerçekleştirdiği şirket büyütme girişimi nedeniyle kendini oldukça baskı altında hissediyordu; işine her zamankinden fazla zaman ayırması gerekiyordu. Bununla eş zamanlı olarak eşi onun ailesi ile herhangi bir duygusal ilişkiye girememesinden dolayı çok kızgındı. Bay T., sürekli "katılımdan ve başkalarının taleplerinden kaçtığını" söylemişti. Başka insanlara ihtiyacı olduğunu ve duygusal beslenme için onları kullandığını anlattı.

"Başkalarının ona yüklediği sorumluluklar ve onların talepleriyle ilgili" olmak zorunda kalmadan başkalarından "sevgi, ilgi ve hayranlık" elde etme konusunda sürekli bir ikilem yaşıyordu. Başkalarının ihtiyaçlarını kendininkilerden ayıramıyor-

du ve herhangi bir eleştiriye karşı aşırı hassastı. Doğrudan bir şey isteme fikri onu dehşete düşürüyordu, çünkü bu ancak hayal kırıklığı, utanç ve aşağılanmaya yol açardı.

Bay T., sihirli bir düşünme tarzı ve özel, hayranlık duyulan ve herkesçe bu şekilde tanınan biri olma fantezilerinin hakim olduğu bir fantezi dünyasında yaşadığından şikâyet ediyordu. Gerçekten ve derinlemesine ilişki kurduğunda bunun sonucunda saldırıya uğrayacağı hissiyle doluydu ve bunun gerçekleşmesi durumunda parçalanacağını düşünüyordu.

Erkek kardeşi kronik bir şekilde psikotikti ve o bunun nedeninin kardeşinin ailesi ile arasına duygusal mesafe koyamamış olması olduğunu düşünüyordu. "İşlevsiz olmakla özel olmak arasında ince bir çizgide yürüyordum" dedi. Bay T., 20 yıllık evliliğinde, evlilik dışı ilişkileri, duygusal mesafe ve eşinin ihtiyaçlarına ilgi göstermeyi reddetmesi yüzünden sorunlar yaşanıyordu. "Hayatım boyunca yaygın anksiyeteden muzdarip oldum" dedi.

Hastanın geçmişi ve aile geçmişi: Bay T., anne ve babasının duygusal açıdan ihmalkâr olduklarını düşünüyordu. Anne ve babası onun örnek bir çocuk olmasını istiyorlardı, o da onların mantıksız taleplerinden kaçmıştı. Çok küçük yaşlardan itibaren ailesini sadece bir yakıt ikmal istasyonu olarak kullanmaya karar vermişti. Onlarla her türlü temastan kaçınmış, ailesini yemek ve yatacak yer için kullanmıştı. Kendi kişiliğini ve iradesini geliştirinceye kadar babasının duyarlı biri olduğunu söyledi. Annesi ise Bay T., onun isteklerinin bir uzantısı olduğu müddetçe ona ilgi gösteriyordu.

Ne annesi ne de babası Bay T.'nin ihtiyaçlarını kendilerininkinden ayırt edememişler ve o şekilde kabul edememişlerdi. Sonradan kronik şizofren olan kardeşi "örnek çocuktu". Bay T., kardeşinin ailesiyle kaldığını ve bu yüzden ezildiğini, kendisinin de hayatta kalabilmek için kaçtığını söyledi. Arkadaşları vardı ve iyi bir atletti, ama spor fazla antrenman ve çaba gerektirdiğinde kolayca vazgeçti. Hayatı boyunca istediklerini elde etmek için başkalarını baştan çıkarmaya çalışmıştı. Kendini iktidarsız ve kendi ihtiyaçlarını karşılamak için kendi başına ha-

reket edemeyen biri gibi görüyordu. Duygusal olarak hayatta kalabilmekte her zaman zorluk çekmişti.

Okulda notları kötüydü ve sık sık disiplin sorunları oluyordu. Ergenlik çağı süresince kendini utangaç hissetmiş, geri çevrilme korkusu ile kızlara yaklaşamamıştı. Kendi seviyesinden aşağıda olan bir kızı bir "prensese" çevirerek onun tarafından tapınılmak, çok sevilmek gibi bir fantezisi vardı.

İş geçmişi boyunca başkaları ile işbirliği yapamamış, bu nedenle kendi işini kurmuştu. Evlenmesi de karısının ona bir ültimatom vermesiyle olmuştu. Hayatında aldığı tüm kararların onaylanmak için duyduğu güçlü ihtiyaç nedeniyle dışsal olarak motive edildiğini düşünüyordu. Üç kızı oldu ama her zaman ailesi ile arasına duygusal bir mesafe koydu ve alınan kararlara müdahil olmadı. Bir yandan sorumluluklarından kaçınırken, diğer yandan sürekli olarak yatıştırılma ve ilgilenilme peşindeydi.

Tedavi: Tedavi anlaşması hastanın haftada üç kez görülmesi üzerine yapıldı. Bana Masterson Grup hakkında; yüzleştirme uzmanı olarak bilindiğimizi ve "bir grup kafa kırıcı" olduğumuzu duyduğunu söyledi. Ancak kendisinin de bize karşı mücadele edeceğini, karısı onun iyice bir pataklanmasını istiyor olsa bile kendisinin buna göz yummayacağını söyledi.

Hasta bana vakit kaybetmeden yüzleştirmeye karşı hassasiyetini belirtmişti, ama ben o sırada bunu gözden kaçırdım. Bay T., ailesinden tek taraflı destek ve sevgi istediğini, ama karşılığında hiçbir şey veremediğini anlattı. Ailesini bir yakıt istasyonu gibi kullanıyordu. "Yemek ve duygusal tedarikler" ikmalini alıyor, sonra da dışarı kaçarak yapmak istediklerini yapıyordu.

Suistimal edici ve uzak davranışının yıkıcı niteliği ile ilgili yüzleştirme yaparak, bunun ailesi ile ilişkilerini düzeltme amacına karşı bir davranış olduğunu söyledim. Bay T., buna öfke, gücenme ve değersizleştirme ile karşılık verdi. Benim "kafa patlatanların palyaçosu" olduğumu söyledi. Daha önceki terapistlerinin daha anlayışlı olduğunu ve zekâ eksikliğimin terapötik gelişimine zarar vereceğini söyledi. O noktada yüz-

leşmeye karşı aşırı hassasiyeti ve olumsuz tepkisini net olarak anladım.

Başlarda onun uzaklaşmacı savunması olan bir borderline kişilik olduğunu düşünmüştüm. Ancak hasta ketlenmiş, yetersiz bir ön cephenin ardında saklanan gizli narsisistik bir kişilikti. Hayal kırıklığına uğrama korkusuyla büyüklenmeci fantezilerini başkalarından saklıyordu. Bu birçok narsisistik hastada görülen yalancı bir dış görünüştür. Büyüklenmeci kendiliğini teşhir etmek ve mükemmel aynalanma üretmek için güçlü bir ihtiyaç hissetmesine rağmen bu hayal kırıklığına uğrama korkusu öz saygısının tükenmesine, geri çekilmesine ve öfkeye neden oluyordu. Bu nedenle tedavinin ilk evresi Bay T.'nin kendilik tasarımının aynalanması ve onaylanması ihtiyacına, doğru ve empatik şekilde cevap verip vermeyeceğimi test etmesiyle karakterize oldu.

Yaptığım müdahale için özür diledim ve karısı ve bana karşı aşırı hassasiyeti üzerine odaklandım. Eleştirildiği zaman kendini bir çocuk gibi hissettiğini, bu nedenle aşırı tepki gösterdiğini söyledi. Eleştiri ona saldırı gibi geliyor, o da bir eleştiri algıladığı zaman hemen uzaklaşıyordu. Çocukluğundan ve ihtiyaçlarının anne ve babası tarafından hiçbir zaman tanınmadığından bahsetti.

Şimdi ailesini ona cevap vermeye (yani aynalamaya) zorlayarak çocukluğundaki tatminsizliğini yeniden yaratmakta ısrar ediyordu. Bu noktada sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin daha net olarak ortaya çıkmasına izin vermek amacıyla daha fazla yüzleştirme yapmaktan kaçındım. "Ne isterse yapabilecek güzel bir çocuk gibi görülmek istiyorum. İnsanların bana hayran olmasını, beni sevmesini ve beni güzel bir melek* gibi görmelerini istiyorum" dedi. Koşulsuz sevgi istiyorum ve bunu elde etmek için çaba göstermekten nefret ediyorum" dedi. Bu, savunmacı ve büyüklenmeci kendiliğin ve bu kendiliğin mükemmel aynalanma ihtiyacının açık bir ifadesiydi; sahte

* Hasta burada "cherub", yani eski dini resimlerde görülen kanatlı güzel yüzlü çocuk melekler, anlamındaki sözcüğü kullanmıştır. (ç.n.)

kendilik, ancak Bay T., beni sınadıktan sonra yüzeye çıkabilmişti.

Hasta birçok seansı çeşitli somatik semptomları ve kendilik-bilinciyle ilgili endişeleri üzerine odaklanarak geçirdi. Zaman zaman sıkıldığım ve aklımın başka yerlere kaydığı oldu. Sonra bir gün bana işi için yazdığı bir broşürü verdi. Broşüre çabucak bir göz attım ve ona geri verdim. Somatik sorunları arttı ve ailesine karşı daha uzak ve suistinal edici oldu. Karısı onun duyarsızlığını ve uzaklığını eleştirmeye başladı, Bay T. de "ihtiyaçların tatmin edildiği özel bir yer, özel bir cennet" bulma ihtiyacından bahsetmeye başladı.

Ona işini benimle paylaştığından beri uzaklığının artmış gibi göründüğünü söyledim. Bana göstərdiği broşüre verdiğim tepkiden hayal kırıklığına uğrayıp bu nedenle kendini duygusal olarak uzaklaştırmak ihtiyacının artıp artmadığını merak ediyordum. Seansın büyük bölününü yazdığı broşürü inceleyerek geçirmediğim için gücendiğini söyledi; ona ilgi göstermediğim için de her zaman yaptığıgibi uzaklaşmıştı.

Ona, broşürü bana vermesine rağmen benden seans sırasında okumak için zaman ayırmamı talepetmediğini söyledim. "Asla doğrudan ilginizi talep etmem (yani aynalanmayı)" dedi. "Reddedildiğim takdirde bu çok utanç verici olur. O noktada kendimi ezilmiş hissederim". İnsanlardan doğrudan talepte bulunmadan onları kendi köşesine çekerek onlardan istediğini elde etme yaklaşımından bahsetti. İhtiyaçları için doğrudan harekete geçmenin potansiyel olarak utandırıcı ve küçük düşürücü olduğunu söyledi.

Muhtemel hayal kırıklıklarına karşı aşırı hassasiyetinin onu insanlardan kopuk olmaya zorladığını ve bu şekilde tatmin edici olma potansiyeli olan deneyimleri de kaçırdığını söyledim. Bu yorumu teyit etti ve acıyı veya herhangi bir ihtiyacı inkâr edebilen bir Apaçi savaşçısı olma ihtiyacından bahsetti. "Eğer insanlara ihtiyaç duymayı aşabilisen asla küçük düşürülmez veya acı çekmezsin; dünya sevgisiz bir yer ve istediklerini asla elde edemezsin" dedi. İhtiyaçlarının hayal kırıklığına uğramasına karşı aşırı hassasiyetiyle yüz yüze gelmek yerine

bütün dünyayı ve terapistini gözden çıkarmanın ve uzaklaşmanın ona daha kolay geldiğini söyledim.

Hasta "Annem ve babam benim hassas ve incinebilir çocuk kendiliğimi gördüler ve üzerine basıp geçtiler, bu yine olabilir" dedi. Bu cevap hastanın ikili savunma yönlerini göstermektedir. Ya mükemmel şekilde aynalanacak ve büyüklenmeci kendiliği gelişecek, ya da saldırıya uğrayacak ve utandırılacaktı. Normal hayal kırıklıkları ve tatminsizlik riski taşıyan gerçek ve derin ilişkilerden kaçınması gerekiyordu, çünkü narsisistik yaralanma potansiyeli vardı. Böyle bir riskle yüz yüze gelmektense hasta kendini uzaklaştırıyor, istediklerini tedarik etmeleri için başkalarını ayartıyor veya başkalarını kendi ihtiyaçlarının bir uzantısı olmaya zorluyordu (yani evini ve terapiyi ihtiyacı olan duygusal ikmaller için bir yakıt istasyonu olarak kullanıyordu). Hasta, herhangi bir narsisistik yaralanmaya maruz kalacağı korkusu ile ihtiyaçlarını herhangi bir derin ilişki kapsamında paylaşamıyordu. Hastanın gerçeklikle ilgili hayal kırıklıklarından sürekli olarak bahsetmesi aktarımda uzaklaşma için mazeret olarak kullanılıyordu. Yorumlarım onun mükemmel tepki ve empati ihtiyaçları için kullanılıyor, bunun sonucunda da savunmacı uzaklaşma ihtiyacı tekrarlanıyordu.

Hasta savunma manevralarından daha ego-uyumsuz bir tonda bahsetmeye başladı. Hayatındaki "kullanılmamış potansiyelden" bahsetmeye başladı ve hedeflerine hiçbir zaman azimli bir şekilde ulaşmaya çalışmadığını fark etti. Hızlı bir intiba bırakıyor, övgü ve hayranlık alıyor, sonra da o konuda ustalaşmak için gerekli çalışmayı yapacağına konuyu terk ediyordu. İnsanlarla veya işiyle hiçbir zaman tam olarak ve derinlemesine ilişki kurmadığını, çünkü bunun onun incinebilir bir durumda olmasına neden olacağını fark etti. Hayatı ihtiyaçların otomatik olarak ve çaba gerektirmeden karşılandığı sihirli bir şey olarak görme ihtiyacından bahsetti. Gerçekliğin insafsız olduğunu ve hayal kırıklığı yaşattığını düşünüyordu. Hiçbir zaman gerçek bir kendilik geliştirmediğini, çünkü geliştirmiş olsaydı bu gerçek kendiliği asla yaralanmalara açık halde bırakamayacağını söyledi. Bir sihir ve otomatik tatmin dünyasında

yaşamadığı takdirde erkek kardeşi gibi ezileceğini söyledi. Kardeşiyle arasındaki tek fark, kendisinin duygu ve isteklerini saklı tutmasıydı.

Evliliğin gerçekçi yüklerinden, işinden ve ailesinden şikâyet etmeye başladı. Sonrasında tedavi hakkındaki şikâyetlerine odaklandı, terapinin çok uzun sürdüğünü söyledi. Hipnoz veya kendisine çok az iş düşecek başka bir yöntem istiyordu. Onun bu talebini terapinin de sihirli olmasını istediği, böylece ihtiyacı olan şeylerin kendisi çaba göstermeden ve hayal kırıklığı riskine girmeden tedarik edileceğini umduğu şeklinde yorumladım. Öz saygı geliştirmeye ihtiyacı olduğu konusunda konuşmaya başladı ve aşırı hassasiyetini ve mükemmel aynalanma ihtiyacını sorgulamaya başladı. Hayatın ne sihirli ve mükemmel, ne de bir kâbus olduğunu söyledi ve: "Neden dünyayı gerçekçi şekilde görmeyi reddediyorum?" diye sordu.

Bu etkileşim hasta ile kurduğumuz terapötik ittifakın başlangıcı oldu. Gerçek kendiliğinin yaptığı fedakârlıkları görmeye başladı ve büyüklenmeci kendiliğin derin ilişkilere girme ve potansiyel yaralanmalara karşı bir savunma olduğunu anladı.

Geçtiğimiz 10 yılda Bay T., birçok evlilik dışı ilişki ve tutku yaşamıştı. Bu ilişkilerde kendini "özel bir kız tarafından tapınılan" biri gibi hissetmişti. "Kadınlarla kendimi iktidarsız hissediyorum, hani o resimlerdeki penisi olmayan küçük melekler gibi, ama beni ısıtabilecek ve özel olması ile beni motive edecek bir tanrıçayı baştan çıkarabilmek bana kuvvet veriyor" dedi. Güçlü bir şekilde idealleştirilmiş dişi ile kurulan bu narsisistik ilişki, evlilik ilişkisinin sert saldırgan imgesini etkisizleştirmek için kullanılıyordu. "Karım ve evlilik gerçekliği temsil ediyor; kokuyor, atıl duruyor. Ölen yaşlı bir adama benziyor" dedi.

Tedavi ilerledikçe evlilik dışı ilişkilerinin faydasızlığını keşfetmeye başladı ve o narsisistik ışıltı solmaya başladı. Önce kız arkadaşlarının ona artık pek o kadar da özel gelmediklerinden yakınmaya başladı. Kusurları vardı; sivilceler, vücut kokuları ve mükemmel olmayan zihinler. Bunun farkına vardığında ağlamaya başladı ve boşluğu ve depresyonunu etkisizleştiren ço-

cukluğunun "sihirli kadın" rüyasının artık geçerli olmadığını söyledi. Gerçeklik hala haşin ve insafsız görünüyordu, ama artık ele alınması gereken bir şey haline gelmeye başlamıştı.

İdealleştirilen nesnenin dereceli olarak azalması hastanın başkaları ile daha derin ilişkiler kurması, kendilik aktivasyonu ve çok kırılgan ama gerçek olan kendiliğinin tereddütlü de olsa kademeli olarak ifade edilmesi için gerekli sahneyi hazırladı. Bu kendilik ifadeleri, Bay T.'nin reddedilme ve hayal kırıklığına uğrama korkuları ve kendiliğin daha fazla ifade edilmesinden tepkisel olarak kaçışı hakkında yapılan yorumlamalarla karşılandı. Bu dönem süresince yeterli empati göstermekteki başarısızlıklarıma karşı şiddetli hassasiyeti sürekli olarak netleştirildi. Buna karşılık hasta bu terapötik tutumla özdeşleşmeye başladı ve o da hassasiyetini ve kendini gerçeklikten uzak tutmak için hissettiği büyük ihtiyacı sorgulamaya başladı.

Bir seans sırasında kendisindeki çarpıklıkları çok net bir şekilde fark etti: "İnsanları zalim ve vahşi hayvanlar gibi görüyordum, bu da uzaklaşmama mazeret oluyordu; ya da o mükemmel melek olmam gerekiyordu (büyüklenmeci kendilik). Şimdi dünyanın vahşi bir yer olmadığını fark ediyorum. Sorun benim reddedilme korkumda, sevilme, hayran olunma ve özel biri gibi görülme ihtiyacımda yatıyor. Sırf bu ihtiyaç için işimde işlevsel olamıyorum, evliliğimden ve ailemden vazgeçtim. Ne kadar yazık". Hakikaten de hasta artık hayatındaki trajediyi görebiliyordu. Gerçek kendiliğinin üstünü örtmüştü ve sürekli büyüklenmeci kendiliğini ve bu kendiliğin mükemmel aynalanma ihtiyacını ifade etmeye çalışıyordu.

Bu hasta bozulmuş gerçek kendiliğin tüm tezahürlerini arz ediyordu. Ailesiyle derin bir ilişki kuramıyordu. Kronik uzaklaşma ve geri çekilmesi saldırıya uğramak, depersonalizasyon ve başkası tarafından kullanılmak korkusuna karşı bir savunmaydı. İşteki katılım eksikliği yüzünden işçilerini denetleyemiyor ve kendini ortaya koyamıyordu. İşlerin o talep etmeden kendiliğinden hallolacağına dair sihirli bir fanteziyi muhafaza ediyordu. İhtiyaçları başkaları tarafından anlaşılacak ve o başkaları bunları karşılamak için harekete geçecekti. Sürekli olarak

başkalarını onunla ilgilenmeleri, ihtiyaçlarını karşılamaları için ayartmaya çalışıyordu.

Hastanın ayrıca kendini yönetme ve kendi haklılığıyla ilgili belirgin sorunları vardı. Kendi kendine l kalamıyor, duygusal destek ve ikmal için başkalarını kullanıyordu. Doğası gereği kötü biri olduğunu ve kendisi için tatminn veya zevk elde edemeyeceğini düşünüyordu. Kendini iktidarsız hissediyor, kendi başına harekete geçemiyordu ve hiçbir zamman özerk bir kendilik hissi geliştirememişti. İhtiyaçları ile ililgili öyle bir ivedilik hissi vardı ki, bu ihtiyaçların ya anında i inkâr edilmesi ya da karşılanması için anında harekete geçilmnesi gerekiyordu. Bu ihtiyaçların meşru ifadesine ilişkin hiçbiiir farkındalığı yoktu. Buna ek olarak yaratıcı kendiliği ketlenmişti. Yazarlık potansiyeli vardı ama eleştiri ve alay konusu olmmaktan korktuğu için başladığı projeleri hep yarım bırakıyorduu. Konuşması zaman zaman duyulması zor bir homurdanma hhalini alıyordu, çünkü karşısındakilerin ilgisizliğinden ve onu dikkkate almayacağından korkuyordu.

Hastanın sorunları ile ilgili artan fanrkındalığı davranışsal değişikliklere yol açtı. İş yerinde daha katılımcı oldu ve çalışanlarının yaptığı ve geçmişte görmezden geeldiği bazı uygulamalar konusunda girişimde bulundu. Gerççek kendiliğini ortaya koyduğu takdirde artık aynalanamayacağını düşünüyordu. Her negatif tepkiyi hassasiyet ve küçük düşürülmüş olma duyguları ile karşılıyordu.

Bazı çocukluk anılarını hatırladı. Ne zzaman sanatsal bir şey yaratmaya kalksa annesi ve babası onu göbrmezden geliyorlardı, ama "örnek çocuk" olduğunda onu övvüyorlardı. Doğduğu şehre geri dönüp bu kez özel bir çocuk oblmadan çocukluk gerçekleri ile yüz yüze gelme hayalleri kuruyoordu.

Artık onunla ilgilenmediğimi, onu sıkkıcı bulduğumu ve diğer hastalarımı ona tercih ettiğimi düşüünmeye başladı. Beni sadece sahte bir dış görüntüyü seven ve gerçek kişiye ilg duymayan anne ve babası gibi gördüğümü anlattım. Bu ifademin üzerine "beni özel biri gibi görüp ggörmemen önemli değil" dedi.

Eşi ve ailesi ile de daha çok alakadar olmaya başladı. Eşi sürekli ilgi bekleyen çok eleştirel ve kızgın bir kadındı. Geçmişte karısıyla anlaşmalar yapmış, kadının belli ihtiyaçlarını karşılamış ama sonra kendini geri çekmiş, uzaklaşmıştı. Bu şekilde çaba göstermeden aynalanabiliyordu. Karısı ile ilişkisinde kendini ortaya koymaya, onun saldırılarına karşı koymaya başladı ve kadının öfkesinin kendi davranışları ile ilgili olmadığını, kadının kendi sorunlarıyla ilgili olduğunu fark etti. Çocuklarıyla iletişim kurmaya başladı, onların savunmacı reddetmeleri riskini göze aldı ve çabalamaya devam etti. Çocuklarının kendisi olmadan büyümeleri konusunda pişman olduğunu söyledi.

Kendini daha incinebilir hissetmeye başladı ve bunu somatik olarak dışa vurdu. Vücudunun yaşlanma süreci konusunda endişelenmeye ve birçok ağrı ve sızıdan şikâyet etmeye başladı. Orta yaşa geldiğinden beri vücudunun çok daha hassas olduğunu söyledi. Ona, ilişkilerinde daha katılımcı olduğu ve daha derin ilişkiler kurduğu için kendini hassas *hissettiğini* ve bunu fiziksel bir korkuya dönüştürdüğünü söyledim. Bu yorumum somatik endişelerini azaltmaya yardımcı oldu.

Bu dönem boyunca beni daha güçlü biri gibi ve özdeşleşebileceği muhtemel bir model gibi görmeye başladı. Periyodik olarak beni değersizleştirip hakaret ederek saldırıya direnip direnemeyeceğimi deniyordu. "Sen beni gerçeklere hazırlamayan diğer *çok zeki*, derin anlayışlı terapistlerim gibi değilsin" dedi. Bu hor gören yorumlarını beni sınayıp söylediklerimi hareketlerimle destekleyip desteklemediğimi ve onun eleştirilerine tolerans gösterecek kadar kuvvetli olup olmadığımı görmesini söyleyerek cevaplıyordum.

Bu hastanın önünde gerçek kendiliğini bütünleştirmek için daha çok yol var. Hala kendini tehdit altında hissettiği zaman uzak veya kopuk bir konuma çekiliyor veya büyüklenmeci kendilik korumasının ardına saklanıyor. Zaman zaman da çatışmasını dışsallaştırarak onu, kendini savunmaya zorlayan şey gerçeklermiş gibi davranıyor.

Narsisistik bir kişilikle çalışan terapist, sürekli olarak bozulmuş gerçek kendiliğin incinebilirliği, aşırı hassasiyeti ve

hastanın sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliğe ihtiyacı üzerine odaklanmalıdır. Öncelikle büyüklenmeci kendiliğin ortaya çıkmasına karşı dirençler yorumlanmalıdır. Yüzleştirme narsisistik hastanın daha fazla savunmaya geçmesine neden olacaktır. İkinci olarak gerçek kendiliğin koruma altına alınması olayı incelenmeli ve keşfedilmedir. Karşı aktarım tepkilerinin izlenmesi ve denetlenmesi gerekmektedir, çünkü aksi takdirde hastanın hassasiyeti tedavi sürecinin çıkmaza girmesine neden olacaktır. Terapist hastanın korkuları, hayal kırıklıkları ve incinebilirliği ile empati kurabilmeli ve sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliğe ve mükemmel aynalanmaya duyduğu savunmacı ihtiyacı ve bu ihtiyacın bozulmuş gerçek kendilikle olan ilişkisini anlayabilmelidir.

Kısa Dönemli Tedavi

İntrapsişik yapıyı değiştirmeye yönelik uzun dönemli tedavi bazı hastalar için son derece faydalı olmasına rağmen, birçoğu maddi sorunlar, terapinin bulundukları yerde verilmiyor olması, hastanın yaşı veya motivasyonu ve hastanın intrapsişik değişim geçirebilme kapasitesi dahil birçok sebep yüzünden bu denli uzun bir terapi sürecine dahil olamamaktadır.

Kısa süreli tedavi yaklaşımlarında akut semptomatolojide azalma görülmekte ve terk depresyonu ve ayrılma-bireyleşmedeki aksaklıkların minimum seviyede derinlemesine çalışılması ile işlevsellikte düzelme sağlanabilmektedir. Borderline hasta ile yapılan yüzleştirmeci psikoterapi bu terapötik hedefler için biçilmiş kaftandır.

Cevaplanması gereken soru ise narsisistik kişilik bozukluğu için kısa süreli tedavi yaklaşımı kullanılmalı mıdır ve kullanılıyorsa faydalı bir kısa süreli tedavi yaklaşımı ne olmalıdır. Bir terapistin akut ayrılma stresi nedeniyle çöken narsisistik savunmaları uygun aynalama tepkileri ile veya bazen sadece dinleyici olarak onarabildiği sık sık görülmüştür.

Birçok klinisyen, narsisistik hasta narsisistik dengelerini onarmak için onları kullandığında kendilerini herhangi bir iş yapmıyor gibi hissedip bundan suçluluk duymaktadırlar. Bu

çalışmaların çoğu deneysel olmasına rağmen birçok narsisistik hasta bir-iki yıl boyunca haftada bir seanslık terapi gördükten sonra davranışlarını değiştirebiliyor, semptomları azalıyor, yıkıcı eyleme vurmaları ve duygulanımları ketleyebiliyor ve daha adaptif şekilde işlev görebiliyorlar.

Narsisistik incinebilirliğin yorumlanması hayati bir terapötik müdahale olmasına rağmen aynalama, terapistin idealleştirilmesini teşvik eden tepkiler verme, hastanın terapisti bir kendilik nesnesi olarak kullanmasına izin verme gibi başka değişkenler davranışsal değişimi ve semptomatik düzelmeyi kolaylaştırmada son derece etkili olabiliyorlar; hatta bu müdahalelere terapistin büyütülmesini teşvik etmek ve bir idealleştirme aktarımı için yolu açmak için (ergenlerle çalışırken) yüzleştirmeyi kullanmak da dahil edilebilmektedir. Etkin bir tedavi uygulayabilmek için terapist narsisist hasta ile pazarlık yapma konusunda rahat olmalı ve terapötik ilişkinin oluşmasını engelleyebilecek ahlakçı tavırlardan kaçınmalıdır. Klinisyen, yapısal değişiklik yerine davranışsal değişiklikler elde etmekle yetinmeyi bilmelidir, yoksa hem terapist hem de hasta hayal kırıklığı yaşayacaklardır. Aşağıda sunulan vakalar bu yaklaşıma örnek oluşturmaktadır.

Vaka Örneği: Danny

Ailesi onu tedaviye getirdiğinde Danny 15 yaşındaydı; New Yorklu üst sınıf bir ailenin oğluydu. Babası son derece başarılı bir iş adamıydı, annesi de Avrupalı aristokrat bir aileden geliyordu.

Mevcut Rahatsızlık Geçmişi: Ailesinin tedaviye başvurmasının nedeni okulda motivasyonunun düşük olması ve birçok yatılı okuldan atılmış olmasıydı.

Danny her zaman öğrenme zorluğu çekmişti, notları düşüktü ve birçok okulda içki içmek, marihuana kullanmak ve hırsızlık gibi suçlardan dolayı disiplin cezası almıştı. Danny kibarlıkla paçasını kurtaran yakışıklı ve sosyal açıdan çekici biri olarak tarif ediliyordu. Ailesi onun "Napolyonik Kompleksi" konusunda endişeliydiler; çocuk sık sık otoritelerle hesaplaş-

maktan ve belli çocuklardan oluşan bir grubun lideri ve diktatörü olmaktan bahsediyordu. Ayrıca sık sık özel kaderinden söz ediyor ve sıradan insanlara karşı duyduğu küçümsemeyi dile getiriyordu.

Hastanın Geçmişi: İlk konsültasyon sırasında Danny'nin ailesi Danny'yi idealize ettiklerini ve davranışlarını sınırlama konusunda zorluk çektiklerini itiraf ettiler. Annesi ve babası kırklı yaşlarındayken evlenmişler ve Danny ile erkek kardeşini evlat edinmişlerdi. Danny'nin babası işleri yüzünden sık sık aileden uzak kalıyordu. Hem annesi hem de babası onu "güzel bir oyuncak" olarak tarif ettiler ve ona sınır koymakta veya taleplerine müdahale etmekte başarısızdılar. Ailesi Danny'yi her yönden mükemmel olan harika bir çocuk gibi görüyordu ve öyle tanımlıyordu.

Babası "onunla ilgili hiçbir şeyi değiştirmek istemiyorum, o arkadaş canlısı, dışa dönük biri ve kendine güveni var; bende olmayan her şey onda var" diyordu. Annesi de buna benzer bir tanımlamada bulundu, ama ayrıca dikkatinin kolayca dağıldığını, dikkat süresinin kısa olduğunu ve istekleri anında karşılanmadığı takdirde öfke nöbetleri geçirdiğini ekledi. Annesi ayrıca kocasının uzun süre seyahat etmesinden dolayı depresyonda olduğunu ve depresyonunu biraz hafifletmek için Danny'ye yapıştığını da söyledi. Diğer yandan Danny'nin babası ailede yaşanan sorunlardan habersizdi ve mükemmel bir aileye sahip olduğunu düşündüğünü iddia ediyordu. Danny'nin okulla ilgili sorunlar yaşadığını öğrendiğinde şok olmuş ve endişelenmişti. Her ikisi de "Danny ne isterse yaptıklarını" söylediler.

Danny anne ve babasına karşı çıkarcı davranıyordu. Babası çocuk haddini aştığı için poposuna vurmaya kalksa "gerçek babam olsaydın bana böyle kötü davranmazdın" diyordu. Bu taktikler annesi ve babası üzerinde her zaman etkili oluyordu. Hem annesi hem de babası soğuk, onları iten ve ilgisiz zengin ailelerden geliyorlardı. Her ikisi de kendilerini daha iyi hissetmek için Danny'yi kullandıklarını ve onun kendine güveninden gurur duyduklarını itiraf ediyorlardı. Onlar Danny'yi bu

şekilde idealleştirirken, her iki taraftan da büyükanne ve büyükbabaları aristokrat kandan gelmediği için Danny'yi reddediyorlardı.

Psikoterapi Süreci: Danny ilk seansa geldiğinde bekleme odasındaki tüm kapılara vurarak "Dr. Fischer hangi cehennemde" diye bağırdı. Dr. Masterson ofisinden çıkarak ona bekleme alanında oturup işim bitene kadar beklemesini söyledi.

Danny ofisime girdiğinde hemen ayakkabılarını çıkardı, kanepeye çöktü ve gözlerini kapatıp; "Bir sıkıcı akıl doktoruna daha katlanacağız" dedi.

Sorununun öğretmenlerin ve diğer yetişkinlerin kendisi kadar akıllı olmaması ve en akıllı geçinenleri bile kandırmayı başarması olduğunu söyledi. Sonra benim gibi akıl doktorlarının kendisi gibi zengin şımarık çocuklara bayılıyor olmamız gerektiğini, onların sayesinde faturalarımızı ödediğimizi, onun dediklerini yaparsam onu iyileştireceğimi, çünkü emirleri onun verdiğini ve onun isteklerine itaat etmezsem istediği zaman ailesinin para ödemesini kesebileceğini söyledi.

15 dakika boyunca onun aşağılama ve değersizleştirmelerini dinledikten sonra toparlanmaya başladım. Kaç para harçlık aldığını sordum. Miktarın önemli olmadığını çünkü ailesini kendisine istediği kadar para vermek için ikna edebileceğini söyledi. Kuşkusuz bir gün ülkenin başbakanı olacağını ve kitlelerin kendisine ihtiyacı olduğunu söyleyerek konuşmasına devam etti. Güldüm ve annesiyle babasının anlattıklarından anladığım kadarıyla sokakta karşıdan karşıya bile geçmeyi beceremeyen biri gibi göründüğünü söyledim. Ardından ayakkabılarını giymesini ve ayaklarını kanepemden çekmesini söyledim. Danny bana dudak büktü ve "akıl doktorlarına emirleri ben veririm" dedi. "Anne ve babanı anlamıyorsun. Onlara kurnaz bir hayta olduğunu söylediğim için artık senden çok daha akıllı birini dinlemeye karar verdiler" dedim.

"Sen kim olduğunu sanıyorsun?" diye sordu. Ben de ona yeni patronuna bakıyor olduğunu söyledim. "Görürüz" dedi. "Şansını zorlama yoksa mahalledeki en fakir çocuk olursun"

dedim. İtiraz etmeye başladı, ben de ona ofisimden çıkmasını ve bir sonraki seansa vaktinde gelmesini söyledim. Dışarı çıkarken "Allah kahretsin! Bu defa tam pislik bir duruma soktum kendimi" dedi.

Her ne kadar narsisistik kişilik bozukluğunda yüzleştirme sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biri değilse de, Danny ile bunu özellikle yapmıştım. Büyüklenmeci eyleme vurumunun ve kibirli aşağılamalarının ailesinin otorite eksikliğinden kaynaklandığını düşünüyordum. Danny'ye bir terapist olarak etkili olabilmek için önce kendimi aşağılanma konumundan kurtarmam lazımdı; ayrıca Danny'nin davranış ve duygulanımlarını ketlemesine yardımcı olacak bir nesneye olan gizli idealleştirme ihtiyaçlarını salıvermesini sağlamam gerekiyordu. Eğer bu tarz bir idealleştirme ilişkisi geliştirilebilirse terapist de aynalama ikmali için değerli bir kaynak haline gelir.

Danny bir sonraki seansa zamanında geldi ve kanepeme de dikkatli davrandı. Arkadaşlarına bu akıl doktorunun manyak bir eğitim çavuşu olduğunu anlattığını söyledi. Zaman zaman kendi davranışlarından dolayı endişelendiğini ve annesiyle babasının kendisinden korktuklarını hissettiğini söyledi. Birinin, dışarıya gösterdiği yüzün ardındaki gerçeği görmüş olmasının ona kendini güvende hissettirdiğini söyledim.

Danny Süpermen gibi davrandığını ama okuldaki başarısızlığı ve annesiyle babasının beklentilerini gerçekleştiremeyeceği konusunda gerçekten endişe duyduğunu anlattı. "Birçok kişi dışarıya gösterdiğim yüzün ardında ne olduğunu göremiyor ve benden önemli biri olmamı bekliyorlar" dedi. "Sen esaslı bir tipsin. Diğer doktorlarım yaşlı eski moda tiplerdi. Sanırım sen beni anlayabilirsin" diye de devam etti.

Bu görüşme Danny'nin bozulmuş gerçek kendiliğini ortaya çıkarabileceği bir idealleştirme aktarımının başlangıcı oldu. Bu konuşmalara yorumlamalarla müdahale ediyordum; bu yorumlamalar büyüklenmeci kendilikle bu kendiliğin bozulmuş gerçek kendiliği saklama ihtiyacı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaracaktı.

Danny bir sonraki seansa geç geldi, pantolonunun fermuarı da açıktı. "Kusura bakma ahbap, biriyle yatıyordum" dedi. Sonra benden ona "deri" vermemi istedi (ki bu argoda ruh eşi olmak anlamına veya aynalama talebi anlamına gelen bir sözcüktü). Kadınlar ona cinsel tatmin sağlamadıkları takdirde onları fiziksel olarak taciz ettiğini söyledi. Yetişkin bir erkek gibi davranmasına rağmen aslında bunun sadece sahte bir dış görünüş olduğunu, çünkü ancak zayıf erkek çocukların kızları taciz ettiğini söyledim.

Bunun üzerine Danny değersizlik duygularından detaylı olarak bahsetti ve bunları evlat edinilmiş olması ile bağlantılandırdı. Atalarının genlerinin ikinci sınıf, aşağı genler olup olmadığını merak ediyordu. Gösteriş yapma ihtiyacının, anlattığı diğer duygulara bağlı olabileceği yorumunu yaptım ve reddedilmeye karşı hassasiyeti ile daha uygun bir şekilde başa çıkması gerektiğini söyledim. Danny'ye savunmacı büyüklenmeci kendiliği ve bunun bozulmuş gerçek kendilikle ilişkisi konularında yorumlar yapmak gerektiği kadar; onun büyüklenmeci eyleme vurumuyla da yüzleştirilmesi gerekiyordu. Bu müdahaleler idealleştirme ve narsisistik kişilik bozukluğu kısa süreli tedavilerinde çok faydalı olan "koşullu aynalamanın" kullanımını kolaylaştırdı.

Tedavide aylar geçtikten sonra bir gün Danny beni panik içinde aradı. Bir rüya görmüştü ve rüyasında herkes onun güzel bronzlaşmış vücuduna hayran oluyordu. Sergiye konulan bir Yunan heykeli gibi görünüyordu. Ama birden vücudu çürüyüp parçalanmaya başlamıştı. Kolları, bacakları cansız ve kırıktı ve tüm hayranları onu terk etmişti. Dışarıya gösterdiği hali (büyüklenmeci kendilik) olmadığı zaman değersiz ve kabul görmeyen biri olacağından korktuğu yorumunu yaptım. Bana çok bilge bir adam olduğumu ve kendini daha iyi hissettiğini söyledi. Normalde telefonda terapi uygulamam. Ancak bu tarz sapmalar kısa süreli terapide mümkündür, çünkü terapist büyüklenmeci kendilik üzerinde derinlemesine çalışma yapmamakta veya ayrılma ya da özerklik teşviklerine girişmemektedir. Terapist, narsisistik bir denge yaratmak ve acı verici

öz saygı dalgalanmaları, duygulanım tutarsızlığı ve kendilik parçalanmasına karşı savunma yapması için hastaya yardımcı olmak amacıyla, uygun tatmin ve aynalama tepkileri vererek hastanın kendiliğine uygun bir kendilik nesnesi ve hastanın kendiliğinin bir uzantısı haline gelmelidir. Danny ile terapistin idealleştirilmesini yorumlamıyor veya bozmuyordum, çünkü bu idealizasyon değişim elde etmek için gerekli bir katalizör ve araçtı. Bu tarz tedavi genellikle haftada bir seans şeklinde uygulanır ama Danny'nin ailesi sık sık uzun tatillere çıkıyordu, bu da hastanın ayrılma deneyimleriyle başa çıkmasını sağlıyor ve kendini ketlemesine yol açıyordu.

Tedavi ilerledikçe Danny'nin davranışları düzelmeye başladı. Okulda daha yüksek notlar almaya başlamıştı, daha fazla ders çalışıyordu, ailesinin ona koyduğu sınırları kabul etmişti ve uyuşturucu ve alkol kullanmayı bırakmıştı. Seanslara gelip başardıklarını anlatıyordu. Ben de gülümseyerek uygun pozitif cevaplar veriyordum. "Benimle gurur duymandan hoşlanıyorum, senin düşüncen benim için önemli" dedi. Yapıcı davranışsal değişim için ihtiyaç duyduğu aynalanma, terapi sırasında tatmin ediliyordu ve yüzleştirmeye veya yorumlamaya tabi tutulmuyordu. Danny'nin savunmacı büyüklenmeci davranışı periyodik olarak tekrar ortaya çıkıyordu ve bu epizotlar sırasında gerekli yüzleştirmeler ve yorumlamalar yapılıyordu. Bunun sonucunda davranış ketlenmelerinde iyileşme ve semptomatik düzelme elde ediliyordu.

Danny liseden mezun olup üniversiteye gitmek üzereydi. Son seans sırasında benimle ilgili idealleştirmesi yoğunlaştı. Ona yardım edebildiğime göre dünyanın *en iyi* terapisti olmam gerektiğini söyledi. Bir fotoğraf makinesi getirerek "işler zorlaştığında" yanında bulundurmak için bir resmimi çekti. Danny bir aktör olmak istiyordu ve ilk konsültasyona geldiğinde çabalamadan başarı kazanmaktan bahsetmişti, bu da narsisistik layık olma duygusunun açık bir ifadesiydi. Oysa şimdi bir gün, *yıllar süren çalışmalardan sonra*, filmlerde oynayacağını söyledi. "Hastanızı filmlerde görmek hoşunuza gidecek" dedi. "Evet, gidecek" dedim ben de. Danny ile vedalaştık,

stresli zamanlarda beni arayacağı ve ileride gerek olduğu takdirde terapiye döneceği şeklinde anlaştık. Danny giderken kendisi ile ilgili olarak kendini çok daha iyi hissettiğini, ama kızlarla hala sorun yaşadığını söyledi. Gerçek duygularla sorunu olduğu için ilişkilerini cinselleştirdiğini düşünüyordu. Sonunda "Ne yapalım, mükemmel olmak imkânsız. Üstelik ben ergenlik çağındayım ve evlilik konusunda epeyce bir süre endişelenmeme gerek yok. O zaman geldiğinde, büyük onarım için sizi ararım" dedi.

Danny'nin tedavisi boyunca annesi babası da Danny'nin büyüklenmeci eyleme vurum davranışı ile baş edebilmek ve uygun sınırlar koymayı öğrenmek için yardım almak üzere başka bir terapistle çalıştılar. Seans sıklığı ayda iki kezdi.

Terapinin son evresi birkaç terapi stratejisi içeriyordu. Terapistin (idealleştirilmiş nesne) resim çekme yoluyla içe alınmasına izin verildi ve üzerinde yorum yapılmadı. Hastanın ayrılma stresini tolere etmesine yardımcı olmak amacıyla bu savunma yoğunlaşmasına destek verdim. Hastanın benim tarafımdan değer verildiğini ve benim için önemli bir kişi olduğunu, o bana ne kadar yatırım yaptıysa benim de ona o kadar yatırım yaptığımı düşünerek ayrılması önemliydi; bu nedenle nihai bir aynalama tepkisine ihtiyaç doğmuştu. Danny'nin üniversiteye gittiğinde içinde bulunduğu durum kısa süreli tedavi hedeflerinin çok güzel bir tanımını temsil ediyordu. Ayrılma inkâr edilmişti ve ilişkimiz gelecekte belli bir noktada devam edecekti. Derinlemesine çalışma yapmadan çalışma kapasitesinde iyileşme elde edilmişti. Son olarak, sahte savunmacı büyüklenmeci kendilik bazı değişikliklerle birlikte hala yerinde sabitti ama duygulanım ketlemesinde ve kendilik yıkıcı eyleme vurumda düzelmeler vardı; ancak yakınlık kurma kapasitesi geliştirilmemişti.

Aşağıdaki vaka, narsisistik kişilik bozukluklarında uygulanan kısa süreli tedavide kullanılan teknik müdahalelerin başka bir örneğidir.

Vaka Örneği: Bay Smith

Mevcut Rahatsızlık Geçmişi: Bay Smith 38 yaşında bir pazarlamacıydı; işindeki performansının düşüklüğü, çalışanlardan birine kokain satarken yakalanması ve kısa süre önce başlayan obezite sorunları nedeniyle bir "çalışanlara yardım programı" vasıtasıyla bana gönderilmişti. Başlangıçta Bay Smith herhangi bir sorunu olduğunu inkâr etti ve insanların onun zihinsel gücünü ve fiziksel yeteneklerini her zaman kıskandıklarını söyledi. İnsanların ona hayran kalmasını sağlamakta her zaman çok becerikli olmuştu ve başkaları onu fiziksel olarak kuvvetli bir insan olarak görüyor ve ona güveniyordu. Uyuşturucu satma olayını bir arkadaşının ihtiyacına yardımcı olmaya çalışmak olarak geçiştirdi. İş yerindeki şefi mezun olduğu lisedeki futbol koçuydu ve bay Smith için her zaman bir ilham kaynağı olmuştu. Terfi ettirilmesi gereken Bay Smith yerine terfiyi başkası alınca bu duruma kızmış ve iş performansı düşmüştü. "Artık onun parlayan yıldızı olmakla ilgilenmiyordum" dedi.

Hastanın Geçmişi: Bay Smith göçmen bir anne babanın çocuğuydu. Babasını otoriter, baskın ve oğluyla ilgili yüksek beklentileri olan biri olarak tarif etti. Annesi ise pasif ve nispeten mesafeli bir kadındı. Bay Smith her zaman "hayranlık ve saygı duyulan" bir insan olan babası gibi olmak istemişti. Çocukluğu boyunca kendini başkalarından daha "önemli ve üstün" hissetmişti. 5 yaşındayken ateşli romatizmaya yakalanmış ve bir yıl boyunca yatağa bağlı kalmıştı. Pasif olduğu ve kontrolü eline alamadığı bu dönemi hayatının en küçük düşürücü deneyimi olarak hatırlıyordu. Bay Smith her zaman hayatının kontrolünü elinde tuttuğunu, başkalarını kontrol etmek zorunda olduğunu ve zaman zaman kibirine meydan okuyacak hiçbir şey olmadığında işleri yanlış idare ettiğini anlattı.

Evliydi, iki çocuğu vardı ve herhangi bir ailevi veya evlilikle ilgili sorunu olmadığını söyledi.

Psikoterapi Süreci: Bay Smith'le ilk karşılaştığımda heybetli fiziksel görünüşü beni çarpmıştı. 175 kilodan fazlaydı ve bir iskemleye sığamadı. Bundan utanmış görünüyordu ve kanepeye geçti. Hayatının kontrolünün kendi elinde olduğunu ve de-

değiştirmek istediği herhangi bir şeyi değiştirebileceğini ama insanların bunu anlamadığını söyledi. Hayatı boyunca üstün bir fiziksel görünüşü olduğunu, insanların ona hayran olduğunu ve bu hayranlığın haset edilecek boyu posu nedeniyle oluştuğunu söyledi. Kimse onu denetleyemediği için belki de ortada bir sorun olduğunu düşünüyordu.

Bu kadar yetenekli ve becerikli bir insanın, başını bu kadar derde sokmasının şanssızlık olduğunu söyledim. Hastanın benim konuşmama itirazı olduğu belliydi. Görüşmenin tüm kontrolünü elinde tutmaya ihtiyacı vardı ve bir başkası onu aynalamama ihtimali olan ayrı bir insan olarak harekete geçince kendini tehdit altında hissediyordu. Ayrıca birçok narsisistik hastada tezahür eden "anlam kaydırma" savunmasını da kullanıyordu; bu savunma şekli hastanın her aksaklığı veya kusuru yeni baştan yorumlayarak bir erdem haline getirmesi şeklinde yapılmaktadır. Böylelikle obezite fiziksel güç, başkalarını suistimal etmek de başkaları için endişelenmek halini alıyordu. Yavaş yavaş Bay Smith için bir kendilik nesnesi veya sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğinin bir uzantısı oldum. Oturup onu dinliyor, görüşmeyi kontrol etmesine izin veriyor ve periyodik olarak onun sözcüklerle anlatmış olduğu şeyleri netleştiriyordum. Bu ona bozulmuş gerçek kendiliğini ve bu kendiliğin yaralanmalara karşı incinebilirliğini hissetmemeyi başarması fırsatını veriyordu. Ayrıca görüşmenin kontrolünü elinde tutarak hayatının kontrolünü de daha yapıcı ve daha az savunmacı bir şekilde eline alabiliyordu. Bu süreç terapistin sıkıldığı ve kendini kopuk hissettiği saatler geçirmesini gerektirir, çünkü terapist depersonalizasyon ve hasta tarafından narsisistik bir denge oluşturmak için bir kendilik nesnesi olarak kullanılmaktadır.

Seanslar ilerledikçe hasta terapiyi doğru yola girmek için kullandığını söyledi. "Terapi utandırıcı veya pasif bir deneyim değildir. İnsanın potansiyelinin meyve vermesini sağlıyor" dedi. Patronuna karşı duyduğu kızgınlığın kendine zarar verici davranışlarının nedeni olup olmadığını merak ediyordu. İlk kez hayatının kontrolden çıktığından bahsetti. "Hakikaten de

bir kilo sorunum var ve bence bu konuyu odak noktalarımızdan biri yapmalıyız" dedi ve "Trenin raydan çıkmaması için bana göz kulak olmanızı istiyorum" diye devam etti.

Kendini artık hayatının bir parçası olmama izin verecek kadar rahat hissettiğini ve biraz rehberliğe ihtiyacı olduğunu ama diğer yandan da kendisine karışılmasından korktuğunu söyledim. Bu yorumlama ateşli romatizması ile ilgili acı verici hatıralarını canlandırdı ve pasif ve yatağa bağlı olduğu, kalp sorunu nedeniyle utanç hissettiği günleri hatırladı. "Ya yetersiz ya da tümgüçlü olduğunuzu hissettim" dedi. Ayrıca denetlenmekten hoşlanmamasının pasif kalma korkusu yüzünden olduğunu anladı. Bu hatıralar sahte savunmacı büyüklenmeci kendilikle, bozulmuş gerçek kendilik arasında net bir bağlantı kurmuştu.

Görüşme sırasında hastanın kontrolü elinde tutma hissi (aktarımda nesneye hükmetmek şeklinde hissedilen) dış dünyaya karşı yaptığı savunmadan vazgeçebilmesini ve hayatını daha gerçekçi bir şekilde değerlendirebilmesini sağladı. Bay Smith bir kilo verme programına katıldı ve bir buçuk yıl içinde 80 kilo verdi. İş performansı gözle görülür şekilde düzeldi ve patronu ondaki bu düzelme karşısında şaşkındı. Bu hızlı iyileşme konusunda biraz şüpheliydim ama terapi bittikten bir yıl sonra tüm semptomatik düzelme aynen devam ediyordu. Terapinin sonunda Bay Smith (Danny gibi) hayatını her zaman düzenli tutmaya ihtiyacı olduğunu ve ekstra bir çift göze ihtiyacı olursa beni arayacağını söyleyerek ayrılmayı inkâr etti.

Bu vakaların her ikisi de narsisistik kişilik bozukluğuna uygulanan kısa süreli tedavinin ilkelerini ve kullanılan müdahalelerin bazılarını göstermektedir. Bu tedavinin hedeflerinin dikkatli bir şekilde netleştirilmesi gerekir; sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin ketlenmesi, yıkıcı eyleme vurumun hasta tarafından sınırlanması, semptomlarda iyileşme ve adaptif işlevsellikte değişimler.

Sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin derinlemesine çalışılması, hakiki özerkliğin teşvik edilmesi veya yakınlığın teşvik edilmesi için girişimde bulunulmamalıdır. Terapistin

derinlemesine çalışmadan ziyade çalışma işlevindeki iyileşmelerle yetinmesi gerekir. Semptomatik iyileşme ve adaptif değişimin narsisistik hastaya çok büyük faydası olabilir.

Bu tip hastalarla çalışırken terapist ahlakî yargıları askıya almaya gönüllü olmalı ve hastanın benmerkezci olmak yerine "daha nesne ilişkili" olması için uğraşmamalıdır. Narsisistlerin dünyası güç, ün, para ve statü etrafında döner. Bunlar terapist tarafından değersizleştirilmemeli, ama hastanın bunları kendi hedeflerini sabote etmek için yanlış kullandığı ölçüde tedavinin odak noktası haline getirilmelidir. Narsisistik hastalarla yapılan çalışma borderline hastayla yapılan çalışmaya göre çok daha fazla aktarım kullanılmasını gerektirmektedir.

Hastanın idealleştirme, aynalama veya kaynaşmaya olan ihtiyacı terapistin terapi sırasında kullanılabileceği güçlü bir tedarik grubu teşkil eder. Uzun dönemli tedavide bu ihtiyaçlar analiz edilirken, kısa süreli tedavide değişim elde etmek için kaynak olarak kullanılırlar.

Hor görme ve değersizleştirme konumundan çıkamayan hastalara kısa süreli tedavi yaklaşımı uygulanamaz, çünkü terapi süreci boyunca idealleştirme ve aynalama ihtiyaçları hiçbir zaman değerlendirilemez. Terapist büyüklenmeci kendiliğin müttefiki olmaktan rahatsızlık duymayarak sahte büyüklenmeci kendiliğin yönüne karşı durmalı ve momentumunu değiştirmelidir. Kızgınlık, haset veya can sıkıntısı gibi karşı aktarım tepkileri terapistin hasta tarafından tetiklenen büyüklenmesinin kalıntıları olarak harekete geçirilebilirler. Bu tepkiler terapist tarafından ele alındığı takdirde nispeten kısa süreli bir tedavi ile hastaya çok faydalı olunabilir.

Genel Tedavi Stratejileri

Bu bölüm narsisistik kişilik bozukluğu için kullanılabilecek çeşitli tedavi stratejilerini tanımlamaktadır.

Narsisistik hastayla etkili olabilmek için terapist sürekli aktive edilen kaynaşmış büyüklenmeci tümgüçlü nesne yapısının farkında olmalıdır. Bunun için, hastanın dışsal eyleme vurum

davranışı ile ilgili yüzleştirmeden hastanın narsisistik büyüklenmesinin hayal kırıklığına karşı mikroskobik incinebilirliğinin yorumlanmasına teknik bir geçiş yapılmalıdır. Bu incinebilirlik terapi sırasında kaçınılmaz empati başarısızlıkları ortaya çıktıkça tetiklenecektir. Aynalama, teşhir ve idealleştirme ihtiyacı duyan savunmacı büyüklenmeci kendiliğin incinebilirlik ve yaralanma hisleri ile bozulmuş gerçek kendilik arasında bağlantı kurulmalıdır.

Utanç, küçük görülme, değersizlik ve yetersizlik korkuları ile savunmacı şekilde saklanan gerçek kendilik ancak hastanın aşırı hassasiyeti ve savunmacı tepkilerinin sürekli yorumlandığı bir aktarım ilişkisi kurulması ile ortaya çıkabilir.

Terapist narsisistik aktarımla daha yakından çalışır ve borderline hastada yaptığı şekilde dışsal eyleme vurum davranışları ile ilgili yüzleştirme yapmaz. Böylece, kısa süreli ego tamiri ve uyumlanmada düzelme için birincil terapi aracı olan yüzleştirme bu hasta ile kullanılamaz.

Narsisistik hasta ile çalışırken gerekli olan bu radikal teknik değişim, terapisti odağını eyleme vurum davranışı boyutundan fenomenolojik duygulanım boyutuna çekmeye zorlar. Sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin sürekli aktive edilmesi narsisistik hastayı idealleştirme ve aynalama kaynaklarına müdahale eden herhangi bir uyaranı inkâr etmeye, değersizleştirmeye veya bunlardan kaçınmaya zorlar ve böylece savunmacı kibir ve aşağılama aracılığıyla narsisistik dengeyi telafi eder, tekrar kurar.Bu savunma kümesi, narsisistik kişiliğin yaralanmalara karşı hassasiyeti ve depresyona karşı hoşgörüsüzlüğü ile birleşince yüzleştirmenin daha fazla uzaklaşma, savunma ve bazen de terapötik çıkmaza neden olduğu bir klinik ortam oluşmuş olur.

Bu terapötik ikilem yüzünden terapist hemen hemen sadece iki konuda yorumlama yapmakla yetinmek zorunda kalır; narsisistik incinebilirliğin (görüşmede ortaya çıktıkça) yorumlanması ve sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin yaralanmalara karşı bir savunma olarak aktive edilmesinin yorumlanması. (Kaçınılmaz empati başarısızlıklarının ürünü olan) hayal

kırıklığı ve narsisistik öfkenin tekrar tekrar açıklanması ve analiz edilmesiyle bu incinebilirliğin kaynağı, yani annenin hastanın gerçek kendiliğini kabul etme ve tanımadaki başarısızlığı, yeniden kurgulayıcı derinlemesine çalışma için kullanılır hale gelir.

Sahte, savunmacı büyüklenmeci kendiliği ve bunun idealleştirme ve aynalama ihtiyaçlarını analiz etmek için yorumlama stratejisinin sistematik kullanımı, uzun dönemli yoğun psikoterapinin birincil odağı haline gelir. Böyle bir tedavinin hedefi sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin derinlemesine çalışılması ve gerçek kendiliğin yavaş yavaş ortaya çıkıp gelişmesidir.

Kısa süreli tedavi yaklaşımları odak açısından daha az globaldirler ve hedefleriyle beklentileri daha sınırlıdır. Öncelikle, terapist sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin veya gelişimsel aksamanın derinlemesine çalışılmasına girişmez, daha çok semptomları azaltmaya, adaptif işlevselliğin iyileşmesine ve bir narsisistik dengenin tekrar kurulmasına çalışır.

Kısa süreli tedavinin birincil yaklaşımı sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin idealleştirme ve aynalama kaynaklarının tedarik edilmesiyle güçlendirilmesi veya terapistin bir kendilik uzantısı olarak kullanılmasının hoş görülmesi ve teşvik edilmesidir. Terapist, kendisi ile hasta arasında bir ikili tümgüçlü birlik olduğu sanrısının oluşmasını kolaylaştırmak için gerekli tüm teknikleri kullanır. Bunu yaparken çok derin bir gerçeklik testi değerlendirmesi yapılması ve kendilik yıkıcı eyleme vurumun dikkatlice izlenmesi gerekmektedir. Terapist ahlakçı yargılarını askıya alabilir ve narsisistik incinebilirliğe ve bu incinebilirliğin dengeleyici savunmalar ihtiyacına empatik bir şekilde tepki verebilirse, hasta evvelce kaybolmuş olan bir kendilik duygusunu tekrar elde edebilir.

6

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ KISA SÜRELİ PSİKOTERAPİSİ

Ralph Klein, M.D.

Eğitim almakta olan birçok terapist, hayatlarını ve intrapsişik yapılarını değiştirmeleri için hastalara dramatik ve çok kapsamlı bir şekilde yardımcı olma konusunda heveslidirler. Ancak bu heyecan, hastanın değişme ve büyüme kapasitesini aşan faktörler veya terapistin değişim ve büyümeyi teşvik edebilme kapasitesine bağlı olarak sık sık yön değiştirmek zorunda kalır. Zaman, para, kurumsal sınırlamalar veya hastanın motivasyon eksikliği gibi pratik sorunlar terapi hedeflerinin belirlenmesinde rol oynarlar.

Hatta bu tarz sınırlamalar öylesine sık ortaya çıkmaktadır ki, Freud'dan bu yana Freud'un kendisi de dahil olmak üzere tüm terapistler dinamik psikoterapinin daha kısa, sınırlı zaman ve sınırlı hedefleri olan kuram ve uygulamalarına başvurarak daha sınırlı bir rol üstlenmeyi gerekli görmüşlerdir.

Birçok terapist kısa süreli terapinin hastaların o anda mevcut olan önemli çatışmalarının ve akut semptomlarının derinlemesine çalışılmasında faydalı olduğunu görmüştür. Ancak kısa süreli dinamik terapinin çekirdek kişilik yapılarının ıslah edilmesindeki etkisi o kadar net değildir. Bu tarz değişimler meydana geldiği zaman da bunların daha "nevrotik" kişilik ya-

pılarında meydana geldiğini gördüm; örneğin aşırı acımasız, cezalandırıcı veya mükemmeliyetçi bir egonun süblimasyon/yüceltme kapasiteleri ve değişimlerinin pekiştirilmesi gibi.

Hastaya bir kişilik bozukluğu tanısı, özellikle de borderline kişilik bozukluğu tanısı konulması genellikle kısa süreli tedavi için bir kontrendikasyon olarak görülür; ancak terapi sadece belli bir stresli olay veya belli bir semptomatik duruma odaklanacağı takdirde kısa süreli tedavi seçeneği kullanılabilir. Bu durum kişilik bozukluğu hastaları ile çalışırken kısa süreli terapinin faydalarının sınırlı olduğunu gösterir gibi görünse de, aslında bu doğru değildir.

Bu bölümde kısa süreli tedavinin borderline ve narsisistik bozukluklar üzerindeki etkisi incelenecektir.

BORDERLİNE KİŞİLİK

Masterson Yaklaşımı sık sık yanlış algılanmakta ve bu yaklaşımın sadece uzun dönemli yoğun psikoterapi içerdiği düşünülmektedir. Aslında tedavi modelinin kısa süreli çalışmaya da uygun olduğuna işaret edilmelidir. Yapısal ve intrapsişik değişim genellikle sadece uzun dönemli ve yoğun psikoterapi ile elde edilebilse bile, kısa süreli tedavi borderline kişilik bozukluklarında başka önemli hedeflere varmak için kullanılabilir.

Borderline bozukluğu olan ortalama bir hastaya uygulanan kısa süreli tedavi ile, yani altı ay ile iki yıl arasında değişen bir sürede haftada bir seanslık terapi ile, şunlar elde edilebilir: İşlevsellikte düzelme, odak semptomlarda azalma, hastanın kendilik imgesi ile ilgili rasyonel olmayan inanç ve fantezilerinin düzeltilmesi, hastanın gelecekteki ilişkilerini sağlamlaştıracak ve genel olarak hastaya daha adaptif bir hayat tarzı elde etmek için yardımcı olacak yeni bir nesne ilişkileri birimi için yeni bir model yaratılması.

Kısa süreli Tedavi Uygulanacak Vakaların Seçilmesinde Kullanılacak Kriterler

Hangi borderline hastanın kısa süreli tedavi alacağı genellikle dış etkenlere göre belirlenmektedir. Para ve zaman sınırlamalarından daha evvel bahsetmiştik. Buna ek olarak terapist bir klinik veya hastanede çalışıyor ve sınırlı sayıda vaka ile ilgilenebiliyor olabilir, bu nedenle yoğun psikoterapi imkânları sınırlı olabilir.

Bu tarz pratik sebeplerin yanı sıra, hastanın motivasyonu ve değişme isteği nispeten kısa süreli bir terapinin başarı oranını tahmin etme konusunda etkili olmaktadır.

Uzun süreli yoğun psikoterapide hastanın intrapsişik değişim ve büyüme elde etme kapasitesi terapinin başarılı olup olmayacağı hakkında tahmin yapılması için ve başarının elde edilmesi için hayati bir öneme sahipken, kısa süreli terapilerde hastanın davranışlarını değiştirmek için hissettiği motivasyon birincil önem taşıyan faktördür ve değişim kapasitesi ikinci planda kalır. Hasta acı verici duygulanımlar veya durumlar yüzünden daha adaptif ve gerçekçi bir şekilde davranmak için motive olmuşsa, onun bu durumu kısa süreli terapinin odak noktası ile kesişir: Gerçekliğe adaptasyon.

Hastanın değişme motivasyonu o kadar önemlidir ki, kısa süreli tedavide bu faktör terapinin başarılı olup olmayacağının tahmin edilmesinde kişilik organizasyonu (yüksek düzeyli-düşük düzeyli) dahil olmak üzere diğer tüm faktörlerden daha etkilidir. Örneğin, ego-uyumsuz yıkıcı ve uyumsuz davranışları olan ve (genellikle depresyon veya anksiyete gibi) acı verici duyguların keskin şekilde farkında olan düşük düzeyli borderline bir kişilik bozukluğu olan hastanın kısa süreli tedavide başarılı olma ihtimali ego-uyumlu eyleme vurum sergileyen yüksek düzeyli bir borderline hastanınkinden çok daha fazladır. Yukarıdaki iki hastadan ikincisinin terapisinde önce çok zaman alan bir işlem yapılmalı, hastanın semptomları ego-uyumsuz hale getirilmelidir, bu da bu hastanın kısa süreli terapi için iyi bir aday olmamasına neden olmaktadır.

Amaç ve hedefler

Borderline kişilik bozukluğunda terapi hedefleri üç yönlüdür; ketleme, öğrenme ve adaptasyon. Bu üç hedef, tedavi süresinde birbiri ardına, doğrusal evrelerde elde edilmezler; bunlar daha çok devam eden bir dairesel psikoterapi sürecinin bileşenleridir:

1. Ketleme; hasta kendini tanımalı, kontrol etmeli, sınırlamalı ve eyleme vurma eğilimini ketlemelidir
2. Öğrenme; hasta savunmalar ortadan kalktıkça ortaya çıkacak olan duygulanımların (yani terk depresyonunu oluşturan parçaların) eyleme vurulması yerine bunların terapide söze dökülebileceğini ve söze dökülmesi gerektiğini öğrenmelidir
3. Adaptasyon; hasta bu duygulanımlara bağlı enerjileri adaptif ifade ve davranışlara kanalize etmeli ve bu şekilde daha gerçek temelli ve sağlıklı bir hayat tarzına ulaşmalıdır

Tedavi Teknikleri

Kısa süreli tedavi tekniği, Masterson tedavi modelini takip etmekle birlikte iki değişiklik arz eder; seans sıklığı sınırlıdır ve neredeyse kullanılan tek terapi tekniği yüzleştirmedir.

Kısa süreli tedavi seans sıklığının haftada bir, en fazla iki seansla sınırlanmasını gerektirir. Daha sık yapılan seanslar hastanın aktarıma daha derin katılmasına ve fantezilerin, hatıraların, serbest çağrışımların ve rüyaların ortaya çıkmasına neden olur; bunların hepsi terk depresyonunu derinleştirir, oysa kısa süreli tedavide hedef depresyonun derinlemesine çalışılması değildir. Kısa süreli tedavide odak noktası, günlük yaşamdaki adaptasyon ve sağlıklı savunma sorunları olmalıdır.

Bazen şiddetli eyleme vurumların ketlenmesi ve sınırlanması için hastaya yardımcı olunması gereken durumlarda daha sık yüzleştirme yapılması gerekebilir; bu durumda haftalık seansların sıklığı artırılabilir. Söz konusu eyleme vurumlar kontrol altına alındıktan sonra seans sıklığı hemen azaltılmalıdır.

Yüzleştirme, kısa süreli tedavi süreci boyunca kullanılacak olan anahtar terapi tekniğidir ve terapötik odağı ketleme, öğ-

renme ve adaptasyon etrafında muhafaza eden en önemli müdahaledir. Netleştirme, yorumlama ve iletişimsel örtüşme gibi tekniklerin hepsi kısa süreli tedavide ikincil rol oynar. Bu teknikler yoğun terapide artarak kullanılır ve gereklidirler, çünkü odağın terk depresyonunun derinlemesine çalışılması süreci etrafında muhafaza edilmesine yardımcı olur. Aşağıdaki vaka örnekleri, borderline kişilik bozukluklarında kısa süreli tedavinin uygulanmasını göstermektedir.

W.L. Vakası

W.L. bir yıl boyunca haftada bir seanslara gelen yüksek düzey borderline bir hastaydı. 31 yaşında, kocasından boşanmış bir muhasebeci olan W.L. şu temel şikâyetlerle geldi: (1) Devam eden kokain kullanımının duygudurumlarını ve zihnini ciddi şekilde etkiliyor olmasından korkuyordu, (2) erkeklerle tatmin edici olmayan bir dizi ilişkisi olmuştu ve (3) sürekli depresyon, boşluk ve can sıkıntısı duyguları içindeydi.

Hasta yıllardır kokain kullanıyordu ama ancak kısa bir süre önce uyuşturucu kullanımı konusunda endişelenmeye başlamıştı ve şiddetli duygudurum dalgalanmalarının ve hafıza sorunlarının, ayrıca çevreye yabancılaşma ve depersonalizasyon duygularının uyuşturucuyla bağlantılı olduğunu düşünüyordu. Muhasebeci olarak yaptığı iş W.L.'nin tek kimlik referansı olduğu için (bunun dışında belirgin bir kimlik dağınıklığı vardı) konsantrasyon sorunları onun için özellikle rahatsız ediciydi.

Erkeklerle yaşadığı mutsuz ilişkiler onun terapiye gelmesini sağlayan ikincil, ama yine de önemli bir motivasyondu. İnsanlarla ilişkilerinde şiddetli sorunları olduğunu fark ediyor olsa bile bu sorunların niteliği hakkında bir fikri yoktu. Bir yıl evvel sona eren evliliği konusunda ise özellikle üzgündü. Sadece iki yıl evli kalmıştı ve kaygılı bir şekilde kocasının tamamen ilgili, ihtiyaçları tatmin edici bir damat adayından nasıl sözlü ve fiziksel taciz uygulayan bir kocaya "dönüştüğünü" anlattı.

Hayatındaki insanlar hakkında yaptığı tasvirler, hem kadınlar hem de erkekler için oldukça yüzeysel ve donuktu. Örneğin anlattığı sorunlardan bir tanesi o anda hayatında olan üç erkek

arkadaştan hangisinin kendisine en uygun olduğunu seçmek olduğunu söylüyordu ama bu ikilemi hiçbir şekilde genel olarak algıladığı ilişki memnuniyetsizlikleri ile bağlantılandırmıyordu; üstelik hesapladığıma göre bu üç erkeğin üçü de W.L.'den ortalama 3.300 mil uzaktaydılar, çünkü biri California'da, biri Meksika'da, biri de Almanya'da yaşıyordu. Ayrıca erkeklerde aradığı özellikleri tarif ederken güçlü olmayan ve kırmızı bir Porsche araba kullanmayan bir erkekle asla beraber olamayacağını söylemişti.

Sürekli boşluk, depresyon ve can sıkıntısı duyguları vardı ve bunlar belirgin bir şekilde bozulmuş olan gerçek kendiliği ile bağlantılıydı. İstikrarlı ve tutarlı bir kimlik elde etmeyi başaramamıştı; onun yerine sürekli sahte, savunmacı kendiliğinin talepleriyle boğuşuyordu. Okulu bitirmesine ve muhasebe diploması alarak şimdi bir televizyon prodüksiyon şirketinde muhasebeci olarak çalışıyor olmasına rağmen gayri resmi bir şekilde "şirket refakatçisi" görevini de üstlenmişti. Kendini hem profesyonel bir iş kadını gibi, hem de bir hayat kadını gibi hissettiğini söyledi. Gerçekte kim olduğunu merak ediyordu.

Son olarak mali durumunu dikkatle hesapladığını ve bir yıl boyunca haftada bir kez terapiye gelecek kadar parayı bir kenara ayırdığını söyledi.

W.L. kısa süreli tedavi için iyi bir adaydı, çünkü değişmek için yüksek motivasyona sahipti, geçmişi ve o andaki işlevselliği nispeten kısa zamanda adaptif değişimleri elde edebilecek ve bunları muhafaza edebilecek yeterli ego kuvvetine sahip olduğunu gösteriyordu.

Tedavi Süreci

W.L. ilk görüşmemizde benim de E.S.T. denemiş olduğumu umduğunu, böylece onun düşünce ve duygularını daha iyi anlayabileceğimi söyledi. Onun bu ifadesi üzerine yüzleştirme yaparak neden bana hislerinden bahsetmek yerine benden onları "paylaşılmış" bir deneyim aracılığıyla sezmemi ve anlamamı beklediğini merak ettiğimi söyledim. Bence, diye ekledim, bu gereksiz bir ekstra adım olurdu.

Cevap olarak çoğu zaman ne hissettiğini bilmediğini ve bunun nedeninin muhtemelen kokainin onun düşünme ve hissetme kabiliyetinde karmaşa yaratması ve değiştirmesi olduğunu söyledi. Onu bu denli kötü etkileyen bir uyuşturucuyu kullanmaya neden devam ettiğini merak ettiğimi söyledim. Kokain kullanmayı bırakıp bırakamayacağını bilmediğini, çünkü kokainin arkadaşlıklarında ve sosyal çevresinde çok önemli rolü olduğunu söyledi. Ayrıca daha önce de bırakmaya çalışmış ama başaramamıştı.

Kendi dürtüleri ve başkalarının talepleri karşısında kendini çaresiz hissedip öyle davrandığı izlenimi verdiğini ve bunu neden yaptığını merak ettiğimi söyledim (şimdiden üstü kapalı şekilde eyleme vurma dürtüsünü kontrol edebileceği ve daha adaptif şekilde davranabileceği konusunda beklentilerim olduğunu iletiyordum). Soruma başkalarını mutlu ettiğinde kendisinin de mutlu olduğunu söyleyerek cevap verdi. Mutluluk formülünün işe yaramadığının çok açık olduğuna, çünkü daha birkaç dakika evvel mutsuz ve hayatından şikâyetçi olduğunu beyan ettiğine dikkat çektim.

Hasta bu yüzleştirmeyi kokaini bırakmak istediğini söyleyerek kabul etti. Ancak bırakmaya çalışıp da bırakamazsa yine de onu görmeye devam edip etmeyeceğimi de sordu (başka bir deyişle, onun bozulmuş gerçek kendiliği ile müttefik mi olacaktım yoksa sahte savunmacı kendiliği ile bir ittifaka girmeyi mi kabul edecektim). Ona kokainle psikoterapinin birlikte yürümeyeceğini düşündüğümü söyledim. Kokain kullanmaya devam edip bunu benden gizleyebileceğini, birçok arkadaşının terapistlerine bu konuda yalan söylediklerini söyledi. Bunu yapabileceğini ama o zaman parasını ve zamanını boşa harcamış olacağını çünkü uyuşturucu ve kandırmacaya dayalı hiçbir terapinin etkili bir terapi olamayacağını söyledim. Bana öyle geliyordu ki ya uyuşturucu ile uçmayı ya da iyileşmeyi seçmesi gerekiyordu, ikisini birden yapamazdı.

Üç hafta içinde kokain kullanmayı tamamen kesti, bu da onun değişmek için ne kadar motive olduğunun bir kanıtıydı.

Bu noktada onu "ikinci bağımlılığı" olan erkek arkadaşları konusunda yüzleştirmeye başladım; ne zaman kendini mutsuz veya engellenmiş hissetse hızlı bir "tamir" için onlara başvuruyordu. Sırf bir adam ona kendini iyi hissettiriyor diye bir ilişkiye bağımlılık demeye hakkım olmadığını söyledi. Bu temasların acı verici duygular ve düşüncelerle başa çıkmanın yerini aldığını, ayrıca gerçek bir ilişkiye özgü zorlukların da yerini aldığını, bu nedenle bunlara bağımlılık denebileceğini söyledim. Belli bir süre sonra yavaş yavaş bu yüzleştirmeleri bütünleştirdi ve sonunda "hiç bir zaman doğru düzgün bir ilişkim olduğunu düşünmedim" diye kabul etti.

W.L. eyleme vurma eğilimini daha fazla ketledikçe acı verici duygulanımlar tutarlı bir şekilde ortaya çıkmaya başladı, o da bunları seanslar sırasında söze dökmeye başladı. "Her gün kendimi daha az kendimden geçmiş hissediyorum, aynı anda birçok şeye el atmıyorum" gibi bir ifadeyi depresyon izliyor ve "Bu süreci kısaltamaz mıyız? Kendimi çaresiz ve bir işe yaramayan biri gibi hissediyorum. Bu zor bir şey ve depresyondayım" diyordu.

Yavaş yavaş bu iki duygu durumu arasındaki ilişkiyi anlamaya başladı. Kendi bireyselleştirici duygularını, düşüncelerini ve isteklerini kabul edip bunları ortaya koyduğu zaman depresyon, yalnız kalma korkusu ve paniğin ortaya çıktığını, o zaman da bu duygulara karşı başkalarına itaat, kendini felç etme ve erkeklere yapışma (sahte, savunmacı kendilik) ile savunma yapıyordu. Dinamik olarak ifade edersek borderline üçlünün (triyad) işleyiş şeklini tespit etmeye başlamıştı; ayrılma-bireyleşme, depresyon ve savunma.

Aşağıdaki alıntı terapiye başladıktan aylar sonra yapılan bir seanstan yapılmıştır. Hasta ilk kez çocukluğunda annesi ve babası ile ilişkisine kendiliğinden atıfta bulunmuştu:

> Herhangi bir şey yapmak, herhangi bir şeyi değiştirmek çok zor. Ben hiçbir zaman hayatımın idaresini elime alamadım. Hayatımın kontrolü bendeyse, kendimi başkalarına vermiyorsam, kendimi kaybetmeye razı değilsem o zaman yalnız olacağımdan korkuyorum. Sanırım 11 veya 12 yaşımdan beri

bu şekilde hissediyorum. Zaten ilk o zaman uyuşturucu kullanmaya başladım. Annemle babamın annemle babam değil, sadece beni kullanan ve beni onların istediği gibi davranmaya zorlayan insanlar olduğunu düşündüğümü hatırlıyorum. Bana bağımsızlık verir gibi yapıp sonra geri alıyorlardı. Kendi kararlarımı vermem için beni teşvik ediyorlar, sonra onların istediği şeyi yapmaya zorluyorlardı. Annem beni kaybedeceğinden korkuyor gibiydi, babam da sadist bir insandı, sürekli benimle alay eder ve yeterince iyi olmadığımı söylerdi. Bir yetimhanede yaşıyormuşum gibi hissediyordum.

Bunu takip eden ay içinde çalışma "burada ve şu andaki" borderline üçlüden, çocukluğundaki "orada ve o zamanki" borderline üçlüye kayınca depresyonu derinleşti. Terk depresyonuna daha derin daldığından dolayı endişelenmeye başlamıştım. Kısa süreli tedavide terapist, sürekli olarak hastanın gelişimini gözetim altında tutmalı, ortaya çıkan duygulanımların deneyimlenmesi, keşfedilmesi ve anlaşılmasının hastanın adaptif savunmalar geliştirme kapasitesine üstün gelmemesine dikkat etmelidir. Ortaya çıkan duygulanımlar gelişmekte olan savunmayı geçerse, bu gedikle ilgili bir şeyler yapmak gerekir. Yoğun terapide "gediği kapatan" şey terk depresyonunun derinlemesine çalışılmasıdır. Ama kısa süreli tedavide gediği olgun savunmalar ve adaptif davranışlar "kapatacaktır". Bu nedenle duygulanım keşfi ile adaptif savunma yapılarının oluşturulması eş zamanlı olarak gerçekleşmeli, birbirlerine ayak uydurmalıdır. Kısa süreli tedavide terapist bu süreci doğru şekilde gözetim altında tutamadığı zaman hasta, ortaya çıkan ketlenemeyen ve yönetilemeyen duygulanımlardan bunalma riski altında olur. Tedavinin bu noktasında W.L. bir seansın başında şöyle dedi; "Gerçekten korktuğum zamanlar oluyor. Yanımda kimse olmayacak. Yalnız kalma konusunda paranoyağım. O kadar kendine güvensiz ve korku dolu oluyorum ki. Tek istediğim tamamen kapanmak oluyor. Belki de fazla ileri gittim. Sonum delirmek mi olacak?"

Bir sonraki seansta şöyle dedi: "Dış dünyada olmak, aynı zamanda kendi içimde olmak ta. Sanki değişirsem babam beni

öldürecekmiş gibi hissediyorum. Artık annemle de hiçbir şekilde konuşamıyorum." Yoğun bir anksiyete ve korku ile o hafta nasıl babasının zorla evine gireceğini ve onu öldüreceğini düşündüğünü anlattı. Bu korkuyu gerçeklik testine tabi tutmaya çalıştığı açıktı; buna rağmen aynı zamanda evdeki tüm pencerelere demir taktırmayı da planlıyordu.

O noktada duygulanımın savunmanın üstesinden gelmesine izin verdiğimi fark ettim. Bu durum terapinin odağını yine "burada ve şu andaki" borderline üçlüye yönlendirmem gerektiğini gösteren bir işaretti. Aynı zamanda hastaya terk depresyonu ile bağlantılı olarak ortaya çıkan duygulanımlarla başa çıkabilmek için daha adaptif yollar bulması için yardımcı olmalıydım.

Terapinin son ayları süresince hastanın hayatını düzene sokması için gerekli olan adaptif savunmaların güçlendirilmesine odaklandım. Bunun için yüzleştirmeye ek olarak iletişimsel örtüştürme de yapmak gerekiyordu. İletişimsel örtüştürme kısa süreli tedavinin bu noktasında adaptif savunmaları yerli yerine sağlamca sabitleyen bir terapötik "yapıştırıcı" görevi görür. Örneğin arkadaşlarında olmasını istediği özellikleri ve bu tarz insanlarla nasıl tanışabileceğini konuşuyorduk. İlişkiye girmek isteyeceği erkek tipini ve karşılaştığı erkeklerin hem iyi hem de kötü özelliklerini bölünme savunmalarının etkisinde kalmadan veya hızlı "tamir" ihtiyacı baskısının etkisinde kalmadan nasıl değerlendirebileceğini tartışıyorduk. Kariyeriyle ilgili önemli kararları, hatta yaptığı kıyafet seçimlerinin anlamını benimle paylaşıyordu: "Yeni giysiler almaya çıktım, iyi sağlam giysiler, biraz muhafazakârlar ve baştan çıkarıcı değiller. Sıkıcı ile kalitesiz arası bir şeyler. Kendimi iyi hissedeceğim giysiler."

Hayatının adaptif yönlerine odaklanmaya "Yükleme Operasyonu" adını vermişti. Bu süreci şöyle tanımlıyordu: "Her şeyin gerçeğini görmeliyim. Gerçeklikte yaşadığımız sürece hepimizin fantezileri olabilir. Gerçek (diye ekledi şaka yollu) uyuşturucu almayı beceremeyenler içindir."

Tedavinin sonlarına doğru eski erkek arkadaşlarından oldukça farklı olan bir adamla tanıştı ve onunla çıkmaya başladı. Bu adam yakınlarda oturuyordu ve uzun saçlı başarılı olmaya çalışan bir sanatçıydı, aynı zamanda marangozluk yapıyordu. Bırakın kırmızı bir Porsche'yi, bir arabası bile yoktu. W.L. Kendini bu ilişkiyi ve hayatını kendi başına idare etmeyi denemeye hazır hissediyordu. "Sadece kendin olmayı istemek ve bu yolda ilerlemek çok korku verici. Ama aynı zamanda kendimi hiç bu kadar mutlu hissettiğimi hatırlamıyorum" dedi. Tedavi 53'üncü seanstan sonra sona erdi. Başı derde girerse geri geleceğini söyledi. Geri gelmedi.

Tedavi bittiğinde W.L.'nin hayata uyum sağlamasında iyileşme elde edilmişti. Terk depresyonu ile ilgili minimum çalışma yapıldığından, W.L.'deki değişiklikler çoğunlukla ego tamiri seviyesinde kalmıştı. Kısa süreli tedavi gören borderline hasta için başarı, hayatla sağlıklı ve gerçekçi şekilde başa çıkmanın sürekli bir mücadele olduğunu anlaması anlamına gelmektedir. Hasta "Alkolikler gibi ben de her güne başlarken 'ben bir borderline'ım demem gerekiyor" dediğinde bu mücadeleyi çok güzel özetlemiş oldu.

Kurduğumuz terapötik ittifak W.L. için bölünmüş nesne ilişkileri parça birimlerinin (GNİP ve ÖNİP) bitmez tükenmez tekrarı yerine kullanabileceği yeni bir ilişki modeli olmuştu. Bu yeni nesne ilişkileri birimi kısa süreli tedavi gören hastaya gerileme yaşamadan strese karşı daha esnek olabilme potansiyeli sağlar. Ancak daha önceden var olan kendilik şema (düzenlemeleri) ortadan kaldırılmış değildir. Bunlar organizasyon deneyimleri için latent (gizil) modeller olarak kalırlar ve ayrılma stresine karşı regresif/gerileyici bir tepki sırasında tekrar aktive olmaları muhtemeldir. Dolayısıyla, hayat şartları şiddetli zorluklar yarattığı takdirde bu tip hastaların periyodik olarak tekrar terapi ihtiyacı hissetmeleri sık sık meydana gelen bir olaydır ve beklenmedik değildir.

A.H. Vakası

Bir önceki vakada yüksek düzey bir borderline kişilik bozukluğunun terapisi deneyimli bir terapist tarafından uygulanmıştı. Bu nedenle okuyucular hastanın kısa süreli tedavi ile önemli ilerlemeler kaydetmiş olmasına şaşırmamış olabilirler. Hakikaten de bu ideale yakın şartlar sağlandığı zaman tedavi modelinin oynadığı rolün ikincil bir rol olduğu, asıl önemli olan faktörün hem terapistin hem de hastanın güçlü yönleri olduğu iddia edilebilir.

A.H. vakası, kısa süreli tedavi modelinin hiç de ideal olmayan şartlar altında ne derece etkili olduğunu göstermektedir. Bu vaka bizi alışılmış ofiste hasta muayenesinden çıkararak hastanın evine taşımaktadır. Bu hasta düşük düzey borderline kişilik bozukluğu hastasıdır ve hastanın kendisi yardım talep etmemektedir. Aslında yardım okulunun birinci yılında olan bir sosyal hizmet öğrencisi sayesinde ona ulaşmıştır.

Bir hastanedeki sosyal hizmet görevlisi A.H.'yi ev yardımı hizmeti veren bir sosyal hizmet acentesine göndermişti. A.H. eşi tarafından şiddet gören bir kadındı; 1 ve 3 yaşındaki iki çocuğuyla birlikte bir sosyal yardım otelinde yaşıyordu. Hastane sosyal hizmet görevlisi A.H.'nin bunalmış ve işlev göremez halde olmasından dolayı endişeleniyor; ayrıca bir intihar girişimden sonra iki hafta kaldığı psikiyatrik bir üniteden taburcu edilmek üzere olduğu için kadının kendine zarar verebileceği riski olduğunu düşünüyordu. Ev yardımı görevlisinin görevi hastaya çocuklarına bakması için yardımcı olmaktı.

Hasta çocuklarına zarar verebileceğinden korktuğu için ev yardımı hizmeti almayı kabul etmişti. Terapi talebinde bulunmamış ve terapi almak istediğine dair herhangi bir istek göstermemişti. Zaten terapinin ne olduğuna dair bir fikri yoktu, kendisi ve sorunları konusunda oldukça cahildi.

A.H. 25 yaşındaydı. Bilinmeyen nedenlerden dolayı çocukluğunda yıllarca annesi babası olmayan çocukların kaldığı bir devlet lojmanında yaşamıştı. Ergenlik çağına geldiğinde tekrar annesiyle yaşamaya başlamıştı. Ancak annesi tekrar evlenince A.H. evinden ayrılmış, okulu bırakmış ve bir iş bulmuştu. Ki-

sa zaman içinde sevgisiz bir evlilik yapmış ama kocasıyla hiç cinsel ilişkiye girmemişti.

Evliliği kısa sürmüştü. Bunu 21 yaşında çocuklarının babası ile yaptığı evliliği takip etmişti. Kocası onu dövmeye başlamıştı. A.H. kocasından kaçarak New York'a gelmiş ve son bir yılı bir sosyal yardım otelinde geçirmişti.

Hastanın temel endişeleri şunlardı: (1) Kocasının onun nerede olduğunu öğrenmemesini sağlamak, (2) sosyal yardım oteli yerine yaşayacak başka bir yer bulmak ve (3) şiddetli şekilde başını vurma ve öfke nöbetleri geçiren (nöbetler sekiz saate kadar uzayabiliyordu) 3 yaşındaki oğluyla başa çıkmak için yardım almak; oğlunun bu durumundan dolayı kontrolünü kaybedip çocuğa zarar verebileceğinden korkuyordu.

Ev yardımı görevlisine ek olarak acente A.H.'ye birinci sınıfta okuyan bir sosyal yardım öğrencisi gönderdi. Öğrencinin amacı hastanın beyan ettiği endişelerini çözecek somut hizmetler vermekti. Öğrenciden ayrıca A.H.'nin adaptasyon ve işlevselliğini biraz olsun iyileştirmek için çalışması istenmişti. Öğrenciden özellikle hastanın yetersiz öz saygısı, beceri seviyesi ve hayatını aktif olarak idare etmesi konuları üzerinde durması isteniyordu; ayrıca oğluyla ilişkisi üzerinde de durulması gerekiyordu. A.H. oğluyla ilişkisini çarpık, irrasyonel, tutarsız ve öfkeli bir şekilde algılıyor ve bu şekilde anlatıyordu; Başka bir deyişle A.H. oğluyla ilişkisini bir geri çekilen nesne ilişkileri birimi yansıtmasının oluşturduğu perdenin arkasından algılıyordu.

Çocuk, hastanın terk depresyonuna bağlı agresif ve acı veren duygularının hedefiydi. Anneyle çocuğun ilişkisinde bölünme, yansıtma ve yansıtmalı özdeşim belirgindi. Oğlunu inatçı, kızgın, düşmanlık dolu, yıkıcı, manipülatif ve kötü olarak görüyordu -"Aynı kocam gibi"diyordu. Diğer yandan 1 yaşındaki kızı idealleştirilen ve ödüllendirici bir nesne olarak aynı derecede çarpıtılmıştı.

A.H.'nin yetişkinlerle olan az sayıdaki ilişkisinde de nesne sürekliliği neredeyse hiç yoktu. Başka insanlar ya ihtiyaçları tatmin eden kişilerdi (ki bu nadirdi) ya da ihtiyaçları tatmin

etmekte başarısızdılar (ki bu da sık sık olan bir şeydi). Terk edilmekten ne kadar korkuyorsa, başkaları tarafından boğulmaktan da o kadar korkuyordu. Hakikaten empatik, duyarlı bir insana rastladığı zaman huzursuz oluyor ve ilişkiyi kesiyordu (örneğin çocuklarının doktoru ile yakınlığa nasıl mesafe koyma ihtiyacı ile cevap verdiğini göstermişti). Belirgin agresif dürtüleri, ancak bölünmüş nesne ilişkileri birimleri aracılığıyla ilişki kurabilmesi ve boğulma korkularının kombinasyonu A.H.'nin kalıcı arkadaşlıklar kurmasını imkânsız hale getiriyordu.

Sosyal olarak izole olması uç seviyede ayrılma stresine karşı zayıf olmasına neden oluyordu. Terk edilme korkuları ve tek başına kalamaması çocuklarından herhangi bir şekilde ayrı kalmasını imkânsız hale getiriyordu. Dolayısıyla oğlu alması gereken en uygun yardımı alamıyordu, çünkü çocuğun terapötik bir anaokulu ortamına girmesi lazımdı ama bu anne-oğlun günde üç saat ayrı kalmasını gerektiriyordu.

Tedavi süreci. Sosyal yardım öğrencisi stajı dahilinde yedi ay boyunca haftada bir kez olmak üzere hastayla odasında seans yaptı (toplam yirmi beş seans). Öğrenci deneyimli bir sosyal yardım görevlisi tarafından denetleniyordu, ben de deneyimli görevliyi denetliyordum.

Tedaviye başlarken öğrencinin elinde üç şey vardı. Birincisi, hasta "tedavi" olmak için hiçbir motivasyona sahip olmamasına ve terk depresyonunun en dominant duygulanımı olarak öfke dolu olmasına rağmen çocuklarına iyi bir anne olmak ve kendisinin çektiği acıları onlara çektirmemek için değişmek istiyordu. İkincisi, öğrencinin kendi kişilik yapısı oldukça eksiksizdi ve empati kapasitesi yüksekti, bu nedenle hastanın düşmanca, hakaret dolu, ya idealleştirici ya da çoğunlukla değersizleştirici saldırılarının uyandırdığı duygularla başa çıkabilecek güçteydi. Üçüncü olarak, öğrencinin her hafta yaralarını saracak ve hastayla mücadelesine devam etmesi için onu teşvik edecek bir denetmeni vardı.

Öğrenci bu zor işe girişti. A.H.'nin ihtiyaç duyduğu ve "iyi biri" olarak algıladığı eve yardım görevlisi ile ilişkisini kullana-

rak ve hastanın iyi bir anne olma isteğinden faydalanarak bunları (mecazi anlamda) 'eşikten içeri adım atmak' için kullandı ve çabucak bir terapötik çerçeve belirledi. Net hedefler belirlenmesi, her hafta düzenli randevu saatleri olması, dairede oturabilecekleri temiz bir alan olması ve hastaya hayatını daha etkili şekilde idare etmesi için yardımcı olurken hastanın da onunla birlikte aktif olarak çalışmakla sorumlu olması konularında ısrarcı oldu.

İlk seanstan itibaren öğrenci sürekli olarak hastanın bölünmesi ile yüzleşti; artık "iyi ve kötü" ve "siyah ve beyaz" sözcükleri "ne haber, nasılsın?" kadar sık kullanılır oluncaya kadar buna devam etti. Ayrıca hastanın geri çekilen birimi sürekli yansıtması ile de yüzleşildi. Oğlu ile ilgili "kötü" algıları ile yüzleştirildi ve bu algılar A.H.'nin kendi içindeki "kötü" duygular olarak yeniden tanımlandı. Bu kötü duyguların öğrenci ile konuşurken söze dökülmesi, oğluna veya başkalarına yöneltilip "atılmasından" çok daha faydalıydı, bu şekilde hasta bu duygularla daha iyi başa çıkabilirdi.

A.H.'nin bu duygular hakkında konuşmak yerine onları eyleme vurmasının kendisi ve çocukları açısından nelere mal olacağına tekrar tekrar dikkat çekildi ve duyguları hakkında konuşmanın her zaman daha iyi bir alternatif olduğu tekrarlandı.

Bir terapötik ittifakın kurulmaya başladığının kanıtı, tedavinin dört ayından sonra görüldü. A.H. oğlunu tümüyle siyah, kızını tümüyle beyaz, kendini de çaresiz bir kurban gibi görme eğiliminin bilinçli olarak farkına varmaya başlamıştı. Kendine gerçek durumun böyle olmadığını hatırlatmak için çaba göstermeye başladı. Bitmez tükenmez öfkesini belli bir dereceye kadar ketlemenin yanı sıra, çocuklarına bakmak konusunda da becerisini artırmayı başardı. Örneğin yaşadığı zorluklara rağmen kendisi ve çocukları için bir doğum günü yemeği hazırlamayı (hazır garnitürler ve portatif bir ocakta ısıtılmış barbekü tavuktan oluşan bir yemekti) ve her iki çocuğu için de birçok küçük oyuncak bulmayı başardı.

Tedavi ilerledikçe ketleme ve söze dökmenin başka faydaları da ortaya çıkmaya başladı. Kendi öfkesi azaldıkça, bir otele

kapanmasına neden olan kocasının onu bulup saldıracağı korkusu da azaldı. Otelde kalan diğer annelerden bazıları ile olumlu şekilde ilişki kurabilme kapasitesi göstermeye başladı (daha önce onların hepsini "bir işe yaramayan fahişeler" olarak etiketliyordu).

Bir olay bunu dramatik olarak ortaya koydu. Arkadaşlarından biri otelden ayrılınca A.H. önce ayrılma stresine savunmacı bir şekilde tepki verdi ve o arkadaşını tümüyle kötü kendisiyle ilgisi olmayan biri olarak görmeye çalıştı. Ama arkadaşının ayrılma zamanı geldiğinde (otelden ayrılacağını öğrendiği tarihten iki hafta sonrasıydı ve seans sırasında bununla ilgili duygularını söze dökmüştü) taşınması için arkadaşına yardım edebilmeyi başardı. Kendini "üzgün ve gergin" hissediyordu ama öfkeli değildi.

A.H. yavaş yavaş enerjisini aktif olarak yeni bir ev aramaya yöneltebildi ve evi buldu. İyi bir semtte 5 katlı güzel bir evdi. Tam olarak istediği gibi olmasa da (tam istediği yeri bulmaktaki ısrarı onun bir yıl boyunca otelde kalmasına neden olmuştu) artık gerçekçi olmayan beklentilerini daha gerçekçi ve adaptif beklentilerle değiştirebiliyordu.

Öğrenci ile yaptıkları son seanslar boyunca sürekli olarak hastanın çocuklarından ayrı kalamaması ve oğlunun ihtiyacı olan tedaviyi alamaması konusu ile yüzleşildi. Ayrılma stresi kabul ediliyordu, ama bununla daha adaptif bir şekilde başa çıkmayı reddetmesi hem oğlunun hem de kendisinin iyiliği için büyük bir engeldi. Seanslar sona erdiğinde bu sorun hala çözümlenmemişti.

Öğrenci ona veda ettiğinde hasta sadece teşekkür etti ve hoşça kal dedi. Bir başkası ile terapiye devam etme önerisini reddetti. Öğrenci elde edilen gelişmeden memnundu ama daha adaptif işlevsellik elde etmenin önündeki engellerden dolayı tatminsizlik de yaşıyordu.

Öğrenciyi denetleyen sosyal görevli altı ay sonra hastayla bir görüşme yapma fırsatını buldu. Hasta oğlunun özel bir terapötik anaokuluna gitme konusunu kendi başına tekrar gündeme getirdiğini anlattı. Oğlu haftada beş gün bu prog-

rama katılacaktı. Buna ek olarak kızı da haftada iki gün anaokuluna gidecekti. A.H. haftada iki günü çocukları olmadan geçirmeyi dört gözle beklediğini de ekledi. Hala yalnız kalmaya dayanamadığı kuşku götürmese de, bununla daha adaptif bir şekilde başa çıkmayı seçmiş ve bu amaçla yerel bir kiliseye gitmeye başlamıştı; şu anda orada aktif bir üye ve gönüllüydü. Son olarak bu "hizmetin" lise diplomasını almak için sınava girmeye bir hazırlık olduğunu, daha sonra üniversiteye gitmek istediğini ve sonunda bir sosyal görevli olmayı umduğunu söyledi.

Artık ev hizmetine ihtiyacı olmadığını söylemek için aramıştı.

Bu borderline hastanın kısa süreli tedaviden fayda gördüğü açıktı. Eyleme vurumun ketlenmesi ve kendisi için yeni bir şey olan duyguların empatik, sağlıklı bir "başkası" ile etkileşim kurularak söze dökülmesi daha önce ilkel savunma yapıları oluşturmasına neden olan enerjilerini yöneltebileceği alternatif yollar bulmasını sağlamıştı. Öğrenci ile olan ilişkisi, daha sonra başkaları ile de deneyebileceği yeni nesne ilişkileri için bir model teşkil etmişti. Daha önce son derece katı olan bir yapıya bir dereceye kadar esneklik kazandırılmıştı.

Öğrenci terapist bu süreci başlatmıştı. İşine bağlılığı, yüzleştirme tekniğine olan inancı ve Masterson Yaklaşımı'nı bilen bir denetmen onun silahlarıydı ve sonunda hastanın hayatında önemli bir değişim elde etmeyi başarmıştı. Üstelik bu değişim tedavinin sona ermesiyle bitmemiş, devam etmişti.

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Narsisistik kişilik bozukluğu için genellikle tercih edilen tedavi şekli uzun süreli yoğun psikoterapidir çünkü yapısal ve intrapsişik değişim ancak bu tedavi modeli ile elde edilebilir. Ancak borderline kişilik bozukluğunda olduğu gibi, narsisistik kişilik bozukluğunda da kısa süreli tedavi başka önemli hedefleri elde etmek için kullanılabilir. Ancak narsisistik bozuklukta bu hedefler borderline bozuklukta olduğundan biraz daha sınırlıdır.

Kısa süreli Tedavi Uygulanacak Vakaların Seçilmesinde Kullanılacak Kriterler

Bir narsisistik kişilik bozukluğu vakasının kısa süreli tedaviye uygun olup olmadığını değerlendirirken motivasyon belirgin bir rol oynar. Tedavi için gelen narsisistik kişilik bozukluğu hastası nispeten kronik, belirsiz, muğlâk veya ego-uyumlu semptomlar arz ediyorsa kısa süreli tedaviye uygun olmayacaktır. Sorunlar kronik ve muğlâk olduğu zaman hastanın tedavi olma motivasyonu genellikle oldukça ikircikliдir; hedefler net değildir ve narsisistik birey için kendi sorunlarından kısmen de olsa sorumlu olduğu ve bu nedenle bunların çözümünden de kendisinin sorumlu olduğunu kabul etmesi zordur. Narsisistik hastalar sık sık ego-uyumlu sorunlar sunarlar, bu yüzden de çoğu terapiye gelmeye kendi karar vermez; daha çok başkalarının dayanılamaz buldukları davranışlar yüzünden talep etmesi, yalvarması veya ısrarı üzerine gelirler. Peki narsisistik kişilik bozukluğu olan birey hangi şartlar altında tedavi görmek için istekli olur ve dolayısıyla kısa süreli tedavi için iyi bir aday sayılabilir?

Genel olarak bunun gerçekleştiği iki durum vardır:

1. Narsisistik "tedarik kaynaklarında" (kişilerarası reddetme, mesleki hayal kırıklıkları vs...) akut kesilmeler meydana gelip hasta akut narsisistik yaralanmalara (küçük düşme, utanç, öfke, haset vs...) uğradığı zaman ve bunların sonucunda geçici bir "tedarik kaynağı"na ihtiyaç duyulduğu zaman. Terapist hastanın ihtiyacını yapıcı ve zaman sınırlı bir şekilde karşılayabilir. Empatik aynalama aracılığıyla, terapist hastaya sendeleyen öz saygısını stabilize etmesi için yardımcı olur, ta ki hasta gerçek dünyada yeni tedarik kaynakları geliştirmeyi veya eski tedarik kaynaklarını tamir etmeyi başarıncaya kadar.
2. Hastanın uğradığı narsisistik bir yaralanma, somatik endişeler şeklinde deneyimlenen veya hayal kırıklığı ya da depresyon olarak kendini hissettiren daha kalıcı bir incinebilirliğin farkına varmasına neden olduğunda. Bu hasta çevresini daha başarılı şekilde idare ve manipüle etmenin yolla-

rını öğrenmeye motivedir (Narsisistik bozukluktan bahsedilirken "başarılı" aslında "adaptif" anlamında kullanılmaktadır). Yeni davranışlar öğrenildikten veya "mükemmelleştirildikten" sonra hasta terapiye son verir. Aşağıda anlatılan hasta narsisistik bozukluğun bu ikinci kategorisine girmektedir.

Amaç ve Hedefler

Narsisistik kişilik bozukluğuna uygulanan kısa süreli tedavide hedef ego tamiri değil, daha çok narsisistik hastayı daha başarılı (veya adaptif) narsisistik bozukluğu olan bir hastaya dönüştürmektir. Bazı terapistler bu yaklaşımın etik olmadığını (hastanın manipülasyon becerisini geliştirdiği için) veya amaca zararlı (potansiyel bir hastayı hasta olarak görülmeme statüsüne soktuğu için) olduğunu söyleyerek itiraz etseler de burada dikkate alınması gereken nokta terapistin başka bir seçim yapma şansı olmadığıdır. Ancak başarılı aynalama ve/veya idealleştirme aktarımının hastanın şimdi veya gelecekte tedaviye devam etmesi ihtimalini artıracağını umabiliriz.

Kısa süreli tedavi hedefleri spesifik olarak şunlardır:

1. Öğrenme – hasta hayal kırıklığı, yaralanma ve utanç gibi duygulara karşı incinebilirliğini fark etmeyi ve bunu beklemeyi öğrenmelidir.
2. Ketleme – hasta boş/agresif birimin ve onun altında yatan terk depresyonunun ortaya çıkışına bağlı duygulanımları ketlemek için gerekli beceriyi edinmeli ve bu duygulanımları savunmacı değersizleştirme veya geri çekilme şeklinde eyleme vurmak yerine onları terapide söze dökmelidir.
3. Adaptasyon ("başarı") – hasta daha önce yok saydığı ve istenmeyen hatta yıkıcı sonuçlara neden olan gerçeklik yönlerini artık bilinçli olarak göz önünde bulundurarak daha başarılı şekilde davranabilmelidir.

Tedavi Tekniği

Yüzleştirme, narsisistik kişiliğe ve hastanın başarılı tedavisine aykırıdır. Onun yerine, şiddetli narsisistik hayal kırıklığı

ve incinebilirliğin yorumlanması ve savunmacı değersizleştirme ve/veya geri çekilme davranışlarının ketlenmesi ihtiyacının açıklanması terapötik sürecin temel taşlarıdır.

Aşağıda sunulan vaka narsisistik bir hasta ile yapılan altı aylık tipik bir kısa süreli tedaviyi anlatmaktadır.

Bay Black Vakası

Mevcut Tablo: Bay Black "eksiksiz, tamamen tatmin edici ve zevkli bir cinsel hayat" elde etme konusunda yaşadığı zorluk şikâyetiyle gelen 23 yaşında bir erkekti. Bu durumu ergenlik çağının ortalarından beri onu rahatsız ediyordu ve sık sık terapiye girmeyi düşünmüş ama girmemişti.

Birçok doktora gitmiş, hepsi de bir sorun olmadığını söyleyerek ona güven vermeye çalışmışlardı. Hiç kimse, hele de cinsel partnerleri onda bir sorun olduğunun farkında değil gibiydiler, çünkü Bay Black erekte olabiliyor, cinsel açıdan performans gösteriyor, orgazm olabiliyor ve partnerlerini tatmin edebiliyordu. Sadece kendisinin farkında olduğu sorun ise orgazm olmaktan gerektiğince zevk alamadığına dair hisleriydi.

Bu "sorun"u yüzünden belli bir süre sonra ilişkilerini bitiriyordu. Tedavi için hedefi netti: "sorun"unun "halledilmesi"ni istiyordu ve bana ne yapabileceğimi görmek için altı ay veriyordu. Sadece bu konuyla sınırlı olmak üzere hasta değişim motivasyonuna sahipti.

Hasta başarılı genç bir yöneticiydi. İş yerinde talepkar, toleranssız ve mükemmeliyetçi olduğunu anlattı. İş arkadaşlarından bahsettiği zamandaki yaklaşımı hor gören ve değersizleştiren bir yaklaşımdı. Vardığı yargılar konusunda hatalarını kabul edemediğini ve bu tür davranışlarıyla yüzleştirildiğinde üstü kapalı şekilde başkalarının suçlu olduğunu ima ettiğini veya onları doğrudan suçladığını anlattı. Bu davranışlarının hiçbirini bir sorun olarak görmüyordu; tam aksine, davranışları ve yaklaşımının iş hayatında başarılı olmak için gerekli ve arzu edilen özellikler olduğunu düşünüyordu.

Ama kadınlarla olan ilişkileri onun için bir sorun teşkil ediyordu. Kadınların hepsinin manipülatif olduklarını ve niyetle-

rinin onu "avlamak" olduğunu düşündüğü için asla evlenemeyeceğinden veya doğru kadını bulamayacağından endişeliydi. Kadınları sıklıkla "akbabalar" olarak tanımlıyordu. Ayrıca ilişkileri, kimin kimi kontrol edeceği üzerine girişilen bir savaş olarak görüyordu. Bir kadınla ilişkisi olduğu zaman kendi istek ve ihtiyaçlarının herkesten ve her şeyden önce gelmesi konusunda ısrarcı oluyordu. Bir kadın onu hayal kırıklığına uğrattığı zaman soğuk ve reddedici oluyor ve ilişkiyi aniden sona erdiriyordu.

Aynı zamanda kendini de aşırı derecede eleştiriyordu. Sürekli olarak "daha iyi" olamadığı için kendine kızıyordu: Daha iyi bir iş adamı, sevgili vs. Kendine karşı takındığı bu eleştirici tavır başkalarına karşı duyduğu hayal kırıklığı ve tatminsizlik duygularına paraleldi. Hasta kendisi ile ilgili büyüklenmeci beklentilerini karşılayamıyor, aynı şekilde başkaları da onun idealleştirme yansıtmaları için uygun birer alıcı olarak işlev görmedikleri için onun bu ihtiyacını karşılayamıyorlardı.

Tedavi Süreci: Tedavi için koyduğu zaman sınırını kabul ettim ve ona bunun ikimiz için de aşılması gereken bir zorluk olduğunu söyledim. Buna ek olarak sorunuyla ilgili tanımını tedavinin temeli olarak kullanmak üzere kabul ettim. Bunu yapmamın nedeni herhangi bir terapötik ilerleme elde edebilmenin tek yolunun onun idealleştirici yansıtmalarının geçici bir hedefi gibi, yani onun gözünde onu kısa sürede "sihirli bir şekilde" tedavi edecek biri gibi işlev görmem gerektiğini anlamamdı. Bu terapide ivedi olan ilk adım bir idealleştirme aktarımının hızlıca kurulmasıydı.

Narsisistik hastanın bir aynalama aktarımı yerine kendiliğinden bir idealleştirme aktarımı oluşturma kapasitesi terapötik başarıyı öngörebilmek için önemli bir noktadır. Kurduğu idealleştirme aktarımı ne kadar büyükse, hastanın terapistin müdahalelerine kulak verme oranı da o derece artacaktır. Buna karşılık aynalama aktarımında hastanın başkası tarafından dinlenme ihtiyacı terapistin terapötik avantajını azaltır.

Tedavi başladıktan sonra sürekli olarak narsisistik hayal kırıklığının ve incinebilirliğinin, yaşadığı zorlukların temelinde yatan sebepler olduğuna dair yorumlamalar yaptım; bunların hastanın cinsel hayatında ve kadınlarla ilişkilerinde yaşadığı sorunların temelinde yatan sebepler olduğu yorumunu tekrar tekrar yaptım. İncinebilirliği ile başa çıkabilmek için kullandığı uyumsuz savunmalara tekrar tekrar dikkatini çektim.

"Mükemmel bir orgazm" ihtiyacının daha genel mükemmellik ihtiyacı ile karşılaştırılabileceği yorumunu yaptım; yaşadığı orgazm ile ilgili hayal kırıklığı da kendisi ile ilgili hayal kırıklığının aynasıydı. Kendilik algısının özünde bir cinsel organ algısı olduğunu, hayatının herhangi bir alanında elde etmeyi ümit ettiği hedefleri elde etmekteki başarısızlığının da penisi ile sembolize edildiğini söyledim.

Ayrıca her fırsat bulduğunda kendisi ve başkaları ile ilgili abartılı beklentilerini gerçeklerle daha uyumlu hale getirmesinin, orgazmının yoğunluğu ile ilgili fantezilerinin de gerçeklerle daha uyumlu hale gelmesine faydalı olacağı önerisinde bulundum. Kadınlarla olan ilişkilerinin de bundan fayda görebileceğini söyledim.

Narsisistik incinebilirliğine sürekli atıfta bulunmam ve kabul etmem aynalama aktarımı ihtiyaçlarını karşıladı ve kabul etme ile (aynalama aktarımı çerçevesinde) yorumlamaların (idealize edici aktarım) kombinasyonu hastanın duygulanımlarını kontrol altına almasına yardımcı oldu; bu şekilde seanslar sırasında duygularını daha fazla söze dökmeye başladı. Yorumlarımın her birinin üzerinde inceden inceye durarak bunları kabul ediyordu. Hayatının herhangi bir alanında ancak % 80 başarılı olduğunu hissettiğini ve bunu şimdi fark ettiğini söyledi. Sorunun hakikaten penisiyle mi yoksa hayatını nasıl yürüttüğüyle mi ilgili olduğunu düşünmeye başladı: "Belki de sorunum orgazmla ilgili değildir de daha çok fazla şişirilmiş bir egoyla ilgilidir" dedi. Hemen onayladım.

Orgazmı ile ilgili endişesi hızla ve keskin bir değişimle arka plana atıldı ve onun yerine hastanın kendilik imgesi odak noktası haline geldi. Eleştiriye karşı hassasiyetini, yaralanma hissi-

ni, utancını ve mahcubiyetini gittikçe daha fazla fark etmeye ve kabul etmeye başladı. Bu farkında olma ve kabul hemen tümgüçlü büyüklenmeci nesne, kendilik savunma birimini harekete geçiriyordu; ben de bunun üzerine hemen hastanın gereksiz ve başarısız bir savunma olarak başkaları ve kendisi hakkında gerçekçi olmayan görüşlere bağlı kalma ihtiyacını netleştiriyordum.

Tedavinin üçüncü ayına geldiğimizde artık orgazmıyla ilgili endişelenmiyordu. O sorunu doğru bir perspektife yerleştirdiğini düşünüyordu. Daha çok yeni tanıştığı bir kadınla ilgili endişeleri vardı. "Başkalarıyla yaptığım hataları onunla da yapmak istemiyorum" diyordu. Hasta odak noktasını adaptasyona yönlendirmişti.

Bu yeni ilişkisini gerçekle uyumlu hale getirmek için sürekli olarak onunla birlikte çalıştım. Konu ister kadının duyarlılığı olsun, ister dış görünüşü veya hastaya karşı davranışları olsun, her adımda ya idealleştirme ya da değersizleştirmeye olan eğilimine dikkat çekiyordum (biz buna "siyah beyaz sendromu" demeye karar vermiştik). Gerçeklik alanında yaşama isteğinin ona ihtiyaçlarını karşılama fırsatını sunacağını söyledim; oysa siyah beyaz dünyasında yaşamaya devam ederse sürdürülebilir bir tatmin olma kapasitesi elde etmesinin çok zor olacağını da söyledim.

Tedaviye başladıktan altı ay sonra yukarıda bahsi geçen kadınla nişanlandığını söyledi, aynı zamanda tedaviye de son vereceğini bildirdi. Davranışlarını iki şekilde açıkladı. Birincisi, kendimize koyduğumuz süre dolmuştu. İkincisi, nişanlandığı kadına bir psikiyatriste gittiğini söyleyemezdi, çünkü bu büyük bir zayıflığı kabul etmek olurdu. Bu kadınla olan ilişkisinde dürüst olmaya ve gerçeklere bağlı kalmaya çalışıyordu, bu nedenle beni görmeye gelmesi konusunda da yalan söylemek istemiyordu. Ayrıca kendini iyi hissettiği ve terapiye gelmesine neden olan sorundan kaynaklanan anksiyetesinin de ortadan kalktığı için artık terapiyi kesme zamanının geldiğine karar vermişti. Tedaviyi sona erdirmeye karar verdiği nokta ve sona erdirme nedenleri terapinin sonuçlarının intrapsişik değişime

değil, hastanın davranışlarında değişim elde etmeye dayandığını açıkça göstermekteydi. Kadınlarla olan ilişkilerinde incinebilirliğinin çok daha fazla farkındaydı, bu incinebilirliğe karşı kullandığı savunmaların farkına varmıştı ve hem incinebilirliğinin hem de kullandığı savunmaların zararlı olduğunu, bu savunmaların semptomların oluşmasına, tatminsizliğe ve yalnızlığa yol açtığını anlamıştı.

İşlevselliğinde sınırlı, kısmî ve belli konular çerçevesinde düzelme elde edilmişti. İntrapsişik değişim açısından bu gelişme sınırlı görünse de, hastanın hayatından anksiyetenin ve yalnızlığın kaldırılmasında etkili olmuştu. Bunun dışında hastanın kişilik yapısı aynı kalmıştı.

Sonuç

Kısa süreli tedavinin kişilik bozukluklarına uygulanabileceği konusunda çok az bir kuşku vardır. Bu tarz bir terapötik yaklaşımın başarısı tekrar tekrar gösterilmiştir. Ancak kısa süreli tedavinin hedeflerinin, hayatın gerçekçi taleplerine adapte olunması ve kişilerarası ilişkilerin ve davranışların iyileştirilmesi olduğu unutulmamalıdır. Bu hedefler, yoğun terapinin istikrarlı ve tutarlı gerçek kendiliğin ortaya çıkması ve pekiştirilmesi gibi daha iddialı hedeflerine terstir. Tabi ki bu ideal terapi sonucudur.

Birçok kişilik bozukluğu olan hastada, hatta bu hastaların çoğunda, hasta bu ideal varış noktasının gerisinde kalmış olsa bile terapist haklı olarak terapinin başarılı olduğunu düşünebilir. Kısa süreli tedavi daha evvel işlev göremeyen bir hastanın işlev görebilmesini sağladığı zaman veya hastanın çalışma ve sevme kapasitesinde genel bir düzelme sağladığı zaman ya da hastanın kendi hedeflerini elde etmesine yardımcı olduğu zaman deneyimli bir terapist bunların başarılması zor işler olduğunu bilir ve hem terapist hem de hasta birlikte bir şeyler başarmış olmanın tatminini yaşarlar.

7

GELİŞİMSEL BAKIŞ AÇISINA DAYALI İLERLETİCİ MÜDAHALELER

Candace Orcutt, Ph.D.

"Narsisistik nevrozlar"ın psikoterapisi hem klasik kuramların hem de klasik tekniklerin tekrar düzenlenmesini gerektirmiştir. Bu bölüm Masterson Yaklaşımı'nı temel alan bir dizi ilerletici terapötik müdahalenin devamlılığını açıklamaktadır; bu müdahaleler Margaret Mahler'in gelişimsel kuramını (ve başka kaynakları) kullanmaktadır. Bu, gelişimsel sıralama ve bu sıralamanın kesintiye uğraması fikrine dinamik olarak dayanan bir kavramlaştırmadır. Mahler birincil olarak sağlıklı bir duygusal gelişim modeli sunmaktadır, Masterson ise sağlıklı gelişimin patolojik "gölgesini" tanımlamaktadır: Anne-çocuk etkileşimi psişik büyümeyi (kendiliğin ortaya çıkışını) desteklemekte başarısız olduğu zaman hastanın iç dünyasının nasıl o noktada donup kaldığı; ve bu "noktanın" hastanın yetişkinliğinde yaşadığı önemli ilişkilerde nasıl tekrar tekrar yansıtıldığı ve yeniden ortaya çıktığı, bu şekilde "şimdi"nin "geçmiş"e döndürüldüğü tanımlanmaktadır. Masterson bu yaklaşımın kişilik bozuklukları için dizayn edildiğini ve şizofren birey için uygun olmadığını vurgulamaktadır.

Ancak hastanın gelişmekte olan egosu ve nesne ilişkisinin olgunlaşma ihtiyaçlarının karşılanması için tekniğin nasıl de-

giştirildiğini tarif ederken Masterson Yaklaşımı'nın bazı yönlerini ödünç alarak bunları şizofren hastaya uygulayacağım.

Pre-ödipal bozuklukların psikoterapisinde yapılan müdahalelerin gelişimsel ilerlemeye nasıl paralel bir sıralama izlediğini göstereceğim.

GELİŞİMSEL KURAM ÜZERİNE BİR NOT

Freud'un çocuğun psişik dünyasını yeniden inşa etmesini, çocukların klinik olarak doğrudan gözlemlenmesi takip ediyordu. Bu gözlemcilerin arasındaki en önemli kişilerden biri Winnicott'tu. Winnicott "çocuk diye bir şey yoktur" diyerek, onun yerine "maternal bir çevre içinde bulunan bir bebek vardır" demişti (1958, s. 99). İlişkilerin çocuk ruhunun iç dünyasında ne kadar erken yer ettiği yeni bir yapının temel taşını oluşturmuştur: Bu Melanie Klein'in çalışmalarının öncülük ettiği ve Anna Freud, Rene Spitz, John Bowlby, Jean Piaget, D.W. Winnicott, Erik Erikson, Margaret Mahler ve diğerleri tarafından geniş bir bilgi kütlesine dönüştürülen gelişimsel kuramdır. Mahler'in kavramları üzerinde durdum ancak gelişimsel düşünce üzerine yapılan herhangi bir beyanda diğerlerinin etkisini yadsımak imkânsızdır. (Mahler'in kendisi de çalışmasında bu diğerlerinin kavramlarını sentezlemiştir.)

Masterson'un gelişimsel kuramı klinik kuram ve tedaviye uygulaması, ayrıca dürtü kuramına ve daha sonra bu kuramdan doğan diğer kuramlara da dayanmaktadır (bu kuramlar sık sık büyüyerek ego psikolojisi, nesne ilişkileri kuramı ve kendilik psikolojisi gibi özerk ekoller oluşturmuşlardır). Masterson'un çalışmasının bu incelemesi aynı kavramsal çerçeveyi muhafaza etmektedir.

ŞİZOFREN HASTA

Gelişimsel Model

Margaret Mahler, Freud'un "kapalı bir psikolojik sistem modeli" için kullandığı yumurta benzetmesini ödünç almıştır. Margaret Mahler bunu kendi normal otizm kavramını tarif

etmek için kullanmıştır. Mahler'in Freud'un tanımından yaptığı alıntı şöyledir: "Dış dünyanın uyaranlarına kapalı ve beslenme gereksinimlerini bile otistik olarak tatmin edebilen bir psişik sistemin iyi bir örneği... beslenme kaynağı kabuğunun içinde bulunan bir kuş yumurtasıdır; yumurta için annesi tarafından tedarik edilen bakım sadece ısı tedariği ile sınırlıdır" (Mahler, 1967, s. 78).

Mahler, Freud'u hala takip etmekle beraber birincil narsisizmin iki alt evresi arasında ayırım yapmaktadır. "Normal otizm" adını verdiği ilk evre yumurtaya en çok benzeyendir ve belirtisi "çocuğun bir anne etkeninin varlığının farkında olmamasıdır". "(Yaklaşık üç aylıkken başlayan) gerçek sembiyotik evre" adını verdiği ikinci evrede ise "çocuk ihtiyaç tatmininin, ihtiyaç tatmin eden bir parça nesneden geldiğini belli belirsiz algılamaya başlar" (1967, s. 79-80). İlk alt evreden ikinci alt evreye geçiş bebek üç veya dört haftalıkken meydana gelen bir "olgunlaşma krizi" ile olur. Mahler bu noktada John Benjamin'in tespitlerinden bahseder; bebek uyaranları öylesine artan bir hassasiyetle deneyimlemeye başlar ki annesi artık hem psişik, hem de fiziksel olarak bebeği korumak zorundadır. "Neredeyse tam (sağlam) olan bu uyaran bariyeri... -dış uyaranları dışarıda tutan *bu otistik kabuk*, çatlamaya başlar." Bu kabuğun yerine "pozitif olarak katetik bir uyaran kalkanı oluşmaya ve anne-çocuktan oluşan ikili birliğin sembiyotik çemberini kuşatmaya başlar" (1967, s. 83-84). "Sembiyotik evrenin zirvesinde spesifik gülümseme tepkisi" yeni ve benzersiz anne-bebek ilişkisinin kabulünü temsil eder ve bebek beş aylıkken "sembiyotik eş artık değiş tokuş edilemez" (1967, s. 82).

Mahler sembiyotik ilişkinin özelliklerini renkli bir şekilde tarif etmektedir. Bu ilişki "tümgüçlü bir sistem, tek bir ortak sınır içinde ikili bir birliktir" (1967, s. 78). Mahler bebeğin anneyi kendi "iç çevresine" çekerek nasıl adapte olduğunu (Hoffer), annenin de "yeterli annelik" yaparak buna nasıl karşılık verdiğini (Winnicott) tanımlamaktadır. Anne "sarılma davranışı" ile (Winnicott) iç ve dış dünyalar arasında arabuluculuk yapar ve bebeğin "sembiyotik düzenleyicisi (organizatö-

rü)" olur (1966, s. 60; 1967, s. 81). Mahler, Spitz'den alıntı yaparak sembiyotik anne, bebeğin "(dış) yedek yönetici egosu" gibi işlev görerek uyaranlara karşı "canlı bir koruma kalkanı" gibi hareket eder demektedir (1966, s. 60). Anne "gerçeklik dünyasında bir oryantasyon ışığı" olarak hareket ederken diğer yandan kırılgan bebekle dış dünya arasında arabuluculuk yapan "anne-çocuk ikili birliğinin 'sembiyotik zarı'nı da" muhafaza eder (1966, s. 62).

Bu ikili birliğin koruması içinde bebeğin psişesi yapı geliştirmeye başlar. Mahler şöyle demektedir: "Sadece sembiyoz yeterli ise bebek kademeli ayrılma ve bireyleşme evresine girmeye ve tutarlı bir kendilik imgesi elde etmeye hazır olur" (Mahler & Gosliner, 1955, s. 111). Daha bu evrede bile "iç ve dış algılar" arasında aracılık yapmaya başlayan bir "temel (tam gelişmemiş) ego" vardır; ayrıca iç duyulara odaklanmış ve dış gerçeklikle duyusal algılama yoluyla aşinalığı olan bir "vücut kendiliği" duygusu da oluşmuştur (1967, s. 80). Ve bu ilk aylar süresince bile Mahler (A. Freud'dan alıntı yaparak) nesne ilişkilerinde hayati bir değişim gözlemler: "O sihirli tümgüçlülük halüsinasyonu evresinde annenin memesi veya biberon kendiliğe *ait iken*, üçüncü aya doğru nesne *spesifik olmayan, ihtiyaç giderici* bir parça nesnesi olarak algılanmaya başlanır" (1967, s. 81).

Parça nesneleri algılama eğiliminin bebeğin hayatının ilk üç ayında başladığı unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Mahler'e göre bu algı "henüz kendiliğe veya kendilik olmayana (nonself) tahsis edilmemiş 'zevk alınan-iyi' ve 'acı verici-kötü' izlenimleri içeren dağınık anı adacıkları" halinde tezahür eder (Mahler & Gosliner, 1955, s. 112). " 'İyi' ve 'kötü' anı adacıklarının iki büyük bölüm halinde kendiliğin iyi ve kötü parça imgelerinde toplanmaları ve bunların ilkel entegrasyonu, ayrıca bu anı adacıklarının annenin bölünmüş iyi ve kötü parça imgelerinde toplanmaları" majör bir gelişimsel başarıdır ve "çocuğun hayatının ikinci yılından evvel" meydana gelmez (s. 114).

Son ve gelişimsel kesintiyle ilgili en önemli nokta olarak Mahler bebeğin hayatının ilk iki ayı gibi çok erken bir dönem-

de bile "şartlı öğrenmenin var olduğunu" ve "üçüncü aya doğru... hafıza izlerinin varlığının deneysel olarak kanıtlanabildiğini" söylemektedir (1967, s. 81). Sembiyotik evrede asıl hafıza başlar ve onunla beraber takıntı ve regresyon/gerileme kapasitesi de başlar.

Patolojik Model

Ön not. Bu tartışma şizofreninin psikojenik yönüyle sınırlandırılmıştır. Yaratılış mı ortam mı tartışması bu karmaşık konuyu bir "ya o ya bu" seçimi haline getirerek uzmanları ikiye bölmekte ve hastalarla ailelerine fazladan bir yük yüklemektedir. Şizofreninin etiyolojik faktörleri konusunda bir tartışma salt psikodinamik kavramların veya gelişimsel paradigmaların ötesine geçmektedir. Ancak; şizofreninin biyopsikolojik etiyolojisinde bu bozukluğun oluşmasında ve muhafaza edilmesinde etkili olan birçok önemli dinamik faktör vardır, şeklinde bir hipotez de geliştirilebilir.

Mahler sembiyotik psikotik çocuğu "psikoz gelişimine karşı yaratılış olarak incinebilir ve yatkın" olarak tanımladığı zaman, yukarıda sözü geçen değişkenleri içeren bir bağlam sunmuş oldu. "Çocukta, patojenik anne-çocuk ilişkisinin kısır döngüsünün yaratılmasına yardımcı olan ve yaratılıştan gelen bir ego kusuru vardır; bu kusur çocuğun ayrılma ve bireyleşme girişimlerine zararlı olacak şekilde etki eder." Anne de bu sürece kendi patojenik aşırı anksiyetesini veya aşırı korumacılığını katınca, süreç pekişir (Mahler & Gosliner, 1955, s. 116).

Mahler çocukluk psikozunun tanımlanması ve tedavi edilmesi konusunda öncü çalışmalar yapmıştır. Normal sembiyozla, normal sembiyozun şizofreniye yol açan patolojik aksaması arasındaki paralelliği bulan da Mahler'in kendisidir. Ben, aşağıdaki açıklamalar kapsamında Mahler'in bu modelini takip etmekteyim:

1. Mahler *otistik* psikotik çocuk ve *sembiyotik* psikotik çocuk arasında kesin bir ayırım yapmıştır. Kendisiyle kurulacak herhangi bir ilişkinin başarı sayılacağı bir Otistik psikotik çocuk "insanlara ilişkin ortamlarla temasının doğuştan eksik olduğu-

nu" gösterir (1952, s. 138). Diğer yandan sembiyotik psikotik çocuk ise ego saplantısına varan bir regresyon (gerileme) tablosu arz etmeye başlar. Bu çocuklar "otizmi, elde etmeyi başardıkları minimal bireysel öğeyi kaybetme korkusundan korunmak için bir araç olarak kullanırlar" (s. 151). Bu bölüm sembiyotik psikoz üzerinde durmaktadır.

2. Benim üzerinde duracağım konu, klinik deneyimimin içerdiği ergen ve yetişkinlerde şizofreni konusudur. Bu, Mahler'in çalışmalarının çarpıtıldığını göstermez, çünkü Mahler; "psikotik çocukla yetişkin şizofren sendromu arasındaki esas farklar yapısal ayrışmaya bağlı görünmektedir [egonun, süper egonun ve id'in]" (1952, s. 158) diyerek çocuklukla ileri yaşlarda ortaya çıkan şizofreni arasında bağlantı kurmaktadır.

Mahler psikotik çocuğu "ayrılma-bireyleşme evresinin başında veya bu evre sırasında kendi başına (ayrı) işlev görme tehdidinden kaçarak sembiyotik-parazitik ve panik dolu bir regresyon durumunda" olarak tanımlamaktadır (Mahler & Furer, 1960, s. 223). Benim buradaki varsayımım, ergen-yetişkin şizofrenin de benzer olgunlaşma zorluklarının baskısı altında kaldığında benzer bir regresyon yaşadığıdır; bu durum özellikle bireyin serbest kalma (tek başına dünyaya açılma) yaşları olan 16 ve 21 yaşları civarında meydana gelmektedir. Psişenin çocukluk yaşları yerine daha geç yaşlarda eski kaynaklarına geri dönmesi, onlara başvurması olayı Masterson tarafından "yaratılış, ortam ve kader" olarak genel tanımı yapılan faktörlerin türü ve yoğunluğuna bağlı gibi görünmektedir. Sağlıklı bir psişe bile bunaltıcı stres durumu karşısında kendiliğini korumak için gerçeklerle ilişkisini savunmacı ve geçici bir şekilde kesebilir. Olgunlaşmamış bir psişik yapıda, ailenin yardımcı ego desteği azalırken normal gelişimin bireysel sorumluluğu tehdit ettiği sırada gerilemesi söz konusu olabilir. (Bağlanacak) bir nesne imgesi bulunamadığı zaman" bazı bireyler değişik yaşlarda "regresif bir psikotik savunmaya" başvuracaklardır; bu "tepkisel eskiye dönme" sırasında ego "mutluluk verici okyanus duygusunu, 'nesne' ile bir olma duygusu-

nu" geri getirmeye, tekrar elde etmeye çalışır (Mahler & Gosliner, 1955, s. 129).

Patolojik model. Dürtü kuramı regresyon üzerinde durmaktadır. Ego psikolojisine kaydığımızda ise, psişenin saplanması, yani egonun gelişimsel kesintiye uğraması, regresyonla eşit önem kazanır. Kendi işlevlerinin olgunlaşmasını ve dürtülerinin idaresini destekleyen psişenin yapısını inceliyoruz.

Psişe hangi noktadan sembiyotik-psikotik savunmacı temele geri kaçarsa, o temel aynı dinamik planı gösterir. Mahler'in sözleriyle: "Annenin zihinsel temsili kalır, sürer veya annenin zihinsel temsili ile regresif olarak *kaynaşılır*, yani annenin zihinsel temsili kendilikten *ayrılmış olmaz*. Bu tasarım hastanın tümgüçlülük sanrısına (kuruntusuna) katkıda bulunur" (1952, s. 139). Veya: "Normal sembiyoz evresine tekabül eden bu ihtiyaç karşılayıcı nesne ilişkileri sürecinde, anne hala anne-çocuk ikili birliğinin tümgüçlü yörüngesine katılmaktadır" (1965, s. 156).

Mahler hem regresyonun/gerilemenin hem de saplanmanın şizofren bireyin sorunlarındaki rolünü açıklamaktadır. Mahler, herhangi bir yaşta ortaya çıkan sembiyotik psikozun "merkezi sinir sisteminin kontrol edici, yönlendirici ve bütünleştirici kısmında, yani 'ego'da oluşan işlevsel bir arıza"yı temsil ettiğini söylemektedir (1965, s. 159). Bu aksama sırasında psişe nesne dünyası üzerindeki hakimiyetini kaybeder ve iç dünyasında el koyabileceği (hakim olabileceği) ilkel (yarım yamalak) ne kaldıysa ona sarılır. Ancak bu psikotik düşüş ne kadar korkunç görünürse görünsün, halen egonun hizmetindedir: "Psikotik nesne ilişkileri ilkel veya parçalanmış bir egonun telafi girişimleridir ve hayatta kalma amacına hizmet ederler, çünkü hiç kimse nesnesiz bir durumda yaşayamaz" (Mahler & Furer, 1960, s. 192).

Gelişimsel duraklama nasıl meydana gelir? Mahler bu kavramı kullanmamaktadır ama bu kavram onun ego-psikolojik eğilimi ile tutarlıdır ve Masterson'un Mahler'in çocuklukla ilgili görüşlerini yetişkin borderline hastaya uygulamasında büyük önem taşır. Mahler, ona gelen çocukluk (bebeksi) psikozu va-

kalarının yarısında "yeterince iyi bir anne"nin (Winnicott) mevcut olduğunu ve psikozun nedeninin muhtemelen çocukta "doğuştan var olan bir hassasiyet" olduğunu ifade etmektedir.

Ancak vakaların diğer yarısında Mahler patolojik anne-çocuk etkileşimini net olarak betimlemiştir: "Depresyonu nedeniyle annenin duygusal açıdan olması gerektiği şekilde mevcut bulunamadığını sık sık görmekteyiz; ya da bunun tam zıddı bir durum da görülebilmekte, bu kez anne çocuğun kendine uygun hızda doyum ve engellenme deneyimlerini yaşama ihtiyacını yok sayarak onun doyum-engellenme deneyimlerine fazlasıyla müdahale etmekte, çocuğun filizlenmekte olan egosunu boğmaktadır" (1965, s. 161). Buna ek olarak, çocuk ayrılma ve bireyleşme çabalarında bulundukça annenin bu yaklaşımı pekişir (gelişimsel evrelerin üst üste binmesi, çakışması olgusu da her zaman akılda tutulmalıdır): "Annenin o ana kadar arz ettiği çocuğuna aşırı düşkün yaklaşımı, ayrılma-bireyleşme evresi başladığında aniden değişirse, bu değişim sembiyotik çerçevede aşırı kaygılı olan bir annenin bu yaklaşımının patojenik etkisini daha da artırır... Bunu tamamlayan bir başka patojenik faktör de çok iyi bilinen parazitik, çocuğunun büyümesine izin vermeyen anne tipidir; bu anne aşırı korumacılığını artık gerekmediği ve faydalı olmadığı evreden sonra da devam ettirme ihtiyacı hisseder" (Mahler & Goslinger, 1955, s. 116).

Bu kısır döngü ister zor bir çocuk, ister zor bir anne ile başlamış olsun, patoloji anneyle çocuk arasındaki ilişki kendini düzenleyememeye başladığı zaman başlar; "Anneyle çocuğun birbirlerine sinyaller göndererek birbirlerinin sinyallerini alabilmesini sağlayan karşılıklı ilişkide, yani aralarında olması gereken uyumlu ve öngörülebilir etkileşimde" bir aksama olduğunda patoloji başlar (1961, s. 270).

Klinik Tablo

Kuramsal olarak, şizofren hastanın sergilediği klinik tablo, şiddetli ayrılma stresi ile karşı karşıya kaldığında egosunun parçalanmasını engellemek için umutsuzca sembiyotik bağ

kurmaya çalışan bir birey şeklindedir. Terapistin işlevi şizofren hasta ile sembiyotik işlevsellik düzeyinde ittifak kurmak ve bu konumu pekiştirmek, bu şekilde de daha yüksek düzeyli bir adaptasyonun tekrar elde edilmesini veya baştan inşa edilmesini sağlamaktır.

Buna göre ilk hedef sembiyotik bir aktarımın oluşmasını kolaylaştırmaktır. Bunu yapmak için, hastanın terapinin en başından itibaren terapiste tekrar tekrar verdiği tepki olan aktarım eyleme vurumunu terapötik olarak karşılamak gerekir. Masterson kişilik bozukluğu hastaları ile ilgili olarak aktarım eyleme vurumunu hastanın içsel nesne dünyasının "terapist üzerinde aktivasyonu ve yansıtması" olarak tanımlamıştır (1981, s. 148-149).

Kişilik bozukluklarındaki aktarım eyleme vurumundan farklı olarak, sembiyotik aktarım eyleme vurumu, psikotik bir aktarımdır ve bu aktarımda hastanın yansıtmaları ile terapistin gerçekliği arasındaki ayırım (tüm diğer kendilik ve nesne ayırımlarıyla birlikte) ortadan kaybolur. Başka bir deyişle, ortada sadece bir ittifakın hafif izleri vardır ve bu zayıf ittifak, başta kurulmuş olan pozitif sembiyotik aktarım başlangıç noktası olarak kullanılarak yavaş yavaş geliştirilmeli, daha sonra da negatif öğeler yavaş yavaş bu ittifakın içine entegre edilmelidir.[1]

Bu ilkel aktarımın öğeleri nelerdir? Hasta tarafından terapiste yansıtılan içsel dünya ayrıştırılmamış bir dünyadır. Ne kendilikle başkaları arasında elle tutulur bir ayırım mevcuttur ne de, iyi ve kötü arasında net bir ayırım yapılmaktadır. Ego, ilkel bir beden egosundan ibarettir.

Bu psişik organizasyon düzeyine gerilemiş (öteden beri o noktada var olan bir takıntıdan dolayı bu düzeye gerilemiş) olan bir hasta, yüzeysel olarak o noktayı takip eden olgunlaşma evrelerini atlatabilmek için yeterli bir adaptasyon düzenle-

---

1 Şizofrenik bireyde bu ittifakı kurmaya muktedir bir "kendilik" mevcut mudur? Benim deneyimlerime göre şizofren bireyin kendiliğine verdiği değer kimsede olmadığı kadar şiddetli ve varoluşsaldır ve bunun nedeni şizofren bireydeki kendilik duygusunun aşırı narin ve zayıf olmasıdır. Şizofren birey için delilik ve intihar "kendilik" kaybına karşı kabul edilebilir savunmalardır.

mesi yapabilmiş bir bireydir; özellikle de ailesi bireyin kusurlu içsel formasyonunu telafi etmesine yardımcı olacak dış ego yapısını, yani ikincil ego kuvvetini tedarik edebildiyse, şizofren birey takıntının oluştuğu noktadan sonraki olgunlaşma evrelerini yüzeysel şekilde geçebilmiştir.

Ayrılma stresi ile karşılaştığında (genellikle ergenlik çağındaki birey dürtülerinden kaynaklanan içsel baskılarla serbest kalması ve dış dünyaya açılması beklentilerinin empoze ettiği dışsal baskılar arasında kaldığı zaman) kendilik artık aileye sarılmayı, onların arasına karışmayı bir savunma olarak kullanamaz hale gelir ve kendi içsel dünyasında özerkliği destekleyecek yeterli kendilik veya nesne tasarımları bulamaz. "Sahte, savunmacı kendilik çöktüğünde" sembiyotik yapı öne çıkar (Masterson, 1985, s. 31-32). Hastanın kendiliğinden geriye kalan parça, sembiyotik bir aktarım içinde terapistle bir ittifak kurarak çözülme tehdidine karşı savunma yapar.

Sembiyotik aktarım nasıl kurulur? İlk bakışta bu kolay bir adım gibi görünmektedir. Şizofren hasta savunmacı olmayan terapist üzerinde bir çeşit etkileşim çekimi yaratır; bu çekim hasta ile temasta bulunan kişilerde genellikle merak ve ilgi doğuran, bir tür onarıcı bağ kurmaya hazır olma durumudur (tabi böylesine ilkel bir düzeyden hatırlanan merak ve ilgi duyguları hastada savunmacı bir antipatiye neden olmadığı zaman).

Ancak dış dünyada kaybedilme tehdidi altında olan bu sembiyotik bağ algılanan içsel tehlikelere de sahiptir. Mahler'in (çocukların tedavisinden bahsederken) dediği gibi "sembiyotik anneyle tümgüçlü birliğin onarılması" hedefi "panik dolu bir kaynaşma ve kendiliğin çözülmesi korkusuna" yol açabilir (1965, s. 162). Bu nedenle terapist ince bir ip üzerinde yürümektedir ve Mahler'in kendi sözleriyle "*hastanın son derece kademeli olarak kendi hızına uygun şekilde gerçeklik testi yapmasına izin vermenin* çok önemli olduğunu" unutmamak gerekir (1952, s. 152).

Sembiyotik aktarımın hedefi, hastanın hayatında ilk kez gerçekten güvenli bir sembiyoz duygusu oluşturmasını sağla-

mak amacıyla tedavi edici bir terapötik ortam oluşturmaktır (çocuklarla çalışan Mahler ekibi, bir "ıslah edici sembiyotik deneyim" yaratmak için terapistin de yardımıyla mümkün olduğu zaman annenin kendisini kullanmışlardı. [1960, s. 224].) Anksiyete azaldıkça gerileme de ters yöne döner ve psişe daha istikrarlı bir intrapsişik yapı kurdukça gelişimsel aksama azalır.

Sağlıklı bir sembiyoz duygusunun inşa edilmesiyle, iyi duygu "adacıkları" birbirleri ile yeterince uyum sağlayarak kötü duygu "adacıklarının" da benzer bir uyum içine girmesini sağlar; ancak bunlar olagelirken hasta oluşmaya başlayan "kötü" duyuların "iyi" olanları yok edeceğine dair korku ve endişe duymaz. Bir kez bu bölünmüş iyi ve kötü içsel dünya kurulduktan sonra hasta ayrılma-bireyleşme evresinin alt evresi olan ayrılma alt evresinin patolojik eşdeğerini aşmak için uğraşmaya başlar.

Şizofreninin kuramı ve tedavisini kavramlaştırırken Searles ve Spotnitz'in muazzam başarılarından uzak durmak zordur. Tanımlamaya çalıştığım aktarım zaten Searles tarafından "ikirciklilik öncesi sembiyoz" olarak tanımlanmıştır (1965, tümü). Spotnitz ise bu aktarımı "narsisistik aktarım" olarak tanımlamıştır (1969, tümü). Searles'in çalışmaları terapist için, nesne dünyasından ne kadar kopuk görünürse görünsün aslında şizofren hastanın özünde olan insani ilişkilerle temasını kaybetmesine izin vermeyen empatik bir rehber gibidir. Searles'in çalışmaları, şizofren hastanın karşılıklı içe yansıtmalar ve yansıtmalar ihtiva eden bir terapötik etkileşim aracılığıyla bir kendilik duyusu inşa etme ihtiyacını anlayabilen deneyimli terapistler için bir rehber görevi görmektedir. Spotnitz'in çalışmaları ise daha kesin ve spesifik teknik detaylar sunmaktadır.

Hasta tarafından eyleme vurulan sembiyotik aktarımı temel alan bir terapötik bağ kurmak ve bunu kullanmak terapistin sorumluluğundadır. Terapist, hasta ile bu sembiyotik düzeyde boğulmadan veya baştan çıkarılmadan buluşmak için gerekli psişik toleransa sahip olmalıdır. Terapistin karşısına çıkacak en büyük tehlike hastanın birleşmeye olan regresif ihtiyacına katılırken terapötik kendiliğin kaybedilmesidir. Searles'in dikkat

çektiği gibi, tehlikelerden biri terapistin kendi psikotik karşı aktarımını idare edememesidir (1965, s. 254 ve devamı). Ayrıca Spotnitz de bir uyarıda bulunmakta ve optimum bir çalışma ortamı elde edebilmek için hastanın (ve sanırım terapistin de) anksiyete düzeyinin titrelenmesi gerektiğini söylemektedir (1969, s. 892-893).

Sembiyotik aktarım hastayla terapist arasında terapötik bir bağ kurulmasını gerektirir ve terapist sezgisel kapasitesini her zamankinden daha fazla kullanmak zorunda kalacaktır. Bir hastamın dediği gibi terapist "sol kulağıyla duymalıdır" (yani beyninin sağ yarısı, yani sezgisel yarısı ile algılamalıdır). Tabi aynı zamanda terapistin egosunun sağlam bir şekilde gerçekliğe bağlı kalması da elzemdir.

Şizofren hastaların terapistin sezgisel başarısızlıklarına şiddetli tepki gösterdikleri sık görülen bir durumdur, ama terapistin gerçekçi olma konusundaki başarısızlıklarına da aynı şiddetle tepki gösterirler (ki bu genellikle annenin çocuğunun olgunlaşma ihtiyaçlarına regresif müdahalesinin karşı aktarımsal tekrarıdır). Belki de Masterson Yaklaşımı'nın şizofren hastanın tedavisine en çok uygulanabilecek öğesi, terapistin hastanın mümkün olan en adaptif ve gerçekçi şekilde davranacağını bekleyebilmesi ve *beklemesi gerektiği* inancıdır. Bir terapist regresyon beklentisi içindeyse regresyon ortaya çıkar. Eğer terapist ketleme veya adaptasyon beklentisi içindeyse, bunlarla bir dereceye kadar da olsa karşılaşacaktır ve unutmamak lazımdır ki şizofrenide manzarayı değiştiren en önemli şey "derecelerdir".

Dalgalanan Parça Birimler. Dalgalanan parça birimler kavramı gelişimsel müdahaleler düşüncesi için zorunlu bir varsayımdır. "İyi" ve "kötü" parça birimlerinin gittikçe hızlanan dalgalanması tam bir kendilik duygusunun ve "öteki" duygusunun kademeli olarak ortaya çıkmasına işaret eder. Ayrıca söz konusu dalgalanmanın derecesi ve zorluk/kolaylık seviyesi, gelişimsel aksamaları bu ilkel kendilik statülerini kopyalayan hastalarla çalışırken tanı için kullanılabilecek bir işaret teşkil eder. Hasta gelişimsel süreçte ilerledikçe dalgalanma artar.

İçsel dünyanın iki majör "iyi" ve "kötü" duygulanım durumuna bölünmesi ve sırayla "kendilik" ve "öteki" ile ilgili kısmî tasarımları birleştirmesi, gelişim evrelerinden ayrılma-bireyleşme evresini ve onun patolojik kardeşi olan kişilik bozukluğunu karakterize eder. Sembiyotik evrede içsel dünyanın, ayırımın var olmadığı bir içsel dünyadan iyi ve kötü alanlarının rutarlı bir şekilde var olduğu bir içsel dünya haline getirilmesi çok zor bir iştir. Bu zor görev başarıldığı zaman bu evre tamamlanmış olur ve çok derin bir algı değişimi elde edilmiş olur (ancak bu değişim elde edildiğinde bile iyi ve kötü duyguların net olarak ayrılmış parça birimlerine bağlanması hala gerçekleşmemiştir).

Sembiyotik aktarım içsel dünyadaki bu görüş değişiminin meydana gelmesini sağlayacak kadar sağlam olmalıdır. Terapinin bu evresinde hastanın kendiliğini ve terapisti iyi veya kötü olarak algılaması arasında asgari bir dalgalanma olmalıdır, çünkü birbirinden tümüyle farklı bu iki yaklaşımın varlığının kabul edilmesi dahi bir başarıdır.

Şizofren hasta ile çalışılırken terapistin varlığı kişilerarası düzeyde bir uyarıcı bariyer görevi görmeli, bu bariyerin onarılmasını sağlamalıdır. Terapist (çocukluk yaşlarındaki anne gibi) biyolojik bir hadisenin yerini sosyal bir öğe ile doldurarak psişik yapının oluşması için güvenli bir çalışma alanı tedarik etmektedir.

Katılma ve aynalama teknikleri. "Katılma" Spotnitz'in psikolojik refleksiyon tekniğine verdiği isimdir (1969, s. 40). Aynalama ile yakından ilişkili olan bu teknik, hem literal hem de alt algısal düzeylerde yankı bulan bir görüş birliğinin ifade edilmesidir. Benjamin Margolis'in sözleriyle: "... Nasıl ki hastanın aleni direnç iletişimi alttaki duygusal eğilimlerine bağlıysa, analist de bu aleni direnç örüntüsü ile ittifak kurarak ve buna katılarak bu eğilimlere ulaşabilir. Başka bir deyişle, analist tezahür eden dirence katılarak o direncin arkasında saklanan bilinç dışı güçlere de hitap eder" (1986, s. 22).

Katılma tekniğinde sözcükler kullanılmasına rağmen aslında bu teknik düşünceden çok duygulara yakın bir iletişim şek-

lidir ve bu nedenle neredeyse sözsüz olma özelliğine sahiptir. Sembiyotik aktarım içinde olan şizofren hasta için sessizliğin kendisi bir çeşit birleşme ve katılım anlamına gelmektedir, çünkü sözcükler, ne kadar empatik şekilde kullanılırlarsa kullanılsın sonunda kaçınılmaz olarak terapistle hasta arasındaki ahenk eksikliğine dikkati çekeceklerdir. Spotnitz'in belirttiği gibi: "*Hareketsiz sessizlik;* seni herhangi bir şekilde rahatsız etmek istemiyorum" mesajını verir (1969, s. 178).

Sessizliğin kullanılmasının yanı sıra sürekli olarak ve tedbirli bir şekilde, bağlanma ihtiyacı ile boğulma korkusunu dengelemeye çalışan şizofren hasta ile çalışırken terapistin ses tonu ve asgari, izinsiz olmayan faaliyetlerde bulunması hayati önem taşımaktadır. Terapist sakin ama kopuk ve uzak olmayan bir şekilde nötr olmalı ve uygun (ve dikkatle izlenebilen) duygular göstermelidir ama bu duyguları hastaya empoze etmemelidir (dayatmamalıdır). Aslında en önemli nokta terapötik bir denge yakalamaktır, çünkü deneyimlerime göre, her ne kadar şizofren hasta duygusal olarak kendisine zorla karışılmasından korkuyorsa da, mekanik ve insancıl olmayan bir yaklaşımdan da aynı şekilde korkmaktadır; şizofren hastalar terapötik tarafsızlıkla soğuk ilgisizlik veya savunmacı uzaklaşma arasında şaşırtıcı şekilde doğru ayırım yapabilmektedirler.

Margolis katılma ile aynalama arasında bir ayırım yapmaktadır: "Aynalamada... hasta ile terapist arasındaki anlaşma iletişim şeklindedir; bu iletişimde terapist kendi durumu veya yaklaşımını hastanınkine uydurur" (1986, s. 23). Bir başka deyişle, aynalama katılmadan daha ayırıcıdır. Margolis (s. 24) hem katılma hem de aynalama örnekleri vermektedir.

Katılma:

H: Annem benimle ilgilenmektense eğlenmeyi tercih ediyordu.
A: Seni ihmal ediyordu.

Aynalama:

H: Analizim pek iyi gitmiyor, pek başarılı değilim.
A: Belki de başarılı olmayan benim.

Gelişimsel paradigmanın bakış açısından bakarsak, katılma bir teknik olarak aynalamadan evvel gelir. Aynalama hastanın gittikçe artan kişilerarası farklılaşma girişimlerini cevaplar. Katılma ise duygusal örtüşme ile alakalıdır; ayrıca kendilikle başkaları arasında elle tutulur bir ayırımın algılanmasından evvel ortaya çıkan duyulara geçerlilik kazandırılması ile alakalıdır.

Sadece terapistin varlığı bile (başlangıçta) hastanın dikkatini nesne dünyasının varlığına çekmeye yettiği için sözel müdahaleler asgari seviyede tutulmalıdır (Spotnitz [1965, s. 65] bu "sözlü beslemelerin" seans başına iki ila beş adet olarak sınırlandırılmasını tavsiye etmektedir). Ne kadar ender olarak yapılsalar da müdahaleler kaçınılmaz olarak okyanus kaynaşması hissini bozacak ve hastanın öfkelenmesine neden olacaktır; ve terapist katılma işlemini yenilemek durumunda kalacaktır. Terapist aynı zamanda, saldırgan dürtüleri yönlendirme ve nötralize etme ve ikircikliğe karşı hoşgörülü olma kapasitesini şekillendirir.

Müdahaleler direnç noktalarında kullanılır; özellikle de hastanın seansta bulunmaya, seansta konuşmaya veya sembiyotik aktarımın oluşmasına karşı direnç gösterdiği noktalarda müdahale edilir. Başarılı müdahaleler, hastanın sözel performansını engelleyen anksiyetelerini çözmesine yardımcı olarak, bu dirençlerin eyleme vurumunu sınırlayan müdahalelerdir.

Başlangıçta hasta, terapistin katılma tekniğini kullanması ile bir güvende olma duygusu edinir ve bu güvenlik duygusu hastalığının regresif düşüşünü durdurur. Terapi devam ettikçe hasta telafi edici bir yükselişe geçmeye başlar; bu evrede terapistle hasta arasındaki sembiyotik aktarıma sessiz bir ittifak duygusu eklenir. Bu ittifak henüz tam olarak ortaya çıkmamış olan (altta yatan) bir bireylerarası sürecin varlığına işarettir. Fikir ayrılıklarına izin verilir (heyecanla karşılanmaları ve teşvik edilmeleri şart değildir) ve gelişmekte olan bir intrapsişik yapının varlığı hissedilmeye başlanır. Bu noktada terapist meydana gelmekte olan değişime karşı uyanık olmalı ve bu değişimi, müdahalelerinde de değişiklik yaparak yapıcı bir şekilde karşılamalıdır: Katılmadan aynalamaya oradan da yüzleş-

tirmeye ve diğer ego-destekleyici, kendiliği kabul ettirici yaklaşımlara ve burada-şimdi yorumlamalarına geçilir. Bu sıralama istikrarlı olmayacak, düzensiz olarak ortaya çıkan regresyonlarla kesilecektir, o zaman katılma tekrar gerekli olacaktır.

Vaka Summu

Ruth (müstear isim) Masterson Grup'a sevk edildiğinde 20 yaşındaydı. Aşina olduğumuz örüntüye uygun olarak ilk kez 16 yaşında bir dağılma yaşamıştı. Daha sonra aile yapısı içinde bir çeşit uyum elde etmeyi başarmış ancak evden ayrılıp üniversiteye gideceği zaman tekrar gerilemişti. Kısa zaman önce hastaneye yatırılmıştı ve hastanede kalışı esnasında katatonik motor davranışları olduğu ve bir keresinde de bir dolabın içinde kıvrılmış halde bulunduğu not edilmişti.

Hastaneden taburcu olduktan sonra eve dönen Ruth ilaçlarını almayı reddetmiş ve marjinal derecede bir psişik bütünlük muhafaza etmek için zekâsını ve obsesif-kompülsif savunmalarını kullanmıştı. Annesi babası ona destek oluyorlardı ama annesinin kaygılı hali ve hem annesinin hem de babasının aşırı müsamahakâr yaklaşımı kızın durumunun pekişmesine neden oluyordu. Ruth'un davranışı açıkça yıkıcı hale geldiğinde ve Ruth bir şeyleri kırmaya, bağırarak küfürler yağdırmaya ve üzerinde "seni öldüreceğim" yazılı notlar bırakmaya başladığında ailesi onu ayakta tedavi görmek üzere kliniğe getirdi.

Ruth'u ilk birkaç seansa annesi babası getirdi ve hasta seans boyunca parmaklarıyla kulaklarını tıkayarak tamamen sessiz kalmaya çalıştı. Kapıdan girerken ve çıkarken eşiği geçmek onu rahatsız ediyordu. Seansa gelmekten de gitmekten de nefret ediyordu ama seans sırasında kaçmaya çalışmıyordu. Zaman zaman sürünerek bir köşeye kıvrılıp "Bu bir yalan!" diye mırıldanıp bağırsa da, bazen "Dinleyin onu, doktor olan o!" gibi ümit verici yorumlar yapıyordu.

Buna ek olarak bir gün seans bittikten sonra dönüp kapımı çaldı. Gayet net bir ifadeyle (ama gözlerini kaçırarak) davranışlarının bana karşı olmadığını, bu nedenle alınmamam gerektiğini, yaptıklarının bir "protesto" olduğunu söyledi. Buna

cevaben sakince annesi babası endişeli olduğu için aileyle görüştüğümü ve istemiyorsa benimle konuşmak zorunda olmadığını söyledim. Ancak eğer bir gün benimle konuşmak isterse kendisi için bir randevu alabileceğini de ekledim. Ruth'un zaman zaman şizoid davranışlarını kesebilme kapasitesi gerilemenin onun vakasında oynadığı rolün şaşırtıcı bir kanıtıydı. Sıkışmış ve savaş halinde olsa da onun gerçek kendiliğinin seçimler yapabildiğini sürekli olarak hissediyordum.

Bu başlangıç evresinde Ruth sanki ben onun özerkliğine yapılan bir saldırıyı temsil ediyormuşum gibi davrandı. Ancak bozulmuş olan kendiliği de üzerimde bir etki bırakmaya çalışıyordu. Ruth'un kendisinin de seanslardan birinden sonra dönüp bana dediği gibi, savaş ikimizin arasında değil, kendi psişesi içindeydi.

Eyleme vurumu arttı ama bu sadece seanslarda oluyordu, bu da bana Ruth'un patolojisinin odağını sadece terapötik ortama indirgediği ümidini verdi. Aileyi Ruth'un kendiliğinin bir uzantısı olarak tedavi ediyordum (iyi bilinen bir aile terapisi tekniği) Ruth'un ikincil egosu olarak işlev görmeleri için sırtımı annesi ile babasına dayıyordum, çünkü Ruth'un terapisine ayakta devam edebilmek için tek yol buydu.

Ailesi onun kendiliğinin bir uzantısı olarak kullanılırken, beni de o uzantının bir devamı olarak görmeye başlayacağını umuyordum, ama bunu daha net bir ketlenme ve sınır koyma kapasitesi ile yapmasını ümit ediyordum.

Ruth aile seanslarına katılmayı reddetti ama bekleme odasında eşyaları oraya buraya fırlatmaya başladı. Bu davranışı ona kriz durumu yaşayan bir insan olarak tepki vermemizi istediğini gösteren net bir işaretti. Annesi ve babasının onu ofisime getirmeleri konusunda ısrar ettim. Takip eden birkaç seansta Ruth terapiye resmen sürüklenerek getirildi ve götürüldü; bu arada ben durumda bir değişiklik olmasını bekliyordum. Onun bu davranışlarının protestodan çok bir sınama olduğunu ve Ruth'un söylediğim her şeyi dikkatle dinlediğini düşünüyordum. Zaman zaman ona yardımcı olabilecek bir şey söylediğimi hissediyordum. Örneğin bir keresinde art arda kü-

fürler etti, ben de bunun sadece "büyümekle ilgili konuşmalar" olduğunu ifade ettim ve ödülüm Ruth'un sözel ve fiziksel olarak bir anlığına sessiz kalması oldu. Acaba zaman zaman yaptığım bu yorumlar faydalı mı olmaya başlamıştı?

Bu dönemde Ruth'un annesi ve babası kendilerini hakikaten bu işe adadılar. Benim sebat ve ısrarımın onların sınır koyma kapasitesini desteklediğini düşünüyorum; hatta bu sebat yavaş yavaş Ruth'un da sınır koyma kavramının mümkün olduğuna inanma ihtiyacını da tatmin etti. Ruth sınır koyma konusunda daha fazla kanıta ihtiyacı olduğunu ayakkabılarını bana fırlatarak gösterdi. Babasına kızını zapt etmesini söyledikten sonra (o şartlar altında olabileceği kadar sakin bir şekilde) Ruth'un artık seçme şansımızı elimizden aldığını ve ayakta tedavi göremeyeceğini, yatan hasta statüsünde tedavi görmesi gerektiğini söyledim ve seansı bitirdim.

Ruth buna bireysel seanslara tek başına ve sakin bir şekilde gelerek tepki verdi. Görünüşe bakılırsa ben durumun tüm şiddetini ortaya koyunca içinde bulunduğumuz düğüm çözülmüştü, bu da kısıtlama ve anlayış elde etmek için ümidimiz olduğunu gösteriyordu.

Seanslar sırasında Ruth sabit ve baskılı bir düşünce şekli gösterdi. Kendi içinde neler olup bittiğini, özellikle de nasıl olup da "kendisinin önemli bir kısmını kaybettiğini" anlamaya çalışıyordu. Onun tanımıyla, bir yanı kendini ifade etmek için savaşırken diğer yanı ezici bir uyumluluk talep ediyordu.

Ebeveyn-çocuk rekabetini kendilik tanımlaması üzerinden ne şekilde içselleştirdiğini anlıyordum ama Ruth verdiği savaşın bu nesne ilişkileri düzeyinde tanımlanması girişimlerimi hızla çürüttü. Ruth zor durumda olan ve savaş halinde olan tarafının da tahakküm edici ve talepkar olduğunu, bu tarafının kendisinden varlığı için elzem gördüğü ve kendi doğasının idealleştirilmiş, dışa dönük kısmı ile bağlantılı bazı tutum ve davranışları çiğnemesini talep ettiğini söyledi. Ruth'un içinde bulunduğu ikilem "bütüncül kendilik" ve "diğerleri" ile ilgili nesne ilişkileri açısından bir mana ifade etmiyordu ama duygusal açıdan çok netti: Kendilik ve nesne parça tasarımlarına bağ-

lanma konusunda dalgalanma gösteren eziyet edici ve idealleştirilen durumlar (iyi ve kötünün ekstrem, ilkel halleri) arasında sıkışıp kalmıştı.

Kendisinde "eksik" olan öğe Ruth'un kendiliğinin bu halleri iki ayrı kampa ayırma kapasitesiydi; ayrıca bu iki ayrı durumun "ayrı kendilik" ve "diğer" parça tasarımlarına bağlı olmaları gerekmekteydi. Bu sorun rasyonalizasyon gibi ileri ego işlevlerine hitap ederek çözülebilecek bir sorun değildi. Ruth sürekli içinde bulunduğu durumu rasyonalize etmeye çalışıyor olsa da onun mantık yürütmesine yardımcı olmak için yaptığım girişimler (yorumlama) daha fazla anksiyeteye neden oluyordu. Bu noktada içinde çantasını bana fırlatma isteği uyandığını söyledi. Ben de aynalama yaparak "sanırım seansın akışını bozdum" dedim. Bunun üzerine rahatladı ve içinde bulunduğu ikilem hakkında sözlü fikir yürütme işine devam etti.

Ruth'un benim de savaş ve uğraşının kendisine bizzat "kaulmama" ihtiyaç duyduğunu fark ettim; çoğunlukla sessiz bir şekilde onunla oturarak onun söze dökme çabalarının önemini onaylamama ihtiyacı vardı. Ruth durumuna bir anlam vermeye çalışırken bu çabasında onunla ahenk içinde olmam, onun için ona alakasız görünen mantığımı ona dayatmamdan daha önemliydi. İyi ve kötü tanımlamaları konusundaki obsesif ısrarı aslında onun "dünyadaki" iyi ve kötü algılarını düzenleme ihtiyacının bir yan ürünüydü.

Gelişimsel paradigmada iyi bir sembiyoz aracılığıyla onarım yapmak esastır. Mahler'in dediği gibi: "Güçlü ve yeterli bir sembiyotik evre, bu evreyi takip edecek olan başarılı kopma için ön gerekliliktir ve istikrarlı bir kendilik imgesi bu şekilde oluşur" (Mahler & Goslinger, 1955, s. 111). Bu düzeye gerilemiş olan bir hasta ile çalışırken terapötik amaç onu olgunlaşma mücadelesi nedeniyle arka planda, ikincil halde kalmış olan rasyonel hale geri dönmeye teşvik etmek değildir. Amaç mücadelenin kendisini kabul etmek ve hastaya sorunları çözümlemesi için kendini güvende hissedeceği tarafsız bir ortam sağlamaktır. Katılma mantığa değil daha çok duyguya hitap eden ve içerik yerine bağlama yönelik bir müdahaledir.

(Spotnitz tarafından kullanılan benzetme aç çocuğu besleme benzetmesidir; açlığın ne olduğunu izah etmek durumu düzeltmeye yetmez, çocuğu beslemek lazımdır).

O nedenle benim amacım Ruth'a nasıl olup da tüm nesnelerin ve ayrılmış duygularının durumlarının bir anlam taşımadığı bir düzeye gerilediğini izah etmek değildi. Amacım onun eziyet ve idealleştirme duygularına karşı verdiği mücadelenin geçerliliğini yansıtmak ve bu şekilde anksiyete seviyesini gerekli çalışmayı yapabilecek kadar düşürmekti. Bu yaptığım onun gerçek kendiliğini o "gelişimsel" düzeyde desteklemekti; bu şekilde orada olup bitenleri idare edebilecek kapasitede olduğuna dair inancı kuvvetlenecek ve daha başka zorluklara meydan okumak için kendine güveni artacaktı.

(Böyle zamanlarda gerçek annenin yeterince iyi olmayabileceğine dair kaygısını ve yaptığı anneliğin yeterli olduğuna dair tasdik bulmak için çocuğun gelişim evrimini itmesini görür gibi oluyorum. Bu vakada rehberim şu karşı aktarım olmuştu: Ruth'un rasyonel anlayışa doğru hızla ilerlemesi için kendime yaptığım baskı. Ayrıca annenin tepkisini de ilk elden gözlemleyebilmiştim: Bu oldukça zeki kadının kızına "yardım" etmek için hissettiği aşırı ihtiyaç).

Bu noktada önemli olan şey sembiyotik aktarımı kurabilmek ve gelişimsel paradigmaya dayanarak hastanın zor durumda olan kendiliğinin büyümek ve daha sonra da farklılaşmak için gerekli gücü bulacağını varsaymaktı.

Seans sırasında Ruth yastıklarımdan birine sarılıp daha sonra yastığın renginin elbisesine uyduğunu söyleyince ve seans sonunda yastığı eve götürüp götüremeyeceğini sorunca sembiyozun kurulmakta olduğunu anladım. "Ben de seninle eve gelip yastığımı da getireyim mi?" diye sordum. Gülümsedi ve yastığı almadan eve gitmeyi başardı; ayrılma sözcüklerle köprülenmişti.

Kurduğumuz sembiyotik daire içinde Ruth'un öfkesinden farklılaşmasını (ayrılmasını) kolaylaştırmak için kendimle ilgili olumsuz yorumlarda bulunmaya başladım. Örneğin Ruth sessiz kalınca ona konuşması için yardımcı olamadığımı söyle-

dim: "Belki de yaptığım tek faydalı şey yastığıma sarılmana izin vermek oldu" dedim. Ruth güldü (Masterson'un dikkat çektiği onaylayan "mutabakat" gülüşü) ve öfkesi hakkında biraz daha rahatça konuşmaya başladı. Bu bağlamda şöyle dedi: "Kendimin sınırlayıcı parçama karşı hareket ederek bir parçamdan kurtulmaya çalışıyorum". Bu oldukça sembiyotik beyan onun farklılaşmak için gittikçe daha gönüllü hale geldiğini de gösteriyordu.

Ruth rahatladıkça daha fazla fikir alış verişini tolere etmeye ve daha çok karakteriyle ilgili konular, özellikle de mükemmeliyetçiliği üzerinde durmaya başladı. Ölçülülük ve aşırılık gibi kavramları tartışmaya başladı ve "bilimsel" tartışmalarımıza devam etme konusunda ilgiliydi. Benimle insan olarak ilgilenmeye başladı ve profesyonel yönelimlerimi sordu (anlattım). Seanslar sırasında daha fazla konuşmama ve ona cevap vermeme izin vermeye başladı.

Bu noktada Ruth bana bir not yolladı. Notta beni "bir insan ve bir terapist" olarak "taciz ettiği" için özür diliyordu. Bir "kapana kısılmışlık" duygusu nedeniyle eyleme geçtiğini anladığıma inandığını söyledi.

Ruth okula geri dönmüştü ve kendine bu konuda mutlu olma izni vermişti (ama bu mutluluk hali titrek bir haldi, gelip gidiyordu). Şöyle dedi: "Her şey varlığımı tanımlayan bir çaba olmak zorunda değil. Yaptığın şeyleri yaparsın ve yaptıklarına eşlik eden duyguları hissedersin." Sosyal olarak daha katılımcı olması gerektiğini söyledi ama hala "işin özüne inemediğini" düşünüyor ve endişeleniyordu. Bu konuda bir paradoksun var olduğunu kabul ettim ve "dış dünya ile uğraşmadan iç dünyasını anlayamayacağını" söyledim. Bu tarz bir açıklama yapmama izin vermesi Ruth'un farklılaşmamıza ve fikir alış verişi yapmamıza ne kadar izin verdiğinin bir göstergesiydi.

18 aylık tedaviden sonra Ruth sembiyotik aktarımı büyümek için kullanmıştı. Daha evvelki işlevsellik düzeyine dönebilmişti ve buna ek olarak kendi deyimiyle hayatında "mutluluk için daha fazla yer" ayrılabiliyordu. Ayrıca kendine otantik depresyon anları yaşamaya izni de veriyordu. Kendine duygu-

ları yaşama izni verdikçe "Kendimi neredeyse iyi hissediyorum, gerçekte olduğum kişiye daha yakınım" dedi. Bu başarı bir bilmeceyi çözmekle (bilmecenin aldığı dış şekli anlamakla) elde edilmemişti; daha çok hastanın terapistle kurduğu duygusal birliğin tasdik edilmesi ihtiyacı göz önüne alınarak ve attığı adımı bu çerçevede terapötik olarak destekleyerek kazanılmıştı.

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Genç ya da yetişkin şizofren bireyin dinamiklerini ve tedavisini gelişimsel bakış açısından ayrıntılı olarak açıkladım. Masterson Yaklaşımı daha önce psişik rahatsızlığın bu derinden regrese olmuş alanına yönelik kullanılmadığı için bu çalışmada bu konuya nispeten daha fazla yer verilmiştir. Takip eden kısımlarda narsisistik ve borderline patoloji ile ilgili açıklamalar daha kısadır çünkü sadece Masterson tarafından daha önce yapılmış olan çalışmaları özetlemekle kalacaklardır. Masterson'un özellikle borderline kişilik bozukluğu konusunda yaptığı çalışmalar son derece özgündür ve gelişimi birçok kitapla anlatılmaktadır.

Gelişimsel Model

Masterson (1981, s. 12) narsisistik kişilik bozukluğunun Mahler tarafından tanımlanan ayrılma-bireyleşme gelişimsel evresinin uygulamalı alt evresinde meydana gelen bir gelişimsel duraklamayı yansıttığı hipotezini öne sürmektedir.

Mahler'in bu alt evre ile ilgili yaptığı açıklamaya göre artık "sembiyotik yumurtadan çıkmış" olan bebek, özellikle zevkli bir olgunlaşma döneminden haz almaya başlar (genel olarak 7 aylıktan 15 aylığa kadarki süre). Bu dönemde anneyle kurulmuş olan tümgüçlü birleşme halen mevcuttur ama kendilik büyüklenmeci duygular edinmeye başlamıştır. Bebek ayakta durmak, "kenardan yürüme" (bir şeylere tutunarak yürümek) ve ilk bağımsız adımlarını atmak gibi baş döndürücü zorluklarla başa çıkar. Bu başarılar annesiyle arasında gelişen yeni bir etkileşimle pekişir; çocuk kendi başına dışarı doğru hareket eder (Mahler çocuğun ilk adımlarının anneye doğru değil an-

neden *uzağa* atıldığı konusunda ısrarcıdır) ancak "duygusal ikmal" ihtiyacı nedeniyle geri döner. "Anneden *vücutça farklılaşma*; anneyle *spesifik bir bağın* kurulması (sembiyotik bağ yerine); ve annenin yakınında *özerk ego aygıtlarının gelişmesi ve işlemeye başlaması*" çatışmadan uzak ve heyecan verici bir keşif dönemini tanımlayan gelişmelerdir. Yeni başarılarından mutlu olan ve heyecan duyan bebek hala tümgüçlü bir varlıkla bir olma duygusunu taşımaktadır ve kendine güvenini yenilemek için anneye dönmek zorundadır. Uygulama alt evresinin zirvesinde gelişimsel dalganın tepesinde olan "kıdemsiz çocuk", "becerileri ve dünyasının büyüklüğünden mest olmuş gibidir." "Libidinal yükü oldukça büyük bir geçiş yaparak gelişmekte olan özerk egonun ve işlevlerinin hizmetine geçer" ve çocuk yaşadığı sevinç ve coşku içinde "çarpma, düşme ve başka engellenmelere" karşı geçici bir süre için dayanıklıdır ve onlardan etkilenmez (Mahler, 1972a, s. 123-127).

Ancak bu evrede Winnicott'un "ben değil" alanı olarak tanımladığı alan büyümektedir. Mahler, çocuğun annesine belli bir fiziksel mesafeden cevap vermekten aldığı zevki ve anneden fiziksel olarak ayrı olduğu zamanlarda çocuğun "daha ılımlı ve sönük" olma halini tarif ederek bunların annenin içselleştirilmiş imgesini oluşturma girişimi olduğunu söylemektedir (1972a, s. 127). Geçici nesne bu noktada ortaya çıkar ve kendilikle diğerleri arasında gittikçe artarak hissedilen farklılık duygusuna bir köprü olur (ya da başka bir deyişle bu farklılık algısının neden olduğu anksiyeteyi azaltır). Ve böylece yeterince bilinçli olan bireylerarası köprü sembiyozun yerini aldıkça oyun başlar (Mahler, 1984).

Patolojik Model

Masterson yetişkin narsisistik kişilik bozukluğunun intrapsişik yapısını, ayrılma-bireyleşme evresinin uygulama alt evresinde duraklamış olarak tanımlamaktadır. Masterson bu narsisistik iç dünyayı iki nesne ilişkisinin *kaynaşmış* parça biriminden oluşmuş olarak görmektedir. Bunlar: Büyüklenmeci tümgüçlü kaynaşmış nesne parça birimi ve altta yatan "acımasız, cezalandırıcı ve saldırgan bir kaynaşmış nesne temsili ile

aşağılanma, saldırıya uğrama ve boş bir kendilik tasarımının terk depresyonu duygulanımları ile birbirine bağlanmasından oluşan patolojik agresif veya boş nesne ilişkileri kaynaşmış birimi" (1981, s. 15). Patolojik ego büyüklenmeci birimle ittifak kurar ve onu neredeyse sürekli olarak aktive eder; bunu yaparak cezalandırıcı, boş birimden ayrılır ve bunu "bu savunma biriminin sürekli ve global yansıtması bireyin depresyonunu en aza indirinceye kadar" yapar (s. 16).

Gelişimsel duraklamanın kökeni (yaratılış ve kader etkilerinin dışında) annenin o evrenin coşkusunu yaşayan çocuğu "aynalama başarısızlığına" dayanır. Örneğin anne çocuğunun ikmal girişimlerini desteklemez veya çocuğun gittikçe daha özerk şekilde kendisinden uzağa doğru hareket etmesinden coşku duymaz. Ayrıca çocuğun aşırı derecede idealleştirilerek ona düşkün olunması da benzer bir etkiye yol açar. Ya fazla erkenden çok fazla vermek, artık çok geç olduğunda yetersiz vermek ya da ikisinin de tutarsızlığı zarara neden olan olgulardır (s. 21-24).

Klinik Tablo

Narsisistik hastanın aktarım eyleme vurumu bütün preödipal aktarımlar gibi ilk seanstan itibaren mevcuttur. Hasta, etrafındaki herkesle yaptığı gibi terapistle de güncel ilişkilerini geçmişte kalan şartlar altında, geçmişte kalan şartlara göre değerlendirme ihtiyacını tekrar eder. Hasta hemen (ama farkında olmadan) terapötik ilişkiyi anne-çocuk ikilisi (diyadisi) biçiminde şekillendirmeye başlar; özellikle de büyüklenmeci tümgüçlü diğer parça birimini canlandırmaya, tekrar oluşturmaya çalışarak onu tatmin edecek karşılıklı bir aynalama ve idealleştirme duygusunu tekrar elde etmeye çalışır.

Terapist kaçınılmaz olarak hastanın büyüklenmeci/tümgüçlü parça birim yansıtmasıyla mükemmel şekilde kaynaşmayı başaramayacaktır; bunun üzerine hasta buna dramatik bir şekilde tepki verecek ve duygusal olarak agresif/boş parça biriminin içine düşecektir. Depresif ve yetersiz kendiliğin bu kısa süreli deneyimlenmesi, patolojik egonun agresif/boş parça

biriminin agresif yönünü terapiste yansıtması yoluyla hızlıca def edilecektir.

Terapist incinebilir hastanın başına gelen bu üzücü duruma saldırgan bir şekilde sebep olmakla suçlanacak ve hastanın kendisi bu felaketin oluşmasında herhangi bir rolü olduğunu inkâr edecektir. Bu değersizleştirme terapist büyüklenmeci/tümgüçlü parça birimini telafi edinceye kadar durmak bilmeden devam edecek ve ancak o zaman terapi devam edebilecektir. Yukarıda anlatılan durumla dönüşümlü olarak hasta terapisti boş kendilik rolünü üstlenmeye razı eder, kendisi de diğer agresif rolü üstlenir ve bu karşı aktarım çıkmazını bir haklılık duygusunu muhafaza etmek için kullanır; bu durumda terapi sona erer veya çıkmaza girer, ilerlemez.

Aynalama ve yorumlama teknikleri. Masterson narsisistik hastalarla çalışırken kullanılabilecek birleşik bir aynalama ve yorumlama tekniği tarif etmektedir (1981, s. 114-116). Şöyle yazar: "Bu terapötik teknik, hastanın büyülenmeciliği ile ilgili narsisistik hayal kırıklıklarına karşı incinebilirliğinin ve aktarım eyleme vurumunda görülen mükemmellik ihtiyacının yorumlanmasına odaklanmaktadır" (1981, s. 31). Kanaatimce bu tarz bir yorumlama içinde aynalama nitelikleri de barındırmaktadır çünkü söz konusu yorumlama duyarlı ve mükemmel algı kabiliyetine sahip olduğunu düşünen ve bundan gurur duyan bir hastaya uyumlu bir dille ifade edilmektedir.

Bu teknik Milton Erickson'un hipnozla ilgili öncü çalışmalarından çıkarılan ve aile terapisinde kullanılan "yeniden çerçeveleme" kavramına benzerdir (Watzlawick, 1978, s. 139-144). Bir bireyin kullandığı lisan, o bireyin kendilik duygusunun özünde olan dünya görüşünü ortaya çıkarır, dolayısıyla bu tip bir yorumlama hastanın saldırı olarak göreceği bir mesaj verirken bile (farklı bir bakış açısını ima etmesi bile hastanın bunu bir saldırı olarak algılamasına yeterlidir) terapistin hastanın kendiliği ile hizalanma ve olayları hastanın algıladığı şekilde algılayabilme kapasitesi olduğunu *gösterir*.

Bu sözel ötesi ara mesaj (ses tonu ve kullanılan lisanla iletilen) hastanın ihtiyacı olan kaynaşma duygusunu pekiştirir ve

bir anlamda mesajı hastanın kendilik uzantısının "içinden" alarak iletir. Yeniden çerçeveleme hastanın suyuna gitmek veya onu taklit etmek değildir (gerçi eğer hastanın suyuna gidilse veya hasta taklit edilseydi de kullanılan içerik aynı olabilirdi). Bu son derece dikkatle düşünülmüş müdahalede hastanın istenmeyen anksiyete seviyesi kurulan duygusal ahenk sayesinde istenen seviyeye indirilir, böylece hasta verilen mesajdaki eğitici içeriği daha iyi algılar.

Dalgalanan parça birimleri. İyi duygu ve kötü duygu parça birimleri narsisistik hastanın iç dünyasında oldukça sağlam bir şekilde yerleşmiş olsalar da bu parça birimlerin arasındaki değişim (değiş-tokuş, alış-veriş) en az seviyededir: Birimlerin dalgalanmasına olan tolerans hala çok düşüktür ve genellikle üzüntü ve dağılma (alt üst olma) duygularına neden olur. Ancak büyüklenmeci/tümgüçlü parça biriminin anlık kaybı yıkıcı bir olay olarak hissedilse de daha realize edilmiş kendilik şizofrenide meydana gelen gerileyici inişe izin vermez. Bunun yerine agresif/boş parça birimi ve bu birime bağlı güç ve boyun eğdirme fantezileri savunmacı bir şekilde manipüle edilir. Agresif öğe dehşetli bir sahte kendiliği şişirmek için kullanılır (Oz Büyücüsü tarafından hazırlanan görsel ve işitsel "Büyük ve Dehşet Verici" isimli şov gibi), diğer yandan da etkili olamayan, başarısız boşluk duygusu terapiste yansıtılır. Gerçeklik, savunma yapabilmek için oldukça çarpıtılır ama tamamen kaybedilmez.

Kendiliğin rolü. Kendiliğin gözlemleyen, kısıtlayan ve adaptif bir fenomen olarak uğradığı zararın derecesi belki de şizofreni ile narsisistik kişilik bozukluğu arasındaki farkı belirleyen en önemli faktördür. Şizofren halde nesne ilişkileri parça birimleri ile arasına mesafe koymak, bunları kısıtlamak veya adaptif kullanma kapasiteleri neredeyse hiç yoktur: Bu parça birimlerinin varlığının algılanmasını sağlamak dinamik bir başarıdır. Şizofren hasta ile çalışan terapist hastanın kendisiyle gerçeklik arasında bir köprü kurmasına yardım edebilmek için hastanın kendiliğinin bir uzantısı olarak hastanın sembiyotik yörüngesine girmek zorundadır (terapist bir "ikincil ego" ol-

maktan fazlasını yapmalıdır çünkü yönetici psişik işlevselliğin iyileştirilmesine bir kişi [insan] olma duygusu da eklenmektedir). Hasta bu deneyimi içselleştirir ve "var olup olmadığı" konusundaki ümitsizliği azalır.

Diğer yandan narsisistik kişilik bozukluğu olan gerçek bir kendilik ve öteki duyusu geliştirmeye başlamış bir kişi olsa da bu duyular hala kaynaşmış haldedir ve çeşitli duygusal hallere tabidirler. Narsisistik kişilik bozukluğu ile çalışan terapist gerçek bir kendiliğin varlığını net olarak hissedebilir; bu kendilik nesne ilişkileri bölünmesinin her iki yanına da uzanabilmekte ve bunların her birini savunmacı bir şekilde kullanabilmektedir.

Kanaatimce kendiliğin, nesne ilişkileri bölünmesini savunmacı bir şekilde idare edebilmesi (zaman zaman bu kapasite kaybedilse de) bölünmenin çözümü için bir başlangıç noktasıdır. Parça birimlerinin dalgalanması bilinçli olarak gözlemlenmeye ve kontrol edilmeye başlanmıştır ve zamanla bu dalgalanma ego uyumsuz hale gelecek ve yetişkin, konsensüs gerçekliği ile uyumsuz olduğu görülüp terk edilecektir.

Narsisistik hastanın kendiliği gerçeği anlama ve gerçeğe adapte olma konusunda daha yüksek beceriye sahip olduğu için, kaynaşma ihtiyacı şizofrenide olduğundan daha azdır. Hasta bir kişilik bozukluğundan muzdarip olduğu zaman kullandığı aksettirme tekniklerinde belirgin bir nitelik farkı vardır. Narsisistik kişilik bozukluğu hastasının katılma ve aynalamaya olan varoluşsal ihtiyacı şizofren hastanınki kadar büyük değildir, hatta zamanla bunlardan uzaklaşma eğilimi bile gösterir; hasta zamanla kendi yorumlamalarını yapmaya ve terapistin yorumlamalarını daha kolay kabul etmeye başlar.

Hastayla terapist arasındaki etkileşim uygulama alt evresine benzer bir nitelik kazanır; uygulama alt evresinde olduğu gibi belli bir ayrılma derecesi aktif olarak istenir hatta bundan zevk alınır. Narsisistik hastalarla çalışırken genellikle sözel bir şakacılığın mümkün olduğunu ve bunun terapötik sürecin neden olduğu anksiyetenin yapıcı şekilde deşarj edilmesine yardımcı olduğunu gördüm. Oyun ve şaka seanslara zevkli bir beklenti

öğesi katabilir ve zor duygulara erişmenin uyandırdığı korku hislerinin dengelemesine faydalı olur.

Hasta ve terapist tekrar tekrar hastanın narsisistik "yaralarını" tamir ettikçe, zor duygularla haşır neşir olma anları hasta için gittikçe daha az korkutucu hale gelir. Hasta, ayrı ve farklı olmanın şokundan artık o kadar da demoralize olmadan terapistin gerçek mevcudiyetinin kendi dünyasına girmesine izin verir.

Pozitif aktarıma bir terapötik ittifak eklenir (pozitif aktarım hastanın terapistle birlikte yaşadığı önemli büyüklenmeci/tümgüçlü deneyimle pekişmiştir). Bir kez hem pozitif aktarım hem de terapötik ittifak kurulduğunda, terapi çalışmasında kullanılabilecek bir figür-zemin farklılık algısı elde edilmiş demektir ve artık gözlemci ego büyümesi için teşvik edilebilir. Bu etapta hasta yüzleştirmeleri kabul etmeyi başarabilir ancak yorumlamada olduğu gibi, zaman zaman empati "kaybı" konusunda alarm yaşayabilir; bu durumda hastanın paniği aynalama tekniğine dönüş yapılarak sakinleştirilmelidir.

Narsisistik kişilik bozukluğunda deneyimlenen terk depresyonunda hakim olan öğe ayrılma anksiyetesidir ve tanı için bir ipucu teşkil eder. Asgari düzeyde nesne ilişkileri dayanağı (bağlantısı, demir atacağı nokta) olan şizofrenin ayrılma korkusu ise yok olma korkusu ile eşdeğerdir, yani şizofren ayrılmayı yok olma ile bir tutar. Nesne ilişkileri daha sürekli hale gelmekte olan borderline kişilik bozukluğunda ise nesne tarafından terk edilerek sonsuz üzüntü çekme korkusu vardır. Borderline ve şizofren arasında bir yerlerde olan narsisistik kişilik bozukluğunda ise özerklik başlangıcı, nesnenin kaybı ve kendiliğe verilmiş büyük zarar gibi algılanır (deneyimlenir); Kohut'un tanımladığı şekilde bu, "parçalanmış kendiliğin" deneyimidir.

Vaka Sunumu

William ("Kaptan") Gordon (takma isim) iki yıl boyunca terapiye girme konusunu düşündü (yılda iki kez danışmaya geldi) sonra da başlamak için bir yıl daha bekledi. Evliliğine ve

işine çok bağlıydı ama buna rağmen her ikisine karşı bağlılığında onu rahatsız eden bir kararsızlık yaşıyordu. Zeki ve yetenekli bir kadınla evliydi ve çok başarılı bir yönetim danışmanıydı; eşinin de kendisi gibi bağlanma sorunları vardı. Yarı gurur, yarı da alayla kendisi ve eşinden "Süpermen" ve "Süper Kadın" olarak bahsediyordu. Tipik bir narsisistik kişilik bozukluğu eğilimi ile *kendi* terapötik sürecinin benim tarafımdan "kontrol edilmesine" mecburen "razı olmaya" sinir oluyordu ve bu konuda beni sürekli değersizleştirmeye maruz bırakıyordu. Terapinin başında bana sık sık işinin ne kadar önemli olduğundan bahsetti ve bir nevi tehditkâr tarzda "esnek olmayan" bir programa uymaya mecbur bırakılmayı *kabul etmeyeceğini* ve elinde olmayan nedenlerle seansa gelemediği zaman ödeme yapmayacağını söyledi. İşi hakikaten de önemli ve zaman alan, talepkar bir işti ama bu konuda yaptığı savunma aşırı gibiydi. İşinin zor ve önemli bir iş olduğuna dair yorumlarımı olumlu karşıladı ve kabul etti ama yaptığı savunmanın aşırılığı konusundaki yorumlarımı olumlu şekilde karşılamadı; bu davranışı benim onun kişiliğinin narsisistik manzarasını netleştirmeme katkıda bulundu. Tedaviye gelmeye karar vermişti çünkü eşi ona "risk alması" gerektiğini söylemişti. Bu, derin anksiyeteye karşı kendini bitmez tükenmez bir dizi "dışa dönük" deneyime büyüklenmeci bir şekilde savurarak savunma yapan bir adama uygun bir "yeniden çerçevelemeydi".

Hasta hala ona dayatmalarda bulunan ve onun mahcup duruma düşmesine neden olan bir anne ile yakın bir duygusal bağı muhafaza ediyordu (ama aralarında bayağı bir coğrafi mesafe vardı). Çocukluğu boyunca annesi hem boğucu şekilde kontrol edici olmuş hem de ona fiziksel şiddet uygulamıştı. Çocukken annesi ile ilgili algısı "çok güzel, bir tanrıça gibi" şeklindeydi. Şimdiyse onu "deli, korku dolu ve kibirli" olarak görüyordu. Çocukken annesinin emirlerinden kaçmaktan, onun yasaklarını delmekten çekinmemiş, örneğin annesi bisikleti olmasına izin vermediği zaman kaykayla şehir trafiğinin göbeğine dalmıştı. Yetişkinliğinde de bu kaçınma davranışlarını devam ettirmişti ama annesine karşı korumacı hisleri vardı

bu nedenle onu terk edemiyordu. Babası her zaman pasif bir arka plan kişisi olmuştu; hasta babasını idealize edebileceği biri haline gelmesi için teşvik etmeye çalışsa da bu durum değişmemişti; tam kendini babasına daha yakın hissetmeye başladığında babası ölmüştü (hasta o sırada 18 yaşındaydı). Tek çocuk olan "Kap" maternal ikiliğin insafına kalmıştı.

Seanslar sırasında "Kap" annesiyle deneyimlediği temkinli kaynaşmayı tekrar canlandırdı. Masterson tarafından "Gizli Narsisist" olarak tanımlanan hastalara özgü olan itaatkâr, zaman zaman da pohpohlayıcı bir kibarlık sergiledi. Bu, psişik olarak hayatta kalabilmesi için gerekli karşılıklı aynalamayı elde edebilmek amacıyla narsisistik veya şizofren bir anneyi idealize etmeyi öğrenmiş bir hastaydı. Ama sürekli ve yoğun anksiyetesi yüzeyin hemen altındaydı. "Sana güvenmemi sağlayacaksın, sonra ben sana beni utandıracak şeyler söyleyeceğim ve belki de bunun hiçbir faydası da olmayacak" dedi. Büyüklenmeci tümgüçlü diğer kaynaşmış parça birimi her an düşecek şekilde tünemiş durumdaydı, aynı Alis Harikalar Diyarı'ndaki Humpty Dumpty karakteri* gibi.

Ne var ki ben onun profesyonel yeterlilik ve kişilerarası incinebilirlik duygularını aynaladıkça o bu durumun içine girdi. Rahatladıkça sürekli kaçan ve sınayan sahne arkasındaki bozulmuş kendiliğini bir an için görmeme izin vermeye başladı.

Tedavinin zevkli yönlerinden biri bu "kötü çocuk" kendiliğinin seanslar sırasında doğrudan ifade edilmesini sağlamak için çeşitli yollar bulmaktı (açıklık ve doğrudan etkileşimleri kesinlikle riskli görüyordu). Acaba hastalarımdan herhangi biri seanslara yüzünde gerçek bir maskeyle geliyor mu diye merak ediyordu. Bu düşüncesi (kendisinin hayali bir tarifiydi) beni güldürdüğü zaman seanslara ayı kılığında gelmenin eğlenceli olacağını ve insanları ısırmaktan hoşlandığını söyledi.

Çocukluğunda yaptığı muziplikleri hatırladı ve bayağı eğlendi. Ama bir sonraki seansa böylesine "caka sattığı" için kendini "mahcup olmuş, utandırılmış" hissederek geldi. Buna

---

* Sürekli düşen yumurta adam karakteri, bir nevi hacıyatmaz.(ç.n.)

bir burada-şimdi yorumlamasıyla cevap verdim ve eğlenceli ve eğlendirici biri olduğu için cezalandırılmayı bekler gibi göründüğünü söyledim. Bunu kendisiyle ilgili bir örüntü gibi gördüğünü, karısıyla ilişkisinde de aynı örüntünün mevcut olduğunu söyledi: Heyecanı sürekli söndürülüyordu. Kısa zaman evvel eşiyle birlikte ormanda gayet mutlu bir şekilde yürüyüş yaparken eşi aniden ona "yakınlaşma sorununu" benimle konuşup konuşmadığını sormuş. O anda kızgınlık, kafa karışıklığı ve geçersiz kılınmışlık, yok edilmişlik duygularına kapılmış ve konuşamamış.

Burada mevcut olan gelişimsel paradigma görülebilmektedir. Önce, tekrarın net bir tablosu görülmektedir: Çocuğunun coşkusunu desteklemekte sürekli olarak başarısız olan bir anne tarafından sebep olunan gelişimsel duraklama. İkinci olarak, hastanın kendilik maceralarının terapist tarafından onaylanması ve beğenilmesi, zevk alınması ihtiyacı, ki bu uygulama evresindeki çocuğun ihtiyacı ile benzerdir. Hasta benden iltifat istemiyordu, sadece duygusal düzeyde onunla olduğumu ve onun zevk aldığı şekilde zevk aldığımı hissetmek istiyordu. Burada yapılan aynalama, şizofren bir hastayla yapılan aynalamadan farklı bir niteliğe sahiptir. Duyguların bir araya gelmesi olayının *kişiler arası bir mesafe üzerinden* gerçekleştiği duygusu vardır ve bu ayrılma başlangıcının uyandırdığı potansiyel negatif tepki, yapıcı bir duygusal destek olarak şakalar kullanılarak dengelenebilir.

Dolayısıyla hastam "başkaları onu anlamadığı zaman yaşadığı hayal kırıklığından kendini felçli gibi hissettiği" konusunda beni uyarıyor, ardında da genellikle üstü kapalı olan isyankârlığını gönüllü olarak kabul edip etmeyeceğimi, bu konudaki istekliliğimi hevesle sınıyordu. Çekmeceme ölü bir fare bırakma tehdidinde bulundu ve beni dolabımda bir canavar saklamakla suçladı. Sonra tereddüt etti ve ihtiyatla tepki vermemi bekledi: "Orda [dolapta] *ne* saklıyorsun?" Ben de ona "Anneni!" diye cevap verince şaşkınlık ve rahatlama ile güldü ve dalgınlaştı. Annesinin ona "Asla önümde öfkelenme!" dediğini ve öfkelenirse onu dövdüğünü anlattı.

"Kap" kabul gördüğünü hissettikçe terapötik süreçte kendinden daha fazla şey beklemeye başladı. Hala karısıyla açık ve doğrudan iletişim kurmak için tutarlı girişimlerde bulunmaya hazır değildi, anksiyetesi devam ediyordu, bu yüzden işe giderken bindiği trende kâğıt oyunları oynadığı arkadaş grubunda kendini ortaya koyma alıştırmaları yapmaya başladı. Onun bu özerk deneylerini artan yorumlamalarla destekledim. William yorumlamalarımı teşvik etti, bu da seanslarımıza ciddi bir düşünce ortamı getirmeye yaradı ve duygusal olarak tatmin edici ama olayların iç yüzünü kavrama açısından sınırlı olan aynalama müdahalelerini dengeledi. Tabi zaman zaman belli noktalarda yorumlamalara narsisistik bir irkilme ve geri çekilme ile tepki vermesi kaçınılmazdı. Bunu yaptıktan sonra duygularının yoğunluğunu savuşturmak için agresif boş kaynaşmış parça birimini devreye sokuyor ve beni "katı", "eski kafalı", "eleştirici" ve "Kadın Mafya"sının en berbat temsilcilerinden biri gibi görüyordu. Kendini "boş" hissettiğini ve içinde neler olup bittiğini anlamaya çalıştığı zaman "düşüncelerinin dağıldığını" söyleyerek duygularını inkâr ediyordu.

Agresif ve saldırgan içe yansıtmasını bana yansıtarak narsisistik yarasını sardıktan sonra bu dışsallaştırılmış çatışmadaki rollerimizi değiştirmeye çalışıyordu: Benim "gücüm" değersizleştirilecek, onun kendisiyle ilgili algısı ise şişirilecekti. Yeterince hızlı şekilde sonuç elde edemediğimi ve bir komuta "stratejisi" gerekirken benim "taktiklere" fazla önem verdiğimi ve takılı kaldığımı söyledi.

Oysa o stratejik ustalığı mesleki olarak kanıtlanmış biriydi, bana da bu konuda örnekler verdi. Yansıtmalı özdeşim baskısı altında kendimi boş ve etkisiz hissediyor ve terapötik ortamı aynalama ile tamir etmenin yollarını arıyordum.

Bir keresinde tesadüf eseri büyüklenmeci/tümgüçlü kaynaşmış parça birimini sanki sihirli bir şekilde tamir eden bir uzay gemisi benzetmesini kullandım. O yine benim otoriteme değersizleştirici bir darbe vururken ışık hızıyla bu kadar çok seyahat etmesine hem hayran olduğumu hem de bunun beni endişelendirdiğini söyledim. Star Wars'taki geminin kaptanı

Kaptan Kirk olarak görülmekten mutlu oldu. Eleştirel yaklaşımı değişti ve ışık hızıyla ilgili bildiklerini heyecanla anlatmaya, teknik tanımlar yapmaya başladı. Işık hızı, onun zor durumda olan kendiliğini muhafaza etmek için kullandığı inatçı cesaret (kabadayılık) gösterisi için bir "konsensüs benzetmesi" (Masterson) oldu.

Böylece tedavi; savunmacı ışık hızına doğru hızlanarak gidiş, narsisistik kriz anlarında yavaşlama ve oyalanma, aynalama yoluyla kendini tamir etme ve ilerlemeye kaldığı yerden biraz daha bütüncül ve adaptif bir düzeyde sürdürme şeklinde devam etti.

Bir yıllık bir süreden sonra aramızda bir çalışma ittifakı kurulmuştu ve "Kap" aralarındaki sorunlarla ilgili olarak eşine doğrudan yaklaşma konusunda kendini daha rahat hissetmeye ve bunu yaparken eskisi kadar kaçınma, bağırıp çağırma ve atıp tutma ihtiyacı hissetmemeye başladı. Duygularını daha iyi yönetebilmeye başlaması ile birlikte nesne ilişkileri olgunlaşmaya başlamış gibi görünüyordu. Artık seanslarda evliliğinden bahsederken olayları ve durumu gözümün önünde canlandırabiliyordum ve onun anlatımları ile karısıyla olan bağının ne kadar kuvvetli bir bağ olduğunu anlamıştım, oysa daha önce neden karısını terk etmediğini ve beraber kalmayı sürdürdüğünü anlayamamıştım. Bazı eski anılarını da hatırlamaya ve bunları çözümlemeye başladı, annesi ile olan güncel ilişkisinde de kendini daha fazla ortaya koyuyordu. Eskiden annesini çok güçlü biri gibi gördüğünü ve derin bir insan olduğunu düşündüğünü, oysa şimdi annesinin aslında sığ olduğunu ve dışarıya yansıttığı sahte görüntüyü muhafaza edebilmek için başkalarına ihtiyacı olduğunu (annesinin narsisistik aynalanmaya ihtiyacını çok güzel tarif eden bir tanımdı bu) pişmanlıkla fark etti. Çocukluğunda bağımsız hissedebilmek için sahtekâr olmak zorunda kaldığından dolayı kendisi için üzgün hissediyordu. Yetişkinliğinde de hala başkalarına yakınlaşmaktan kaçınan biri olduğu ve hala kendilik duyusunu muhafaza edebilmek için riskler yaratmaya ve zorlukları yenmeye ihtiyacı olduğu için

üzgündü. Terk depresyonunu anlamaya, kabul etmeye ve kısıtlamaya başlamıştı.

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Borderline kişilik bozukluğunun dinamikleri ve tedavisi Masterson'un uzmanlık alanıdır. Birçok "borderline" tanımı arasında Masterson'un tanımının bilmecenin eksik parçasını sunan tanım olduğunu, dolayısıyla bu tanımı iyice anlayan kişinin progresif patoloji durumları ve aynı paradigmayı takip eden evrimsel bir teknikle ilgili kapsamlı bir görüş elde edeceğini düşünüyorum.

Masterson'un çalışmalarının ana bölümü bu konuyla ilgili olduğu için yapacağım gözden geçirme mümkün olduğunca kısa olacaktır.

Gelişimsel Model

Masterson, borderline kişilik bozukluğunun kökeninin Mahler'in çocuk gelişimi ile ilgili tanımladığı ayrılma-bireyleşme evresinin kritik "yeniden yakınlaşma alt evresinde" meydana gelen bir duraklamaya bağlı olduğunu söylemektedir. Bu alt evre kabaca çocuğun 15 ila 22'inci ayları arasında yaşanır ve son alt evre olan "nesne sürekliliğine doğru ilerleme..." alt evresinden evvel gelir. Gerçi Mahler'in dediği gibi ayrılma-bireyleşme işi "*tüm intrapsişik süreçlerde olduğu gibi... hayat döngüsünün başından sonuna kadar yankı bulur*. Asla tamamlanmış olmaz (asla bitmez)" (1972a, s. 120). Mahler ve meslektaşlarının klinik olarak gözlemlediği, filme çektiği ve net psikanalitik makalelerde tanımladığı gibi barışma, çocuğun gerçek bir paylaşmanın zevkini çıkarmasına yeterli bir ayrılık ve birey olma duyusu edindiği zamanı işaret eder. Yürümeyi öğrenmek ve sözcükleri kullanmaya başlamak çocuğun dünya ile ilgili algısında, daha doğrusu içsel ve dışsal deneyimlerden oluşan iki dünyayı algılamasında niteliksel bir değişime neden olur. Desteklemek ve sınır koymak önemlidir: Çocuk gittikçe sembolikleşen oyunlar aracılığıyla ayrılma anksiyetesini tamir etmeye ve ustalığını artırmaya devam ederken, bir yandan da

ona ait eşyalar ve etrafındaki alanla ilgili farkındalığı artar ve bunları diğer çocuklardan korumaya başlar. Yeniden yakınlaşma terimi spesifik olarak çocuğun gittikçe daha zevkli hale gelen farklılık duyusunu paylaşmak için anneye yaklaşması anlamında kullanılmaktadır. Mahler'in *yeniden yakınlaşma krizi* olarak adlandırdığı olay (genellikle "korkunç iki" diye de kullanılır) çocuğun bebeksi büyüklenmecilik ve tümgüçlülük duygularının yavaş yavaş yok olmaya başladığı bir dönemde bir kararsızlık geliştirmesi ve acaba bir şeyi annesinin yapmasına izin vermenin mi yoksa "bunu *kendi* yapmanın mı" daha çekici olduğu arasında kararsız kalmasıdır. Ayrıca bu dönemde duygular, özellikle de üzüntü ve özlem duyguları daha fazla farklılaşır ve gelişir (Mahler, 1972a, s. 119-130; 1972b, s. 131-148; 1974, s. 149-165; 1984).

Patolojik Model

Yeniden yakınlaşma krizi süresince maternal libidinal mevcudiyetin eksikliği veya annenin uygunsuz, aşırı veya yetersiz tepkisi bu olgunlaşma dönüm noktasında bir gelişimsel duraklama meydana gelmesine neden olabilir. Masterson bu duraklamanın niteliğini ayrıntısıyla açıklamakta ve bu denli erken yaşlarda meydana gelen üzüntü vakalarının değerlendirilmesinde sadece "ortam (yetiştiriliş)" değil, "yaratılış ve kader" faktörlerinin de göz önüne alınması gerektiğini eklemektedir.

Nesne ilişkileri düzeyinde, kendilik ve diğerleri ile ilgili içsel algılar hala duygusal durumlara uygun şekilde bölünmekte ve "kendilik ve diğerleri" bölünmüş parça birimlerinin korunmasını gerektirmektedirler. Ancak bu parça birimlerinin içinde "kendilik ve diğer" tasarımları artık kaynaşmış durumda değildir. Şimdi artık ortak bir tatmin duygusu ile birbirine bağlanmış bir 'itaatkâr kendilik' ve bir 'lütufkâr diğer'in temsillerini içeren bir ödüllendirici parça birimi vardır; bir de ortak bir umutsuzluk duygusu ile birbirine bağlanmış bir 'kayıp kendilik' ve 'reddedici diğer'in temsillerini içeren bir geri çekilen parça birimi vardır.

Ego, gerçek kendilikle bağlantılı anılar ve duygulanımlara, özellikle de terk depresyonuna karşı aktarımsal savunma yapmak için bu parça birimlerden biri veya öbürü ile bir patolojik ittifak kurabilir. Ama egonun kendisi de bölünmüş olduğu için ve de bebeksi haz ilkesine kuvvetle sadık olduğu için, geçici ve fantezi temelli iyi duyguları muhafaza etmek amacıyla ödüllendirici birimle ittifak kurmaya eğilimlidir (Masterson, 1981, s. 133-135). Ego ve ödüllendirici birim arasındaki bu patolojik ittifak sahte ve savunmacı bir kendiliğin oluşmasına temel teşkil eder; bu sahte kendilik normal (hatta istisnai) işlevselliği varmış gibi görünür ama bu işlevselliğin bedeli bireyin büyük bir içsel stres altında olmasıdır (Masterson, 1985, s. 32-42).

Klinik Tablo

Masterson kendisine ait aktarım eyleme vurumu kavramını ilk olarak borderline kişilik bozukluğunun klinik tezahürlerini tarif ederken tanımlamıştır:

> Borderline aktarım sadece aktarım değil, aktarım eyleme vurumudur ve her bölünmüş nesne ilişkileri parça biriminin terapist üzerinde sırasıyla bir aktive edilmesi, bir yansıtılmasından müteşekkildir... Ancak bunların her ikisi de (hem aktivasyon hem de yansıtma) eyleme vurum şekillerini, yani ani ve anlık bir tekrarı temsil etmektedir. Bu eyleme vurumlarda terapist hastaya bebeksi duyguların aktarıldığı (yer değiştirildiği) gerçek bir nesne gibi değil, sanki hakikaten o bebeksi nesnenin kendisiymiş gibi görünür ve kendisine hasta tarafından o şekilde davranılır. Bu da, hastanın kendi yansıtması ile terapistin gerçekliği arasındaki farka dikkati çekildiğinde bunu ayırt edebildiği aktarım psikozundan farklıdır (1981, s. 149).

Yüzleştirme tekniği. Terapist yüzleştirme yoluyla hastanın dikkatini yansıtma ile gerçeklik arasındaki çelişkiye çeker. Masterson'un tanımına göre yüzleştirme egonun gerçeklikle ittifak kurmuş olan ve gerçeğe dayalı gözlemler yapma kapasitesine sahip kısmına yönelik bir müdahaledir. Yüzleştirme, bölünmüş savunma tarafından yaratılan ve sürdürülen çarpık ve sınırlı gerçeklik görüşünün karşısına daha eksiksiz ve bütün bir

gerçeklik görüşü koyar. Örneğin, bir yüzleştirme müdahalesi hastanın beyanları motive olduğunu işaret ederken hareketlerinin (geç kalma, gelmeme) sürece katılmaya isteksiz olduğunu gösterdiğine dikkat çekebilir.

Hasta sözcüklerle hareketler arasındaki bu çelişkiyi gözlemler, bu ruh hali ile bağlantılı ikircikliliği (çelişkiyi) tolere eder ve terapiye karşı olumlu veya olumsuz yaklaşımı söze dökmeyi başarırsa yüzleştirme bütünleştirilmiş olur. Tedavi ilerledikçe hasta yüzleştirici sürecin kendisini entegre eder ve kendi yüzleştirmelerini yapmaya başlar.

Yüzleştirme spesifik olarak patolojik ego terk depresyonunu etkisiz hale getirmek için uyumsuz savunmaları harekete geçirdiği zaman kullanılır. Bu bizi Masterson'un borderline üçlü (triyad) kavramına getirmektedir. Borderline üçlü klinisyene birincil direnç düzeyini tespit etmesinde yardımcı olan bir formüldür; klinisyen direnç düzeyini tespit edince bunu müdahale için bir temel olarak kullanır. Borderline üçlü: "Bireyleşme depresyona, depresyon da savunmaya yol açar" şeklinde ifade edilebilir; veya bu tanımın klinik versiyonu şöyle yapılabilir: "Yüzleştirme bireyleşmeye, bireyleşme depresyona, depresyon savunmaya ve tekrar yüzleştirmeye yol açar." Borderline hastalar yedi ana savunmaya başvururlar: Bölünme, eyleme vurma, kaçınma, inkâr, yansıtma, yansıtmalı özdeşim ve yapışma. Terapist bu uyumsuz şekilde kullanılan savunmalardan biri veya daha fazlasından müteşekkil olan ilk savunma hattı ile yüzleştirmek amacıyla müdahalede bulunur. Başlarda bu müdahalelerin etkisi ile savunma faaliyetleri mümkün olduğu kadar istisnai şekilde seanslara taşınır, böylece aktarım eyleme vurumu üzerinde derinlemesine çalışma yapılması işlemi başlayabilir.

Daha sonra terapist hastanın kendini anlamaya karşı bir direnç olarak kullandığı ve savunmacı bir şekilde terapötik etkileşime yansıttığı ödüllendirici ve geri çekilen birimler üzerine odaklanmaya başlar. Hasta genellikle terapisti aşırı destekleyici veya yönlendirici bir rol üstlenmesi için baştan çıkarmaya çalıştığı için, daha çok ve sürekli yüzleştirilen birim ödüllendirici

birimdir. Hastanın bunu yapmasının nedeni geri çekilen birimi ve onun depresif duygulanımını bertaraf etmek istemesidir.

Terapist hastayı bu manevrası ile yüzleştirince hasta bu kez geri çekilen birime kayar ve bu birimin içerdiği negatif duyguları deneyimlemeye başlar. Ancak hasta geri çekilen birimi savunma amacıyla da kullanır ve onu anlamaya çalışmak yerine terapiste yansıtır ve eyleme vurur. Bu etaptan sonra, hasta terapisti terk eden olarak görerek ve terapisti annenin reddedici davranışını üstlenmeye zorlayarak geri çekilen birimin senaryosunu tekrar yaratmaya çalışır ve bunu borderline öfke nöbeti (ya pasif-agresif, ya da şiddetli versiyon şeklinde tezahür eder) izler.

İşte bu noktada birçok klinisyen karşı aktarımsal bezginlik ve ümitsizlikle vazgeçer ve hastayı dışarı atarlar. Ancak eğer bu manevra ile yüzleştirilebilirse (avaz avaz bağırmak gerekse bile) ve hastanın iç çatışması ile karşı karşıya gelmekten kaçarak onun yerine terapistle kavga etmek ihtiyacı duyduğu gösterilebilirse, o zaman hasta geri çekilen birimi sorgulamaya, bu birime bağlı duyguları tolere etmeye ve zamanla birimi ego uyumsuz olarak algılamaya başlar (Masterson, 1981, s. 14-145).

Dalgalanan parça birimleri. Borderline hasta, narsisistik kişilik bozukluğu hastasından farklı olarak ve şizofren hastadan önemli ölçüde farklı olarak nesne ilişkileri parça birimlerini değiş-tokuş etmekte (birbirinin yerine geçirmekte) yüksek labilite (değişkenlik) arz eder. Borderline hastada kendilik hissi bölünmenin pozitif kısmına diğer hastalarda olduğu kadar varoluşsal biçimde bağlı değildir, bu nedenle kendini ve başkalarını iyi ve kötünün bir karışımı olarak algılaması da daha kolay gerçekleşmektedir.

Fikrimce terapist, parça birimler terapötik olarak tanınıp kabul edildiğinde, bu birimler gerçeklik ilkesi ile uyumlandığında ve ikircikli (karşıt duyguların birlikte yaşanabilmesi) elde edilmesi yoluyla birbirlerine uyumlandığında hastanın gerçek kendiliği ve nesne oluşumunu anlık da olsa görme fırsatı bulabilmektedir. Borderline hasta ile çalışılırken parça birimlerin dalgalanması iyi anlaşılmadığı zaman ortaya

terapötik bir karışıklık (hatta bozgun) çıkar; ama bu dalgalanma kavramlaştırılabildiği zaman hastanın gelgitleri hastayı etkilemekte olan tamamlanmamış ve çarpık gelişimsel süreci görebilmemizi sağlar.

(Patolojik bakış açısından hareket ederek) normal bebeğin nesne sürekliliği elde etmesinin pozitif ve negatif durumları hızlıca değiş tokuş etmesi (birbirinin yerine geçirmesi) ve sonunda bu iki durumun birbirine karışarak tek bir dünya görüşü oluşturması şeklinde meydana geldiğini düşünebiliriz. Yeniden yakınlaşma krizinin, anal ikilem kavramının ve evrensel olarak kabul edilmiş olan "korkunç iki" olayının kökeninde bu olayın (yani çocuğun nesne sürekliliği elde etme sürecinin) yattığı düşünülmektedir. Bu dönem, bireyin dünyayla ilgili algılarının köklü bir şekilde yeniden tanımlandığı bir dönemdir; bu olayın patolojik paralelinde ise hasta ve terapist, gerçeklik tanımları şiddetle dalgalanır, duygusal haller eski referans noktalarını kaybeder ve artık başkalarından ayrı, tek başına duran kendilik kendini isteksizce gerçekliğe uyumlarken sıkı durmak zorundadırlar; kendilik korku verici ama çok değerli fantezi dünyasını bırakıp yerine daha önce denemediği ve geçmişi boyunca güvenilmez olarak gördüğü başka bir şey koymakta tereddüt eder, isteksizdir.

Bu terapötik kriz hafifledikçe borderline hasta içsel ve dışsal dünyaların kavramlarını, tam bir kendilik ve başkaları duygusunu, ve konsensüs gerçekliğiyle uyum içinde olduğuna inanmasını sağlayan birbirine karışmış ve farklılaşmış duyguları nitelendirmeye başlar. Bu değişim hastaya çoklu algı düzeyleri üzerine temellendirilmiş daha yüksek düzeyli savunmalar inşa etme fırsatını sağlar. Bu savunmalardan en önemlisi bastırmadır; bastırma savunması, olayların iç yüzünü kavrama (içgörü), analog zaman duyusu aracılığıyla kendiliği entegre edebilme ve bilinçli hafıza kapasitelerini yanında getirir. Bu noktada terapistin majör müdahalesi yorumlamadır. Burada borderline hasta ile nevrotik hasta arasındaki fark, borderline hastanın stres duygusu altında tekrar tekrar gerilemesi (regrese

olması) ve içgörü terapisine dönebilmesi için yüzleştirme yoluyla desteklenmesi gereğidir.

İletişimsel örtüştürme tekniği. Masterson "iletişimsel örtüştürme" kavramını borderline hasta ile derinlemesine çalışma evresinde kullandığı bir müdahaleyi tanımlamak için kullanmaktadır. Bu noktada hasta paylaşma kabiliyetini kullanmak, yani hakikaten karşılıklı olma özelliği taşıyan, farklı olma duygusunu kabul etmesiyle keşfettiği mütekabiliyetin zevkini çıkaran yeni bir iletişim şeklini denemek için gittikçe daha hevesli hale gelmiştir. Bu, sembiyozun zamanla solmuş bir gül gibi görülmesini sağlayacak olan kişilerarası mesafe üzerinden gerçek bir kişilerarası paylaşımdır. Bu tip bir terapötik iletişimde, hasta ve terapist Greenson'un "gerçek ilişki" olarak tanımladığı ilişkiye yaklaşırlar; bu ilişkide terapist hastaya birkaç tavsiyede bulunabilir (hasta hala "nasıl yapılır" konusundaki boşlukları doldurmaya çalışmaktadır), hatta kendisi ile ilgili bazı kişisel beyanlarda bile bulunabilir (tabi bunlar dikkatle gözlenmelidir; buradaki amaç hasta ile arkadaş olmak değil, olgunlaşma paylaşımı konusunda yeterli deneyim yaşamamış olan hastaya gerçekçi bir paylaşma deneyimi yaşatmaktır).

İletişimsel örtüştürme terapistin işinin ebeveynin görevlerine ne derece paralel olduğu sorusunu ortaya koymaktadır. Alexander, "düzeltici duygusal deneyim" hakkında konuşurken bu (çözümü olmayan) soruyu ortaya attı ve o zamandan beri bu konudaki ateşli tartışmalar devam etmekte. Terapistler hastanın *ebeveyni değildir* ama akrabalar, öğretmenler ve arkadaşlar gibi terapistler de karşılarındakine içinde büyüyebilecekleri yeni bir ilişki sunan, "ikinci bir şans" veren insanlardır. Ortada bir ilişki olmadıkça büyüyemeyiz, ancak bir ilişki içinde büyüyebiliriz; Freud'un dediği gibi, gelişimimiz tek başına genetik olarak belirlenmiş bir programın evrelerinden ibaret değildir. Ancak insanlar arası ilişkilerin karmaşıklığı, kabul ettiğimiz ama halen kesin olarak tanımlayamadığımız bir olgudur.

Vaka Sunumu

Annie'nin vakasını kitabın başka bir bölümünde derinlemesine açıkladım (Bölüm 13'e bakınız). Burada Annie'nin elde ettiği ilerlemeye daha kısaca değineceğim, ancak bunu yaparken hem hastanın hem de terapistin bu zor çalışma sırasında karşılaştıkları zorluk ve sıkıntıların ve ikisi birlikte "çalışmayı tamamladıkları" zaman elde ettikleri ödüllerin önemini gerektiği şekilde ifade edebilmeyi umuyorum.

Şu anda 35 yaşında başarılı bir iş kadını olan Annie Moore (müstear isim) Masterson Grup'a altı yıl önce sevk edilmişti; o noktadan evvelki beş yılda altı kez hastaneye yatmıştı. Hastaneye yatışları, erkeklerle yaşadığı önemli ilişkileri sona erdikten sonra oluyordu. Bir işte çalışamıyor ve ailesinin yardımıyla geçiniyordu; ailesiyle bir kavga ediyor, bir onların merhametine sığınıyordu. Tüm terapistlerine ona tahammül edebilmeleri için meydan okuyor, sonra da onları şaşırtıcı bir enerji ile sınıyordu. Psikoterapi konusunda oldukça tecrübeliydi ama Masterson Grup'a gelmeden evvelki tüm terapistlerini (ve kendini) alt etmişti. Beni, onun tarafından kandırılmaya izin vermemem konusunda uyardı ve "Bu kez de başaramazsam sonum mezar olur" dedi.

Başlangıçta Annie, çok sayıda telefonla aramalarına (bazıları birbiri ardına yapılan), kişisel saldırılarına (taciz, kandırma vb...) ve bunları takip eden hastaneye yatmalar ve kendini öldürme tehditleri şeklinde tezahür eden sınama faaliyetlerine katlanan Dr. Jacinta Lu Costello'ya görünüyordu. Benim Annie ile temasım üç yıl evvel başladı ve Dr. Costello'nun başlangıç evresinde sağlam sınırlar koyma kapasitesine çok şey borçlu olduğunu söyleyebilirim.

İlk seansımızdan itibaren Annie ortaya tipik bir borderline zorluğu koydu: "Hem o hem o arzusu". Terapötik olmayan şekilde davranırken terapiden fayda görmeyi bekliyordu. Giyim tarzı rahat, günlük kıyafetlerden tuhaf giysilere uzanıyordu; yaklaşımı gürültücü, kışkırtıcı ve talepkardı; bazı seanslara gelmiyor, iki seans arasında da birçok kez telefonla arıyordu. Bu yaklaşımına izin vererek ödüllendirici parça birimini can-

landırması için ona yardımcı olmadığımda hızla geri çekilen parça birimine kaydı. "Hem börek, hem çörek" yaklaşımında olduğunu söylediğim zaman sırayla bir suçlu, bir öfkeli davranıyordu: O bir "akıl hastasıydı" ama ben onun "özgürlük" ifadesini sınırlayarak onun kendini böyle hissetmesine "neden oluyordum". Bağırıyor, ofisimden çıkıp gidiyor, saldırgan telefonlar açıp sonra yüzüme kapatıyor, bunların üstüne bir de acil servise yaptığı ziyaretler ekleniyordu.

Ancak, sihirli bir şekilde ödüllendirilmeyi (tatmin olmayı) beklemesi ile ilgili sürekli yüzleştirmeler yaptığımda ("bana öyle geliyor ki sen terapi görmek istiyorsun ama terapinin gerektirdiği çalışmayı yapmak istemiyorsun") ve aynı şekilde onu mahsus, bilerek engellediğime dair çarpık algıları ile ilgili yüzleştirme yaptığımda ("sanırım kendini öldürme tehdidinde bulunduğun zaman beni seninle çalışamayacak bir duruma soktuğunu anlamış değilsin") yavaş yavaş sakinleşiyor ve kendi içine bakmaya başlıyordu. Başlarda bu sükûnet halleri anlıktı, ama yavaş yavaş uzamaya, derinleşmeye ve terk depresyonunu çözmeye yönelik terapötik katılımlara dönüştüler. Yüzleştirmeci yaklaşımımı sürdürdükçe (ödüllendirici ve geri çekilen parça birimlerin yüzleştirilmesi arasında gidip gelmenin yorucu, bıktırıcı, hatta yön kaybettirici olabileceğini unutmamak gerekir) yavaş yavaş Annie'nin gerçek kendiliğini görmeye başladım. Sahte, savunmacı kendiliğinin "Hasta Annie" olma, ailenin günah keçisi olma ihtiyacı ile yüzleşti ve başlangıçta bu anlayış bozulmuş gerçek kendiliğinin öne çıkabilmesini sağladı ("Her zaman bir otisi idare etme konusunda çok başarılı olacağımı düşünürdüm, şimdi bunu denemeye karar verdim!").

Annie'nin ortaya çıkan gerçek kendiliği ile karşılaşmak, başlarda bu ortaya çıkışlar düzensiz olsa bile, oldukça hoş bir deneyimdi. Annie'nin gerçek kendiliği mücadeleciydi, algısı derin ve açıktı ve pratik bir zekâya sahipti. Kendi ile yüzleşmekte usta oldu ve bunu iş ortamına ustalıkla uyguladı; aynı zamanda bunu bir ayrılıp bir barıştığı erkek arkadaşı ile olan ilişkisine de uyguladı ama bu uygulama iş ortamında olduğu kadar düzenli değildi.

Annie terk depresyonundan kaçmak için eyleme vurmaya ve yansıtmaya daha az başvurmaya başladıkça, borderline üçlüsü daha fark edilir hale geldi. Annie beni uyarmıştı: "Başarılı olduğum zaman, kendime çelme takarım." Çalıştığı işte daha evvelki işlerinin hepsinden daha uzun süre kalmayı başardığı ve gerçek kendiliğini hissetmeye başladığı bu noktada "can sıkıntısı" yaşamaya başladı; can sıkıntısı depresyona dönüştü, bu da derinleşen bir güvensizlik duygusunu def etmek için bir heyecan yaratma ihtiyacına yol açtı.

"Hasta" sahte kendiliği olmadan, zaman zaman kim olduğundan emin olamıyordu. Böyle zamanlarda Annie duygularından içki içerek, aşırı yemek yiyerek, mağazalardan bir şeyler çalarak ve erkek arkadaşıyla şiddetli kavgalar ederek kaçınıyordu (içindeki çatışmaları sırayla ya narsisistik kurtarma ya da narsisistik saldırı şeklinde erkek arkadaşına yansıtıyordu). Bu etap tavana vurduğu zaman işini ve kiraladığı daireyi tehlikeye atıyor ve nihai sınır koyucular olarak polise güvenmek zorunda kalıyordu. Zaman geçtikçe seanslar dışında sergilediği bu davranışları seanslardan kaynaklanan duygular ve içgörülere karşı bir savunma olarak tezahür etmeye başladı ve ben yaptığım yüzleştirmelerin bağlamını buna göre uyarladım ve değiştirdim. Bu, borderline hasta ile yapılan derinlemesine çalışma etabının karakteristik ritmidir. İçgörü kazanılması, hatırlanan anılar ve bunlara eşlik eden duygular hastanın geçici olarak ilkel savunmalara gerilemesine yol açar ve bununla yüzleşilmelidir.

Borderline hastanın egosunun gözlemci bir statüye geçmesi ve eski savunma şekillerinin kendine yabancı olduğunu algılaması birincil olarak yüzleştirme yoluyla meydana gelir. Psişik yapı bu süreçten hareket edilerek inşa edilir ve zamanla ego bastırma kapasitesini geliştirir ve artık o ilkel savunma manevralarına kaçmaya ihtiyaç duymaz.

Tedavisinin son yılı boyunca Annie başkaları ile ilişkilerini, savunma amaçlı kullanmaya ihtiyacı kalmadığı için farklı bir şekilde yönetmeye başladı. Özellikle erkeklerle olan ilişkileri

önemli ölçüde değişti. Birçok kez hastaneye yatmasının nedeni erkeklerle ilişkilerini yönetememesi olmuştu.

Bu yıl içinde Annie babasıyla barıştı, erkek kardeşiyle kavga etmekten vazgeçti ("tekrar bir kardeşim olması güzel") ve bayağı bir karışıklıktan sonra erkek arkadaşından ayrıldı ama ayrılmaları öyle bir şekilde oldu ki, birbirlerine olan saygılarını kaybetmediler ve birbirlerine olan aşırı bağımlılıklarını da kabul ettiler.

Ayrıca klasik borderline ebeveyn tarzında davranarak incinebilir olduğunda (hastaneden yeni çıktığında) ona destek veren ama kendine güveni artmaya başladığında onu baltalayan iki yıllık patronuyla da yüzleşti. Annie patronunun onunla kendi "senaryosunu" oynadığını anladı ve kendisinin bu senaryodaki başrolünden çıkmaya karar verdi. Profesyonel bir tavırla işinden ayrıldı (ilk kez kovulmadan, kendi seçimiyle bir işten çıkıyordu) ve hemen yeni ve daha iyi bir iş buldu. Bu değişimin tümüyle ilgili algısı ve bunun sonucundaki davranışları gerçeklik merkezli ve girişkendi.

Annie hala sorunlarını anlamak için derinlemesine çalışıyordu ama artık iletişimsel örtüştürmenin terapinin önemli bir kısmını oluşturduğu bir noktaya geldik. Geçmişte Annie'yi olmak istediği ile gösterdiği kendisi arasındaki tutarsızlıkla yüzleştirmiştim. Zaman içinde yorumlarım daha çok bir iletişim paylaşımı düzeyine geldi: "Birçok iş yerinde kıyafet kuralları vardır, neden bir kontrol etmiyorsun?" Ayrıca gardrobunu yenilemekten bahsettiği veya yeni aldığı giysileri bana göstermek istediği zaman ilgi gösterdim ve memnuniyetimi belli ettim (bu bilerek yapılmış bir harekettir, sağlıklı sözel iletişimi temsil eder ve dolayısıyla destekler; bu etkileşimin gelişimsel paraleli Yeniden yakınlaşma alt evresindeki çocuğun kişilerarası paylaşımı keşfedip oyuncaklarını annesinin kucağına doldurması hareketidir). Annie'nin paylaşma arzusu artık karşılıklı paylaşım arzusu haline geldi. Nasıl başlarda hem kendisinin, hem de terapistinin dış görünüşü ile ilgili yaptığı yorumlar olumsuz ve saldırgansa, şimdi iyi giyinmek konusunda heveslenirken bana da modayla ilgili fikirler, ipuçları vermeye başla-

dı (İlgi çekici şekilde bu gelişme tam da ben kendi dış görünüşümle ilgili bazı değişiklikler yapmaya karar vermişken olageldi ve Annie duruma yapıcı bir şekilde katkıda bulundu, bu eğilimimin farkına vardı ve kendi büyüyen kendilik duygusunu desteklemek için kullandı).

Annie eyleme vurumlarını azalttıkça ve ilişkilerini gerçekle aynı hizaya getirdikçe kaçınılmaz olarak erkeklere karşı duyguları ile ilgili bir içgörü etabına giriyor. "Oradayken zihnimi istediğim yere götürebiliyorum" dediği kanepeyi deneysel olarak kullanarak daha da tatmin edici bir gerçeklik varış noktasına götürecek daha derin bir içgörü terapisinden fayda görüp görmeyeceğini anlamaya çalışıyor.

ÖZET

Margaret Mahler'in sağlıklı çocuğun psişik olgunlaşması konusundaki gelişimsel şeması, birincil yetişkin pre-ödipal hastalıklarda görülen gelişimsel duraklamaların normalde akıp giden bir seyirdeki donup kalmış adımları temsil ettiğini (bir filmin dondurulmuş kareleri gibi) ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan müdahalelerin sağlıklı gelişim paradigmasını taklit ederek aynı şekilde akıp giden, *ilerletici bir seyir izlediğini* önermek için kullanılabilir.

Mahler ve Masterson'un çalışmalarını açıklarken ve sentezlerken ağırlıklı olarak Mahler'in "sembiyotik psikotik çocuk"la ilgili, daha az ağırlıklı olarak da borderline çocuk ve genel olarak borderline bozuklukla ilgili psikanalitik kuramı ve tedavisi üzerinde durdum. Kişilik bozuklukları, özellikle de ergen ve yetişkinlerde borderline kişilik bozukluğu konusunda ise Masterson'un kavramlaştırmalarını temel taşı olarak kullandım.

Hem Mahler, hem de Masterson'u takip ederek içselleştirilmiş nesne ilişkileri üzerine de odaklandım. Nesne ilişkileri öncelikle bireyin, daha sonra psişik olarak fosilleşen ve gelişimsel duraklamanın temelini oluşturan dünya görüşünü içermektedirler. İkinci olarak, bu içsel dünya görüşleri iyi ve kötü duygulardan oluşan tutarlı bir algının oluşması ile evrim geçi-

rir ve kendiliğin ve başkalarının gerçekçi şekilde algılanması kapasitesinin başlangıcını, pozitif ve negatif durumlarla tanımlanan insanlarla ilgili iki ayrı görüşün inşasının başlangıç noktasını oluşturur.

Olgun psişenin içsel dünyası adaptif bir şekilde insanlarla ilgili iki ayrı görüşe bölünür ve bunlar kendilik ve diğerleri olarak kategorize edilir; tam bir kişi olma duygusu duygulanımlar üzerinde hakimiyet kazanır ve birincil düzenleyici olur. İçsel dünyamızın, duygulanım durumlarına öncelik verilen bir halden tam insan durumlarının hakim olduğu bir hale geçiş yapmak üzere nasıl yeniden düzenlendiği herhalde deneyimlediğimiz en derin psişik olaylardan biridir. Bu olay muhtemelen yeniden yakınlaşma krizi sırasında zirveye ulaşmaktadır; bunun klinik paraleli, borderline hastanın kaçmakla yapışmak arasında fırtınalı bir kararsızlık yaşadığı ve kafa karışıklığını terapiste döktüğü etaptır. Büyüyen bebeğin veya gelişimsel bir duraklamayı çözümlemeye çalışan hastanın bu hayati değişimi nasıl başardığını kavramlaştırmak amacıyla dalgalanan durumlarla ilgili bir hipotez sundum.

Daha da global olan bir içsel değişimle uğraşan şizofren hastanın zaman zaman şiddetli bir nitelik de kazanan itirazları borderline fırtınasına tekabül etmekte, hatta zaman zaman ötesine geçmektedir. Söz konusu global değişim şöyle tarif edilebilir: Sembiyotik birlik (bir olma) duygusunun içsel dünyanın tümünü bölme tehlikesi yaratan birbirine zıt iyi ve kötü duyguların oluşumu tarafından bozulması (bu süreç muhtemelen kendini, ayrılma-bireyleşme evresini başlatan farklılaşma alt evresinin patolojik eşdeğerinde tamamlar).

Şizofrenik hasta varoluş anksiyetesini pozitif ve negatif içselleştirilmiş durumların oluşması ile bağlantılandırır; terapötik ilerleme hastanın bu durumları ve bunlardaki asgari değişimleri tolere etmeye başlaması anlamına gelmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğu olan bu değişimi tolere etmekte daha başarılıdır ama değişimi tehlikeli ve küçük düşürücü bir şey olarak deneyimler ve pozitif yönü mümkün olduğu kadar çabuk tekrar kurar (oluşturur). Borderline kişilik ise bu içsel-

leştirilmiş durumlar arasında çok güçlü bir araba kullanan acemi bir sürücüye benzer şekilde gidip gelir: Panik ustalığa üstün gelir ve onu bozar. Bu vakaların her birinde ana sorun, duygulanımların kişi olma duygusunu (gerçek kendilik bilincini) boğması gibi görünmektedir.

Klinisyenin karşısındaki zorluk pre-ödipal durumları (halleri) anlamak, bulmak ve doğru şekilde müdahale etmektir. Buna ek olarak pre-ödipal haller birbirlerine karşı savunma yaparlar hatta bir düzeyden diğerine gerilerler, bu nedenle bulanık ve birbirine karışmış haldedirler (birden fazla takıntı noktası olması problemi ayrıca tartışılması gereken bir konudur).

Şizofren hasta tamamlanmamış kısıtlama, bekleme ve katılım ihtiyaçlarını (bir başkası ile birleşme duygusunu tanımlayan şey her ne ise ona olan ihtiyacı) tekrar elde etmek için terapistin asgari düzeyde müdahalesine ihtiyaç duyar.

Narsisistik hasta benzer bir tasdiklenme, onaylanma duygusuna ihtiyaç duyar ama bunun yanı sıra kendiliği hem rasyonel hem de duygusal şekillerde ifade etme ve anlama ihtiyacının karşılanması için de destek verilmesine ihtiyaç duyar. Dolayısıyla terapist şizofren ve narsisistik hastalara katılma ve aynalama yollarıyla destek verir ama narsisistik hasta ile çalışırken buna ego uyumlu yorumlama tekniğini de ekler.

Borderline hasta ise içselleştirilmiş nesneleri duygulardan ayırt etmek, duyguları ayrıştırmak, nesnelerin ikircikli niteliğini kabul etmek, fantezi dünyasını gerçeklikten ayırmak ve sihrin yerine sembolleri, eylem yerine de sözcükleri koymak için kaotik bir uğraş verir. Terapist yüzleştirme yoluyla hastaya bu kurşun gibi seken enerjiyi konsensüs gerçekliği ile hizalama yapmaya yönlendirmesi için destek verir. Terk depresyonunun yoğunlaştığı gerileme anları haricinde, borderline hasta aynalamayı fazla müsamahakâr görür veya gerçekte elde edilmesi imkânsız olan bir dünya hakkında sahte sözler vermekle itham eder (Buna benzer şekilde, narsisistik hasta da sürekli ve kesintisiz sunulan aynalamayı, kendisini çocuklaştırma girişimi olarak deneyimler).

Hastanın çeşitli müdahalelere verdiği tepkinin klinisyen tarafından değerlendirilmesi tanı amacıyla kullanılır. O sırada ortaya konulan/sunulan problem ve hastanın geçmişi bize hastalarımızın intrapsişik dünyası ile ilgili önemli ipuçları verir. Ama asıl tanısal sınav klinik ortamın kendisidir çünkü bu ortamda hastanın problemi aktarımsal olarak tekrar edilir ve hastanın aynalama, yüzleşme ve yorumlama gibi majör müdahalelere gösterdiği sürekli tepki asıl hikâyeyi ortaya çıkarır. Buna ek olarak, terapist daha önce belirlemiş olduğu müdahalelerde değişiklik yapma ihtiyacı hissettiğinde, bu değişiklik hastanın önemli regresyonları veya hastanın daha yüksek bir psişik organizasyon (düzenleme) düzeyine yaptığı "gelişimsel" ilerlemenin işareti (habercisi) olur.

Pre-ödipal hastaların dinamikleri bize erken yaşlardaki psişe oluşumuna bir anlık bir bakış fırsatı verir; bu görüş çocuklar üzerinde yapılan psikanalitik yönelimli çalışmalar tarafından da desteklenmektedir. Mahler'in dediği gibi:

> Çocuk sembiyotik evreyi ve ayrılma-bireyleşme evresinin *farklılaşma* adı verilen ilk alt evresini başarılı bir şekilde geçmediği zaman bu başarısızlığın ardından psikozun ortaya çıkacağı psikanalistlerin geneli tarafından kabul edilmiş bir hipotezdir...
>
> Psikotik rahatsızlıklara göre daha hafif olan rahatsızlıklar ise, fikrimce, ayrılma-bireyleşme sürecini geçmiş olmalarına rağmen alt evrelerin seyrinde zarar verici sapmalar yaşamış olan çocuklarda arz etmektedir. Evreler birbirinin üstüne fazla bindiyse, yani birbirleriyle örtüşme oranları aşırıysa, ya da farklılaşma veya uygulama alt evrelerinde başka ciddi karmaşalar yaşandıysa, barışma krizi çok şiddetli olmuşsa ve kriz sonucunda nesne sürekliliği elde edilememişse... takıntı noktaları oluşur. Bunun devamında ortaya çıkabilecek durumlar: Narsisistik karakter oluşumu ve/veya borderline patolojidir (kendiliğin ve nesne dünyasının bölünme mekanizmaları ile).
>
> Konuşma öncesi gelişim düzeylerinin patojenetikliğini, ayrıca karakter oluşumu ve kişilik entegrasyonu üzerinde oyna-

dıkları rolün önemini hala hafife almaktayız... (1974, s. 162-165).

REFERANSLAR

Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. *The Selected Papers of Margaret S. Mahler, M.D.*, Cilt 1. New York: Jason Aronson, 1979 içinde.

Mahler, M. (1961) On sadness and grief in infancy and childhood: Loss and restoration of the symbiotic love object. *Selected Papers*, Cilt 1.

Mahler, M. (1965). On early infantile psychosis: The symbiotic and autistic syndrome. *Selected Papers*, Cilt 1.

Mahler, M. (1966). Notes on the development of basic moods: The depressive affect. *Selected Papers*, Cilt 2.

Mahler, M. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Selected Papers*, Cilt 2.

Mahler, M. (1972a). On the first three subphases of the separation-individuation process. *Selected Papers*, Cilt 2.

Mahler, M. (1972b). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Selected Papers*, Cilt 2.

Mahler, M. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. *Selected Papers*, Cilt 2.

Mahler, M. (1984). *The psychological birth of the human infant*. Franklin Lakes, NJ: The Mahler Research Foundation Film Library.

Mahler, M., & Furer, M. (1960). Observations on research regarding the "symbiotic syndrome" of infantile psychosis. *Selected Papers*, Cilt 1.

Mahler, M., & Gosliner, B.J. (1955). On symbiotic child psychosis: Genetic, dynamic, and restitutive aspects. *Selected Papers*, Cilt 1.

Margolis, B. (1986). Joining, mirroring, psychological reflection: Terminology, definitions, theoretical considerations. *Modern Psychoanalysis*, 11, 19-35.

Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. F. (1981). *The Narcissistic and borderline disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. F. (1985). *The real self*. New York: Brunner/Mazel.

Searles, H. F. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International Universities Press.

Spotnitz, H. (1969). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Grune & Stratton.

Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1958). Anxiety associated with insecurity. *Through paediatrics to psycho-analysis*. New York: Basic Books, 1975 içinde.

8

DÜŞÜK-DÜZEYLİ BORDERLİNE HASTANIN TANI VE TEDAVİSİ

Ralph Klein, M.D.

Bir borderline psikopatolojiler yelpazesi kavramının mevcut olduğunun kabul edilmesi borderline kişilik bozukluğunun gelişimsel ve nesne ilişkileri açısından ele alınması görüşünün çok önemli bir parçasıdır. DSM-III-R tarafından sunulan ve oldukça dar olan tanımlayıcı tabloya zıt olarak, borderline'ın intrapsişik yapısında tezahür etmesi muhtemel semptomatolojilerin yelpazesi oldukça geniştir.

Yüksek düzeyli borderline hastalar oldukça iyi işlev görebilmektedirler. Düşük düzeyli borderline hastalarsa genellikle iyi işlev göremezler, hatta bu hastalar hayatın talepleriyle başa çıkmak için o kadar az beceriye sahiptirler ki, çoğu birden fazla kez olmak üzere yatan hastaların bulunduğu psikiyatrik birimlere yatırılmak zorunda kalmaktadırlar. Sadece DSM-II kriterleri kullanılmış olsaydı muhtemelen latent şizofren tanısı konulacak olan bu düşük düzeyli hastalar hem yatan hasta ortamlarında hem de ayakta tedavi gören hasta kliniklerinde kendilerine özgü tedavi ve yönetim sorunlarına yol açmaktadırlar. Bu sorunlar hastanın eyleme vurumlarının şiddeti ve kapsamından kaynaklanabileceği gibi, hastanın destek sistemlerindeki (yiyecek, kalacak yer ve tıbbi bakım) eksiklikler nedeniyle de ortaya çıkmaktadır.

Bu bölüm düşük düzeyli hastalarla ilgili derinlemesine bilgi sunmaktadır. Buna: (1) terapistin müdahalelerine rehberlik edecek olan, düşük düzeyli hastanın psikopatolojisinin tanımı; (2) yatan hastaların tedavisi ile ilgili bilgiler; ve (3) ayakta tedavi gören hastaların tedavisi ile ilgili bilgiler dahildir.

DÜŞÜK DÜZEYLİ HASTANIN TANIMI

Bu tanımı yapmaya tam olarak DSM-III-R ile başlayabiliriz. DSM-III-R tarafından belirtilen dürtüsel, kendilik yıkıcı davranışlar, kişilerarası ilişkilerde kaos, hızlı değişen ruh hali, kimlik dağılması, başkalarına ve kendine yönelik kızgınlık, yaygın can sıkıntısı ve boşluk duyguları düşük düzeyli borderline hastadan beklenecek davranış ve etkileşimlerin niteliğini tanımlamakta ve doğru şekilde tespit etmektedir. Yukarıda sayılanların arasında 'kendilik yıkıcı davranışlara eğilim' muhtemelen düşük düzeyli borderline hasta için patonomonik bir davranışsal kriter olmaya en yakın klinik semptomdur.

Bu hastaların sunduğu tablo çoğunlukla nevrotik-benzerinden çok, psikotik-benzeridir. İlkel ego savunmaları ego işlevselliğindeki kusurlara eşlik eder. Bunun sonucu daha zayıf bir adaptif işlevsellik ve bebeksi regresyonlar, paranoid düşünce, düşmanlık, depersonalizasyon ve derealizasyon, referans fikirleri, yanılsamalar, obsesif-kompülsif semptomlar ve panik-benzeri anksiyete gibi durumlarla karakterize olan gerçek ama geçici psikotik epizotlardır. Bu özellikler ayrılma stresinin sonucu olarak açıklanmaktadır.

Halüsinasyonlar, kuruntular, kopuk ve tutarsız veya mantıksız düşünme, ve ego sınırlarının kaybı gibi psikotik semptomlar ise genellikle hasta uyuşturucu veya alkol kullanıyorsa ortaya çıkar; veya bunlar bir başka bağlantılı majör duygusal rahatsızlığın öğeleri olabilirler. Bu semptomların salt ayrılma stresinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaları muhtemel değildir.

DSM-III-R'de verilen klinik tanım gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı ile koordine edilirse daha iyi ve kesin anlaşılabilir ve bir terapi yaklaşımına daha iyi entegre edilebi-

lir. Bu model kullanılarak yukarıda tanımı yapılan psikopatoloji tezahürlerinin ayrılma-bireyleşme sürecinde meydana gelmiş bir gelişimsel duraklamadan kaynaklandığı görülebilir ve borderline patoloji yelpazesinin bu gelişimsel duraklamanın dönemine tekabül ettiği anlaşılır; bu duraklama çocuğun hayatında 14 veya 15 aylıktan üç yaşına kadar uzanan bir dönem içinde herhangi bir zamanda meydana gelmiş olabilir. Bahsettiğimiz zaman süresi genellikle ayrılma-bireyleşme evresinin dahilindeki yeniden yakınlaşma alt evresinin kapsadığı süredir.

Gelişimsel duraklama ne kadar erken meydana gelirse (duraklama çocuğa bakmakla yükümlü birincil kişinin optimal libidinal mevcudiyet ve optimal engelleme yoluyla çocuğun psikolojik olarak büyüme çabalarını desteklemek ve teşvik etmekte başarısız olması nedeniyle meydana gelir) borderline kişilik bozukluğunun tezahürleri de o derece şiddetli olmaktadır. Bunun birçok nedeni vardır.

Öncelikle, duraklama ne kadar erken olursa çocukta o kadar az intrapsişik yapı oluşmuş olacaktır ve *duraklama* sözcüğünün ifade ettiği gibi, o noktadan sonra büyüme duracaktır. Örneğin önemli bir kilometre taşı olan 'istikrarlı nesne kalıcılığı elde edilmesi' çocuk 15-18 aylık oluncaya kadar gerçekleşmez. Bu gelişimsel işi başaramayan çocuk içsel "tasarım" dünyasının inşası için hayati bir ön gereklilik olan şeyi de elde edememiş olacaktır. Dolayısıyla asla istikrarlı bir intrapsişik ebeveyn temsili de olmayacaktır. Bu nedenle gelişimsel duraklama ne kadar erken meydana gelirse ayrılma stresine karşı incinebilir olma oranı da o kadar yüksek olacaktır.

İkinci olarak, yeniden yakınlaşma alt evresinin başlarındaki çocuk bir "diğer" kişinin "kendilik düzenlemesi" işlevlerine olan mutlak bağımlılığından daha yeni çıkmıştır. Kısa zaman önce edindiği içselleştirilmiş kendilik/nesne farklılaştırması kapasitelerini kaybederek yeni ortaya çıkmakta olan kendiliğini kaybetmeye dair primitif korku çocuk için bu sürecin başlarında çok daha tehlikelidir. Ve gelişim durduğu takdirde bu korku yetişkinliğe taşınır ve düşük düzeyli borderline bozukluğun duygusal yükünün bir parçasını oluşturur.

Üçüncü olarak, erken dönemde meydana gelmiş gelişimsel duraklamadan muzdarip düşük düzeyli borderline yetişkinlerde yansıtma, yansıtmalı özdeşim, bölünme (ilkel, olgun olmayan savunmalar) ve geri çekilme ve uzaklaşma (mutlak bağımlılıktan dolayı boğulma korkusuna karşı yapılan savunmalar) sık rastlanan durumlardır. Buna zıt olarak inkâr, uzaklaşma ve yapışma gibi terk savunmaları yüksek düzeyli borderline hastanın savunma yapısının özellikleridir. Bölünme yüksek düzeyli hastada da hakimdir ama entegrasyona doğru giden adımlar atılmaya başlanmıştır.

Borderline kişilik bozukluğu tarafından kullanılan savunmaların niteliğinin terapötik ilişki ve aktarımsal eyleme vurumun doğası ile ilgili önemli sonuçları vardır. Boğulmaktan çok terk edilmekten korkan yüksek düzeyli hasta davranışlarının yıkıcılığını inkâr etmeye daha eğilimli olurken, terapiste yapışır ve ödüllendirici nesne ilişkileri birimini yansıtmaya çalışır. Düşük düzeyli hasta ise yansıtma mekanizmaları kullanmaya ve terapisti potansiyel olarak zarar verici, tehditkâr ve tehlikeli olarak görmeye daha yatkındır. Bu eğilim tipik olarak "düşmanca bağımlılık" şeklinde tezahür eder ve yapışma ile geri çekilme, uzaklaşma ve pasif-agresif davranışlar bir araya gelir.

Yukarıda tanımlanan klinik tablo ve intrapsişik yapıya ek olarak, düşük düzeyli borderline hasta sıklıkla gelişimsel duraklamanın şiddeti ve görülen yapısal zararın derecesi ile ilişkili olan iki geçmiş örüntüsü arz eder. Birincisi, ebeveynin mevcut olmamasından kaynaklanan veya hastalık, ölüm, ihmal veya kötü davranış (taciz, suistimal) nedeniyle meydana gelen ayrılma stresi ve travma dönemleri olması kuvvetle muhtemeldir. Birden fazla geçici ailenin yanına veya yetimhanelere yerleştirilme veya akrabaların yanına bırakılma gibi durumlar sık görülür. İkinci olarak, genellikle düşük düzeyli borderline hasta erken yaşlarında mevcut olmayan birincil bakıcısı yerine başka biri tarafından yakın ilişki içinde bakılıp büyütülmemiştir (yani ortada olmayan anne yerine ona şefkat, sevgi vs. verecek bir başkası olmamıştır). Sağlıklı bir "diğer" kişinin, örneğin bir

akraba, büyükanne veya büyükbaba ya da geçici annenin duygusal varlığı, asıl ebeveynin mevcut olmamasının neden olduğu patolojik etkinin değişime uğramasına ve sınırlanmasına yardımcı olabilir.

TEDAVİ STRATEJİLERİ

Düşük düzeyli borderline hastaya uygulanacak tedavi stratejisi bir evvelki bölümde tanımlanan bu hastaya özgü intrapsişik yapıya temellendirilmektedir. Bu tip hastalar için herhangi bir terapötik ortamda ya yüzleştirmeci psikoterapi ya da danışmanlık uygulanır.

Yüzleştirmeci Psikoterapi

En şiddetli olanlar hariç, tüm düşük düzeyli borderline hastalar yüzleştirmeci terapiden fayda göreceklerdir. Yüzleştirmeci terapi hastaya dürtülere karşı savunma yapmak yerine hayata adapte olmayı öğrenmesi için yardımcı olan bir tedavi sürecidir. Buradaki spesifik hedefler hastanın görev ustalığı ve sosyal beceri kazanması ve bunları içselleştirmesidir. Tedavi süreci hastayı uyumsuz davranışlar içeren dirençlerle, bu davranışlar ego-uyumsuz hale gelinceye kadar yüzleştirmeyi içermektedir. Tedavi süresince terapistle hasta arasında terapötik bir ittifak kurulur. Bu terapötik ittifak aktarım eyleme vurumunun yerini alır. Hasta artık ödüllendirici veya geri çekilen birimleri terapiste yansıtmaz; onun yerine, bu ittifak borderline hasta için yeni bir nesne ilişkileri birimini temsil etmektedir; bu birimde kendilik ve nesne, acı verici duygulanımları tespit etme, eyleme vurumları sınırlama ve duygulanımları terapi saati içinde söze dökme işlerinin hastanın sorumluluğunda olduğuna dair bir fikir birliğine varmışlardır. Tedavinin son parçası da altta yatan duygulanımlarla başa çıkmak amacıyla adaptif başa çıkma şekillerinin hastada yerleşik hale gelmesidir. Hastayı gerçekçi kendilik kabulü, aktivasyon ve kendini ortaya koyma yoluyla daha iyi bir hayat adaptasyonuna götüren yeni davranışlar ve savunmalar ortaya çıkar. Bu örüntü daha önceki kendilik yıkıcı davranışların ve savunmaların yerini alır.

Yoğun analitik tedaviden farklı olarak yüzleştirme terapisi hastaya borderline psikopatolojisinin temelinde yatan terk depresyonunu derinlemesine çalışma fırsatını vermez.

Daha iyi anlaşılması için son derece basite indirgersek, terapist düşük düzeyli borderline hasta ile çalışırken hastanın derinlemesine çalışma yapması bir yana, sadece çalışabilir hale gelmesi ile tatmin olur; ayrıca kendilik kaybı ve nesne kaybı korkularının ortadan kalkması ile elde edilen özgürlüğün getirdiği 'ilişkilerde tam bir yakınlık' sağlaması bir yana, hastanın ilişkilerinde tutarlılık olması yeterlidir.

Terapistin tarafsızlığı (ve objektif olması) borderline hastaya uygulanan yüzleştirmeci terapinin başarılı olması için çok önemlidir. Terapist hastanın çeşitli yansıtmalarını yankılamaktan kaçınmalıdır. Düşük düzeyli borderline hastayla çalışırken terapötik bir tarafsızlığı muhafaza etmek kolay bir iş değildir. Borderline hastanın yoğun duygularının, çatışmalarının ve ihtiyaçlarının terapistin bazı incinebilir taraflarını ortaya çıkarma ve bunları harekete geçirme riski her zaman mevcuttur.

Nispeten daha iyi işlevselliğe sahip, yüksek düzey bir borderline hasta ile çalışırken bile özel bir ayakta hasta muayenehanesinin yapılandırılmış ortamında bir terapistin tek başına bu güçlü ve yoğun duygular ve patolojik savunmalarla başa çıkması zaman zaman son derece zordur. Düşük düzeyli hastayla ise, ister ayakta hasta kliniğinde, ister yatan hasta olarak çalışmak zordur; düşük düzeyli borderline hasta uyumsuz duygulardan kaçıp rahatlayabilmek için, sadece terapistinin değil, diğer terapistler, akıl sağlığı görevlileri, diğer hastalar ve sistemin kendisinden oluşan büyük bir grubun incinebilirliklerini ve karşı aktarım zayıflıklarını deşebilir.

Danışmanlık

Bir takım borderline hastalar için tercih edilen tedavi danışmanlıktır. Danışmanlık psikoterapi değildir. Psikoterapi kavramı ve uygulamaları terapistin hastanın değişme ve büyüme kapasitesi olduğuna dair inancını içermektedir; hastanın

bu kapasitesini gözleme, yönetme ve sürdürme sorumluluğu vardır.

Danışmanlık ise hastanın önemli ego işlevselliği alanlarında gözleme, yönetme ve sürdürme kapasitelerini içselleştirme kapasitesi olduğuna dair varsayımlarda bulunmaz.

Bunun tam aksine, danışmanlık hastanın intrapsişik yapıyı kavrama, içselleştirme veya inşa etme kapasitesinin en iyi ihtimalle geçici ve her an bozulabilir olduğunu, en kötü ihtimalle ise hiç mevcut olmadığını varsayar. İyi bir danışman hastaya duygularını gözlemesi, hareketlerini yönetmesi ve adaptif işlev ve savunmaları sürdürmesi için yardım eden kişi rolünü sürekli olarak üstlenmeyi kabul eden danışmandır. Danışman hasta için bir ikincil ego görevi görür ve hastanın bu ego desteğine ihtiyacı olduğu müddetçe bunu yapmayı sürdürür.

Dolayısıyla danışmanlığın hedef ve amaçları anksiyeteyi, depresyonu, kızgınlığı ve hastanın mümkün olan en adaptif ve gerçekçi şekilde işlev görmesini kronik olarak engelleyen her türlü uyumsuz duygulanım veya uyumsuz duygulanım kombinasyonlarını azaltmaktır.

Danışma teknikleri aşağıdakilerin bir kombinasyonunu içermektedir:

Gerçeklik Testi: "X'i yaparsan bunun sonucu Y olacaktır"; "Bir insana bu şekilde davranırsan, o da muhtemelen sana benzer şekilde davranacaktır"; "Eğer Bay A. kızgınsa, kızgınlığının seninle bir alakası olmayabilir".

Teşvik Etme: "Biraz olsun başarısızlığa uğramadan elde edilen başarı yoktur"; "Bu konuda elinden gelenin en iyisini yap... zaten kimse bundan fazlasını yapamaz".

Yönlendirme: "Bence yeni bir ev arkadaşı bulma konusunu düşünmelisin"; "Bence Bayan B.'den özür dilemelisin."

Problem Çözme: "Bu hareket şeklinin artıları ve eksileri, avantajları ve dezavantajları nelerdir?"

İlaç Tedavisi: Uyumsuzluğu azaltmak ve semptomları mümkün olduğu kadar hafifletmek için.

Danışmanlık uygulamasına uygun düşük düzeyli borderline hastanın profili şu özelliklerin bir kaçını veya tümünü içermektedir: (1) erken yaşta tekrar tekrar yaşanan gerçek bir taciz, ihmal veya ayrılma stresi; (2) en küçük bir stres veya anksiyetenin neden olduğu tekrarlayan, şiddetli, uzun süreli psikotik-benzeri regresif epizotlar; (3) tekrarlayan ciddi (hayatı tehlikeye sokan) intihar girişimleri veya ciddi cinayet ya da şiddet niyeti veya girişimleri.

Bu özellikler genellikle şiddetli, yaygın ve kronik ego kusurları olan hastalarda bir "küme" halinde arz ederler. Bu özelliklerden her biri hastanın tüm kişilik organizasyonu ve hastanın güçlü ve zayıf tarafları göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Emin olunamadığı takdirde bir yüzleştirmeci terapi denemesi yapılır. Bunun iki nedeni vardır. Birincisi, yüzleştirmeci terapiden danışmanlığa geçmek daha kolaydır, çünkü terapist bir kez tutarlı ve gönüllü olarak ödüllendirici birim yansıtmasına adım attıktan sonra rolleri değiştirip yeni bir terapötik çerçeve içine girmesi zor olacaktır; özellikle de bunu hastada kafa karışıklığına ve hastanın uzun süre onu sınamasına neden olmadan yapması çok zordur. Bir terapist danışmanlık yaptığı hastanın yüzleştirme terapisinden fayda göreceğine karar verirse hastayı bir başka terapiste sevk etmesi daha iyi olur. İkincisi, hastanın danışmanlık alması gerektiğine dair bir karar alınması birçok alanda özerk adaptif işlevsellik kapasitesini kaçınılmaz olarak sınırlayacak ve engelleyecektir.

Ancak bir kez danışmanlık lehine karar verildiğinde, terapist hastanın hayatını tehdit eden davranışlarını, psikotik-benzeri semptomları veya bunaltıcı ve zedeleyici stres ve gerilemeye karşı incinebilirliğini kontrol etmek için yukarıda sözü geçen müdahalelerle yardımcı ego olarak işlev görmek üzere tekrar tekrar ve gereken sıklıkta harekete geçebilir.

Aşağıda anlatılan Z.N. vakası yapılan yüzleştirme terapisi denemesinde başarısız olunan, daha sonra danışmanlığa geçilen ve sonuçta hastanın fayda gördüğü bir vakadır.

Z.N. Vakası

Hasta birçok kez hastaneye yatmış ve son yatışını takiben bize gönderilmiş olan 39 yaşında bir kadındı. Hastane personeli hastanın ailesine onu bir devlet psikiyatri hastanesine yatırmalarını ve orada uzun dönemli tedaviye başvurmalarını tavsiye etmişlerdi.

Hasta tek çocuktu. 33 yaşında yaptığı evliliği takip eden bir yıl hariç, her zaman ailesiyle yaşamıştı. Anne ve babasının hiç kesilmeyen ilgi ve dikkatinin koruyucu şemsiyesi altında her zaman yeterli derecede işlev görebilmeyi başarmış, üniversiteyi bitirmiş, öğretmenlik yapmış, arada sırada flört etmiş ve sonunda da evlenmişti.

Bununla birlikte ergenlik çağından beri sürekli yetersizlik, anksiyete, obsesif düşünceler, kompülsif davranışlar ve kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) ve ortama yabancılaşma (derealizasyon) dönemleri yaşamıştı. Durumu kronikti ve yirmi yıldır semptomatik ve psikopatolojik resimde pek bir değişiklik olmamıştı. Minimum seviyede stres hızla şiddetli regresif epizotlara ve sonunda da hastaneye yatmasına neden oluyordu. İki ciddi, hayatını hakikaten tehlikeye sokan intihar girişiminde bulunmuştu. İkinci intihar girişiminden sonra kocasından ayrılmış ve annesiyle babasının yanına dönmüştü. O ortamda yeterli ama ancak marjinal seviyede işlev görebiliyordu.

Başlangıçta hastaya deneme niteliğinde yüzleştirmeci terapi uygulanmasına karar verildi. Psikopatoloji geçmişi bir danışmanlık yaklaşımının daha uygun olacağına işaret etse de, hastanın elde etmiş olduğu gerçek hayat başarıları (akademik ve mesleki geçmişi) egosunun güçlü yanları olduğunu ve yüzleştirme terapisine cevap verebilecek bir gerçeklik egosunun mevcudiyetini gösteriyordu.

Yaklaşık altı aylık bir süre boyunca terapist tutarlı bir şekilde ve ısrarla hastanın uyumsuz ve regresif davranışları konusunda yüzleştirme yaptı. Başlarda görülen kısa ömürlü bir düzelmeden sonra Z.N. yüzleştirmelere gittikçe artan bir çaresizlik, zirveye tırmanan anksiyete ve semptomlarının kötülemesiyle tepki vermeye başladı. Genel işlevselliği kötüledi. Bu nok-

tada yüzleştirme terapisinin yeterli bir süre boyunca denendiğini düşünülerek terapi şeklinin birçok değişiklik yapılarak danışmanlığa çevrilmesi kararı alındı.

Öncelikle, hastanın haftada bir yapılan danışmanlık seanslarına ek olarak annesi ve babası da yine haftada bir kez olmak üzere aile terapisine gelmeye başladılar. Davranışsal terapi prensiplerinin kullanıldığı aile seanslarının odak noktası davranışsal değişim elde edilmesiydi. Üzerinde konuşulan ve bir terapi planı hazırlanan alanlar arasında iş, sosyalleşme, öz yönetim ve aile yaşantısına katkıda bulunma vardı.

İkinci olarak anksiyete, obsesif-kompülsif özellikler, depresyon ve psikotik-benzeri özelliklerin yönetilmesi için bir dizi ilaç tedavisi denemeleri yapıldı; hasta bunlardan sınırlı da olsa fayda gördü.

Üçüncü olarak, yapılan müdahaleler sadece gerçeklik testi, yönlendirme, teşvik etme ve problem çözme üzerine odaklandı.

Bu çabalar hastanın kademeli olarak tekrar stabilize olmasını sağladı. Hastaneye yatmamayı, part-time çalışmaya başlamayı ve evde kendilik yönetimi konusunda daha fazla sorumluluk almayı başardı.

Üç yıllık bir sürenin sonunda halen ayda bir kez olmak üzere danışmanlık seanslarına geliyor, çalışmaya ve anne babası ile yaşamaya devam ediyordu. Bu dönem süresince başka intihar girişimleri veya hastaneye yatma vakaları olmamıştı.

Yatan Hasta Tedavisi İçin Rehber

Hastaneye yatırma düşük düzeyli borderline hastaların tedavisinde sık yapılan bir uygulamadır ve yatan hasta ortamı bu hastaların terapisi sırasında karşılaşılabilecek sorunların büyümesine ve dolayısıyla da daha fazla vurgulanmasına neden olur.

Yatan hasta birimi üzerine düşen görevleri yaparken borderline hastanın hayati ve temel bakım sorumluluklarını da üstlenir. Sistemin bu yönü terapi grubunun beher üyesini

borderline hastanın ödüllendirici birim yansıtmalarını yanıklamaları için teşvik eder. Koğuşun sorunsuz şekilde işlev görebilmesi için itaatkârlık, pasiflik ve regresyonu teşvik etmeyen hastane koğuşu hiç yok gibidir.

Tıbbi hastalar için regresyon bazen "egonun hizmetinde" olabilir ve tedavi ile iyileşme için gerekli ve bunlara uyumludur.

Psikiyatrik hasta, özellikle de borderline hasta içinse gerileme kaçınılmaz şekilde terapiye zarar veren bir olgudur.

Durum, borderline hastanın terapötik ihtiyaçlarının diğer hastalardan çok farklı olması nedeniyle daha da karmaşık hale gelir. Birçok yatan hasta biriminde birçoğu temel danışmanlık veya yönlendirici ve destekleyici yaklaşımlara iyi cevap veren şizofren, organik ve duygudurum bozukluğu hastası vardır. Personelin büyük bölümü bu tarz bir terapist-hasta etkileşimine alışık oldukları için bir hastadan diğerine geçerken hızlıca yaklaşım değiştirmek ve borderline hastanın kendine özgü yüzleşme ihtiyaçlarını sağlamak için bir dakika arayla "vites değiştirmek" onlara çok zor gelmektedir. Sık sık personelden birinin bazı hastalarda o kadar işe yarayan müdahalelerin başka hastalara zehir etkisi yaptığına inanamadığı görülür.

Bu sorunlar göz önüne alındığında borderline hastanın hastaneye yatırılması dikkatle düşünülmeli ve faydalarıyla zararları karşılaştırılmalıdır.

Hastanede yatan borderline ergenlerin tedavisi yetişkinlerinkine göre önemli ölçüde farklılıklar gösterir. Ergenlik çağındaki birey hala belli işlevler için sorumluluğu paylaşıma ve bağımlı olmanın normal olduğu, yani yaşına uygun ve gerçekçi bir davranış olduğu dönemdedir. Dolayısıyla ergenlerin yattığı koğuştaki personel terapötik nesnelliklerine zarar vermeden ebeveyn rollerini üstlenebilir ve belli ebeveyn işlevlerini yerine getirebilirler. Bu bölümde sunulan bilgilerin çoğu yetişkin borderline hastaların tedavisine yöneliktir.

Yatan hasta ortamında mevcut regresif özelliklere rağmen düşük düzeyli borderline hastanın hastaneye yatmasını gerektiren zamanlar da vardır. Hastanın hastaneye yatırılması şu du-

rumlarda gerekli görülebilir: (1) hasta daha az sınırlayıcı veya daha az regresif ortamlarda gerçekten işlev göremiyorsa; (2) hasta başkaları için tehlike arz eden davranışlarda bulunuyorsa; veya (3) hasta intihara meyilli davranışlarda bulunuyorsa. Hastanın bu kriterlerden herhangi birine uygun olup olmadığına karar vermek genellikle zordur ama düşük düzeyli borderline hastanın psikopatolojisi bağlamında karar alınması gerektiği zaman bu zorluk kaçınılmaz hale gelir. Gelin bu kriterlerin her birini daha detaylı olarak inceleyelim.

İşlev Görememe

Düşük düzeyli borderline hastanın hayatındaki ana motif sahte, savunmacı kendiliğin çaresiz, kontrol dışı ve birincil bir "öteki"nin yardımları olmadan işlev göremeyen biri şeklindeki kendilik tasarımında tezahür eder. Bu tarz bir kendilik tasarımına özgü çarpıtmalar terapistin yoğun şekilde incelemesi ve yüzleştirmesi gereken konulardır. Çaresiz ve işlev göremeyen biri olarak görünen hastayı değerlendiren terapist, nesnel ve tarafsız bir perspektif muhafaza edebilmeli ve bir adım uzaklaşarak hastanın hastaneye yatırılacak kadar ağır zarar görmüş olup olmadığına duygularına kapılmadan karar vermelidir. Borderline hastalar söz konusu olduğunda genellikle terapistin verdiği karar hastanın talebiyle çelişecektir. Muhakkak gerekli olmadığı takdirde bir borderline hastayı hastaneye yatırmak, hastaya terapistin kendisinden beklentileri ile ilgili yanlış bir mesajın verilmesine neden olacaktır; bu yanlış mesaj gelecekte yapılacak olan yüzleştirmeleri ve dolayısıyla terapiden başarılı sonuç alınmasını baltalayacaktır.

Başkaları İçin Tehlike Arz Etme

Davranış intrapsişik yapının bir yansımasıdır. Borderline hasta nesneye karşı şiddet gösterme eğiliminde değildir çünkü o nesneye veya "öteki"ne umutsuzca ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle düşük düzeyli bir borderline hastanın şiddet gösterme tehdidi veya tehlikesi yüzünden hastaneye yatırılması çok nadiren gerekir. Ancak psikodinamik tabloyu değiştiren iki özel durum vardır ki, şiddet tehdidi bu durumlar dahilinde yapıl-

mışsa hastayı hastaneye yatırmak gerekir. Bunlardan ilki hastanın uyuşturucu kullanması durumudur; eğer şiddet tehdidi hasta uyuşturucunun etkisi altındayken, hezeyan halindeyken veya kullanım sonucu psikotik haldeyken yapıldıysa hastaneye yatırmak gerekmektedir. İkinci olarak, eğer tehdit bir "öteki"nin (genellikle sevgili veya eş) yoğun ve sembiyotik bir ilişkiyi bitirme girişimi üzerine yapıldıysa buna dikkat etmek gerekir. Buradaki ayrılma stresi o kadar büyüktür ve neden olduğu panik o kadar yoğundur ki hasta "öteki"nin ayrılmasına izin veremez ve "benim olmazsan kimsenin olamazsın" tehdidini eyleme vurur.

Kendisi İçin Tehlike Arz Etme

Düşük düzeyli borderline hastanın nesneyi birincil bakıcı rolünü üstlenmesi için zorlamaya, kontrol etmeye ve manipüle etmeye olan bilinçli ve bilinçsiz ihtiyacı o kadar yoğundur ki sık sık bu ihtiyacın tatmininin peşinden kendisine pahalıya patlamasına rağmen koşar. Terapötik ilişkide hasta, aktarım eyleme vurumunun bir parçası olarak eyleme vurumu kendilik yıkıcı veya kendisini yaralayıcı davranışlara kadar vardırır; bunu yaparken terapistin endişeleneceği, alarma geçeceği ve onu kurtaracağı fantezileri içindedir. Bu tarz davranışlar o kadar sık görülmektedir ki, DSM-III-R'de sunulan borderline kişilik bozukluğu kriterlerine dahil edilmişlerdir. Bu davranışlar hastaya sadece terapisti ödüllendirici bir rol üstlenmeye zorlayarak hizmet etmez, aynı zamanda hastanın anksiyete ve başka acı verici ve uyumsuz duygulanımlara karşı somatizasyon, depersonalizasyon, kendine karşı dönme ve saldırganla özdeşleşme gibi ilkel savunma operasyonlarıyla savunma yapabilmesini sağlar. İntihar tehditleri karşısında hastayı hastaneye yatırmaktan kaçınmak ve tedaviyi ayakta tedavi ortamında (ki bu ortam daha adaptif ve daha az regresif bir ortamdır) devam ettirebilmek için terapist kendilik yıkıcı davranışların ciddi intihar girişimleri olmadığını, daha çok hastanın çekirdek psikodinamik psikopatolojisi ve bununla bağlantılı kendilik patolojisi ve ego yapılarının tezahürleri olduğunu anlamalıdır. Bir kez bu durum anlaşıldığında terapist hastanın intihar teh-

ditlerinin yarattığı baskıya karşı sağlam, tutarlı terapötik duruşu muhafaza etmelidir.

Aşağıda anlatılan vaka tedaviyi sabote etmek, başkalarını kontrol etmek, çaresiz bir bağımlılık pozisyonunu ve öz imajını muhafaza etmek ve gerginliği azaltmak için intihar davranışlarının hasta tarafından manipülatif, yıkıcı ve savunmacı şekilde nasıl kullanıldığına bir örnektir.

M.A. 30 yaşında, boşanmış üç çocuğuyla birlikte yaşayan Latin Amerika kökenli bir kadındı. Üç çocuğu ile yaşıyordu. 16 yaşındayken hamile kalarak çocuğunun alkolik ve kumarcı biri olan babasıyla evlenmek üzere okuldan ayrılmıştı.

Daha sonra eve dönmüş, evlenmiş ve birbiri ardına iki çocuk daha yapmıştı. Evliliği 3 yılda sona erdi. Evliliğinin bitmesi ile, vakanın bir klinik vaka toplantısında incelenmesi için bana sunulması üzerinden geçen beş yıl içinde M.A. intihar girişiminde bulunması nedeniyle on beş kez hastaneye yatırılmıştı (ve her yatışında ortalama iki ile üç ay arasında hastanede kalmıştı). İntihar girişimleri genellikle bileklerini kesme veya aşırı dozda hap alma şeklinde oluyordu.

Tarafımdan sorgulandığında kendini açıkça anlaşılır şekilde ifade ederek özerk bir şekilde işlev görmesi ile ilgili en küçük bir stres veya talebin bunaltıcı çaresizlik, depresyon ve anksiyete duygularına neden olduğunu, intihar girişimlerinin de hastaneye yatıp birkaç aylığına "kötü duygulardan ve baskıdan kurtulmak" için bir yol olduğunu söyledi.

Hastanın kendisi intihar davranışlarının sadece göstermelik davranışlar olduğunu ifade etti. Bu girişimler hayatındaki çatışmalı ve anksiyete doğuran tüm durumları yönetme girişimleriydi. M.A'nın geçmişi terapistin yüzleştirme, sınır koyma ve nesnel, tarafsız bir terapötik duruş muhafaza etmedeki başarısızlığı ile teşvik edilmiş olan kendilik yıkıcı ve terapiye zarar verici davranışların sonsuz bir tekrarını gözler önüne seriyordu.

Ona ayakta tedavi uygulayan terapistler tekrar tekrar onun tehdit ve manipülasyonlarına boyun eğmişlerdi. Durum hastane terapistlerinin, ayakta hasta terapistlerinin tepkilerine karı-

şan tepkiler vermeleri ve uzun süreli hastane yatışlarına izin vererek M.A'nın çaresizlik duygularını ve kendilik yıkıcı davranışlarını pekiştirmeleri ile daha da kötüye gitmişti.

Hastanın hastaneye yatırılması çaresine başvurulması gerekliyse, hem gerilemeyi hem de tedaviye zarar gelmesini önlemek için uygulanacak birçok strateji vardır.

Öncelikle, hastanede kalış süresi mümkün olduğu kadar kısa olmalıdır. Kalış süresi ne kadar kısaysa gerileme için ve uyumsuz davranışların veya "çözümlerin" pekiştirilmesi için o kadar az fırsat yaratılmış olur.

İkinci olarak ilaçlar, o da eğer ille de kullanılıyorsa, komorbid psikiyatrik hastalıklarla bağlantılı belirli semptomlar hedef alınarak verilmelidir.

Üçüncü olarak, ayakta tedavi gören hastadan yatan hasta haline gelen hastanın tedavisinin bu geçiş sürecinde devam etmesi bir öncelik olmalıdır. Mümkün olduğu zaman hastaya dışarıda terapi uygulayan terapistin hastanede de hastanın terapisti olmaya devam etmesi gerekir. Bu devamlılık hastanede kalma süresinin kısa ve sorunlara odaklı olmasını sağlar, bölünme ve manipülasyon fırsatlarını sınırlar. Eğer, sık sık olduğu gibi, bu ayarlamayı yapmak imkânsızsa dışarıdaki terapistle hastanedeki terapist veya terapi grubu arasında iletişim olması elzemdir.

Dördüncü olarak, tedavi hastanın hastaneye yatmasına neden olan nedenler ve bu yatışın doğuracağı sonuçlar üzerine odaklı olmalıdır. Hastanın hastaneye yatırılma ihtiyacının ortaya çıkmasına neden olan yıkıcı, regresif veya uyumsuz davranış veya savunma bulunmalı, incelenmeli ve yüzleştirilmelidir. Bu sorundan sapmak sadece hastanın psikopatolojisinin pekişmesine neden olur.

Beşinci olarak, hastane personelinin müdahaleleri yönlendirici veya yorumlayıcı olmaktan ziyade, yüzleştirmeci olmalıdır. Yönlendirici müdahaleler terapisti (veya diğer personeli) ödüllendirici birim rolüne sokar. Örneğin regrese olmuş bir şizofren hasta ile çalışılırken hepsi zaman zaman uygun olabilecek yönlendirme, tavsiye veya sözel sempati veya ilgi ifadeleri

borderline hasta söz konusu olduğunda tamamen tedaviye zararlı hareketlerdir. Hastanın ayakta tedavi gören veya yatan hasta olmasından bağımsız olarak, tedavi sürecinin başlarında yapılan yorumlama müdahaleleri hastayı duygulanım tecridi ve zihinselleştirme yoluyla duygularından kaçınmaya ve onlara karşı savunma yapmaya teşvik eder.

Altıncı ve son olarak da, hastane personeli bir takım şeklinde işlev görmelidir. Bir tedavi takımı her biri kendine özgü incinebilirlikler, kuvvetli ve zayıf taraflara sahip bir bireyler grubundan oluşur. Gruptaki herkes borderline hastanın "terapötik zincirdeki zayıf halkayı", yani ödüllendirici birim nesnesi rolünü üstlenmeye gönüllü olacak kişiyi bulmak için herkesi tek tek irdelemeye çalışacağı konusunda bilinçlendirilmelidir. Grup üyelerinin her biri terapötik yapının muhafaza edilmesinden sorumludur. Dolayısıyla takımdaki herkes hastanın davranışlarının ne anlam taşıdığını, yüzleştirme tekniğini ve nasıl kullanıldığını bilmeli ve anlamalıdır.

M.A. yine bir intihar girişiminden sonra on altıncı kez hastaneye yattığında yukarıda sayılan bilgiler kullanıldı. Hastaneye yatar yatmaz hasta kendini hastanedeki terapisti tarafından intihara meyilli davranışlarının hangi duyguları ifade etmeye çalıştığı konusunda sorgulanır halde buldu; ayrıca terapist hastanın bu duyguları ifade etmek için seçtiği davranışların yıkıcılığı ve uyumsuzluğu konusunda da yüzleştirme yaptı. Hasta hızlı ve açık bir şekilde intihar hareketinin manipülatif ve savunmacı yönlerini kabul etti.

Başta yapılan personel toplantısında M.A.'ya personelin hayatını idare etme sorumluluğundan kaçmasına göz yumamayacağı ve buna ek olarak terapisinin bir ayakta hasta kliniğinde devam ettirilebileceği ve böyle olması gerektiği konusunda bilgi verildi. Buna ek olarak, bir gün hakikaten kendini öldürmeyi başardığı takdirde (muhtemelen kazara olacaktır) "Ne kadar üzücü" diyecekleri bir saniyelik bir duraklamadan sonra herkesin hayatının eskisi gibi devam edeceği, davranışları ve hayatından kendisinden başka hiç kimsenin sorumlu olmadığı, bunun sorumluluğunun sadece kendisine ait olduğu

açık bir dille beyan edildi. Bu beyanlar hastanın sahte, savunmacı kendiliğindeki (çaresiz, mağdur edilmiş) çarpıklıklar ve hastanın davranışlarının manipülatif ve zorlayıcı yönleriyle yüzleştirme yapmak amacıyla özellikle dizayn edilmişti. Aynı zamanda bir ayakta hasta tedavi ortamında duygularını söze dökmeyi ve yönetmeyi öğrenmesinin tercih edildiği ve mümkün olduğu kuvvetle önerildi.

Hasta üç gün sonra taburcu edildi ve ayakta tedavi hasta kliniğine geri döndü.

Ayakta Tedavi İçin Rehber

MA.'nın ayakta tedavi kliniğine gitmesini takipten önce, düşük düzeyli borderline hastanın bu ortamda yönetilmesi ile ilgili problemler hakkında bazı genel yorumlarda bulunacağım.

Ayakta hasta tedavi ortamı borderline hastanın psikoterapisi için en ideal ortamdır. Burada da, hastane ortamında olduğu gibi, terapide ilerleme kaydedilememesinin tek ve en sık görülen nedeni hastanın elzem işlev ve sorumluluklarını ondan alarak yüklenen ve ödüllendirici birim yansıtmalarının içine giren ve böylece ödüllendirici nesne haline gelen terapisttir. Borderline hasta genellikle bir klinikten diğerine, bir personelden diğerine, bir özel terapistten diğerine geçerek ödüllendirici birim olmaya eğilimli en zayıf kişiyi bulmaya çalışır.

Ayakta tedavi kliniğinde terapi gören düşük düzeyli borderline hasta, aynı ortamda terapi gören yüksek düzeyli borderline hastadan bir dereceye kadar farklı klinik ihtiyaçlar ve sorunlar arz eder. Bu ihtiyaç ve sorunlar düşük düzeyli hastanın bulunduğu ortamla başa çıkma konusunda isteksizliği veya başarısızlığı nedeniyle ortaya çıkan çok sayıda problemle bağlantılıdır.

Yüzleştirmeci terapi, önce terapist tarafından ortaya atılan,ama daha sonra hasta tarafından da paylaşılan bir varsayım üzerine kuruludur. Bu varsayım hastanın her zaman sağlıklı ve

adaptif bir şekilde işlev görebildiği ve bu konuda sorumluluğun hastada olduğu varsayımıdır. Özellikle düşük düzeyli borderline hastalarla çalışırken terapistin sağlıklı davranış tanımı her zaman hastanınkiyle aynı olmayabilir. Bu pozitif terapötik beklentinin pratik uygulaması bir "terapötik çerçeve" kavramı ile somut hale getirilmektedir. Çerçeve, terapistin hayatla olgun bir şekilde başa çıkma tanımı ile hastanın tanımı arasındaki boşluğu dolduracak olan ve terapistin mevcut olması gerektiğini düşündüğü davranış kurallarından bahseder.

Yüksek düzeyli borderline hasta için terapötik çerçeve genellikle seanslar için zamanında ödeme yapmak, düzenli olarak randevulara gelmek, kaçırılan seansların ücretinin ödenmesi ve hasta geç kaldığı için seansların uzatılmaması gibi durumları içerir. Düşük düzeyli borderline hastada ise daha fazla ego kusurları, gerçeklik algısında çarpıklıklar ve daha yüksek gerileme ve eyleme vurma kapasitesi olduğu için terapötik çerçeve çok daha kapsamlıdır. Dolayısıyla hastanın ikamet ettiği yer, kimlerle görüştüğü, terapi dışındaki zamanını nasıl geçirdiği ve hayatını idare etmek için neler yaptığı gibi temel alanların çerçeveye dahil edilmesi ve terapinin başında (ve gerekiyorsa devamında) yapılan yüzleştirmelerin de temelini oluşturması gerekmektedir.

Eğer günlük yaşamla ilgili bu temel alanlar terapötik çerçeveye dahil edilmezse düşük düzeyli hasta her acı verici duygulanımı kendi kendini yenilgiye uğratıcı eyleme vurumlarla deşarj etmek (boşaltmak) için bol bol fırsat bulacaktır. Düşük düzeyli hasta için,günlük hayatın yürütülmesinde terapötik faaliyetlere yer verilmelidir. Kural olarak, borderline işlevselliğin düzeyi ne kadar düşükse, terapötik çerçeve de o kadar net bir şekilde beyan edilmeli ve kapsamı da o kadar geniş olmalıdır. Bu tarz net, açıklanmış ve beyan edilmiş bir çerçeve, borderline hastanın kendi savunmacı ve regresif ihtiyaçlarını karşılamak için genellikle kesintisiz olarak sürdürdüğü, gerçeği ve adaptasyon tanımını çarpıtma ve işine geldiği gibi değiştirme çabaları karşısında terapistin tarafsızlığını ve nesnelliğini muhafaza etmesine yardımcı olur.

Aşağıda belirtilen şartlar spesifik olarak düşük düzeyli hasta ile yapılan çalışmalarda terapötik çerçevenin muhafaza edilmesi, dolayısıyla düşük düzeyli hastanın ayakta tedavi gören hasta olarak başarılı bir şekilde terapi görmesi için önemli noktalardır.

1. Sorumluluk almayı ve bağımsız şekilde işlev görmeyi teşvik eden bir ikamet ortamı.
2. Sağlıklı ve adaptif hedefler etrafında organize edilmiş yapılandırılmış bir günlük yaşam.
3. Terapötik çerçeveyi referans olarak alan devamlı bir terapötik ilişki.
4. Hastaneye yatma ihtiyacı ortaya çıktığı takdirde, hastanın hastanede kısa bir süre ve odaklı bir şekilde kalabilme fırsatı.

Şimdi bu kılavuz bilgilerin her birini daha detaylı olarak inceleyelim.

Hasta, kapasitelerinin ve mevcut kaynaklarının izin verdiği ölçüde mümkün olan en uygun ve en az regresif ikamet ortamında yaşaması için teşvik edilmelidir. Bu teşvik, bir öneri veya yönlendirme şeklinde değil, yüzleştirme yoluyla yapılmalıdır. Örnek olarak, terapist "Sence de artık kendi daireni tutma zamanın gelmedi mi?" demeyecek, onun yerine "Neden hala çocuk muamelesi gördüğün bir ortamda kalmaya devam etmeyi seçiyorsun?" diye soracaktır.

Uygun ikamet ortamları bağımsız olarak tek başına yaşamak, denetlenen dairelerde* oturmak veya bir yurtta kalmak dahil birçok ihtimali içine alan geniş bir spektrumu kapsar. Genellikle hasta ailesiyle ne kadar az birlikte olursa o kadar iyidir. Borderline hastaların aileleri genellikle ayrılma ve bireyleşme çabalarını desteklemekte isteksiz veya başarısızdırlar;

* İngilizce metinde "half-way house" kullanılıyor; bunlar Türkiye'de olmayan yurt benzeri merkezlerdir, örneğin hapisten çıkan genç yaştaki çocukların rehabilite olabilecekleri bir ev veya tek başına yaşayamayanların yalnız başına idare edecek hale gelene kadar hep birlikte denetim altında yaşadıkları ev anlamına gelmektedir. (ç.n.)

bunun nedeni ya hastanın ailenin patolojik yapısında gerekli bir rol üstlendiği için ailenin onu bırakmak istememesi, ki bu zaten ailenin kendisinin sorunu yaratan faktör olduğunu gösterir, ya da sadece ailenin hastanın patolojisinden kaynaklanan sorunlar ve karmaşa ile uğraşmaktan şaşkına dönmüş ve boğulmuş olmasıdır.

Hastanın gününü planlaması ayakta tedavilerde göz önüne alınması gereken bir diğer temel konudur. Net hedefler etrafında organize olmuş yapılandırılmış bir ortamda (ve kişilerle) geçirilen zaman hastaya gerçekliğin talepleri ile başa çıkabilmesi için bir fırsat verir, ayrıca böyle bir ortamda hasta bu taleplerle başa çıkma ihtiyacı da hisseder, bir anlamda mecbur kalır.

Günlük yapının niteliği hastanın kapasitesi ve terapinin bulunduğu etaba bağlı olarak değişiklik gösterir ama maaşlı bir işte çalışma, gönüllü çalışmalar, bir terapötik topluluğa katılma veya devam eden bir terapi programına katılma gibi faaliyetler mümkündür. Yukarıda sayılan ortamların sağladığı devamlılık ve yapısallık, hastanın gerçeklik egosunu ve gerçek kendilik kimliği üzerine kuracağı bir çerçeve tedarik etmesi açısından hayati önem taşımaktadır. Terapötik ilişkinin doğası ve niteliği de mümkün olduğu kadar hastanın o sırada arz eden savunmacı stiline uygun olmalıdır; bu stil birincil olarak ya yapışma ya da uzaklaşma olacaktır. Birçok borderline hasta için tercih edilen terapi türü ikili, bireysel terapidir çünkü bu terapi tipi hastaya bir başka kişiyle yoğun bir ilişki kurması fırsatını verir; ayrıca bu terapi tipi hastaya, hastanın içsel ve dışsal nesnelerle ilişkisine o ana kadar hakim olmuş olan patolojik bölünmüş nesne ilişkileri birimlerine bir alternatif sunan yeni ve sağlıklı bir nesne ilişkileri birimi inşa etme fırsatını verir. Yapışma savunmaları yapan düşük düzeyli borderline hasta bireysel terapiye özellikle uygundur.

Sürekli ve tutarlı olarak geri çekilen nesne ilişkileri birimini yansıtan uzaklaşmacı düşük düzeyli hasta ise başlarda bireysel terapiyi tolere edemeyebilir ve onun için bir grup terapisi daha uygun olabilir. Bireysel ilişki yerine grup katılımını vurgulayan

bir "programa dayalı ittifak" genellikle faydalı olur. Bu tarz bir terapi hastaya tutarlı, gerçek ve sağlıklı bir kişilerarası model sağlarken, yoğun bir bireysel ilişki hastada yoğun boğulma, tehlike, yoksunluk ve değersizleşme duygularına neden olabilir. Bu tarz bir programa dayalı ittifak, birincil ikili bir ilişki başlatılıncaya ve hasta tarafından tolere edilip kullanılabilinceye kadar geçici bir terapötik ilişki işlevi görür.

Gerektiğinde kısa ve odaklı hastaneye yatış olanağı konusu daha önce gözden geçirilmişti.

Bu kılavuz bilgiler M.A. vakasında kullanılmış ve hasta üç gün hastanede kaldıktan sonra ayakta tedavi görmeye geri dönmüştü.

Hasta üç çocuğu ile birlikte kendi dairesinde yaşıyordu. Ancak annesi sık sık daireye geliyor ve yemek yapma, temizlik ve çocuklara bakma gibi işleri, hatta hastanın da bakım işini üstleniyordu. Annesi ile bu tarz bir bağımlılık ilişkisinin hastanın üzerindeki regresif etkisi konusunda yüzleştirme yapıldı. Hasta bu fikri kademeli olarak entegre edebildi ve sonunda artık annesine sırtını dayamamak için part-time bir evde bakım servisine başvurmaya karar verdi.

M.A.'nın zayıf işlevsellik geçmişi ve neredeyse refleks haline gelmiş olan terapötik uzaklaşmacılığı henüz bir iş yerinde işlev göremeyeceğinin işaretleriydi. Bu nedenle hasta başarılı bir günlük yaşam için gerekli görev ve sosyal becerilerin adım-adım yaklaşımı ile öğretildiği bir gündüz terapi programına katılmaya başladı; bu programda 'adım-adım yaklaşımı' yoğun ve yüzleştirmeci grup terapisi yaklaşımının terapötik yapısı içinde kullanılıyordu.

Üç ay boyunca düzenli olarak gündüz programına katıldıktan sonra M.A.'ya haftada iki kez bireysel terapi sunuldu. Terapist grubu hastanın hastaneye yatması gerekirse yatılı hasta ünitesindeki terapisinden yine ayakta tedavi eden terapistinin sorumlu olacağı kararını verdi. Bu ayarlama yatan hasta ünitesi ile ayakta hasta departmanının yakın ilişkisi sayesinde mümkün olabildi.

İlk kez ayakta tedavi departmanına geldiği tarihten iki yıl sonra hasta terapisti ile istikrarlı bir terapötik ittifak kurabilmişti; M.A. hala terapisti ile düzenli olarak görüşüyor. Bu dönem boyunca iki kez kısa süreli olarak hastaneye yattı, yatışların her biri bir haftadan az sürdü. Artık tezgâhtar olarak full-time çalışıyordu ve haftada iki akşam klinikte düzenlenen sosyal faaliyetlere katılıyordu. Çocuklarına karşı duygusal erişilebilirliği daha tutarlıydı ve majör regresif çekimlere direnç göstermeyi başarıyordu. Kısaca hasta işlevsel ve üretken bir birey haline gelmişti.

M.A. en sık görülen savunma yapısını arz ediyordu: Yapışma ve uzaklaşma savunmalarını sırayla kullanıyordu. Aşağıdaki vakalarsa ağırlıklı olarak yapışma savunması yapan bir düşük düzeyli borderline hasta ile (R.T.) ağırlıklı olarak uzaklaşmacı olan bir düşük düzeyli hasta (J.B.) ile ilgilidir.

R.T. Vakası

24 yaşında bir erkek olan R.T. işlev görememekten, özsaygı eksikliğinden ve kronik depresyondan şikâyetçiydi. Sekiz kardeşin üçüncüsüydü. Babası, hasta 4 yaşındayken ailesini terk edip giden bir alkolikti. Hasta 5 yaşındayken annesi "akıl hastalığı" nedeniyle hastaneye yatmıştı. Annesinin hastaneye yatmasını takip eden 6 yılı çeşitli geçici ailelerin yanında ve devlet kurumlarında kalarak geçirmişti. 11 yaşındayken tekrar annesiyle yaşamaya başlamıştı. En az 4 yaşındayken başlayan ve 11 yaşına kadar devam eden bu ayrılma travması geçmişi tedaviyi planlayan kişilere hastanın kaybetme ve terk edilme korkusunun oldukça fazla olacağını işaret etti.

Hasta 14 yaşına geldiğinde fazlasıyla uyuşturuculara bulaşmıştı. 15 yaşındayken kız arkadaşı hamile kaldı ve bebek kürtajla aldırıldıktan sonra hasta intihar düşüncesini dile getirdi ve kısa süre hastanede yattı. 17 yaşındayken okulu bıraktı ve zamanının büyük bölümünü amaçsız bir şekilde evde veya mahallesindeki arkadaşlarıyla geçirmeye başladı. Annesinin erkek arkadaşlarıyla özellikle fırtınalı ilişkileri vardı ve onlarla sürekli kavga ediyordu. Bu tartışmalar sık sık onun intihar tehditleri

veya girişimleri ile son buluyordu. Üçüncü kez hastaneye yattıktan ve gözle görülür klinik bir fayda sağlamamış olan elektrokonvülsif terapi gördükten sonra hastaneden çıkmış ve ayakta tedavi kliniğindeki gündüz programına sevk edilmişti (Hastanın kayıtlarını incelediğim zaman ECT terapisine cevap vermemiş olmasına şaşırmadım çünkü hastanın majör depresif hastalık kriterlerini arz edip etmediği tartışma götürür bir durumdu; bu nedenle o terapiden fayda göremeyeceği önceden tahmin edilebilir bir durumdu).

Programa katıldığı ilk aylarda (son derece düzenli katılımı vardı) R.T. görevlilerin son derece manipülatif ve yapışan olarak tarif ettiği şekilde davrandı.

Sürekli bir görevliden öbürüne gidip kendini ne kadar kötü, ümitsiz ve çaresiz hissettiğini anlatıyor ve aklına gelen tüm konularda tavsiye istiyordu. Grup olarak yapılan konuşmaları tekeline alarak kendi problem ve şikâyetlerini anlatıyordu.

Bu yapışan, talepkar, sadece kendisi ile ilgilenen, çaresiz davranış şekli altta yatan muazzam depresyonunu, kaybetme ve terk edilme korkusunu yönetmesine, savuşturmasına ve kısıtlamasına yardımcı oluyor gibi görünüyordu.

R.T. programda birkaç ay geçirdikten sonra özellikle sevdiği bir görevli işten ayrıldı. Hasta buna tepki olarak aşırı dozda hap aldı ve annesi tarafından hastaneye kaldırıldı. Ertesi gün yatılı hasta ve ayakta tedavi gören hasta terapistlerinin katıldığı bir toplantı yapıldı ve duygularının regresif eyleme vurumunu engellemek için hastanın hemen hastaneden taburcu edilmesi gerektiğine karar verildi. Buna ek olarak hastanın görevliler ve diğer hastalar arasında dolaşarak ödüllendirici birim rolünü üstlenecek biri arayışını eyleme vurmasına bir son vermek için gündüz tedavi programından da çıkarılmasına karar verildi. Son olarak hastanın haftada üç seans yapacak olan bir klinik terapistine devredilmesi üzerinde fikir birliğine varıldı.

Yeni tedavi stratejisinin mantığı tüm yapışma davranışlarının bireysel terapiye yönlendirilmesi ihtiyacı üzerine kuruldu; bu şekilde sürekli ve tutarlı yüzleştirmelerle hastanın sınır

koyma ve eyleme vurumunu kısıtlama konuları üzerinde çalışması için teşvik edilecekti. Gündüz tedavi programının hastanın ismi ve yüzü olmayan nesnelere regresif bir şekilde ve ayırım yapmadan yapışmasını teşvik ettiği düşünülüyordu.

Hasta başlarda yeni tedavi planına ödüllendirici birimi aktive etme amaçlı bir dizi manipülasyonla tepki verdi; böylece ya tekrar hastaneye kaldırılmayı ya da gündüz programına tekrar kabul edilmeyi amaçlıyordu. R.T. bir yandan diğer hastalar ve görevlilerle konuşurken terapistini değersizleştiriyor, diğer yandan da sürekli intihara meyilli depresyondan bahsediyordu. Bu davranışlarına karşı sürekli olarak ve sadece yüzleştirme yapılıyor, ve hasta tekrar tekrar birincil terapistine yönlendiriliyordu.

Yapışma savunması kullanan bu borderline hasta ile geliştirilen ikili yoğun terapötik ilişki terapiste hastayla yaptığı yüzleştirmelerde muazzam avantaj sağladı. Bu yüzleştirmeler hastanın hayatındaki tüm işlevsizlik alanlarına yönelikti. Aşağıda bir örnek verilmektedir:

"Neden uyuyakalarak/işe geç kalarak/o uyuşturucuyu alarak/o sürekli 'kafası iyi' olan arkadaşınla vakit geçirerek/annenin seni ya görmezden geldiği ya da sana bebek gibi davrandığı evde yaşayarak bu kadar çaresiz/yıkıcı/pasif/yetersiz biri gibi davranıyorsun?"

Bireysel tedavinin başlamasından bir yıl sonra hasta henüz titrek olan ama net bir şekilde gelişen bir terapötik ittifak kurmayı başarmıştı. Annesinin evinden taşınmış ve ağabeylerinden biriyle kendilerine ait bir dairede yaşamaya başlamıştı. Bir fast food restoranında çalışıyordu ve evde payına düşen masrafları karşılıyordu. Seanslarına düzenli olarak geliyordu.

J.B. Vakası

Birincil savunma olarak yapışmayı kullanan düşük düzeyli borderline hasta ile çalışılırken hasta ödüllendirici birim yansıtmasına girecek bir terapist bulmayı başardığı takdirde tedavi durma noktasına gelir. Birincil savunma olarak uzaklaşmayı kullanan hastalarda ise tedavi ya hastanın terapiyi bırakmasın-

dan veya görevlileri ya da terapistini onu tedaviden atmaya zorlamasından dolayı tehlikeye girer.

Hem yapışma savunmasını kullanan düşük düzeyli borderline hastaların, hem de uzaklaşma savunmasını kullananların bakılmak, ilgilenilmek ihtiyacı büyüktür. Ancak uzaklaşma savunması yapan hastanın boğulma (veya kendiliği kaybetme) korkusu o kadar yoğundur ki yapışma ihtimali ortadan kalkar ve çaresizlik, yetersizlik ve pasiflik duygularıyla başka davranışlar kullanarak başa çıkmaya çalışır. Boğulma ve yok olma korkusunun aktive ettiği uzaklaşmacı savunmaların yelpazesi huysuzluk ve dik başlılık gibi üstü kapalı pasif-agresif manevralardan daha açık ve aleni agresif (düşmanca ve öfkeli) veya kaçınmacı (geri çekilen) davranışlara kadar uzanır. Bu son gruptaki hastalar bir hastaneye yatan, bir hapse giren uç noktadaki borderline hastalardır; ama hapis de olsa hastane de, öyle veya böyle hasta istediği bakımı ve ilgiyi alacağı bir ortam bulmaktadır.

Tipik bir düşük düzeyli uzaklaşmacı borderline hasta örneği olan J.B. akut uyuşturucu hezeyanına bağlı ekstrem heyecan ve psikoz nedeniyle hastaneye yatmış ve birkaç ay hastanede kalmıştı. Bu yatışının ardından ayakta tedavi kliniğine sevk edilmişti. Psikoz çözümlendikten sonra hasta kaçınmacı ve soğuk davranıyor, faaliyetlere ya pasif bir şekilde katılıyor ya da katılmayı tümden reddediyordu.

İlk ayakta tedavi görüşmesinde hasta aldığı ilaçlardan dolayı kendini yorgun hissetmesi dışında bir sorunu olmadığını söyledi. Bunun dışında hastadan çok az bilgi alınabildi; soruların yarısını duymazdan geliyor, kalan yarısına da bir veya iki kelimelik cevaplar veriyordu. Gelecek için bir planı olmadığı ve evde annesiyle kalmaktan memnun olduğu bilgisini verdi.

Hastaneden ve hastanın ailesinden edinilen bilgilerle J.B.'nin depresyonda ve bunalmış bir annenin dört çocuğundan biri olduğu öğrenildi. Dört kardeşin dördünün de babası farklıydı. Hasta sık sık okulda kavgalara karışan "hiperaktif" bir çocuktu. 16 yaşındayken okulu bırakmış ve kısa bir süre

orada burada çalışmıştı. Hafif uyuşturucu kullanımı geçmişi vardı ama hiçbir zaman antisosyal davranışları olmamıştı.

J.B. kendini pasif ve bağımlı bir durumda tutuyordu. İntrapsişik olarak, nesneyi kaybetmekten (terk edilme) çok kendini kaybetmekten (boğulma ve yok olma) korkuyor gibiydi. Klinik olarak ise, sürekli olarak geri çekilen nesne ilişkileri birimini aktive ediyor ve yansıtıyor gibi görünüyordu: İnsanları potansiyel olarak eleştirici, saldırgan veya geri çekilen nesneler olarak görüyor ve deneyimliyordu ve onlara yaklaşırken çok tedbirli davranma ihtiyacı duyuyordu.

J.B. gündüz tedavi programına kabul edildi ve başından itibaren düzenli katılmaya başladı. Programdaki diğer hastalarla minimum seviyede sosyal ilişki kurduğu, görevlilerle ise neredeyse hiç sosyal ilişki kurmadığı görüldü. Ancak görevlileri konuşmadan takip etme huyu vardı.

J.B. programa dahil olduktan birkaç hafta sonra benden bir vaka toplantısında onunla görüşme yapmam istendi. Görüşmeye bana kendisinden bahsetmesini isteyerek başladım. Bunu yapmak istemediğini söyledi. Hepsi benim ve diğer görevlilerin onu daha iyi anlamasının ona getireceği faydalar ve başkalarının onu veya yaşadığı sorunları anlamasına izin vermemesinin kendisine vereceği zararlar üzerine odaklı birçok yüzleştirme girişiminde bulundum. Hiçbir şey söylemedi. Epeyce bir süre hastayla birbirimize baktıktan sonra durumun değişmeyeceğini anlayıp görüşmeyi bitirdim. Yüzleştirme (zorlama veya kontrol değil) düşük düzeyli hastayla tedavi sürecini başlatmak için gerekli anahtardır. J.B.'nin kendi çıkarlarına uygun şekilde hareket etmesini beklediğimi anlamasını istiyordum ama aynı zamanda bununla ilgili nihai sorumluluğun ona ait olduğunu bilmesini de istiyordum.

Ayakta tedavi kliniğine devam ettiği ilk yıl boyunca hastaya birçok kez bireysel psikoterapi isteyip istemediği soruldu ama her seferinde "Hayır, hazır değilim" cevabıyla bu teklifi reddetti.

J.B. başkalarının kendisine fazla yakınlaşmasına -veya fazla uzaklaşmasına- izin veremiyordu. Dolayısıyla görevlileri takip

ediyor, ama onlarla konuşmuyordu. Vaka toplantısına geliyor ama katılmayı reddediyordu. Hastayı "hazır olmadığını" düşündüğü ve kullanamayacağı bir bireysel ilişkiye zorlamaktansa gündüz tedavi programına devam etmesine izin verildi. Bu program hastaya ikili bir terapötik ittifak yerine "programa dayalı bir ittifak" sunuyordu.

İlk yıl boyunca J.B. düzenli olarak programa katıldı ve annesinin evinde yaşamaya devam etti. Programa başladıktan kısa bir süre sonra aldığı ilaçlar kesilmiş ve bir daha da ilaç almasına gerek kalmamıştı.

Liseyi dışarıdan bitirmek için kursa gitmeye başladı. Yaklaşık 18 ay sonra bireysel seanslara başladı ve ondan kısa bir süre sonra da annesinin evinden ayrılıp denetlenen ama bağımsız bir ikamet ortamına geçmeye karar verdi. Bu noktada bunu yapabilmesi mümkün olmuştu çünkü yakınlık kurma ihtiyacını annesiyle olan regresif ilişkisinden daha sağlıklı bir ilişki olan terapistiyle ilişkisine kaydırmayı istemiş ve başarmıştı. Buna ek olarak artık kapana kısılma, kontrol edilme, yok olma veya boğulma korkularını aktive etmeden birilerine yakınlaşabiliyordu. Bilgisayar programcılığı üzerine mesleki bir rehabilitasyon eğitim programını tamamlayarak full-time çalışmaya başladı; ayrıca düzenli olarak terapiye devam ediyor. Bir odalı bir dairede kendisi gibi genç bir ev arkadaşı ile yaşamaya başlayarak ikamet ortamını da tamamen bağımsız bir hale getirdi.

Bir zamanlar M.A., R.T. ve J.B. tedavi edilemez olarak görülebilirlerdi. Gelişimsel, nesne ilişkileri kuramında ve bu kuramın klinik uygulamalarında son yirmi yılda elde edilen gelişmeler onların ve onlar gibi olan başka hastaların sağlıklı ve adaptif hayatlar yaşayabilme şansını oldukça arttırdı. Bu hastalar terapistlerin ciddi şekilde zedelenmiş, yani hem işlevsel hem de kişisel açıdan bozulmuş hastalarla elde etmeyi bekleyebilecekleri hedef ve amaçları çok güzel bir şekilde göstermektedirler. Gerektiği şekilde gerçekçi bir terapötik çerçevenin sınırları içinde uygulanan yüzleştirmeci psikoterapi aşağıdakilerin başarılmasını sağlayabilir:

1. Düşük düzeyli borderline hastanın gelişmekte olan gerçeklik egosunun kapasiteleri ve işlevlerine yatırım yapmasını ve daha sonra kendini kabul etme ve tanıma, aktivasyon ve kendini ortaya koymanın değişik kademelerini elde ederek bu yatırımın meyvelerini toplamasını sağlar.
2. Düşük düzeyli borderline hastanın yeni ve sağlıklı nesne ilişkilerini sürekli olarak kullanarak istikrarlı bir kendilik ve nesne temsili kapasitesi inşa etmek gibi zor bir görevi başarmasını sağlar. Yüzleştirmeci terapi gören düşük düzeyli hasta için bu hedef ancak kısmen elde edilebilir. Ancak borderline hastanın kendisi ve başkaları ile ilgili değişik algı ve deneyimleri koordine etme kapasitesi ne kadar yüksekse, hasta da kendini o kadar istikrarlı hissedebilecek ve başkalarına bağımlı olmak yerine onlarla birlikte olmanın zevkini o kadar çıkarabilecektir. İlişkilerde paylaşma ve devamlılık uğruna savaşılan ve elde edilebilir hedefler olacaktır.
3. Borderline hastanın gerçeklik egosunun ve gelişmekte olan gerçek kendiliğinin, hala mevcut olan ego kusurlarından kaçınarak veya onların etrafından dolaşarak, daha adaptif savunmalar kullanmasını sağlar.

Tüm bu başarıların çeşitli derecelerde elde edilmesi düşük düzeyli borderline hastaya uygulanan yüzleştirmeci terapi ile mümkün olabilir. Bu hastalar için konulan hedeflerin elde edilmesi için yeni işlevler, kapasiteler ve savunmalar ortaya konulur. Aslında hedef tüm hastalar için aynıdır: Başarılı bir şekilde sevebilmek ve çalışabilmek.

9

YETİŞKİN BORDERLİNE HASTANIN TEDAVİSİNDE KLİNİK AYRILMA-BİREYLEŞME TEZAHÜRLERİ

Karla Clark, Ph.D.[*]

Ayrılma-bireyleşme süreçlerinin tamamlanması ve nesne sürekliliğine giden yolda olma halinin elde edilmesi gerçek kendiliğin pekiştirilmesi ve ifadesi için hayati önem taşıyan gelişimsel adımdır (Mahler, 1975; Masterson, 1985). Borderline hasta bu gelişimsel görevi başaramamıştır. Klinisyenin görevi ayrılma-bireyleşme sürecinin tekrar canlandırılmasını sağlayarak hastaya ayrılması ve bireyleşmesi için yardımcı olmaktır. Hastanın gerçek kendiliğini ifade etme kabiliyeti, yani kendilik aktivasyonu süreçlerini yönetebilme ve artan bir netlik ve etkililikle kendiliğini diğerlerinden ayırt edebilme kabiliyetinde görülen iyileşme ve düzelmeler tedavinin başarısının yattığı noktadır.

Hastanın yeni kendilik aktivasyonu ve kendiliği nesneden ayırma konularında gösterdiği çabaları tespit etmek sık sık zor olmaktadır. Sık sık, özellikle de terapinin başlangıç safhaların-

[*] Yazar, bu memi kapsamlı şekilde incelediği ve elelştirdiği için Ph.D. Patricia Sax'a teşekkür eder. Bununla birlikte metnin içeriği ile ilgili sorumluluk tamamen ve sadece yazara aittir.

da gerçek kendiliğin aktivasyonu ile ilgili işaretler hemen göze çarpmaz, bir görünüp bir kaybolur ve hızla belirsiz hale gelir. Buna ek olarak hastanın hakiki ayrılma-bireyleşme girişimleri savunmacı manevralarla karıştırılabilmektedir (örneğin hastanın terapistin istekleri olarak algıladığı şeylere itaat etmesi, onlara uyması gibi). Terapist ayrılma-bireyleşmeyi etkili bir biçimde destekleyebilir ve hastanın ayrılma-bireyleşmenin neden olduğu tatsız duygulanımlardan savunmacı bir şekilde kaçınmasını durdurmak için yardımcı olmak üzere müdahalede bulunursa psikoterapinin başarılı olacağı bir ortam muhafaza edilmiş olur. Bu müdahaleler yapılmadığı zaman terapötik süreç ciddi şekilde engellenecek veya tümden yok olacaktır. Bu nedenle klinisyenler hastaların ayrılma-bireyleşme hareketlerini mümkün olduğu kadar çabuk ve doğru bir şekilde tespit etmekle yükümlüdürler. Bu bölümde ayrılma-bireyleşmenin klinik bağlamı tanımlanarak klinisyenlere borderline hastaya uygulanan psikoterapi sırasında ayrılma-bireyleşmenin varlığı veya yokluğunun anlaşılması için kullanabilecekleri bir metot sunulmaktadır.

Aşağıda sunulan vaka özeti ayrılma-bireyleşme sürecinin yanlış anlaşılması durumunda ortaya çıkabilecek sorunları göstermektedir. Bu yanlış anlama tedavi dahilinde hastanın gerçek kendiliğinin ortaya çıktığına dair işaretlerin farkına varılmasını engellemiştir. Bu da, sorun tespit edilinceye ve düzeltilinceye kadar tedavinin ilerlemesini durdurmuştur. Sorun tespit edilip düzletildikten sonra hastanın ilerlemesi kaldığı yerden devam etmiştir.

Vaka Sunumu: Bayan A.

Kırklı yaşlarının başında bir borderline hasta olan Bayan A. ailesiyle ilişkisinde birçok sorun yaşıyordu ve bundan çok rahatsızdı. Kendisi yerine başkaları konusunda bu kadar endişelenme durumu borderline hastalarda sık rastlanan bir durumdur. Kendileri hakkında düşünmeye zamanları veya fırsatları olmadığı intibasını uyandırırlar. Kendisini dikkate alma konusundaki bu beceri eksikliği hastanın kendilik tanımlamasındaki

eksikliklerin bir göstergesidir ve kendilikle nesne arasındaki ayırımın netliğini azaltır.

Hastanın terapiye başvurmasına neden olan sorunların birçoğu zaman içinde daha iyi kontrol edilebilir hale geldi. Bayan A., terapi saatleri içinde dikkatini daha fazla kendine yöneltmeye başladı. Başlarda hemşirelik eğitimi almayı planlıyordu ama bu mesleğin fiziksel taleplerinden hoşlanmadığını ve aslında hemşirelikle pek de ilgili olmadığını fark etti. Hemşirelik yerine hangi meslek alternatiflerini seçeceği konusuyla uğraşmaya başladı. Bu davranış nesneye yatırım yapmaktan çıkılarak kendine yatırım yapmaya başladığının bir göstergesidir ve borderline hasta için ileriye doğru atılmış dev bir adım anlamına gelmektedir.

Masterson borderline üçlüsü adını verdiği ve kendilik tanımlaması ile kendilik aktivasyonunda yaşanan zorlukların muhafaza edildiği süreci şöyle tanımlamaktadır: Bireyleşme depresyon ve anksiyeteye, depresyon ve anksiyete de savunmaya yol açar. Başka bir deyişle ayrılma ve bireyleşme girişimleri korku verici anksiyete ve depresyon duygulanımlarına neden olunca hasta, ısrarla ayrılma ve bireyleşmeye devam edeceğine bu duygulanımlara karşı bir savunma durumuna geçer ve bu süreçle daha evvelki kendilik aktivasyonu çabalarını da baltalamış ve mağlup etmiş olur. Gelişimsel duraklamanın aşılamamasına ve olduğu gibi devam etmesine neden olan şey bu süreçtir ve her ayrılma veya bireyleşme girişimine tepki olarak aynı kendilik yıkıcı örüntü tekrar tekrar ortaya çıkar (Masterson, 1981).

Bayan A., da buna bir istisna teşkil etmemişti. Alternatif mesleklerden hangisini seçeceği konusu ile uğraşmaya başladığında (yani gerçek kendiliğini aktive etmeye başladığında) savunma yapmaya başladı ve aktarımda çaresiz hale geldi; yükü devralmam için beni çekmeye çalıştı.

O sırada bu metodu yeni kullanmaya başlamıştım ve "iletişimsel örtüştürme" yoluyla hastanın bireyleşmesini desteklediğime dair yanlış bir düşünce ile, el sanatlarına ilgili olduğunu bildiğimden kariyer seçimi olarak mesleki terapiyi seçebileceği

önerisinde bulundum. Önerimin üzerine atladı; bilinçaltında böyle yaparak daha fazla kendilik aktivasyonu yapmaktan kaçınabileceğini biliyordu. Artık kendi planını yapmaktansa benim yaptığım planı uygulayabilirdi. Mesleki terapi konusunda master programlarını araştırmaya başladı. Tabi Bayan A., artık kendini aktive etmediği ve de aslında savunma durumunda olduğu (yani bir nesneye itaat ettiği, bir nesneye uyum sağladığı) için tedavideki ilerleme durdu ve seanslar steril, aynı şekilde tekrarlanan ve regresif seanslara dönüştü.

Hatanın ne olduğunu bilmiyordum. Sonunda Bayan A., mesleki terapi alanı ile ilgili araştırma yaptığını ve bu mesleğin kendisi için eski örüntüsünün savunmacı bir devamı olacağını düşündüğünü söyleyecek cesaretini topladı;bu eskiden yaptığı gibi kendisi yerine başkalarına hizmet etme alışkanlığının bir devamı olacaktı. Sonra, bu kendilik aktivasyonu girişimini takiben, bu defa geri çekilen parça birimini bana yansıtarak, yeniden savunmaya geçti. Konuşmaya devam etti; düşüncelerini bana açmaktan korkmuştu çünkü bu fikri veren kişi ben olduğum için önerdiğim şeyi yapmazsa ona kızacağımı, hoşnutsuz olacağımı ve ona olan ilgimin biteceğini düşünmüştü.

Bu beyanları ne zamandır içinde bulunduğumuz çıkmazı tartışmamız ve açıklığa kavuşturmamız için bir fırsat oldu. Kendinden ne kadar çabuk "vazgeçtiğini" ve kendi düşüncelerini ve isteklerini savunmanın onun için ne kadar zor olduğunu fark etti. Kafasındaki "bağımsızlık işaretleri gördüğü anda geri çekilen anne imgesini" nasıl bana yansıttığını anladı. İlk kez olarak itaatkâr tepkisinin kendi içinden kaynaklanan bir şey olduğunu, dış kaynağa verilen bir tepki olmadığını anladı.

Aktarımda geri çekilen parça biriminin eyleme vurumunun durması ve sonuç olarak dikkatini tekrar kendine ve kendi iç süreçlerine yöneltmesi ile terk depresyonu ortaya çıktı. Ama hasta gittikçe artan bir şekilde bu duygulanımlara dayanmayı ve bunları keşfedip anlamayı başardı. Terk depresyonu derinleştikçe bir çeşit donukluk (ölülük), soğukluk ve boşluktan bahsetmeye başladı.

Gerçek kendiliği daha kalıcı bir şekilde ortaya çıkmaya başladı. Laf arasında bu duygudurumunun resim yapmasını etkilediğini söyledi. O zamana kadar resim yaptığını bilmiyordum. Yıllardır resim yapmayı ve çizmeyi çok sevdiğini ama bu çabalarını her zaman sakladığını ve değersizleştirdiğini açıkladı. Annesi için Noel hediyesi olarak bir tablo yaptığını ve annesinin tabloyu karanlık bir koridorun sonundaki bir kapının arkasına astığını hatırladı. Kendisinin de kendi işine ve yeteneğine mecazi olarak aynı muameleyi yaptığını anladı, o da bunları karanlık bir koridorun sonuna saklamıştı. Yavaş yavaş, kendilik yatırımı güçlendikçe, yaratıcı çalışmalarla ilgili tutkusunun ne kadar derin olduğu ortaya çıktı. Seanslar bu tutku hakkında ve yaşadığı depresyon ve bu depresyonun kökenleri hakkında konuşarak geçmeye başladı. Zamanla bir sanat okuluna gidecek hale geldi; okulda kendilik aktivasyonu konusunda yaşadığı zorluklar zaman zaman yaratıcılık performansının düşmesi şeklinde tezahür etti; bu durum özellikle ayrılma stresi yaşadığı zaman ortaya çıkıyordu. Bu konu onun kendisiyle ilgili çalışmalarının odak noktası oldu ve zamanla kendilik aktivasyonunun sürekli artmasını sağladı; ayrıca kendi lehine gösterdiği çabalar arttı.

Neyse ki bu hasta ile beraber girdiğimiz terapötik çıkmazı aşmayı başarmıştık ve hasta gerçek kendiliğini geliştirmeye devam edebilmişti. Ancak bu deneyim bana gerçek kendiliğin ortaya çıkan çeşitli yönlerinin anlaşılması ve teknik yönetimi ile ilgili çok dikkatli olunması gerektiğini bir kez daha ve önemle hatırlattı. Hasta kendi pahasına bana itaat etme çabasına direnecek kadar ego gücüne sahip olduğu için şanslıydım. Daha az güçlü başka hastalar benim istediğimi düşündükleri şeye itaat edebilir ve bunu öyle bir şekilde yapabilirlerdi ki ne onlar ne de ben o itaat hareketinin hastaya nelere mal olduğunu anlamayabilirdik. Bu tehlike dikkatimi, ayrılma ve bireyleşme girişimleri sırasında ortaya çıkan kendilik aktivasyonu başlangıcının nasıl tespit edileceğine ve bunun savunma hareketlerinden nasıl ayırt edileceğine odaklamama neden oldu.

Ayrılma-bireyleşme veya gerçek kendiliğin aktivasyonu nasıl tespit edilir? Benim tezim, ayrılma-bireyleşme hareketleri tek başlarına değil de ortaya çıktıkları bağlam dahilinde değerlendirildikleri takdirde tespit edilmelerinin daha kolay olacağı yönündedir. Özellikle tedavinin erken safhalarında hastanın yaptığı herhangi bir hareketin yeni bir ayrılma-bireyleşme düzeyini temsil edip etmediği ancak iki şart mevcutsa doğru şekilde tespit edilebilir. Yeni ayrılma-bireyleşme çabaları (1) daha önceki bir davranış şeklinden yeni bir davranış şeklinde geçildiğini gösteren işaretler ve kanıtlar ve (2) bu hareketlerin meydana geldiği duygusal ortam göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Borderline hastanın ayrılma-bireyleşmeye doğru yaptığı bir hareketin ardından (veya eş zamanlı olarak) anksiyete ve depresyon, ve/veya anksiyete ve depresyona karşı kullanılan savunmalar gelir; bu durum terk depresyonunun kendisinin psikoterapide derinlemesine çalışılmasına kadar bu şekilde devam eder.

Hasta tatsız terk duygularından kaçmak için ayrılma-bireyleşme çabalarını bırakmak yerine anksiyete ve depresyonu tolere etmeye, yönetmeye ve derinlemesine çalışmaya başladığı zaman tedavi başarılı oluyor demektir. Bu nedenle terapist klinik ortamda ayrılma-bireyleşme işaretlerini tespit edebilmelidir. Bu hareketlerin takip edilmesi ve hastanın çabalarının desteklenmesi için doğru müdahalede bulunulması için bu tespitler hayati önem taşımaktadır. Her zaman akılda tutulması gereken en önemli soru şudur: Hasta ayrılma ve bireyleşme girişimini takiben ortaya çıkan duyguların içine mi dalıyor yoksa savunma yaparak duygulardan uzaklaşıyor ve bu süreçte çabalarından da vaz mı geçiyor? Yüzleştirme (Masterson, 1976) ve iletişimsel örtüştürme (Masterson, 1985) gibi spesifik müdahalelerin yapılması işte bu sorunun cevaplanmasına dayanmaktadır.

Aşağıda sunulan örnekler ayrılma-bireyleşmenin tedavi ortamında farklı şekillerde ortaya çıktığı bazı vakaları göstermektedir. Bu şekiller ikiye ayrılmıştır: Hastanın günlük yaşamında meydana gelen ve daha sonra hasta tarafından anlatılan belirti-

ler ve terapistin terapi saatleri sırasında doğrudan gözlemleyebildiği belirtiler.

AYRILMA-BİREYLEŞMENİN KLİNİK BELİRTİ ÖRNEKLERİ

Hasta Tarafından Terapiste Anlatılan Ayrılma-Bireyleşme Çabaları

Kendilik yatırımları düşük, nesne yatırımları yüksek olan ve kendilerine ait düşünceleri, duyguları ve istekleri tespit ve ayırt etmekte zorluk yaşayan insanların başkaları ile ilişkilerinde kendilerini ortaya koymakta, düşünce ve isteklerini savunmakta zorluk çekecekleri aşikârdır. Dolayısıyla hasta terapiste başkaları ile karşı karşıya gelerek yanlış anlaşıldığı, suistimal edildiği, haksızlığa uğradığı ve çaresiz kaldığını hissettiği birçok olay anlatacaktır. Bu başkaları ile karşı karşıya gelme vakalarında hastanın, yaptığı savunmalar nedeniyle tam olarak ne hissettiğini bile bilmediği zamanlar olur. Ayrılma-bireyleşme hastanın başka insanların davranışlarına verdiği duygusal tepkilerin ve bu davranışlarının kendisi ve başkaları üzerindeki etkisinin farkına varması ile olur. Duygularıyla ilgili algıları netleşince gerçek kendiliğini aktive etmeye ve ortaya koymaya başlar. Bu yeni davranışı sayesinde başkaları ile karşı karşıya geldiğinde o ilişkiye katılımının kalitesinin arttığını hisseder. Kısaca, kendisini kendi hayatında aktif bir kuvvet olarak görmeye başlar.

Vaka sunumu: Bayan B. Otuzlu yaşlarının sonunda ikinci kez evlenmiş olan Bayan B., son iki buçuk yıldır önce haftada iki, sonra da üç seans olmak üzere psikoterapi görmüştü ve bu son iki buçuk yılda kendisinde gözlemlediği değişimleri dile getirdi. Bu sıralamaya bakarak gerçek kendiliğin yavaş yavaş ortaya çıkışı görülebilmektedir: (1) davranışlarını kontrol etme kabiliyetinin artması; (2) kendini başkalarından ayırt edebilme kabiliyeti; (3) intrapsişik çatışma ile dış olayları ayırt edebilme kabiliyeti.

Terapinin başlarında, kocası her öfke nöbeti geçirip ona sözlü ve fiziksel saldırılarda bulunduğu zaman nasıl çöküntüye uğradığını hatırladı. Kontrol edilemez şekilde ağlar, başını duvarlara vurur ve bu durumlarla karşı karşıya kaldığı zaman intihar tehdidinde veya girişiminde bulunurdu. Önce davranışlarını kontrol etmeye ve kendiliğini aktive etmeye ve ortaya koymaya başladı. Kocasına davranışlarının uygunsuzluğunu izah etmek ve bu davranışlara sınırlar koymak için sözcükleri kullanmayı öğrendi. İkinci olarak kendilikle nesneyi ayırt etmeye başladı. Kocasını tahrik ettiği zamanları anlamaya, böylece tahrikin kendisinden gelmediği vakaları da tespit ve ayırt etmeye başladı. Sonra, fırtınalı bir depresyon ve savunma ortamı içinde, durumunu değiştirip düzeltmeye direnç gösterme eğilimini tespit etti; örneğin kocasıyla yüzleşmeye isteksiz davranıyor ve düşmanca ve amansız tavrıyla onu tahrik ediyordu.

Bu hasta 3 yaşından itibaren çeşitli yatılı okullara gönderilmişti. Kocası ile ilgili eyleme vurumlarını kontrol etmeye başlayıp, durumunu düzeltmeye karşı direnç gösterdiğini fark edince, hayatında ilk kez neden çocukken yatılı okula gönderilmeye açıkça isyan etmediğini sorgulamaya başladı. Onun yerine kendini kurban yerine koyarak acı çektiğini ve saldırıları tahrik ettiğini gördü. Bayan B., çocukken yaşadığı duyguları ve o zamanki davranışları ile yetişkinliğindeki işlev görme tarzını bağlantılandırdı ve çocukken yaptığı şeylerin aynısını şimdi de yaptığını gördü.

Ayrılma-bireyleşmenin bir başka göstergesi de devamlılıktır; hastanın kalkıştığı projelere devam etmek için gerekli çabaları kesmeden ve ısrarla sürdürme kapasitesi artar. Hastanın kendiliğe yaptığı eksik yatırım (ki bu şekilde depresyondan kaçınır) başlanan ama bitirilmeyen projeler olarak tezahür eder; hatta zor işlerden de tamamen kaçınılır. Hastalar bu kaçınma davranışının ne kadar zararlı olduğunu görmeye başlayınca, aslında vazgeçmek için içlerinde büyük bir istek olmasına rağmen vazgeçmez ve ısrarla devam ederler. Eyleme vurum, kaçınma ve şikâyetlerin yerini ısrarla bir şeyin üzerine gitme ve vazgeçmeme çabalarından duyulan gurur ve bu ısrarın neden

olduğu terk duygulanımlarını yönetme veya derinlemesine çalışma çabaları aldığı zaman, ayrılma-bireyleşme gerçekleşiyor demektir.

Kendi fikir ve düşüncelerini savunma, kendi istek ve ihtiyaçlarını tespit ve ifade etme, ilgisini ifade etme ve çabalarında ısrarcı olarak vazgeçmeme kapasitesinin geliştirilmesi artan bireyleşmeye işaret eder. Borderline kişiler ayrıca başkalarına bağlanma konusunda da değişimler yaşadıklarını anlatmaktadırlar. Bu değişimler ayrılma kapasitesinin geliştirilmesinin bir sonucudur. Hastalar, savunmacı ve eyleme vurumcu amaçlara hizmet eden (örneğin yapışma veya uzaklaşma) eski ilişkilerini bitirebilir ve bunların yerine gittikçe gelişen kendini ortaya koyma, yakınlık kurma ve empati kapasitelerini yansıtan yeni ilişkiler kurabilirler.

Özellikle tedavinin başlangıç evrelerinde hasta kurduğu ilişkilerin türü ve kalitesinde total bir değişiklik olduğunu anlatırsa, bu ilişkilerin çok tedbirli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Borderline bireyler savunmacı bir şekilde kendileri ile birlikte ayrılma-bireyleşmeden kaçma konusunda suç ortaklığı yapacak kişiler ararlar. Bu partnerler hasta ile birlikte parça kendilik veya nesne temsillerini eyleme vurmaya yönlendirilebilirler. Hastanın kendisi bu etkileşimlerin yıkıcı etkisinin veya savunmacı niteliğinin farkında değildir. Bölünme mekanizmalarının dalgalanması altında bu yeni ilişkisinin hakikaten de yeni ve daha iyi bir başlangıcı temsil ettiğini sanır, öyle hisseder ve bir kez daha hayal kırıklığına uğramaya veya felaket yaşamaya doğru ilerlediğini gösterecek tüm bilgileri bertaraf eder. İlişkisini ve o kişiyle olan ilişkisini anlatırken ifadeleri ve anlatımları savunmaları tarafından renklendirilmektedir, o nedenle terapist için bunları değerlendirmek zor olur. Klinisyen, söz konusu ilişkinin "hasta için iyi" olup olmadığına karar verme tuzağından kaçınmalı ve klinik hedef yani; gerçek kendiliğin gelişiminin devam etmesi ve buna mani olan engellerin kaldırılması üzerine odaklı kalmalıdır. Yeni bir ilişkinin hasta için ne anlama geldiğini, dolayısıyla da bu ilişkinin psikoterapiyle ilgisini değerlendirirken terapist, yeni ilişki ile ilgili anla-

tımlara eşlik eden duyguları ve hastanın terapi saatleri içindeki çalışmalarının düzeyi ve kalitesini gözlemler. Bu bilgiler hastanın yeni ilişkisi hakkında verdiği sözlü bilgilerden daha faydalı olacaktır.

Vaka sunumu: Bayan C. Bayan C. terapiye başladığında evli bir adamla beraberdi; adam bir onu sevdiğini söylüyor, bir terk ediyordu. Sevgilisi Bayan C.'nin hem ödüllendirici hem de geri çekilen birim fantezilerinin kuvvetle pekişmesine neden oluyordu. Zengin ve evli bir adam olan sevgilisi ona bir ev alma sözü veriyor ve bir daha asla geçim derdi olmayacağını söylüyordu. Ardından aniden onu bırakıyor, karısına sadakat yeminleri ediyor ve Bayan C.'nin hayal kırıklığı ve ihanete uğramışlık duygularını görmezden geliyordu. Bayan C. onun kararsızlığı ve aniden değişerek reddedici hale gelen davranışları konusunda isyan ettiği zaman da onu huysuz ve bencil olmakla suçluyordu. Tedavi boyunca Bayan C.'nin sevgilisiyle yoğun olarak birlikte olduğu dönemlerde elle tutulur bir gelişme ve çalışma yapılamıyordu. Bayan C. sevgilisi ile ilgili fantezisini inceleyip bundan vazgeçmek yerine, terk edildiği takdirde terapistini yedek bir ödüllendirici birim gibi kullanmakla daha çok ilgileniyordu. Sürekli tekrar eden hayal kırıklığı ve manipüle edilme deneyimleri arasında Bayan C. zaman içinde ilişkisinin inanılmaz yıkıcılığı ile yüzleşmeyi başardı. Zaman içinde bu ilişkiyi bitirebilecek hale geldi. İlişkiyi bitirdikten sonra daha depresif bir hale geldi. O zamana kadar ilişkisinin depresyon duygularına karşı bir savunma olarak işlev gördüğünün farkında değildi. Duygusal sorunlarının dış olayların bir sonucu olduğunu sanıyordu. Oysa şimdi, duygularını keşfetmeye ve kendini aktive etmeye başladığı zaman daha fazla depresif olduğunu fark ediyordu.

O noktada cevap bekleyen soru, depresyonunu durdurmak için savunmacı bir şekilde yine aynı tarz bir ilişkiye girip girmeyeceğiydi. Hakikaten de bir süre bu düşünceyle flört etti. Daha uygun biriyle çıkmaya başladığı zaman da yeni ilişkiyi eski, ödüllendirici fanteziye dönüştürmeye çalıştı. Kendisiyle ilgili çalışmaları kesti ve kendini yeni ilişkisi ile tanımlamaya

başladı. Ancak bu kez bu şekilde davrandığı zaman tedavideki çalışmaların durakladığının ve öz saygısının da diplere vurduğunun farkına vardı. Kendi ifadesiyle, artık kafasında onu bir şeylerin yanlış olduğuna dair uyaran "çanlar" çalmaya başlamıştı. Daha tedbirli davranmaya ve ilişkisini bir peri masalına dönüştürme isteğinin izini sürmeye başladı. O noktada fantezisini kontrol edebilmeye ve sevgilisini gerçekçi bir gözle görebilmeye başladı. Bu aşamadan sonra kendi üzerinde çalışmaya ve ilişkisini daha sağlıklı bir şekilde geliştirmeye başlayabildi. Nihayet, gerçekçi bir şekilde davrandığı zaman doğru yargılara varma kapasitesine güvenmeye başladı. Bu şekilde hasta yavaş yavaş kendilik aktivasyonu kapasitesini geliştirdiğini gösterdi. Aynı zamanda ilişkilerini de savunmacı amaçlar yerine gerçekçi tatminler elde etmek üzere kurmaya başladı.

Hastanın ilişkisini yıkıcı veya yapıcı potansiyeli açısından değerlendirmeye çalışan terapist için bu ilişkilerin muhtemel sonuçları açıktır. Sahte, savunmacı kendiliğin hakimiyeti altında girilmiş olan bir ilişki tedavideki çalışmaların durmasına ve kendiliğin terapi dışında aktive olmasının engellenmesine neden olacaktır. Bayan C.'nin ilk felaket ilişkisinde ve daha sonra aynı ilişkiyi bir başkasıyla tekrar etmek için yaptığı kısa girişim sırasında meydana gelen olay da buydu. Bu vakanın gösterdiği gibi gerçek kendiliğin girdiği bir ilişki ise yukarıda sayılan zararların hiçbirine neden olmayacaktır.

Borderline hastanın anne ve babasıyla olan ilişkisi kaçınılmaz olarak terapinin odağı haline gelir. Gelişmekte olan ayrılma-bireyleşme kapasitesinin önemli göstergelerinden biri anne ve babayla olan ilişkinin değiştirilebilmesidir. Aşağıdaki vaka hayatta olan anne ve babayla başa çıkmanın farklı bir yolunu göstermektedir.

Vaka sunumu: Bayan D. 40 yaşındaki Bayan D. çocukluğundan beri ileri derecede obezdi ve hem kilo sorunu, hem de elini kolunu bağlayan agorafobisi için önce haftada bir, daha sonra da haftada iki seans olmak üzere tedaviye başlamıştı. Hasta başlarda ailesi ile ilgili çok az bilgi vermiş, onlarla ilgili özelliklerden global ve yüzeysel bir şekilde bahsetmişti. Ayrıca

onlarla olan ilişkisi ile ilgili duyguları hakkında da konuşmaktan kaçınıyordu. Diğer yandan hastanın annesine olan şiddetli bağlılığının ve bunun ona nelere mal olduğunun birçok işareti nesnel olarak gözlemlenebiliyordu. Hasta tek başına yaşıyordu ama (100 mil ötede yaşayan) annesiyle haftada iki veya üç kez görüşüyordu; önemli sosyal temaslarının hemen hepsi ailesiyle olan temaslardı, tatile annesiyle çıkıyordu vs.

Bayan D. için, bu davranışlarının anlamını fark etmek bir yana, bu konudan bahsetmek bile zordu. Ancak nihayet yavaş yavaş annesinin düşmanca ve kendini-gizleyici bir kurban davranışı ile onu nasıl sürekli kontrol altında tuttuğunu anlamaya başladı. Suçluluk duygusundan ve onun altında yatan boşluk ve eksiklik duygularından kaçınmak için sürekli belli bir performans göstermesi için baskı altında olduğunu hissediyordu.

İki yıllık tedaviden sonra bu hasta ilk kez annesine onu ziyarete gitmek istemediğini söyledi. Annesi onu tamamen duymazdan gelip davet konusunda ısrar edince hasta annesine duymazdan gelinmeyi tolere edilemez bir davranış olarak gördüğünü söyleyebildi.

Bayan D. telefonu kapattığı zaman panik hissettiğini ve acı çektiğini anlattı. Kendi etlerini yolmak istediğini, kendini yürümek veya ayakta durmak bir yana, sürünemeyecek kadar değersiz hissettiğini, çığlıklar atarak bu kadar iğrenç bir yaratık olduğu için af dilemek istediğini anlattı. Annesine karşı gösterdiği çabaları değerlendirdiğimde, hastanın kendini ortaya koyma çabalarına sahte ve savunmacı kendiliğini (geri çekilen birim) aktive ederek tepki vermesinin giriştiği çabanın önemini teyit ettiğini gözlemledim. Hastanın kendilik aktivasyonuna verdiği tepkinin, yani kendini içsel olarak cezalandırmasının şiddeti bireyleşme hareketinin ne kadar önemli olduğunu gösteren bir işarettir.

Tüm bu örnekler hasta ile başka insanlar arasındaki ilişkiler üzerinde durmaktadır. Bunlara ek olarak gelişmekte olan ayrılma-bireyleşme sürecinin intrapsişik göstergesi hastanın içe yansıtmalarını tespit etme ve tanımlama kabiliyetinde meydana gelen değişimlerdir. Hastalar dışsal olarak aile bireyleriyle daha

etkili bir şekilde başa çıkmayı ve onlarla yüzleşmeyi öğrendikçe, odak noktası ebeveyn içe yansıtmalarına ve bu yansıtmaların parça kendilik tasarımları ile olan ilişkisine kayar. Zamanla önemli kişilerin içsel tasarımları odak noktası haline gelir. Bu değişim içsel ve dışsal gerçeklik arasında ayırım yapma kapasitesinin oldukça fazla gelişme gösterdiğine işaret eder. Aşağıdaki vaka bir hastanın aile bireylerinin intrapsişik temsillerini anlamak ve tanımak için ortaya koyduğu çabaları anlatmaktadır. Bu vakada, hastanın önce kendi parça kendilik ve nesne temsillerini tespit etmesi, arkasından bunları gerçek anne ve babasından ayırt etmesi ve nihayet içe yansıtmalarının içsel ve savunmacı işlevlerini keşfetmesini takip ederken ayrılma-bireyleşme sürecinin gelişimini de izleyebiliyoruz.

Vaka sunumu: Bay E. Bölüm 4'te detaylı olarak bahsedilen 41 yaşındaki Bay E. kronik depresyon duyguları, sosyal izolasyon, başarı yetersizliği ve madde kullanımı sorunları nedeniyle haftada 3 gün tedaviye geliyordu.

Ailesinde yaşanan trajedilere dair bilgiler ve aile ortamının yıkıcılığına rağmen Bay E. başlangıçta ailesindeki patolojinin şiddetini ve bu atmosferin kendi gelişimi üzerindeki etkilerini inkâr etti. Ayrıca anne ve babasının davranışlarının ardındaki karmaşık motivasyonu da anlayamıyordu. Onun yerine bölünme yapıyordu, yani babasını kötü bir adam annesini de kurban olarak görmekle, annesini bir canavar, babasını da hastalık ve ümitsizlik nedeniyle yıkıma uğramış bir kahraman, iyi bir adam olarak görmek arasında gidip geliyordu. İki nesne tasarımına, yani canavar temsili (ki buna Kötü Rahibe adını vermişti) ve kurban tasarımına tekabül eden iki parça kendilik temsili vardı: Kurban parça nesnesine bağlı parça kendilik tasarımına "İyi Katolik Çocuk" adını vermişti ve kendini gizleyen, itaatkâr, söz dinleyen ve pasif özellikleri taşıyordu. Bu statüde kendini iyi hissediyordu. Geri çekilen birimin parça nesne tasarımına (Kötü Rahibe) bağlı olan parça kendilik temsili ise onun 'adi' diye adlandırdığı kişilikti. Bu parça birimi öldürücü öfke ve son derece kötü biri olma duygularını barındırıyordu.

Bay E.'nin kendindeki bölünmüşlükle ilgili ilk farkındalığı iki kendilik temsilini tespit ettiği zaman meydana geldi: Adi ve İyi Katolik Çocuk. İkinci farkındalık iki içsel nesnenin niteliğini tespit ettiğinde geldi. Önce gerçekte hem annesi hem de babası tarafından günah keçisi gibi kullanıldığını anladı. Daha sonra ailesinin hayatındaki bazı trajik olayları, bunların kendisi ve kardeşleri üzerindeki etkisini yadsımadan değerlendirmeye başladı. Bir kez "gerçekçi olarak" annesiyle babasını kurban ve Kötü Rahibe olarak karakterize edememeye başlayınca, bunların öldürücü öfke, merhamet ve (nihai olarak) geçmişiyle barışmaktan kaynaklanan korkunç yalnızlık duygularından kaçınmak için birbirinden ayrı tuttuğu intrapsişik tasarımlar olduğunu anlaması için kapılar açılmış oldu. O noktada, bu yansıtmaları hayatı boyunca içinde muhafaza edip sürekli tekrar tekrar canlandırmasının ve onlardan vazgeçmek için çok isteksiz olmasının bu durumun en kötü tarafı olduğunu anladı.

Bu vaka sadece hastanın hayatıyla ilgili anlattığı ayrılma-bireyleşme işaretlerini tanımlamıyor, aynı zamanda hastanın anlatımlarının terapötik ilişki dahilinde meydana gelen gelişmelerle nasıl birbirine karıştığını ve etkileşimlerini de gösteriyor. Aşağıdaki bölüm spesifik olarak terapötik ilişki dahilinde meydana gelen ayrılma-bireyleşme deneyimlerini anlatmaktadır.

Terapötik Seansa Yansıyan Ayrılma-Bireyleşme

Terapötik ilişkide ayrılma-bireyleşme işaretleri şunlardır: (1) hastanın çeşitli duygulanımları ayırt etme ve ifade etme kabiliyetinin artması; (2) hastanın aklından geçen herhangi bir şeyi, yani sadece sorunlu duygularını ve ilişkilerini değil, ilgi alanlarını ve heveslerini de tartışmaya açabilme özgürlüğü; (3) hastanın kendini gözlemleme, duygularını tespit ve ayırt etme ve tedavi konusunda sorumluluk alma becerilerinde gelişme olduğunun işaretleri; ve (4) hastanın kendini terapistten ayırt etme kabiliyeti; yani içsel nesnelerini, kendilik temsillerini terapistten ayırt edebilmesi ve zamanla nihayet kendini ve terapisti ayrı ve bütün iki insan olarak görebilmesi.

Duyguların ayırt edilmesi, hissedilmesi ve tartışılabilmesi kapasitesinin tüm hastalarla yürütülen psikoterapilerin çalışma temelini oluşturduğu tartışma götürmez. Ama borderline hasta için bunlar psikoterapinin merkezi hedefleridir. Kendilik duygusunun gelişmesi ve pekiştirilmesi bu beceriler ve bu becerilerin kendilik aktivasyonuna bağlanması yoluyla gerçekleşir. Borderline hasta, aynı Bay E.'nin yaptığı gibi, kendi parça kendilik ve nesne ilişkileri birimlerinin değişik yönlerini terapiste büyük ölçüde yansıtarak bu süreci engeller. Sonra da kendi duygularının ve intrapsişik hayatının bu yönlerini söze döküp tartışmak, konuşmak yerine sanki terapist yansıtılmış parça nesnesiymiş gibi davranır. Bireyin duygularını dışsallaştırmak ve eyleme vurmak yerine kısıtlama, gözlemleme, kabul edip tanıma ve tartışabilme kapasitelerinin yükselmesi psikoterapinin majör hedeflerinden biridir ve bu hedefe ulaşıldığı zaman ayrılma-bireyleşme kapasitesi de gelişmiş demektir.

Bir diğer ayrılma-bireyleşme işareti de hastanın kendini, önemli gördüğü herhangi bir konuyu seans sırasında tartışmaya açacak şekilde özgür hissetmesidir. Borderline bireyler sık sık terapistin de ebeveyn içe yansıtması gibi sadece onların sorunları ve hayatla başa çıkmaktaki beceriksizlikleri, başarısızlıkları ile ilgilendiğini varsayarlar. Onlara zevk veren ve ilgilerini çeken şeylerin terapide yeri olmadığı duygusunu ifade ederler. Terapi ilerledikçe, hastanın sorunlarının ve terk depresyonunun çeşitli yönlerinin yanı sıra başka ilgi alanları ve konulardan canlı bir şekilde bahsetmeye başlaması bireyleşme konusunda elde edilen gelişmenin işaretidir. Örneğin Bayan A., sanata olan ilgisini geliştirmenin yanı sıra, terapi sırasından bundan bahsedebilmeyi de başarmalıydı. Sanki sanata olan ilgisinin terapide yeri yokmuş ve gizlenmesi gerekiyormuş gibi davranmayı bırakmalıydı. Hem geliştirilen yeni ilgi alanları, hem de hastanın bunlardan bahsedebilme kapasitesinde ayrılma-bireyleşme vardır. Bay E. vakasında da gördüğümüz gibi ayrılma-bireyleşmeye doğru elde edilen değişimin gücü, düşüncelerini, sevinçlerini, heyecanlarını ve başarılarını paylaşma

deneyiminin neden olduğu kayıp ve anksiyete duygularında (yani terk depresyonunda) görülmektedir.

Ayrılma-bireyleşmenin geliştiğini gösteren üçüncü işaret de hastanın terapinin yönetimi konusunda sorumluluk almasıdır. Bu konuda elde edilen ilerleme hastanın terapi saatleri sırasında uygunsuz davranışlarını kısıtlaması ve uygunsuz davranma dürtüsünün duygulara ve söze dönüştürülmesi ile belli olur. Örneğin hastalar terapistin seansları başlatmasını ve konuları seçmesini bekleyebilirler. Terapisti referans noktası olarak alır ve cevap vermeleri "gerektiğini" düşündükleri şekilde cevap verebilirler. Bay E.'nin resim yapmaya olan ilgisini, terapistinin istediği bir şey olduğu için yaptığına dair kendini ikna etmesi buna bir örnektir. Hastalar bir saatten öbürüne konuşulanları unutabilirler ama terapistin her şeyi aklında tutmasını ve gerektiğinde onlara hatırlatmasını beklerler. Terapisti kendilerini gözetmesi, onlara saldırması, kontrol etmesi veya reddetmesi için zorlayarak kendi içsel kendilik ve nesne temsillerini aksettirmesini sağlamaya çalışırlar. Örneğin faturalarını ödemezler, seansa geç gelirler veya hiç gelmezler ve mazeretler uydururlar. Sonra terapist onlara haber vermeden gelmedikleri seanslar için fatura kesince, notlar alınca veya yukarıda sayılan manipülasyonlardan herhangi birine müsaade etmeyince onu soğuk olmakla, kendileri ile ilgilenmemekle veya iyiliklerini düşünmemekle suçlarlar.

Hasta terapi ile ilgili sorumluluklarını üstlenmeye başladıkça kendiliğine yaptığı yatırımın arttığı anlaşılır. Ayrıca hastanın duygularını eyleme vurmak yerine onları söze dökebilmesi de kendilik yatırımının gelişmekte olduğuna dair bir göstergedir. Masterson Yaklaşımı'nda olmazsa olmaz olarak kabul edilen temel nokta terapistin müdahalelerinin her zaman özerk işlevselliği teşvik etmek üzere dizayn edildiğidir. Terapist hastaya ait görevleri üstlenmemek için çok dikkatli davranır. Bu nedenle borderline hastalara ancak üzerinde çok iyi düşünülmüş ve inceleme yapılmış durumlarda yorumlama yapılır ve bunun haricinde terapist yorumlama yapmaya isteksizdir. Bunun sonucunda iç görüler hastaların kendilerinden gelir. Bu iç

görülerin gücü hem iç görünün kendisinden, hem de hastanın bu işi kendi başına başarmış olmasından doğar. Dolayısıyla gerçek iç görü önemli bir bireyleşme göstergesidir.

Terapist gerçek iç görüyü akıl yürütmeden veya yıkıcı davranışlara devam etmek için kullanılan iç görülerden nasıl ayırt edebilir? Bir kez daha cevap aynıdır: gerçek iç görülere kendilik aktivasyonu, depresyon ve savunma eşlik eder. Örneğin:

Vaka sunumu: Bayan F. Son derece zeki ve psikolojiye yatkın bir genç kadın olan Bayan F. tedaviye etkileyici bir şekilde başladı. Üçüncü seansta hayatındaki birçok majör temayı ve bunların sonuçlarını toparlamış ve tespit etmişti. Tüm hayatını reddedilmekten kaçınmak amacı etrafında organize ettiğini ve reddedilmekten korkma nedeninin bunu terk edilme olarak algılaması olduğunu anladı. Akıllıydı, entelektüel savunmalar kullanıyordu ve duygularından kaçınmak için konuların ve olayların sadece yüzeyine dokunup geçiyordu.

Bu durumda hastanın anlamlı iç görüler sunup sunmadığı nasıl anlaşılır? Öncelikle, hastanın iç görü ifadesinin hemen ardından gelen kısa süreli terk depresyonu duygulanımlarının görünümü ile anlaşılır. Paniklediğini ve bunalmış hissettiğini anlattı ve bu sorunla ilgilenmek zorunda kaldığı için çok kızgındı. Ardından yeniden birleşme arzusunu eyleme vurarak; kocasını iş yerinden arayıp eve gelip onunla ilgilenmesini isteyerek savunma yaptı.

Bir sonraki seansta kaçıp kocasının cebine saklandığına, kocasının ilgilenmesi gereken bir işi olduğuna ve onu arayıp çağırdığı için iş yerinde zor durumda kaldığına dikkatini çektim. Neden böyle bir şey yapma ihtiyacı hissettiğini sordum.

"Savunmalarımın hepsinden sıyrıldığımı hissettim. Çocukluğumda annemle babam kısa bir süreliğine birlikte bir şeyler yaptıkları zaman kendimi gereksiz hissederdim, şimdi de öyle hissettim. Beni kullanmıyorlardı. Şimdi içimde bir delik var; eğer reddedilmekten kaçınmak için elimden geleni yapmazsam kendime bir göz atmam gerekecek. İstediğim bu. Artık mazeret yok. Kocamı işin içine çekersem kendimi daha az yalnız hissediyorum. Geri dönmek istemiyorum ama neden bu kadar

korkuyorum? Kendimi o kadar yalnız ve değersiz hissediyorum ki, ya yeterli olmazsam, ya gerektiği gibi olamazsam?" diye cevap verdi. Ayrılma-bireyleşme çabasının gerçekliği hastanın kullandığı savunma ve bu savunmayı tetikleyen duygularla teyit ediliyordu.

Terapötik ilişki dahilindeki tüm ayrılma girişimleri hastanın kendini terapistten ayırt etme, içselleştirilmiş nesneleri ile kendisi arasında ayırım yapabilme ve nihayet kendini ve terapisti ayrı ayrı özellikleri olan iki ayrı ve bütün insan olarak görebilme kapasitelerini kullanabildiği bir duruma doğru ilerlenmesini sağlar. Bu noktada borderline hasta yeniden yakınlaşma alt evresinde meydana gelmiş olan gelişimsel duraklamadan çıkarak kendilik ve nesne sürekliliği elde etmeye doğru giden gelişimsel etaba girmiş olur. Hasta artık gerçek kendiliğin aktivasyonu ve gelişimini tümüyle gerçekleştirmeye hazırdır ve bu görevi hayatı boyunca coşku, gayret ve cesaretle sürdürmesi gerekecektir. Bu son başarının tam olarak gerçekleşmesi ancak yoğun psikoterapinin sonuna gelindiğinde, hasta terapiden ve terapistten ayrılırken olur.

Hastanın terapistten tamamen ayrılması ancak terapinin sonunda ve sadece bazı hastalar için merkezi önem kazansa da, bu sonlanma ve yas tutma dönemi için bir ön gereklilik olan hastanın kendisini terapistten ayırt edebilmesi bir anda değil, yavaş yavaş artarak meydana gelir. Her başarılı tedavide bu becerinin kazanılmasına giden ilerleme adımları en azından belli bir dereceye kadar atılmalıdır. Tam ve bütün kendilik ve nesne tasarımları idealine varılamasa da, tüm bu çabalar elde edilen gelişmeyi temsil etmektedirler. Örneğin Bay E.'nin onun içsel nesne ilişkileri parça birimlerine uyacak şekilde davranmadığını için bana duyduğu öfkeyi tarif etmesi onun kendiliğini nesneden ayırabilme ve içsel olayları dışsal olaylardan ayırt edebilme kapasitesinin arttığının bir göstergesiydi. Zamanla bazı bireyler bu kapasiteleri tam olarak geliştirerek terapiyi sona erdirecek ve yasını tutacak hale gelebilmektedirler.

Aşağıdaki son örnek bu hayati kapasitenin gelişimini göstermektedir.

Vaka sunumu: Bayan G. Bayan G. haftada 3 kez terapiye gelen yüksek düzeyli bir borderline hastadır. Bu seansta hasta majör savunmalarından biri olan aktarımda geri çekilen birimin eyleme vurulması ile yüzleşti; ama bunu tersine çevirerek kendilik temsilini bana yansıtıp nesne temsilini kendine saklıyordu. Bu seansta hasta bu savunmayı tespit etti. Bunu yaparak kendini gözlemleme, kendiliği başkalarından ayırt etme ve gerçeği fanteziden ayırma kapasitelerini yeni ve kuvvetli bir şekilde kullanabildiğini gösterdi.

İki buçuk yıllık terapiden sonra bana şöyle dedi: "Sanırım tüm bu süre boyunca, yani tümü değilse bile büyük bölümünde yaptığım şey kendi annemin yerine geçip seni de annemin kızı yerine koymaktı. Hani mesela sık sık aklımı buraya vermiyor olmam, sakar ve beceriksiz biri gibi davranmam, buraya gelmeden içki içmem, konuşsan da sessiz kalsan da sana bir kusur bulmam. Yani konuştuğun zaman kızıp direnç gösteriyordum, sessiz kaldığında sana içerleyip kendimi sana kapatıyordum. Sana aynen annemin bana davrandığı gibi davranıyordum."

Bu hastanın iç görüsü yepyeni bir kendilik ve nesne ayırımını temsil ediyordu: Kendini gözlemleme, kendi iç görülerini oluşturma, eyleme vurumunu kontrol etme ve yapılan çalışmalarla ilgili sorumluluk alma kapasitesi. Bu gözlemi yaptıktan sonra hasta davranışını aynen devam ettirme dürtüsünü kontrol edebildi. Tahmin edilebileceği gibi hastanın odağı aktarımsal eyleme vurumdan iç dünyasının keşfine doğru kaydıkça ortaya çıkan iç görüleri ve kendini kontrol etme çabalarını genetik materyalin ortaya çıktığı bir depresyon ve öfke dönemi izledi. Dolayısıyla her zaman olduğu gibi ayrılma-bireyleşmeye doğru atılan adım ilave depresyon ve derinlemesine çalışma ile teyit edilmiş oldu.

SONUÇ

Ayrılma-bireyleşme bir bireyin kendi düşüncelerini, duygularını, ilgilerini ve yeteneklerini tespit edebilme, kendini başkalarından ayırt edebilme ve içsel deneyimlerini söze dökebilme

kapasitelerini geliştirme sürecini kapsamaktadır. Tedavi başarılı olduğu zaman bu kapasiteler terapi dahilinde kademeli olarak artan bir şekilde yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlarlar. Terapist bu sürecin üç özelliğini takip ve kontrol etmek zorundadır: (1) duygulanımlar, (2) hastanın gösterdiği çabaların kuvveti ve (3) hastanın nesneye yatırım yapmaktan kendiliğe yatırım yapmaya geçmesi.

Gerçek kendiliğin aktivasyonu konusundaki gelişmenin klinik tezahürleri hastanın kademeli olarak artan ve gelişen düşünce ve duyguları tespit etme, kendiliği destekleme, gerçek ilgi alanlarında faaliyet gösterme ve savunma amaçlı değil, yakınlık kurma amaçlı ilişkiler kurma kapasiteleri ve hastanın bunlarla ilgili anlatımlarıdır. Terapötik bağlam dahilinde ise bu gelişme hastanın duygularını ifade etme ve ilgileri ve endişeleri ile ilgili konuşabilme kapasitesinin artması, terapinin yürütülmesi ile ilgili sorumluluk alması, önemli iç görülere ulaşabilmesi ve bunları kullanabilmesi, kendini gözlemleyebilmesi ve kendini terapistten ayırt edebilmesi ve hem kendini hem de terapisti gittikçe daha gerçekçi bir şekilde değerlendirebilmesi ile kendini gösterir. Bu çabaların sonucunda hastanın gerçek kendiliği ortaya çıkar ve kuvvetlenir. O noktada birey hayatla yüzleşme ve yaşama, ayrıca gerçekçi ve geçici olmayan amaçlarla ilişki kurabilme kabiliyeti artmış bir şekilde terapiyi sonlandırır.

REFERANSLAR

Guntrip, H. (1986). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott (How complete a result does psycho-analytic therapy achieve?). P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations*. New York: New York University Press içinde.

Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1981). *Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1985). *The real self: A developmental, self, and object relations approach.* New York: Brunner/Mazel.

Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment.* New York: International Universities Press.

10

BORDERLİNE ERGENİN PSİKOTERAPİSİ: KLİNİK KRİZDEN ÖZGÜRLÜĞE

Candace Orcutt, Ph.D.

BAŞLANGIÇ TEDAVİ

15 buçuk yaşındaki Gerda, ilk randevusuna eli alçıda geldi. Bir yatılı psikiyatri biriminden taburcu edilirken işlemlerin uzaması üzerine duvara yumruk atmıştı. Birimden ayrılmaktan kaynaklanan anksiyetesini hafifletmek için bir kriz yaratmaya ihtiyaç duymuş olabileceğini düşündüğünü söyledi.

Bundan bir ay evvel bir gece gittiği bir partiden tek başına ayrıldığında sokaktan zorla götürülerek tecavüze uğramıştı. Bu olaydan sonra iki kez aşırı dozda ilaç almış ve hastaneye yatırılmıştı.

Lise ikinci sınıf öğrencisi olan Gerda bakımlı, fazla kilolu, Alis Harikalar Diyarı'ndakine benzer stilde uzun saçlı bir kızdı. Kendini "kimseye güvenmeyen" biri olarak tanımlamasına rağmen davranışları sevimli ve kibardı. Akıllıydı ve sezgileri güçlüydü; dönemsel sessizlikleri dışında konuşması açık ve akıcıydı.

Sessizlik dönemleri kendini üzgün hissettiğinde oluyordu. Üzüntüden bahsetmekten hoşlanmadığını, "geçmesini" bek-

lemeyi tercih ettiğini söyledi. Sorununun karakteriyle ilgili olduğunu düşünüyor ve karakter değiştirilebilecek bir şey olduğu için de bunun o kadar kötü bir sorun olduğunu düşünmüyordu.

Bir çocuk kitapları yazarı olan ve yeni etnik materyaller arayışı içinde sürekli seyahat eden Gerda'nın annesiyle daha önce ayrı olarak görüşmüştüm. Annesi çekici, ince ve modaya uygun bohem tarzında giyinen bir kadındı. Zeki, hızlı ve entelektüeldi. Kızının hastaneye yatmasıyla hayatının "ayaklarının altından çekilip alınmış gibi" hissettiğini söyledi.

Gerda'nın annesinin kitaplarındaki hayali karakterlerden biri gibi göründüğünü fark ettim; kızın adı bile bir masal kitabı niteliği taşıyordu. "Adımdan nefret ediyorum" dedi Gerda. "Gerçek bir isim değil ve kimse asla doğru şekilde telaffuz edemiyor."

Gerda'nın çocukluğunu annesinden dinlemiştim. Ergenliği hakkında ise en güvenilir kaynak Gerda'nın kendisiydi.

Gerda 9 aylıkken memeden kesilen ve yemek yemeyi seven sağlıklı bir bebekti. Gelişimsel kilometre taşlarını erken geçmişti ve görünüşe bakılırsa tuvalet eğitimini kendi kendine edinmişti. 2 buçuk-3 yaşlarında, annesiyle babası boşanmadan bir yıl evvel astım olmuştu. Gerda 4 yaşındayken annesi Quebec'e taşınıp kendine "düşünmek için zaman ayırmaya" karar vermişti. Evinden ve arkadaşlarından koparılan Gerda geri çekilmeye başladı. Annesi Kanada Fransızcası öğrenmesi ve insanlarla iletişim kurması için onu ekmek ve süt almaya yolluyordu; Gerda bir şekilde durumla başa çıktı. Bir yıl sonra New York City'ye geri taşındılar ve annesinin kariyeri öncelik kazandı. Gerda 7 yaşında "anahtarlı çocuk"lardan biri olmuştu (annesi babası çalışan çocuklara verilen bir isim). Ev anahtarı boynuna asılıydı, böylece kendi başına eve girip çıkabiliyordu. Annesi yorgun bir şekilde işten eve gelince Gerda onu yatırıyordu. Gerda geceleri annesi için "güzel" rüyalar görüyor ve sabahları annesini neşelendirmek için bunları ona anlatıyordu.

Gerda'nın zihninde latent evreye dair çeşitli fragmanlar vardı bunlarda birçok taşınma, annesinin çeşitli romantik bağ-

lanmaları ve yurtdışına yapılan uzun seyahatlerden kaynaklanıyordu.

En net hatırladığı kısım erken ergenlik dönemiydi. 11 yaşında "sembolik yıl" diye adlandırdığı bir yıl geçirmiş, o yıl boyunca annesine olan öfkesini mümkün olan tüm dolaylı yollardan ifade etmişti. Örneğin evdeki eşyaların arkasında kalan duvarlara çok küçük harflerle "senden nefret ediyorum" diye yazıyordu. 12 yaşına geldiğinde annesine açıkça savaş açtı ve annesiyle sürekli kavga etmeye başladılar.

Terapinin başladığı tarihe kadar bir tane vekil babası, bir de annesi seyahate çıktığı zamanlarda onunla ilgilenen birçok vekil annesi olmuştu. Yaşadığı sorunlara rağmen okuldaki not ortalamasını A'da (100) tutmayı başarıyordu. İtaatkâr olması, sosyal becerileri, enerjisi ve mizah anlayışı dışa dönük, eksiksiz bir model öğrenci olma görüntüsünü sürdürmesini sağlıyordu. Hatta Gerda başkalarının kendisini bu şekilde görmelerine sürekli şaşırıyordu. Kendilik duygusu sağlam değildi, narindi ve okuldaki ilk günlerinde sıranın altına saklandığını anlattı. Hem kızlar, hem de erkeklerle ilişkileri yoğun, ikili bir nitelik taşıyordu. Cinsel faaliyetleri hakkında benim neslimden biriyle konuşmayı reddediyordu ama cinsel birleşmenin derinden bağlanılan ciddi bir ilişkiye saklanması gerektiğine inandığını da söyledi.

Tecavüze uğradığı gece kız arkadaşlarından biri aniden ve mantıksız bir şekilde ona kızıp gitmesini istediği için partiden erken ayrılmıştı. Gerda üzgün bir şekilde bir taksi ararken elinde bıçak olan bir adam onu arkadan yakalayıp zorla boş bir arsaya götürmüş ve tecavüz etmişti. Şok halinde eve yürümüş ve annesinin evde olmadığını görmüştü. O sırada telefon çaldı ve arayan kişi müstehcen şeyler söyledi. Bunlardan bunalmış bir halde romla No-Doz aldı, bir süre sonra da kusmaya başladı. Eve gelen annesi polisi aradı ama Gerda kendini odasına kapatıp dışarı çıkmayı reddetti. Daha sonra annesi Gerda'yı bir jinekoloğa götürdü çünkü kesilmeyen vajinal kanaması vardı. Gerda bunun üzerine bu kez aşırı dozda flurazepan (Dalmane)

aldı ve bir intihar notu bıraktı. Bu kez annesi onu hastaneye götürdü; midesini yıkadılar ve psikiyatrik birime yatırdılar.

TEDAVİ SÜRECİ

Kısa süreli ve krize yönelik olan tedavi iki buçuk yıl sürdü. İlk dokuz ay boyunca Gerda haftada iki kez bireysel olarak, bir kez de annesiyle birlikte terapiye geldi. Daha sonra bir yıl boyunca haftada 3 bireysel seans uygulandı. Son dokuz ayda da haftada iki bireysel seans yapıldı. Gerda 18 yaşına gelip liseyi bitirdiğinde ve üniversiteye gitmek üzere evden ayrıldığında tedavi sona erdi. Zaten daha başlangıçta tedavisinin zaman sınırlı olduğu ve üniversiteye gitmesi ile sona ereceği biliniyordu.

Tedavinin ilk evresi Gerda'nın aile hayatı ve bireysel hayatındaki krize odaklandı. Yapılan çalışma yoğun olarak yüzleştirmeci olsa da, zamanla gittikçe daha içgörü yönelimli olmaya başladı, özellikle de aile seansları bitip Gerda terapisi için gittikçe daha fazla sorumluluk almaya başlayınca.

Aile seanslarında anne ve kızı tartışıyorlar ve sözel olarak son derece yıkıcı olabiliyorlardı. Bu tartışmalar evde bağırış çağırış ve kapıların çarpılması gibi hareketler içeren dramatik sahnelere dönüşüyordu. Birbirlerine kızgın bir şekilde kedinin kumunun değiştirilmesi gibi bir konuda saatlerce kavga edebiliyorlardı.

İkisinin de sorumluluk alma konusu ile ilgili endişelerine rağmen hiçbirinin sorumluluk almadığına dikkatlerini çektim. Kavgalarını sahte ve verimsiz olarak etiketledim ve acaba kavga etmeyi keserlerse yüz yüze gelmeleri gerekecek olan şeyin ne olduğunu merak ettiğimi söyledim. Gerda kavgaların faydasız olduğu konusunda hem fikir olduğunu ve devam ederse "mezara girmesine" neden olacaklarını söyledi. Annesi ise kavga etmeyi keserlerse aralarında hiçbir iletişim kalmayacağından korktuğunu söyledi. Ayrılma teması ortaya çıktı (ve tabi kavgalar Gerda ergen bağımsızlığına doğru ilerlemeye başladığı anda başlamıştı). O noktada benim görevim yapıcı iletişimi teşvik etmek ve sahte kedi kumu konuşmaları konusunda yüz-

leştirme yapmaktı. Sonunda Gerda bir gün "Seansları sensiz yürütüyoruz!" dedi. Evde idare eder seviyede bir barışma sağlanmasıyla, aile seanslarını bitirmek ve Gerda'ya tüm dikkatimi ve terapi sorumluluğunu vermek mümkün oldu.

Bireysel seanslarda Gerda hemen hemen hiç durmadan eğlenceli bir şekilde gevezelik ederek duygularından kaçınıyordu. Beni eğlendirmenin ona ne şekilde yardımcı olacağını sorarak bu davranışı ile yüzleştirdim. Buna cevap olarak sosyal ilişkilerinde acı verici duyguları en aza indirmek için uydurmuş olduğu "Polyanna Rutini"nden bahsetti. Onun tüm düşüncelerine ve duygularına açık olduğumu ve bir kısmını terapi dışında bırakarak kendini bir çıkmazda bırakacağını söyledim. O zaman bana duygularını "küçük kutularda" tutarak kendini her zaman daha güvende hissettiğini ve böyle yapmazsa kontrolünü kaybedeceğinden korktuğunu söyledi.

O noktada yüzleştirmelerim "Polyanna Rutini"ni kesintiye uğratan sessiz dönemler üzerine odaklandı; bu sessizliklerin her birinin ifade edilmeyen bir duyguyu içinde taşıyan bir "küçük kutu" olduğu ortaya çıktı. Gerda bu sessizliklerle kendiliğindenliğini nasıl engellediğini görmeye başladı. Annesinin sürekli neşelendirilme ihtiyacına karşı ne kadar hassas olmayı öğrendiğini fark etmeye başladım.

Gerda kaçınma örüntülerinin farkına varmaya başladığında, duygularını ifade ettiğinde nasıl tepki vereceğimi tedbirli bir şekilde sınamaya başladı. Önce kızgınlık geldi, ama dolaylı bir şekilde. Detaylı olarak ofisimi eleştirmeye başladı. Buna hafif bir şekilde cevap verdim ve "kendi ofisimi toparlayamazken senin kendini toparlamana nasıl yardımcı olabilirim değil mi?" diye sordum. Gerda biraz daha doğrudan konuşmaya başladı; banliyöde oturduğumu fark ederek "o küçük polyester insanların polyester evlerde oturduğu" yerde oturduğumu söyledi. Yapay olup olmadığımdan şüphe duyup duymadığını sordum, sahte bir terapist miydim? Bunun üzerine rahatsızlığını daha doğrudan ifade ederek inisiyatifi ona bıraktığımı ve kendisi hakkında konuştuğu zaman acı verici duygular ve düşünceler deneyimlediğini söyledi. İntihar girişimleri ile bir çeşit seçim

yaptığını ve uzun vadede istediklerini yapmak yerine söze dökmeyi öğrenmesinin onun için hayatı kolaylaştıracağını söyledim.

Kendini "ihanete uğramış" hissetmektense kızgın hissetmeyi tercih ettiğini söyledi. İhanete uğrama düşüncesi ayrılma konusuna bağlıymış gibi görünüyordu çünkü bu konunun hemen akabinde hastaneden taburcu edilmesinden bahsetmeye başlamıştı. Taburcu edilmeden evvelki gece hem kızgındı, hem de bu kızgınlığından korkuyordu. Rüyasında ölmüş olmamasına rağmen hastaneden bir tabutun içinde çıkarıldığını görmüştü. Gözleri "korku filmlerindeki karakterlerden biri gibi" yanarak tabutunun içinde dikilerek oturmuştu. Rüyasında Cehennem'e düşüyor ve sonsuza dek karanlık mağaralarda bir şeyler arıyordu. O gece dehşet içinde uyanmıştı, yanında onu rahatlatacak kimse yoktu ve kendini 6 yaşındayken kâbus gördüğü zamanlardaki gibi hissetmişti.

Daha sonra seanslara yazdığı şiirleri ve kısa hikâyeleri getirmeye ve onları bana okumaya başladı. Hikâyelerden biri tecavüze uğradığı tarihle ikinci intihar girişimi arasındaki dönemde yazılmıştı. Hikâye garip bir sirkten -ki bu sirk dünyayı temsil ediyordu- bahsediyordu; sirkin "en büyük cazibe noktası" beyaz ipek bir perde arkasında saklanan bir kadındı. Hikâyede perde yana çekiliyor, kadın kalabalığa karşı "tek bir kez savunma yapıyor", sonra da "jilet gibi keskin bir bıçak kafasına iniyordu". Gerda hikâyede hissettiklerinden ve terapi sırasında ortaya çıkan hislerinden korktuğunu söyledi. Deli olabileceğinden ve bana kendisiyle ilgili fazla şey anlatırsa onu hastaneye yatıracağımdan korkuyordu. Bu fanteziden çok bir kanaatti ve Gerda'ya duygularının kabul edilmez olduğunun ne kadar ikna edici şekilde öğretildiğini görmemi sağladı.

Bu noktada aile seanslarının iyi gittiğini gönülsüzce kabul etti ve üzüntüyle "Annem bir yetişkin değil" yorumunda bulundu. Annesinin duygusal olarak sırtını ona dayamasının ona zor geldiğinden bahsetti, sonra suçluluk hissetmeye başladı. Daha sonra da konudan uzaklaştı. Kaçınmacı davranışı hakkında yüzleştirme yaparak kendi duygularını kabul edeceğine

neden konuyu saptırdığını merak ettiğimi söyledim (bu kendini ifade etmektense annesini memnun etme davranışının bir tekrarıydı). Bana kızdı, tecavüz olayından sonra olduğu gibi yine depresyona girmek istemediğini, duygularını ortadan kaldıramayacağını ve onlara saplanıp kalacağını söyledi. "Onlara zaten saplanmış haldesin; neden onları daha iyi yönetmeyi öğrenmiyorsun?" dedim. Yine bana kızdı, ben de onun duygularını yönetebildiğine inandığım için bana neden kızdığını sordum.

Bir sonraki seansa çocuk tacizi ile ilgili bir makale getirdi; makalede tacize uğrayan çocuğun başına gelenlerle ilgili konuşabilmesinin önemi anlatılıyordu. Bu olaydan sonra larenjit oldu (bundan sonraki birçok larenjit vakasının ilkiydi) ama bana fısıldayarak kafasında bir şimşek çaktığını ve ona tecavüz eden adamın yüzünü hatırladığını söylemeyi başardı.

Borderline üçlüsü (bireyleşme depresyona, depresyon savunmaya yol açar) netleşiyordu: Gerda duygularını ifade etmeye başladığı zaman depresif oluyor ve anksiyete hissediyordu ve bu duygulara karşı "Polyanna Rutini"ne dönerek, bir öfke patlaması ile veya fiziksel bir hastalıkla savunma yapıyordu.

Diğer yandan duygularını tolere etme kabiliyeti arttıkça daha fazla hatırlamaya başlıyor ve bir kendilik sürekliliği hissini entegre edebiliyordu. Hafızasında ne kadar çok boşluk olduğunu fark etti ve hem anne hem de babasıyla ilgili mutlu ve mutsuz canlı hatıralarının olduğu 3 yaşına kadar geri giderek hayatını gözden geçirip aradaki boşlukları doldurmaya başladı.

On altıncı yaşını kutlamayı dört gözle bekliyordu.

İlk kez tecavüzle ilgili ağlamaya başladığını söyledi. Kâbuslar gördüğünü ve konsantre olmakta zorluk çektiğini söyledi ve seanslar sırasında ağlamaya başladı. Sonra bana daha önce unutmuş olduğu bir aile "sırrından" söz etti. Gerda 7 yaşındayken babası, babasının o sıradaki kız arkadaşı ve kız arkadaşının 14 yaşındaki oğluyla kamp yapmaya gitmişlerdi. Ergenlik çağındaki çocuk onu cinsel olarak taciz etmiş, ama öğrenirlerse evlenmeyecekleri için onu olanları babasına söylememeye ikna

etmişti. Bir süre sonra bunu annesine anlatmış ama iş o kadarla kalmıştı.

Benim yanımda annesine karşı kızgınlığını ifade edebilmeye başladı. Annesi "anne rolü yapmaktan hoşlanan sahte bir insandı". Gerda onu yarı yolda bırakan yetişkinlerin bir listesini yapmaya başladı ve tatile gittiğim suçlamasıyla beni de listeye dahil etti. Onun 'hissetmesine' neden olduğum için zaman zaman benden nefret ettiğini söyledi. Sözcükler gittikçe daha fazla onun kendilik ifadesinin yükünü taşımaya başlamışlardı.

Kendi için daha fazla harekete geçmeye başladı. Evdeki odasını tümüyle yeniden dekore etti; küçük kızlara uygun pembe duvarları griye boyadı ve kristal koleksiyonunu sergiledi. Oyuncaklarını ya bağışladı ya da tavan arasına kaldırdı (bebek evi hariç; onu annesi alıp *kendi* odasına koydu).

Tekrar sesi kısılmaya başladı ama tecavüz hakkında konuşmak için kendini hazırlamaya devam etti. Artık kendini o tecavüz olayından ibaretmiş gibi hissetmiyor, olay onun sadece bir parçasıymış gibi hissediyordu. Ama bana hala bu konudan bahsetmeye başlayacak kadar güvenmediğini söylüyordu.

Sonra bir dizi seansı iptal etti. Ya kulağı ağrıyordu, ya dişi, ya soğuk almıştı ya da bademcik rahatsızlığı vardı. Seansa geldiği zaman kavga ederek geldi: Burnumu onun işlerine sokan biri olduğumu ve ona kendini aptal ve hasta hissettirdiğimi söyledi. Terapiden nefret ettiğini ve bağımsız olmak istediğini söyledi. Benim annesi gibi davranmamı beklediğini ve bunun terapiden faydalanarak bağımsız bir insan olmasını engellemesine izin verdiğini söyledim. Bunu takiben bana "gizli suç hayatından" bahsetmeye karar verdi; bu hayatında annesinden nefret ediyor ve rüyasında annesinin öldürüldüğünü seyrettiği sahneler görüyordu. Ona kendini hasta veya eleştirilen biri gibi hissettirme "gücünü" bana verdiğine karar verdi ve sonra aslında onun üzerinde bu tarz bir kontrolüm olmadığını gördü.

Bu noktada ailemdeki bir hastalıktan dolayı aniden seyahate çıkmak zorunda kaldım. Eş zamanlı olarak Gerda çoktandır olması gereken bademcik ameliyatını oldu. İkimiz de seanslara

geri döndüğümüzde benim seyahate çıkmamdan dolayı kendini ihanete uğramış gibi hissettiğini ama aynı zamanda beni özlediğinin ve terapiye önem verdiğinin farkına vardığını söyledi.

Aile seansları bittiğinden beri çalışmalarımız derinleşmiş ve yoğunlaşmıştı; Gerda artık haftada üç kez geliyordu. Yüzleştirmelerimi içselleştirmişti ve artık duygularından kaçındığı zaman bunu fark ediyor ve bundan vazgeçiyordu. Borderline üçlüsü konusunda da daha gözlemci olmuştu. Örneğin "ileriye doğru iki adım attığım için şimdi geriye doğru bir adım atacağım" diyordu.

Tedavideki birinci yılının sonunda düzenli olarak rüyalarını anlatmaya başladı. Rüyasında aynalarla kaplı parlak ve soğuk bir labirentte olduğunu ve bir devin kendisine bağırdığını görmüştü. Daha sonra bir pencerede bir tül perdenin arkasından dışarıya baktığını gördü. İkiye ayrılan bir yolda yürüyen bir kızı seyrediyordu. Yollardan biri dar ve buzdan yapılmış, içinde soğuk bir ışık yanan bir eve gidiyordu; evin içinde asma kilitle kilitlenmiş kapalı bir kutu vardı. Diğer yol zencefilli çörekten yapılmış tombul bir eve varıyordu; evin pencerelerinde çiçek saksıları vardı; evin içinde de açık bir kutu vardı (Geri çekilen ve ödüllendirici bölünmenin ilginç bir resmiydi bu! Unutmayın ki zencefilli çörekten yapılmış evlerde çocukları yiyen kötü cadılar yaşar). Rüyasında pencereden bakarken elinde bir anahtar tutuyordu ve anahtar o kadar soğuktu ki elini yaktı ve Gerda anahtarı düşürdü.

Anahtarın soğukluğunu, buz evi ve ilk rüyasındaki labirentteki aynayı bademcik ameliyatı sırasında hissettiği soğukla, anesteziden çıktığı zaman bağırarak annesini çağırmasıyla, veya psikiyatri biriminde gördüğü kâbuslardan uyanmasıyla ya da eskiden, 6 yaşındayken gördüğü kâbuslardan uyanmasıyla bağlantılandırdı. Soğukta, orada olmayan annesini çağırarak ağladığını hissettiğini söyledi.

Benzer bir rüya daha gördü ve bu kez rüyasında ben de vardım. Aynı pencereden dışarı bakıyordu ve biri kolunu geriye doğru çekmişti, o da perdeyi açmıştı. Dışarıda ne gördüğü-

nü hatırlamıyordu ama dehşet verici olduğunu hatırlıyordu. Acı verici hatıraları örten perdeyi kaldırmasına yardımcı olduğumu hissediyordu.

Bunu takiben sudan bir sebepten benimle kavga etti. Sonra ne yaptığının farkına vardı ve perspektifi tekrar yakalayarak kendini "bir katil gibi hissettiğini" söyledi şaka yaparak. "Köşene git ve öl!" dedi.

Kavga çıkarmasının nedeninin tecavüz olayı hakkında konuşmaya karar vermiş olması ama buna başlamaya gönülsüz olması olduğunu söyledi.

Dehşet ve kızgınlığın ötesinde "yeni bir hüzün" hissettiğini söyledi. Bana tarif ettiği "soğukluk" hissi tecavüzle bağlantılı olabilirdi ama belki de o olaydan önce de mevcuttu. Bu içinde hissettiği bir soğukluk, bir boşluk hissiydi. Annesiyle ilgilenmek için kendi ihtiyaçlarını bir yana bıraktığı bütün durumları ve rüyasında gördüğü soğuk evi düşündü. "Rüyaların gerçekten de bir anlamı varmış!" dedi.

Tecavüz olayını hafızasında tekrar oluşturmaya başladı. Önceleri bunu seanslara getirdiği parça parça, yarı sembolik resimlerle yaptı. Resimlerde sürekli tekrar eden belli öğeler vardı: Kötü niyetli gözler, bir zincirin ucundaki dini madalyon, bir bıçak, parçalanan bir oyuncak ayı, birbiriyle alakası olmayan aletler ve mekanik parçalar. Resimleri çizmek için kullandığı kâğıt uzunlamasına ve altıgen şeklinde kesilmişti.

Resimlerin kötülük ve masumiyetin yok edilmesiyle ilgili olduğunu söyledi. Tecavüzün "diğer bütün aldatmaları (hilekârlıkları) teyit eden nihai aldatma" olduğunu söyledi. "Bunlar benim kafamın resimleri, içindeki aygıtlar kırık" dedi. Kendini "parçalanmış, birbirine uymayan parçalardan oluşmuş" gibi hissediyordu. Kâğıdı bir tabut şeklinde kestiğini fark etti.

Yine kâbuslar görüyordu ve suçluluk duygusu altında ezilmekten korkuyordu; intihara da bu yüzden kalkıştığını söyledi. Tecavüzcünün onu dövmüş olmasının daha iyi olacağını, çünkü insanların onun adama direnmek istediğine inanmadıklarını söyledi. "Hayatın tehlikedeydi, direnseydin adam seni öldürebilirdi" dedim. Adamın onu arkadan yakaladığını hatır-

ladığını söyledi. Koşarak kaçmaya başladığında süveteri yırtılmıştı ve kısa bir bellek kaybı yaşamıştı; bunun bıçağı gördüğünde olduğunu sanıyordu. Bundan sonra hatırladığı ilk şey boş arsada olduğu ve ağzına kendi süveterinin tıkılmış olduğuydu. Adamın onu öldüreceğini düşünmüş ve ne olacaksa bir an evvel olup bitmesini istemişti. Bu noktada artık kendini bırakmıştı.

Tecavüzün kendisi ile ilgili hatıraları "birbirine uymayan yap-boz parçaları gibi" parça parçaydı. Boş arsayı hatırlamaya başladı: Eski bir araba lastiği, bir araba plakası. Saldırganın dini madalyonuna odaklandı, nasıl döndüğü, ışığın altın madalyona nasıl yansıdığını anlattı (olaydan sonra altın zincir takan bir adamla karşılaştığı zamanlarda sık sık panik yaşamıştı). Madalyonun üzerinde bir anne ve çocuk olduğunu sanıyordu.

Çok üşüdüğünü hatırlıyordu. "Nefesi sıcaktı, madalyonu soğuktu" dedi.

Bunu tekrar kâbuslar izledi. Rüyalarından birinde kendine bakıyor ve şeffaf bir oyuncak bebek olduğunu görüyordu. Bir kol içine bir sürü aygıt yerleştiriyordu. Sonunda kol ortaya bir anahtar çıkardı ve onu kurdu. Sonra da kendisinin yandığını görmüştü.

Bir başka rüyasında kilitli bir cam kutuda olduğunu görmüştü. Camı kırmaya çalışmış ama cam kırılacağına alev alev yanmaya başlamıştı.

Yeniden tecavüzle ilgili konuşmaya başladı ve o anıların cam bir duvar veya buz gibi soğuk ve ölü bir niteliği olduğunu söyledi. Tecavüzden dolayı hiç kızgınlık hissetmediğini, sadece soğuk hissettiğini söyledi. Hastanede yatarken tecavüz edilmeyi hak etmesine neden olan sebeplerin listesini yapmıştı. Bununla birlikte Tanrı'ya karşı kızgınlık hissetmişti.

Yavaş yavaş tecavüz olayına ve ona saldıran kişiye karşı da kızgınlık duymaya başladı. Resimlerinin yeterince kızgınlık içermediğini söyledi. Evde tekrar tekrar tecavüzcünün yüzünü çizmeye çalıştı.

On yedinci doğum günü geçti. Tavan arasına gidip oyuncak bebeklerini ziyaret etti ama onlar da artık ona bir teselli olamıyorlardı ve kendini yalnız hissetti.

Tecavüzü hatırlayınca bir başka anısını daha hatırladı (bu muhtemelen bir perde anıydı çünkü ona rüyaya benzer bir his de veriyordu). Üşüme hissinin çocukluğunda, henüz annesi babası boşanmamışken ve hep birlikte şehir dışında yaşarlarken başladığını söyledi. "Pırıl pırıl bir günde" pencereden dışarıya baktığını hatırlıyordu. O rüyalarının penceresiydi ama kış mevsimi olduğu için pencere kapalıydı ve perdeler de çekilmişti; soğuk kar dışarıda parıldıyordu. O sırada babası içeriye girerek kapı eşiğini "büyük bir ayı gibi" doldurmuştu. Anının "diğer yarısını" hatırlayamıyordu ama "korkutucu bir şeyler" olmuştu. Ancak bu sürekli tekrarlanan perdeyi kaldırma teması o noktada sona erdi; bunun anlamının ortaya çıkarılması zamanla sınırlı çalışmalarımızın ötesine geçiyordu.

İlk kez erkeklerle çıkma konusundan bahsetmeye başladı. Önceleri mahcup ve rahatsızdı: "Olaylar kutularından çıkıyorlar... işler karışık" dedi. Tecavüzden bahsetmeye karar verdiğinden beri erkeklerle çıkmak konusunda da daha rahat konuşabildiğini söyledim. İkisinin arasında bir bağlantı olduğunu ve biriyle çıkma fikri konusunda kendini daha iyi hissettiğini söyledi. Biriyle çıktığı zaman bir süre tecavüzle ilgili "flashback"ler (geri dönüş) yaşamıştı ama tecavüzden bahsetmeye başladıkça bunlar azalmıştı.

Okul yılını yüksek notlarla bitirdi. Yüksek not ortalamasını muhafaza etmiş, Akademik Yeterlilik Testi (Scholastic Achievement Tests) sınavında yüksek not almıştı; okuldaki faaliyetlere katılıyor ve 17 yaşında bir kız olmanın zevkini çıkarıyordu.

Lisedeki son yılına yaklaşırken dış görünüşü de değişti. Saçlarını omuz hizasında kestirdi ve daha farklı giyinmeye başladı. Sakin duruşu savunma amacıyla oluşturulmuş bir dış görünüşten çok elde edilmiş bir iç dengenin ürünüydü. Değiştiğini kabul etti ve kendini "iki veya otuz iki değil, on yedi yaşında gibi" hissettiğini söyledi.

Okul yılının başında seansları haftada ikiye düşürmek istediğini söyledi. Bu kadar sık yapılan seansların sağladığı "güvence" olmadan da idare edebileceğini ve okuldan sonra "diğer gençlerle genç olabileceği" zamana ihtiyacı olduğunu söyledi. Özellikle de terapiyi bitirmemize fazla zaman kalmadığı ve lise son sınıfta Gerda'nın okul faaliyetlerinin arttığı düşünülünce, bu istediğinin gerçekçi olduğunu düşündüm. Bu nedenle ona kararın ona ait olduğunu söyledim. Kendini benimle bu konuda kavga etmeye veya benim tarafımdan yönlendirilmeye hazırlamıştı ve kendi kararını verme sorumluluğunu almanın çok daha zor olduğunu söyledi. Sonunda haftada iki seansta karar kıldı ve ilk kez terapinin tamamen kendi seçimi ve kendi sorumluluğu olduğunu hissetti.

Tedavinin bu kısa ama önemli evresinde biraz regrese de oldu. Artan bağımsızlığı (ve muhtemelen terapinin gittikçe yaklaşan sonu) beni sanki ondan geri çekiliyormuşum, uzaklaşıyormuşum gibi algılamasına neden oldu. Beni ondan uzaklaşmakla suçladı: Gerçek bir insan gibi konuşmuyordum, yüzüm sahte bir yüzdü, normal bir insandan bir Pod İnsana (gizli uzaylı) dönüşmüştüm. Artık terapiye gelmeyerek misilleme yapacaktı, zaten üzerinde konuşulacak sorun da kalmamıştı. Hala kalıcı bir erkek arkadaşı olmamasına rağmen nasıl konuşulacak sorun kalmadığını söyleyebildiğini sordum. Bu yüzleşme o ana kadar Gerda'nın verdiği en öfkeli tepkiyi uyandırdı. Ayrıca terapinin son evresini de rayına oturttu.

Bir sonraki seansa geldiğinde gayet sakindi ve terapide önemli bir virajı alırken direnç göstererek benimle kavga ettiğini kabul etti. Aslında artık tecavüzün veya intihar girişimlerinin onun için o kadar önemli olmadığını, daha çok şimdiki hayatından bahsetmek istediğini söyledi.

Üç haftadır biriyle çıktığını ve onu sevmesine rağmen cinsel ilişkiye girmek konusunda endişelendiğini söyledi. Hala flashback'ler konusunda biraz endişeli olduğunu ve bu kadar önemli bir şeyi sırf arkadaşları da yapıyor diye okul arkadaşlarının baskısı sonucu yapmak istemediğini söyledi. Ayrıca cinsel olarak olgunlaşma konusundaki korkularından da bahsetti:

Erkeklerin ona karşı yaklaşımlarındaki değişim ve şişmanlayarak vücudu ile ilgili iğrenme duygularını saklama çabaları. Annesinin onun gittikçe daha çekici bir kız olmasına verdiği tepkiye şaşırıyor ve içerliyordu: Annesi Gerda'nın kıyafetlerinin fazla açık saçık olmasıyla ilgili sürekli kavga çıkarıyordu (hâlbuki hakikaten de öyle değildiler).

Ama Gerda artık yüzleşmeyi o kadar içselleştirmişti ki ortaya çıkan herhangi bir duyguyu deneyimlerken kendilik aktivasyonuna devam edebiliyordu. Bunun sonucunda gittikçe daha depresif oldu ve sanıyorum terk depresyonunun ilk katmanını çözümleyebildi.

Kendini çok yalnız ve ailesiz hissediyordu ve aslında eskiden beri böyle hissettiğini anladı. Ailesinde hiç kimsenin kendisi ile bir insan olarak ilgilenmediğini ve umurlarında olmadığını, onu sadece kendilerinin bir uzantısı gibi gördüklerini düşündüğü için ağladı. Ailesini kaybeden insanların yaptığı gibi yas tutamadığı için kendini haksızlığa uğramış gibi hissediyordu çünkü baştan beri ortada aile diye bir şey yoktu (olanlar da ülkenin dört bir yanına dağılmış haldeydiler ve duygusal olarak da uzak insanlardı). Hepsini kendinden uzaklaştırdığı için gerçekten de çok değersiz bir insan olması gerektiğine inanıyordu. Suçluluk duygusu bu insanların duyguları üzerinde herhangi bir etkisi olabileceğine olan hayali inancı muhafaza etmesini sağlıyordu. Kendini suçlama lüksünü muhafaza ettiği sürece belki durumu değiştirmek için bir şeyler yapabileceği ümidini de elinde tutabiliyordu. Annesinin dikkatini çekmek için tek yolun intihara teşebbüs etmek olduğunu düşündüyse kendini hakikaten de çok çaresiz hissetmiş olması gerektiğini söyledim; ama bu derece ümitsiz bir hareket haline getirmek yerine bu duygusunu tespit edip anlamasının daha iyi olup olmayacağını sordum. "Zaten bildiğim bir şeye dikkatimi çektiğin için sana karşı gerçek bir nefret duyuyorum" dedi.

Seanslarda ifade ettiği depresyon yine seanslar sırasında ketlenebiliyordu. Terapi dışındaki hayatı gittikçe daha stabil hale geliyordu ve kendini ortaya koyma ve iletişim kurma konularında hakikaten büyük ilerlemeler kaydetti.

Bir gün erkek arkadaşıyla yattıklarını söyledi. Flashback durumu olmamıştı, ama öyle havai fişekler de patlayıp yıldızları da görmemişti. Sadece normal aşk ve seksti ve bu konuda kendini iyi hissediyordu.

Annesinin o kadar kötü biri olmadığına dair bir sonuca bile vardı; annesi normal ama dağılmış bir insandı.

TERAPİNİN SONLANDIRILMASI

On sekizinci yaş gününden evvel Gerda bana karşı bir öfke nöbeti daha geçirdi. Onu anlamadığımı ve sanki yumruğunu duvara geçiriyormuş gibi hissettiğini söyledi. Hastaneden ayrılırken de yumruğunu duvara geçirdiğini hatırlattığımda terapinin yakında bitecek olmasına tepki verdiğini fark etti.

Gözlem yapma, sorumluluk isteyen kararlar alma ve bu kararlara zorlayıcı duygulara rağmen sadık kalma kapasitelerini kullanarak kalan zamanımızı iyi kullandı. Son başarısı kaçınma yolları olarak kullandığı hastalıkları ile yüzleşmek oldu. Kendisiyle yüzleşme yaptı, davranışlarını gözlemledi ve duygularından kaçmak için aşırı çalışarak veya aşırı gezerek yorulup kendini hasta ettiğinin farkına vardı.

Bireyleşme, yüzleşmeyi entegre etme ve ayrılma duygularını yönetmede elde ettiği gelişmeler son seanslarda kendini gösterdi. Sondan bir evvelki seans üzüntü, mutluluk, bana karşı duygularının doğrudan ifadesi ve geleceğiyle ilgili düşünceli bir beklentinin sağlıklı bir dengesiyle o kadar olması gerektiği gibiydi ki bocalayıp son seansa gelmeyeceğini düşündüm. Büyük bir çabayla bu konuda hiçbir şey demedim ve kararı ona bıraktım. Rahatlama ve sevinçle son seansa geldiğini gördüm. Kendiyle gurur duyduğunu çünkü son seansa gelmemek için bir bahane yaratacağını önceden hissettiğini ama bunu yapma dürtüsünü ketleyerek geldiğini ve benden ayrılmayla yüzleştiğini söyledi.

SON SÖZ

Gerda kendisiyle ilgili bu metni okuyunca bir şeyler eklenmesi gerektiğini düşündü. Aşağıda Gerda'nın yaptığı ve hala yapmaya devam ettiği çalışma ile ilgili düşünceleri verilmektedir:

> Şimdi 21 yaşındayım ve tecavüze uğramamın üstünde altı yıl geçti. Zaman sınırlı ve kriz odaklı olan ilk terapim başarılı oldu çünkü bana nasıl hayatta kalacağımı öğretti. Kısa zaman önce tekrar Dr. Orcutt'la terapiye başladım ama bu kez hedeflerim farklı. Artık parçaları birbirine yapıştırılmış biri değil, bütün ve tam bir insan olmak için uğraşmaya hazırım. Kendimden neden bu kadar nefret ettiğimi ve hayatımdaki zor olaylara tepkimin neden intihara teşebbüs etmek olduğunu anlamamın zamanı geldi. Tekrar terapiye başladım çünkü artık sadece hayatta kalmak yeterli değil. Nasıl yaşayacağımı da öğrenmek istiyorum.

II

NARSİSİSTİK BİR ÇİFTE UYGULANAN ORTAK EVLİLİK TERAPİSİ

James F. Masterson, M.D
ve Candace Orcutt, Ph.D.

Karı ve kocanın bireysel çatışmaları sık sık ilişkilerine yansıtılır ve evlilik ortamı dahilinde eyleme vurulur. Bu durumlarda eşlerin bireysel psikoterapisi ile birlikte uygulanan evlilik terapisi bir katalizör görevi görebilir.

Sürekli ve yoğun bireysel terapi yavaş yavaş gelişen bir süreçtir ve etkileri kademeli olarak intrapsişik alandan, aktarım yoluyla, kişilerarası alana yayılır. İlişkiler de dahil olmak üzere dışsal dünyasına hakim olan nevrotik hasta için bu süreç semptomatolojinin ortaya çıkmasına neden olan, hastanın içsel dünyasındaki çatışma üzerine odaklıdır. Ama içsel çatışmayı dışa vurulan eylemler ve etkileşimlerle kişilik bozukluğu olan hasta için terapinin sadece intrapsişik alana, özellikle de bastırma gibi yüksek düzeyli savunmalara odaklanması için hem çok erkendir, hem de bu tarz bir odaklanmayı mümkün kılacak olan terapötik kısıtlamanın da elde edilebilmesine fırsat vermez.

Kişilik bozukluklarında terapötik kısıtlama, bölünme, eyleme vurma, dışsallaştırma, yansıtma, yansıtmalı özdeşim, kaçınma, inkâr, yapışma ve değersizleştirme gibi düşük düzeyli

savunmalar üzerinde odaklanır. Terapist, bu savunmaların farkına varması, bunları egoya yabancı (ego uyumsuz) hale gelene kadar gözlemleyip kontrol etmesi ve bunların intrapsişik çatışmasını anlamayı ve yönetmeyi reddettiğinin göstergeleri olduğunu anlaması için hastaya yardımcı olmalıdır.

İntrapsişik çatışmanın dış dünyaya yayılması sık sık başkaları ile tam da kişilerarası nitelikte olmayan etkileşimler halinde ortaya çıkar, çünkü bu etkileşimler özünde bireyin geçmişten gelen problemlerinin uzantılarıdır. Bu problemler bir başka kişi kullanılarak tekrar tekrar sahneye konur; hastanın kullandığı kişi sadece hastanın, geçmiş anılar ve duygulardan kaçınmak için şimdiki zamanda sürekli tekrar ettiği bir senaryoda bir rol yüklemiş olduğu gönülsüz bir aktördür. Hastanın gerçek kendiliğinden bu şekilde kaçmayı başarabilmesinin nedeni, nesne ilişkilerinin pekiştirilmesi ve ego yapılanmasının hala gelişme evresinde olmasıdır. Bunun bir sonucu olarak bir başka kişi hastanın kendiliğinin bir uzantısı gibi algılanabilir ve ego bu yanılsamayı desteklemek ve haz ilkesini teskin etmek için gerçeklik bölünmesi yapar. Hakiki kişilerarası bir ilişki ancak hasta karşısındakine yüklediği kendiliğinin reddedilmiş yanlarını geri alabildiği, kendi içsel çatışmalarını içsel çatışmalar *olarak* tolere edebildiği ve karşısındakine ayrılma kapasitesi olan ve paylaşmaya hazır entegre bir kendilik olarak yaklaşabildiği zaman elde edilebilir.

Terapist hastaya bu kendilik uzantıları ile başa çıkması ve bunları bir başka kişiyle etkileşim kurmaya yöneltmesi için yardımcı olduğunda, bu yardımın terapiyi tam olarak kişilerarası alana taşıdığını söyleyemeyiz. Yapılan çalışma hala bireyin içsel dünyası ile ilgilidir, ancak o içsel dünyanın çatışmaları sosyal etkileşim alanına aktarılmıştır. Bunun ekstrapsişik sorunların terapisi olduğu söylenebilir; amaç hastanın gerçek kişilerarası ilişkiler kurabilen gerçek bir kendilik elde etmesiyse, bu ekstrapsişik sorunların da çözümlenmesi gerekmektedir.

Narsisistik eşler, aralarında çift taraflı aynadan yapılmış bir duvar bulunan bir çift olarak tarif edilebilirler: Her ikisi de (farkında olmadan) eşinin karşısına bir ayna koyar; bu ayna

kendiliğin nesneden beklentilerinin yansımasını dayatan bir aynadır. Her ikisi de kendi iç kendiliğinin yansımasına tepki verir ama bunun karşısındakine verilmiş gerçek bir tepki olduğunu sanır ve bu yüzden neden derin yalnızlık hissinin devam ettiğini merak eder ve şaşırır.

Kişilik bozukluğu olan bir hasta evliliğindeki sorunlardan şikâyet ederek terapiye geldiği zaman, hastanın, eşine (ve eşinin de ona) yaptığı yansıtmaların tespit edilme ve kısıtlama süreci bireysel terapi açısından elverişsiz ve ağır bir süreçtir. Hastanın tek taraflı anlatımında yaptığı çarpıtmalar ve eksik kısımlar, özellikle de evlilikte yaşanan sorun hastayla ilgili diğer bilgi kaynaklarını dışarıda bırakacak kadar odak noktası haline gelmişse, bu durum terapistin doğru bir yargıda bulunmasını engeller. Terapistin inanırlığı da azalır çünkü yaptığı müdahaleler ağırlıklı olarak hastanın bakış açılarına dayalı olacaktır. Zamanla terapistin hastanın duruşu ile ilgili doğru değerlendirmeler yapmasına ve doğru müdahaleleri uygulamasına yeterli olacak benzerlikler (özellikle de hastanın terapistle etkileşimine dayalı olan bilgiler) toplanacaktır. Ama buradaki bariz soru şudur: Evlilikteki etkileşimin canlı olarak gözlemlenebilme imkânı varsa, kulaktan dolma kanıtlarla yetinmek neden?

Eğer eşler evlilik terapisine gelirlerse, sadece davranışlarının kendini yenilgiye uğratıcı yönleri anında gözlemlenmez, ayrıca terapistin eşler arasındaki etkileşim konusundaki yorumları o etkileşim olduğu anda yapılabilir; ayrıca yapılan yorumlamalar eşler tarafından daha kolay kabul edilebilir (ve daha az kolaylıkla inkâr edilebilir.) (Ian Alger'in önemli etkileşimlerin filme çekilip sonradan seyredilebildiği video görüntülerini dondurma metodu bu süreci bir adım daha ileri götürmektedir. Benzer şekilde Virginia Satir de bu anları aile üyelerine canlı bir tabloda poz verdirerek dramatize etmektedir). Buna ek olarak terapi eşlere yeni etkileşim yolları deneyebilecekleri güvenli bir yer sağlamaktadır. (Eş terapisinin öncüsü olan Nathan Ackerman yeni iletişim yollarını teşvik etmek için aile iletişimini "düzenlemek"ten bahsetmektedir. Ayrıca ailenin kendi

dinamiği olduğunu ve bu dinamiğin bireylerin dinamiğinin çarpımından ibaret olmadığını da vurgulamıştır.) Eşlerle doğrudan çalışmak, bireylerin, yansıtmaları kaçınılmaz olarak birbirine karışıp tekrarlama zorlanımını bir kısır döngü haline getirdiğinde oluşan kötü huylu örüntülerin tespit edilmesini de kolaylaştırır.

Nasıl ki evlilik terapisi bireysel terapi için bir katalizör görevi görüyorsa, bireysel terapi de evlilik terapisi çalışmalarını destekler ve derinleştirir. Bireysel terapi terapötik ittifakı yaratır, evlilik terapisi seanslarında elde edilen bilgileri ve kalıntıları derinlemesine çalışma sürecine katar ve içgörü terapisine geçiş için bir bağlantı kurulmasını sağlar.

Bay ve Bayan Spiegel (takma isim) vakası bireysel terapiyle eş zamanlı olarak uygulanan evlilik terapisinin ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

40'lı yaşlarında başarılı bir avukat olan Bay Spiegel Masterson Grup'a ilk karısı onu terk ettikten sonra geldi. Bu ayrılık onu çok şaşırtmıştı ve depresyonla savaşıyordu. Küçük düşürülmüş olma ve öfke protestolarıyla depresyonunu bertaraf etmeye çalışıyordu. "Karım artık suistimal edilmek istemiyor" diyerek gerçeği kabul etse de, hala olanlara inanamıyordu: "Sanki elim bileğimi terk etti! Elim bileğimi nasıl terk eder? O benim bir parçam!" diyordu. Karısına her zaman narsisistik bir nesne gibi muamele etmişti ve 20 yıldan sonra karısı 'artık yeter' demişti. Depresyonunu söze dökebildiği zamanlarda, ümitsizce şöyle diyordu: "Sevilmeye karşı büyük bir ihtiyaç hissediyorum ama sevemiyorum. Sadece alıyorum ve alıyorum. Bencilim ve içimde dehşet verici bir şey var".

BİREYLER

Bay Spiegel'in iş hayatı çok parlak ve çatışmasızdı; ancak meslektaşlarıyla olan ilişkisi sorunluydu, onlara karşı sabırsız ve baskıcıydı. Mahkemede başrolü üstleniyor ve dinleyicilerden narsisistik takviye (beslenme) alıyordu.

Evliliğinde de mahkeme salonunda kendisine gösterilen mutlak hayranlığın gösterilmesini bekliyordu. "Şimdi karıma mahkeme salonundaki dinleyiciler gibi davrandığımı görüyorum. Onun ihtiyaçlarıyla ilgilenmiyordum ve herkese karşı da böyleyim. Onları cezbediyorum ama kendime derinlemesine ilişki kurma izni vermiyorum. Gözden uzak gönülden uzak! Açılıp kendim olamıyorum. Aslında ezilmek ve reddedilmekten korkan küçük bir çocuğum. Bu aşılmaz zırhın arkasına saklanıyorum" dedi.

Bay Spiegel fakir bir aileden geliyordu. Babasının duygusal olarak istikrarsız oluşundan dolayı gelir durumları belirsizdi. Annesi oğlunun entelektüel yeteneklerini idealize ederek ve karşılanmayan ilgi ve refah ihtiyaçlarını onun karşılamasını bekleyerek duygusal kaçış için onu kullandı. Bay Spiegel eğitimini aşağıdaki gibi tanımladı:

> Duygularımdan kaçmak için eğitime daldım. Bir çeşit bilgi toplama makinesi oldum. Başarılı oldukça daha mükemmel bir makine oldum. Mükemmel olmak bana kontrolün elimde olduğunu hissettiriyor ve kendimi iyi hissediyordum. Geçmişi düşündüğümde çocukken karmaşık ve sağlam bir Hak Makinesi icat etmek istediğimi hatırlıyorum; böylece kendimi annem ve babam gibi küçük düşürülmüş ve bağımlı hissetmeyecektim. Sanırım aslında daha başlarda karımın bu Büyük H.'ye uymayacağını biliyordum, o yüzden onu yok saydım.

Hak Makinesi'nin zırhlı koruması olmadan kendini yalnız ve dehşet içinde hissediyordu ve sahte dış görünüşünü muhafaza etmek için bir başka insana ihtiyaç duyuyordu. Bunun çocukluğundaki durumun bir tekrarı olduğunu anladı: "Pazarlık şuydu: Sen bana bakarsan, ben de karşılığında ben olmayacağım". Ayrılma ona kendini "boş ve tükenmiş" hissettiriyordu ve onu "çekingen, değersiz ve bağımlı" olarak tanımladığı bozulmuş gerçek kendiliği ile karşı karşıya bırakıyordu.

Bay Spiegel tekrar evlenmeye karar verdiğinde 4 yıldır Masterson Grup'a devam ediyordu. "Bir kadınla ilgilendiğim zaman onun hayatını benimkine uydurmasını bekliyorum" di-

ye kabul etmesine rağmen, bu içgörüsünü eyleme dökmedi. Aradan fazla zaman geçmeden Bay Spiegel ve yeni karısı ikisine de acı veren ve hiçbir şeyi çözümlemeye yaramayan büyük kavgalar etmeye başladılar. Kendini bir kez daha bir evlilikte kontrolü elinden kaçırmış durumda bulan Bay Spiegel karısıyla konuştuktan sonra onun da Masterson Grup'a gelmesini talep etti.

Otuzlu yaşlarının sonunda, değişken (mercurial) bir kadın olan Bayan Spiegel daha önce çok başarılı bir koreografti. Masterson Grup'a bir yıl evvel gelmeye başladı. "Şiddetli depresyonda ve başının da büyük belada" olduğunu düşünüyordu. Alması gerektiğinden daha fazla ilaç alıyor, aşırı hızlı araba kullanıyor, kontrolsüz şekilde hıçkırıklara boğuluyor ve öleceksemiş gibi hissediyordu. Daha önce de uzun süre psikoterapi görmüştü ama son terapistini sürece dayanamayacak kadar incinebilir ve zayıf olduğuna bir şekilde ikna etmeyi başarmıştı. Terapisti alprazolam (Xanax) ve lorazepam (Ativan) yazarak onu sakinleştirmişti.

Evde kriz halindeydi. Kocasını aynalamak ve onun dikkatini kazanmak için kendi bireyselliğini feda etmişti. Ama tabi kaçınılmaz olarak bunu sürekli mükemmel şekilde yapamıyordu ve böyle durumlarda kocası ona kızgın ve uzak davrandığı zaman dehşete düşüyordu. O noktada kendinden geçiyor ve kendini kurban rolüne sokuyordu. Konsültasyon sırasında, kendini banyoya kilitlediğini, 6 miligram Ativan aldığını ve kocası kapıyı yumruklayıp cevap vermesini isterken sessizce yerde yattığını anlattı. Bu davranışındaki intikamcı öğe de dikkatinden kaçmamıştı ve: "Bir yanım korkuyor, ama bir diğer yanım da intikam almak istiyor" dedi.

Bayan Spiegel'de ilk bakışta akla borderline kişilik bozukluğunu getiren istikrarsız, fırtınalı ve yapışan bir nitelik vardı. Ama hastanın dinamiklerine daha yakından bakıldığında Bayan Spiegel'in "gizli" narsisistik dediğimiz narsisistik kişilik bozukluğu olduğu görüldü. Bu tip narsisistik kişilik bozukluğu "mükemmel" bir nesneyi idealize eder ve kendiliğini ikincil, daha aşağı derecede hatta parçalanmış olarak sunar. "Gizli

Narsisist" diğer kişiyi ne kadar gerçek olarak algılarsa (hatıraların ve fantezilerin yansıtmalarından ayrı olarak algılarsa) bu diğer kişinin içselleştirilmiş "ideal" imgesinden ayrılmaya da o kadar şiddetle tepki verir.

Bayan Spiegel kendini "mücadeleci" biri olarak tanımlıyordu ve birçok başarısızlık ve soruna rağmen terapi konusuna kararlılıkla yaklaşıyordu. Özellikle de kocası onu yok saydığında veya ona karşı kendini beğenmiş bir şekilde davrandığında duyguları onu kolaylıkla boğuyordu ve kendine gözlem yapma mesafesi sağlamak amacıyla sık sık duygularını ve düşüncelerini yazıya döküyordu. Çocukluğunu şöyle anlattı:

> Açıkçası aile sahnemiz patlamalar, bağrışmalar, çılgın davranışlar, ayrılmalar ve manipülasyonlardan oluşan çarpık bir gösteriydi. Babam işini kendi çabalarıyla kurmuş bir işkolikti; çocuklarına çok bağlıydı ama aynı zamanda her zaman katıydı ve genellikle de zorbaca davranıyordu. En kötü halinde patlayıcı bir öfkesi vardı ve sözel ve fiziksel cezalara başvuruyordu. Annem o zaman, ve hala, duygusal ve entelektüel olarak çocuklaşmış bir insandı. Evlilikleri sevgisiz, arkadaşsız ve içinde iletişim veya anlayış olmayan bir evlilikti. Birbirlerini ve çocuklarını istismar ediyorlardı ve ebeveyn olmaya uygun değillerdi.
>
> Babam yalnız başına, çaresiz bir halde ve korkunç acılar içinde öldü. Arkadaşlarını ve parasını kaybetti ve annemi korunmasız bıraktı. Zaten kimseyle arkadaşlık kurmayan annemin bugün de hiç arkadaşı yok. Her zaman "kurban" rolünü oynadı ve çocuklarıyla olan ilişkisi boş ve kızgındı, ki bu da bizim öz saygı sorunlarımızın artmasına katkıda bulundu. Bize verilen mesaj kimsenin bizi çok fazla umursamadığıydı; umursadıkları zaman da nedeni kötü olmamızdı. Biz de bu kötü ve değersiz olduğumuz mesajına inandık; bu kadar yok sayılmamızın, cezalandırılmamızın ve tehdit edilmemizin başka nasıl bir nedeni olabilirdi ki?
>
> On altı yaşına geldiğimde ailemden ayrıldım ve geçmişimi düzeltme savaşıma başladım. Erkek kardeşimse bu acıyla başa

çıkmak için gerekli güce sahip değildi; onun yerine hasta olmayı seçti, kronik, akut ve sürekli şekilde hasta olmayı.

Bir aylık bireysel terapiden sonra evlilik terapisine başlamayı öneren Bayan Spiegel oldu. Bu uygun bir seçenek gibi görünüyordu; her iki eş de bireysel seanslarında evlilik konusuna odaklanıyorlardı ve evliliklerinin de kriz durumunda olduğu açıktı. Gerçeklik testine gittikçe daha çok ihtiyaç duyulmaya başlandı ama aynı zamanda evlilik çatışması kızıştıkça her iki eş için de ulaşılması daha zor hale gelmeye başladı.

Evlilik terapisi seansları Bayan Spiegel'in bireysel terapisi ile eş zamanlı olarak uygulanmaya başlandığında, Bayan Spiegel daha gözlemci oldu ve davranışlarını sınırlayabilmeye başladı. Daha fazla sorumluluk aldı: İlaçlarını bıraktı, daha dikkatli araba kullanmaya başladı ve yerel bir dans grubunun eğitimi ve tanıtımı için aktif olarak çalışmaya başladı.

Kendine değer vermeyi öğrenmeye başladı ama kendini fazla ortaya koymasının sevgiyi iteceğinden korkuyordu. Çocuk sahibi olmak istediğini fark etti ama evlilikleri kocasının daha fazla çocuk istememesi şartı üzerine kurulmuştu ve o da başta bunu kabul etmişti. Bu ikilem aralarındaki çatışmanın vurgulandığı konu oldu ve evliliğin kendisine, bir göz atmamak için pazarlığa tabi olmayan bir direnç noktası olarak kullanılıyordu.

Kısa süre önce yapılan bir seansta Bayan Spiegel asıl çatışmasına bakmaya cesaret edebildi. Evliliğini nesnel olarak incelemenin bu evliliğin yaşanabilir, sürdürülebilir olmadığını görme riskini taşıdığını fark etti. Bu ihtimalle yüzleşirse derin bir ayrılma depresyonuyla karşı karşıya kalmak zorunda kalacaktı, o da bunu kendi kendini yok etmek olarak algılıyordu. Ayrı olma durumunu, sağlıklı bir duruş ve gerçek yakınlık kurmak için gerekli tek temel olarak anlamaya hazır değildi.

Ortak Evlilik Terapisi

Her ne zaman bir aile veya bir çift Masterson Grup'a gelirse, kişilerin bireysel terapistleri birlikte çalışırlar. Bu uygulama

içeriğin çarpıtılmasını asgariye indirir, bireylere destek sağlar ve daha iyi iletişim için bir rol modeli sunar. Bu vakada erkek ve kadın terapistler vardı, bu da çiftin terapistlerle yapıcı şekilde özdeşleşebilmesini sağladı.

Birincil müdahalelerimiz eyleme vurumla yüzleştirmek, yorumlama ve aynalamaydı. Ayrıca aralarında geçen etkileşimleri netleştiriyor ve iletişimlerini daha olumlu bir şekilde yeniden yapılandırmalarına da yardımcı oluyorduk. Hedefimiz her zaman her iki bireyin de bireysel sorumluluk almalarını kolaylaştırmaktı. Evlilik sürecindeki uyumsuz ve savunmacı faaliyetler azaldıkça bireysel seanslarda ortaya çıkan yeni içgörüleri teşvik ettik. (Spesifik strateji kullanımı veya Haley ve Minuchin'in yaptığı gibi seansların yapılandırılması uygulanmadı. Masterson Yaklaşımı ağırlıklı olarak sözel ve içgörü yönelimlidir; bu yönleri ile daha görev-yönelimli ve yönlendirici modellerden ayrılır.)

Evlilik Terapisi

Evlilik terapisi seanslarının örüntüsü on bir aylık bir süre içinde şekillendi. Bu süre boyunca her iki eş de karşısındakini daha fazla düşünür şekilde sevmeye başlamak için belli bir ölçüde narsisizmden vazgeçti. Bunu yapabilmeleri için kafalarındaki sevgi kavramının değişmesi gerekti. Bay Spiegel için sevgi artık kontrol etme ihtiyacı ile nitelenen bir şey değil; Bayan Spiegel için ise sevgi artık sadece özünden fedakârlık etme yoluyla elde edilebilir inancıyla sınırlanmıyor.

Aslında evlilik terapisi seanslarının başlatılması bizim ilk müdahalemizdi. Amacımız çiftin gittikçe yükselen eyleme vurumunun kısıtlanmasıydı. *İkinci müdahale hattımızsa her* ikisinin karşılıklı yansıtma yapmalarına yönelikti.

İlk evlilik terapisi seansında ikisi ofisteki kanepeye oturdular ve ortak bir korkunun bir araya getirdiği iki çocuk gibi birbirlerine yapıştılar. Terapistlerinin evliliklerini, ümitsiz vaka olarak değerlendireceğinden korkuyorlardı. Bu kuşkularını bize yükleme hareketi yansıtma manevralarından ilkiydi. Hem

ayrı ayrı hem de çift olarak kötü ve depresif düşüncelerine sahip çıkmak yerine bunları sürekli dışarı yansıtıyorlardı.

Genellikle bu yansıtma manevralarını birbirlerine karşı uyguluyorlardı. Onlara her birinin diğerinin eksiklerine ve kötü taraflarına uzmanca odaklandığını ve kendiliklerindeki çözümlenmemiş sorunları ihmal ettiklerini tekrar tekrar hatırlatmak da bizim görevimizdi. Yansıtma savunmasını tespit ettik ve çifte, şimdi aralarında oluşmuş olan ve onları korkutan mesafeyi birbirlerine saldırarak nasıl oluşturdukları konusunda yorumlamalarda bulunduk.

Kaybetme korkusu, küçük düşürülme ve terk edilme korkusunun bölünmesi ve yansıtılması hem evliliği, hem de onların bireysel bütünlüklerini en çok tehdit eden şeylerdi. Ancak her ikisinin de ortak hedeflerine ulaşabilmeleri için ayrı olabilme kapasitesi gerekiyordu. Gerçek bir ilişkiye doğru atılan her adım içselleştirilmiş, idealize edilmiş "öteki"den ayrılıyor olma duygusunu aktive ediyordu; bu duygu eskiden kalma anne baba ilişkilerindeki içsel temsillere dayalıydı. Ne zaman eşlerden biri bu fanteziye uymasa, hayal kırıklığı ve engellenme duygusu başlıyordu çünkü şimdiki zamanda bir "öteki" ile gerçek bir ilişki yaşamak geçmişi düzeltme ümidinden vazgeçmek anlamına geliyordu. En fazla çok küçük yaşlarda deneyimlenen şartsız sevginin o zamanlarda yaşanmamışsa bir daha bulunması ihtimali yoktur. Bu gerçeğin anlaşılması ve kısıtlanması zordur; böylelikle karı koca evlilik terapisi seanslarına sürekli olarak güvensizliklerini yansıtarak ve diğer eşi somut bir üzüntü kaynağı olarak görerek başladılar.

Üstelik üzerinde tartışacakları pazarlık konusu olamayacak bir konu da bulmuşlardı: Bayan Spiegel çocuk isterken Bay Spiegel istemiyordu. İlk evlendiklerinde Bayan Spiegel kocasına sahip olabilmek için çocuk sahibi olma fikrini bir yana bırakmıştı ama zaman geçtikçe anne olma ihtiyacının ne kadar kuvvetli olduğunu anlamıştı. Ancak duygularını gerçek yakınlık içeren bir evlilik ilişkisine karşı savunma olarak kullanacak şekilde dramatize ediyordu; şikâyetleri kocasının ondan uzaklaşmasına neden oluyordu. Bu çıkmaz, çiftin narsisistik incine-

bilirliğini zımparalıyordu. Bayan Spiegel bir çocuk sahibi olma fikrini aşırı idealize ediyor, kendiyle ilgili iyi duyguları bölerek bunları bir çocuk sahibi olma düşüncesine yansıtıyordu ve sonuç olarak kendini parçalanmış ve boş hissediyordu. Bay Spiegel ise bir çocuk sahibi olursa çocuğun onu kontrol altına alacağından ve finansal olarak çok zarara uğratacağından korkuyordu, üstelik ortaya karısının sevgisini paylaşacağı bir rakip çıkmış olacaktı. Bu çocuk meselesi aslında yapmaları gereken zor çalışmayı yapmamak ve evliliği yürütülebilir tutmak için acı verici duyguları yönetebilmek adına bir mazeret olarak kullanılarak her zaman tartışma ve kavgalarına dahil edilebilirdi.

Bu çiftin gerçek yakınlık kurmaktan kaçınmak ve kendileri için bir acı kaynağı yaratmak adına bu çocuk konusunu "kırmızı bir bayrak" gibi kullanıyor olduğuna muhakkak dikkatleri çekilmeliydi. O ana kadar ikisinin arasında sorumluluk yüklendikleri tarzda bir iletişime çok az şahit olmuştuk. Ya birbirlerine sokuluyorlar, kadın kocasına yanaşıyor, kocası da onu evcil bir hayvan okşar gibi okşuyordu, ya da birbirlerine şiddetle saldırıyorlardı (adam robotvari, sonsuz aklileştirmelerle, kadın da kontrolsüz ve pervasız haklılık iddialarıyla saldırıyordu; onları izlemek Darth Vader ve Prenses Leah arasındaki bir çatışmayı izlemek gibiydi). İkisi de duygusal olarak yüklü sorunların yansıtmasına o kadar dalmıştı ki diğerinin bakış açısını görmek için yeterli alan (veya eğilim) yoktu. Meşru bir fikir ayrılığını kabul etme kapasitesi olmadan evlilik pazarlığı ve uyuşması için gerekli zeminden de yoksundular.

Narsisistik bir çifti ayıran mecazi duvarın özel bir niteliği vardır. Daha önce tarif ettiğimiz gibi, bu duvar çift taraflı bir ayna gibidir. Birbirlerine bakarlar ama sadece kendi beklentilerinin yansımasını görürler. İkilem devam ettikçe her ikisi de temeldeki yanlış anlaşılma ve umursanmama korkularının gerçekleştiğini görürler. Buna dikkat çekmek için bir girişimde bulunmak istedikleri zaman da birbirilerinin hükmedilme korkusunu pekiştirirler. Bu anksiyetelerin kaynağını kendilik dışında bir yerde bulma ihtiyacı o kadar kuvvetlidir ki Bay ve Bayan Spiegel gibi son derece zeki ve algısı yüksek bireyler bi-

le "öteki"nin gerçek kendiliği ile kendi yansıtmaları arasında ayırım yapamaz hale gelirler (bireysel terapide bu durumun aynısı aktarım eyleme vurumu olarak ortaya çıkar).

Israrla ve devamlı olarak çiftin karşılıklı yansıtmalarını tespit ettik (bize yaptıkları ilave yansıtmalar dahil) ve karşılarındaki kişinin kendilikleriyle tıpa tıp aynı olmasına duydukları ihtiyacı yorumladık. Bunun bedelinin karşılıklı suçlamalarla ("Bunu neden aynen benim deneyimlediğim şekilde deneyimleyemiyorsun?") ifade edilen acı verici yanlış anlaşılmalar olacağına dikkatlerini çektik.

Bunu anladılar ve daha fazla sorumluluk almaya ve gözlemci bir şekilde davranmaya başladılar; böylece yorumlamaları daha ileriye götürebileceğimiz bir ortam oluştu. Yansıtmaları bırakıp içsel fantezilerden ayrılmaya yaklaştıkları zaman her ikisinin de böyle durumlarda ortaya çıkması beklenen savunma örüntüleri gösterdiklerini gördük. Adam kibirli ve değersizleştiren bir yaklaşım benimsiyor, kadın da çaresiz ve suçlayıcı oluyordu ve bu sürüp giden örüntüler birbiriyle karışarak birbirini pekiştiriyordu.

Yeni yorumlamalara açık olduklarını görerek yorumlamalarımızı ilerlettik. (Yorumlamalarımızı her zaman narsisistik bir geri çekilme, irkilmeyle karşılaşıncaya kadar ileri götürürüz; o irkilmenin meydana geldiği noktada empatik kaynaşma hissini onarmak için aynalama yaparız.) Evliliği tehdit eden asıl şeyin onların psişik ikizler olma ihtiyacı olduğunu söyledik. Gerçek yakınlık, ayrı olmayı gerektirir; ayrı olabilmek paylaşma kapasitesinin temelidir diye devam ettik.

Her ikisi de bu yorumlamayı entegre ettiler ve depresyon duyguları başladı. Bu durum hızla, kişilik bozukluğu ile sarmalanmış çiftlere özgü bölünme savunmasına yol açtı. Bir çift bu taktiği kullandığı zaman eşlerden biri depresyonu söze dökerken diğeri dirençle karşılık verir. Amaç sağlıklı ikircikliği savuşturmaktır (yani, "Depresyonda ve bedbahtım ve bununla uğraşmak istemiyorum"). Bu savuşturma savunmasını tespit etmek zordur, çünkü bölünmenin her yönü farklı bir kişi tarafından üstlenilmektedir.

Bu noktada depresyonu söze döken kişi kadın oldu. Yaşamış olduğu ihanet ve kayıp deneyimlerini hatırladı ve kocasını kaybetme korkusunun neden olduğu duygusal karmaşa yüzünden işleri bozma eğilimi olduğunu fark etti.

Kocasının buna cevabı, kadını çocuk sahibi olmakla ilgili bir tartışmanın içine çekmek oldu. Kadın patlayarak tepki verdi ve her ikisi de gözlem yapma mesafesini kaybedince daha evvelki seanslarda elde edilmiş olan zayıf ilerlemeler geçici olarak kaybedildi. Bu tarz gerginlik artışı ve kızışma durumlarına "şenlik ateşi" demeye başladık ve bu ateş ortak hedeflerine zarar-verirken neden ateşi beslemeye devam ettiklerini tekrar tekrar sorguladık ("şenlik ateşi" bir eyleme vurum olduğundan dolayı bunu kısıtlamak için yüzleştirme kullandık). Evlilik birimini parçalamak yerine desteklemek için iş birliği yapmakta neden tereddüt ettiklerini sorduk. Ortak, paylaşılan bir yola geri dönmek için çareler bulmak yerine neden hassasiyetlerinin onlara hakim olmasına izin veriyorlardı, hem de kendilerine kişisel zarar verme pahasına?

Bölünme savunması başka bir şekil daha aldı, bu da çiftle gerçeklik testi yapılmasını zorlaştırdı. Bir olayı anlattıkları zaman her biri ortaya diğerininkiyle asla uzlaşamayacak bir bakış açısı atıyordu. Bu davranışın en açık hali adamın "olaylar ve rakamlar" yaklaşımı ile kadının "duygular" yaklaşımı olarak tanımlandı. Gerçekten de bir bütünün iki yarısını temsil ediyorlardı. Ve burada sorun ne adamın entelektüel yaklaşımı, ne de kadının duygusal yaklaşımıydı, çünkü istedikleri zaman bölünmeyi tersine çevirebiliyorlardı; o zaman adam, duyguları vurgularken kadın da mantığa odaklanıyordu. Bölünmenin en büyük işlevi bir anlaşmaya varmaktan kaçılarak şenlik ateşinin kontrolsüz biçimde yanmaya devam etmesini sağlamaktı.

Bir kez daha her ikisine de birbirlerinin bakış açısını değerlendirmekten kaçtıkları için ne kadar acı çektikleri konusunda yorumlama yapıldı.

Bu noktada adam, ego uyumlu yorumlamaya cevap vererek sağlam durdu. Seanslar dışında karısına destek verdi, seanslar

sırasında da sorumluluklarından kaçınsa da onlarla yüzleşse de depresyon duygularından kaçamadığını kabul etti.

Bu noktaya kadar depresyonunu söze döken kadın savunmaya geçti. Muazzam bir inkârla tepki verdi. Zaman zaman gerçekten de kocasının söylediklerini duymadı (yani duymazlığa gelmek değil, hakikaten duymadı ve bu duruma dikkatini çekmek ve kocasının söylediklerini tekrar etmek zorunda kaldık). Duygusuz olduğunu söyleyerek kocasına saldırıda bile bulundu. Tam kocası incinebilirliğini riske atarken bunun pekiştirilmesi için karısına ihtiyacı olduğu anda kadının onu ittiğine dikkatini çektik. Kadın, kocasının gerçek kendiliği ortaya çıkmaya başlayıp kendi yansıtmalarını tehdit altında bırakınca kendini kocasına kapatarak onu dışarıda bıraktığının farkına varmaya başladı. İkisinin de diğerinin ayrı olma halini inkâr ettiğini ve bu şekilde sürekli devam eden bir bireysel reddedilme ve evlilik uyuşmazlığı duygusunu muhafaza ettiklerini tekrar vurguladık.

Eşlerin savunmacı vardiyaları kısa zaman öncesine kadar devam etti, daha sonra her ikisi de nihayet aynı anda sabit durabilmeye başladılar. Birbirlerini teşvik etmeye ve sorgulamaya ve genellikle seansın büyük bölümünü kendileri yürütmeye başladılar. Kadın saldırılarını azalttı ve kocasını dışarı çekmeye başladı. Kocası da kalkanını daha sık indirmeye ve samimi şekilde konuşmaya başladı. Adam kendini "elinde kılıç olan ve gölgelere saldıran küçük bir çocuk" diye tanımladı ve gerçek dünyanın görevleriyle yüzleşmektense gölgelere saldırma eğiliminden bahsetti. Bu konuda endişeliydi.

Çift hayati bir terapötik döngüyü tamamlamıştı ve yakınlıklarını bloke eden savunmacı kafesin arasından geçerek birbirlerinin gerçek kendiliklerini parça parça algılamaya başlamışlardı (daha önce aralarında olan duvar artık çift taraflı bir ayna değil, daha geçirgen, nüfuz edilebilir bir bariyer halini almıştı ve artık bunu tanımlayacak yeni bir benzetme lazımdı).

Gerçek kendilik ifadelerini keşfetmek ve desteklemek için birbirilerine dönmeye başladılar. Bunu yaptıkça bize de çok farklı görünmeye başladılar. Bir bakışta onları bir çift olarak

görmek artık daha kolaydı. Bu noktada bir evliliğin başarılı olması için evlilik birimine öncelik verilmesi gerektiği ve bunun yapılabilmesi için eşlerin gerekli fedakârlıkların yapılması için bireysel sorunlarının ötesine geçebilmeleri gerektiğine dair söylediklerimizi kabul etmeyi faydalı buldular.

Eşler eyleme vurma, yansıtma ve bölünme gibi bir dizi savunmadan geçmişti ve kuşkusuz bunları gelecekte de tekrar edeceklerdi ama bu tekrarlar azalan bir spiral şeklinde olacaktı. Sorunlarını tespit edebildikleri ve bu kez bu sorunla farklı şekilde başa çıkmaya çalıştıkları hayati bir noktaya ulaşmışlardı. Bu, eski savunmaların korumadan çok engeller olarak algılandığı psişik bir dönüşü olmayan noktadır. Çift, değişim elde etmek için gerekli olan bilgiye sahiptir ve gittikçe daha bilinçli seçimlerle bu değişimin gerçekleşmesini sağlayabilir.

SONUÇ

Bay ve Bayan Spiegel birlikte bir evlilik inşa etme işine başladılar. Bu çalışmanın temeli üç önemli farkındalık üzerine kurulmuştur: (1) Evliliklerinde yaşadıkları sorunlar kendi bireysel sorunlarının uzantıları ve büyütülmüş halleridir. (2) Evlilikte yaşanan bu sorunların belirtileri ancak işbirliği ile idare edilebilir; eşlerden her biri kendi bakış açısı konusunda açık olmalı, karşısındakinin bakış açısını anlamalı ve evlilik birimine öncelik vererek fedakârlık etmeye gönüllü olmalıdır. (3) Ailelerinde gördükleri evlilik modellerine sırtlarını dayayamazlar (bu hakikaten de büyük bir anksiyete kaynağıdır), onun yerine kendiliğe ve ötekine karşı saygı, ve paylaşma ve fedakârlık yapmaya isteklilik üzerinde temellendirilmiş kendi karşılıklı çalışma alanlarını yaratmalıdırlar.

Evlilik terapisi seansları bireysel seanslar üzerinde katalizör etkisi yapmıştır. Evlilik terapisinde depresyona karşı verilen savaş bireysel sürecin merkezinde olan ve yakınlık girişimlerini baltalayan kaybetme korkusunu ortaya çıkarmıştı. Bay Spiegel kaybetme duygularından kaçmak için büyüklenmeci kendiliğini şişirdiğini ve karısının endişelerini değersizleştirdiğini tekrar tekrar göstermişti. Bayan Spiegel ise terk edilme korkularını

inkâr etmek için kocasının büyüklenmeci kendiliğinin sahte ışığından zevk alıyormuş gibi davrandığını tekrar tekrar göstermişti; bu savunma işe yaramadığı zamansa ya hayal kırıklığına uğramış, boş kendiliğini eyleme vurarak kendine saldırıyor ya da haklılık suçlamaları ile kendi saldırgan birimini aktive ederek kocasına saldırıyordu.

Evlilik terapisi seanslarında, narsisistik savunmalarının nasıl bir araya gelerek onları ilişkilerinin yok olmasına ne kadar yakınlaştırdığını görmek zorunda kaldılar. Örneğin, şu etkileşim örüntüsünü gözlemlemeyi öğrendiler: Adam rahatlayıp yakınlaşmaya başladığı zaman duygularını deneyimlemeye başlıyor, bu nedenle uzaklaşıyordu. Kadınsa adamın reddetmeyle uzak yakın ilgisi olan herhangi bir davranışına o kadar hassas ki, kocasının onu terk edeceğini bekliyor ve ümitsizlik ve öfke gösteriyordu. Adam zaten duygulardan kaçar durumda olduğundan kadının duygusal patlamalarından doğan baskıdan dolayı geri çekilme davranışını hızlandırıyordu. Kadın en büyük korkularının gerçekleşmekte olduğuna gittikçe daha çok ikna olarak daha da çılgına dönüyordu. Kısır döngü bu durum "şenlik ateşi" haline gelene kadar yoğunlaşarak devam ediyordu.

Evliliklerinde yaşadıkları sorunların kaybetmeye karşı narsisistik incinebilirliklerinden doğan bireysel mücadelelerin bir uzantısı olduğu açıkça ortaya çıktıkça ikisi de bireysel seanslarında bu sorunun üzerinde durulması gerektiğinin farkına vardılar. Evlilik terapisi seansları bize kriz anında, yani "şenlik ateşi" anında müdahale etme ve bu anı motivasyonel bir güç olarak canlı tutma fırsatı verdi (Aile terapistleri, özellikle de Salvador Minuchin bu tarz patolojilere gömülmüş ailelerin neredeyse nüfuz edilemez homeostazlarının kesilmesinde krizin işlevini vurgulamaktadırlar).

Son olarak, evlilik terapisi seansları onlara, evlilik becerilerini öğrenebilecekleri bir yer sağladı. Bir keresinde Bayan Spiegel'in dediği gibi: "*Nasıl* evli olacağımızı bilmiyoruz!" İletişimin netleştirilmesi ve eğitici açıklamalar bu seviyede bir başa çıkma kapasitesinin teşvik edilmesine özellikle faydalı oldu. Terapistlerin birlikte çalışabilme ve farklı kişiliklerini ve beceri-

lerini terapötik çalışmanın hizmetine sunabilme becerisi de büyük önem taşımaktadır; onların bu ortak çalışması eşlerin yerine getirmesi gereken görev için takım çalışması örneği teşkil etti. Çiftin mükemmellik ihtiyacı ile uyum sağlamaya çalışan sorunsuz bir dış görünüş sunmadık (ki bizim de o yönde eğilimlerimiz var!). Terapistler olarak onlara bir öncelik sürecine birlikte odaklanmış iki ayrı insanın manzarasını sunmaya çalıştık. Terapötik görevleri "matematiksel" olarak bölmüyor, her birimizin kuvvetli yanlarını en iyi şekilde kullanacak biçimde paylaşıyoruz: Birimiz gözlem mesafesinin muhafaza edilmesi ve yorumlamaların netliği konusunda sorumluluk alırken, diğerimiz eşlerin iletişim kurma çabalarında yardımcı ego görevi görebilmek için çiftin arasındaki etkileşimlere daha fazla dalma riskini üstleniyor. Bu stillerin işbirliği içinde kullanılması ortak terapi yaklaşımının bir diğer avantajı olan bir kendini-dengelenme süreci yaratılmasını sağlıyor.

Sadece bireysel terapi uygulanmış olsaydı bu vaka büyük ihtimalle çıkmaza girecekti. En iyi ihtimalle neredeyse sonu gelmeyen bir çalışma gerektirecekti. Birleşik evlilik terapisinin başlatılması kuşkusuz yapılan çalışmanın kısaltılmasını ve netleştirilmesini sağladı. Narsisistik patolojinin hasta üzerindeki hakimiyeti özellikle güçlüdür, terapötik görevlerimizse anlaşılması ve yakalanması zor ve uzundur. Bu nedenle bir çiftin evliliklerinde tatmin olmak gibi değerli ve yeri doldurulamaz bir hedefe yaklaşmasına daha kısa zaman içinde yardımcı olacak bir yol bulabilmek bize büyük tatmin vermektedir.

Son Söz

Psikoterapinin etkinliği kendini hastanın bu süreci sahiplenme derecesi ile gösterir. Bay ve Bayan Spiegel birbirlerine gerektiği şekilde yakın olmalarını engelleyen bariyerleri nasıl kaldıracaklarını anladıklarını hissettikleri noktada evlilik seanslarını bitirdiler. Daha sonra bu süreci üzerinde anlaşmaya varılması imkânsız olarak gördükleri çocuk sorununun ötesine taşıdılar ve bir çocuk evlat edinmeye karar verdiler. İlişkilerinin bu şekilde çiçek açmasından çok duygulandık ve birbirimi-

ze büyümenin ne derece ilerleyeceğini belirleyen öğenin, terapistin yeni gelişmelerin kapısının açılmasına yardımcı olduktan sonra, hastanın kendisi olduğunu hatırlattık.

Karı kocanın da anlattığı gibi, saha sağlıklı bireyler oldular ve artık ortak hedeflerinin muhtemel yıkımı üzerine endişeli bir şekilde odaklanmayı bıraktılar. Daha "değerli" bir kendilik hissi yaşamaya devam ettikçe gerçek bir mütekabiliyet elde etmeye daha da yakınlaştılar ve kendilerini eski, savunmacı tavırlarını bırakacak kadar güvende hissettiler.

Sorunlar hala mevcut (ki öyle de olmalı) ama evlilikleri derin bir değişime uğradı. Bireysel ve birleşik terapi kombinasyonu ile bu çift, insanın kendisine ilgi göstermesinin başkasına da ilgi gösterebilmenin yolu olduğunu ve kendiliğin bir başkasına açılmasının üretkenlik sağladığını anladı. Kendiliğe ne kadar değer verilirse kendilik o kadar genişler ve şimdi ve gelecekte başkalarına ulaşacak şekilde dışa açılır.

Bayan Spiegel sık sık düşüncelerini kâğıda dökerek netleştirir. Her ikisi adına şöyle yazdı: "Bir çocuk evlat edinme kararımız birbirimize olan derin sevgimizin bir ifadesidir."

III. Kısım
Borderline Kişilik Bozukluğunda Yüzleştirme Sanatı

Borderline hastanın hissetmemek ve hatırlamamak için aktarım eyleme vurumuna, yani geçmişi şimdiki zamanda tekrarlamaya olan ihtiyacı psikoterapide terapiste düşen hayati bir görev olan terapötik çerçevenin gerçekçiliğinin muhafaza edilmesine işaret etmektedir. Bu, zaman içinde hastanın yansıtmalarının tespit edilebileceği, ölçülebileceği ve derinlemesine çalışabileceği gerekli bağlamı sağlar.

Terapistin terapötik çerçevenin gerçekçiliğini muhafaza etmesine yardımcı olan, dolayısıyla borderline hastanın aktarım eyleme vurumlarını terapötik ittifak ve aktarıma dönüştürmesini sağlayan spesifik, hatta hayati, terapötik teknik yüzleştirmedir. Yüzleştirme olmadan borderline kişilik bozukluğuna psikoterapi uygulaması imkânsız olurdu.

Bu nedenle yüzleştirme kavramının kesin bir şekilde tanımlanması, anlaşılması ve bu müdahalenin klinik uygulamasının gösterilmesi elzemdir. Ancak yüzleştirme terimi konusunda halen bir belirsizlik mevcuttur.

Bazı yazarlar netleştirme terimini yüzleştirme ile eş anlamlı olarak kullanmaktadırlar ancak bu hatalıdır; netleştirme, hakkında entelektüel belirsizlik yaşanan bilişsel bir sorunun bir açıklama ile netleştirilmesi olayını ifade eder. Terapinin ilk evrelerinde borderline hastanın durumu ise bu değildir. Burada sorun entelektüel belirsizlik veya karmaşa değil, hastanın savunma ihtiyacıdır. Yüzleştirme netleştirmez; daha çok savunmaya karşı durarak çatışma yaratır ve bu çatışma entegre edildiği zaman anksiyete ve depresyonun ortaya çıkmasını sağlar.

Bazı başka yazarlar yüzleştirmeyi cezalandırıcı bir müdahale olarak görmekteler çünkü borderline hastanın kendi tepkilerini ayırt etme, seçme ve kontrol etme konularında çok az ego kapasitesi olduğunun farkında değiller; borderline hastanın hayatı okyanusa düşmüş bir mantar tıpa gibidir, akıntı ve rüzgârla hareket eder. Yüzleştirme hastanın kendisi için yapamadığı şeyi yapar. Eğer ego yapısı bu işlevleri yerine getirmeye yeterli olsaydı, o zaman yüzleştirme gerçekten de cezalandırıcı ve uygunsuz olurdu. Bunun ötesinde, yüzleştirmeyi cezalandırıcı nitelikte görenlerin çoğu yüzleştir-

meyi bir ceza olarak kullanan anne ve babalar tarafından yetiştirilmiş kimselerdir, dolayısıyla bu yaklaşımı terapötik tekniğe de yansıtmaktadırlar.

Yüzleştirme kuramı basit olmasına rağmen uygulaması bir sanattır. Takip eden beş bölüm bu sanatın dramatik, aleni, saldırgan histerik eyleme vurumdan daha az göze çarpan, daha gizli çaresizlik, ümitsizlik ve yapışma ifadelerine kadar uzanan geniş bir psikopatoloji yelpazesine uygulanmasını göstermektedir.

Tüm bölümlerde terapistin görevi ile ilgili değişmez bir tema mevcuttur: Hastanın psişesinde gelişen sürecin hizmetkârı olmak ve bu sürece tepki vermek yerine onu hastaya geri aksettirmek; tepki yerine aksettirme. Okuyucular bu sürekli, nötr, bilgili, aksettirme ve yüzleştirme nitelikli terapötik tepkilerin hastanın ihtiyacı olan hayati çerçeveyi nasıl tedarik ettiklerini gözlemleyebileceklerdir.

James F. Masterson, M.D.

12

YÜZLEŞTİRME SANATI

Ralph Klein, M.D.

Yüzleştirme konulu bu yazı için "bilim" veya "teknik" yerine "sanat"a ağırlık veren bir başlık seçilmesi bu psikoterapötik müdahalenin uygulanması ile ilgili temel bir kavramı vurgulamaktadır.

Yüzleştirmeyi bir "teknik" olarak görmek bu müdahalenin daha çok kalıplaşmış, rutin, hatta mekanik veya kişisel olmayan bir müdahale olduğu fikrini yanında taşımaktadır. Hakikaten de bu müdahalenin doğru uygulamasına fazla aşina olmayan kişiler yüzleştirmeyi kapsamı sınırlı, yelpazesi ve çeşitliliği dar, hatta monoton, muhalif ve düşmanca bulabilirler.

Başarılı bir yüzleştirme yukarıda sayılan özelliklerin hiçbirini taşımaz. Yüzleştirme, borderline hastanın psikoterapisini harekete geçiren ve son varış noktasına kadar rotasında tutan bir katalizördür. Borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde bu hedeflere ulaşmak için yüzleştirmenin doğru kullanımı terapistin empati, içgözlem, yaratıcılık kapasitelerini, ayrıca anlayış ve bilgisini kullanmasını gerektirmektedir.

Empati terapistin herhangi bir zamanda hastanın kendine özgü ihtiyaçlarının farkına varmak ve bunlara hitap etmek için yüzleştirme kullanmasına yardımcı olur; ve her yüzleştirme, statik ve kişisellikten uzak değil, tam aksine kendine özgü ve benzersizdir çünkü her yüzleştirme o anda terapi görmekte

olan hastayı, o anda mevcut olan bir direnç veya savunmanın niteliğini ve şiddetini dikkate almalı ve içinde bulunulan ve kendine özgü sınırları ve hedefleri olan terapi evresini de göz önünde bulundurmalıdır. Eğer psikoterapötik ortamda empati terapistin hastanın psikolojik ihtiyaçları ile vekâleten özdeşleşmesini içeriyorsa, o zaman borderline bir hastayla çalışan bir terapistin uygulayabileceği en empatik müdahale yüzleştirmedir.

Yüzleştirme kullanımı ayrıca terapinin ilerleyişi ile birlikte kendi duygularını sürekli gözleyebilmesi için içgözlemi kullanmasını gerektirir. Bir yüzleştirme, terapistin kendi öfkesi, hayal kırıklığı, ihtiyaçları veya incinebilirlikleri yüzünden hastayı yönlendirme, manipüle etme veya hastanın üzerinde baskı kurma çabası haline gelmemelidir. Bu tarz bir yüzleştirme etkisiz olacak ve daha fazla güvensizlik, direnç ve eyleme vuruma neden olacaktır.

Hayal gücü, mizah duygusu, benzetmeler ve semboller şeklinde ortaya konan yaratıcılık çok önemlidir. Başarılı bir yüzleştirme, uygulamayı yapan terapistin stili, kullandığı dili ve hayal gücünü de hesaba katmalıdır. Yüzleştirme sanatı taklit etme veya tekrarlama eylemleri değildir. Farklı hastalarla yaptığım yüzleştirmelerin şekil ve içerik açısından aynı olduğu çok nadirdir. Kendi hayal gücünü ve yaratıcılığını kullanmak yerine başkaları tarafından kullanılan yüzleştirme tekniğini aynen üretmeye çalışan terapist yüzleştirmeyi hayati bir araçtan çok terapötik bir deli gömleği gibi deneyimleyecektir.

Son ve en önemli nokta ise, yüzleştirme müdahalesinin başarılı kullanımının terapistin sadece "yapılması" ve "yapılmaması" gereken şeyler konusunda değil, aynı zamanda terapötik sürecin altında yatan ve onu tanımlayan kuramsal kavramlar konusunda da bilgi sahibi olmasını gerektirdiğidir.

YÜZLEŞTİRMENİN TANIMI

Yüzleştirme, hastanın sağlıklı egonun veya ortaya çıkan gerçek kendiliğin ifadesi veya işlemesine karşı kullanılan bir savunmayı veya gösterilen direnci görmesini sağlayan

terapötik bir müdahaledir. Bu şekilde tanımlandığı zaman, yüzleştirmenin kullanım alanı sadece borderline kişilik bozukluğu terapisi ile sınırlı değildir. Ancak farklı olan nokta yüzleştirmenin borderline hasta ile yapılan çalışmalardaki rolünün birincil ve eşi olmayan öneme sahip olmasıdır. Borderline hastanın tedavisinde vurgulanması gereken şey yüzleştirmenin önceliğidir. Bu denli empatik bir beyan, yüzleştirmeye öncelik verilmesini haklı kılmak için tatmin edici şekilde cevaplandırılması gereken üç sorunun sorulmasına yol açmaktadır: Terapistin borderline hastayla yüzleştirme yapmaya neden ihtiyacı vardır? Terapist hastanın psikopatolojisindeki hangi şeylerle yüzleştirme yapmaktadır? Terapist terapötik hedeflere ulaşmak için nasıl yüzleştirme yapar?

Terapist Neden Yüzleştirme Yapar?

Borderline bozukluğun geçmişine baktığımızda bu bozukluğun tedavisinde başarı elde edilmesinin oldukça geciktiğini görüyoruz. Bunun en önemli nedenlerinden biri çoğunlukla borderline hastanın terapiye "iyileşmek" için gelmediğinin anlaşılmamış olmasıdır. Borderline hastalar terapiye birincil olarak "kendilerini daha iyi hissetmek" için gelirler. Hastanın kendini daha iyi hissetmesi genellikle iki senaryodan ya biri, ya da öbürünü içerir: (1) borderline hasta birincil veya önemli "öteki" rolünü ve işlevini üstlenecek ve gerekli bakıcı rolünü üstlenecek bir terapist arar, veya (2) hasta geri çekilen nesne ilişkileri parça birimine ve altta yatan terk depresyonuna eşlik eden acı verici duyguları dışsallaştırabileceği, onlardan kurtulabileceği veya onları yansıtabileceği bir terapötik ortam ve terapist arar.

Eğer bu ne pahasına olursa olsun kendini iyi hissetme arzusu hastanın terapiye gelmesinin tek nedeni olsaydı, o zaman borderline kişilik bozukluğundan muzdarip bireylere psikoterapi yoluyla yardımcı olunamazdı. Ancak yaşadığımız deneyimlerde gördük ki çoğunlukla borderline hastanın bir parçası, bazen çok küçük bir parçası gibi görünse de, hakikaten "iyileşmeyi" istemektedir. Bu küçük parça, yani hastanın bozulmuş gerçek kendiliği ve gerçeklik egosu, gelişimsel olarak du-

raklamıştır, bu parçaya eksik yatırım yapılmıştır ve güç durumdadır. Hastanın bu parçasının yardım çağrısı nadiren ortaya çıkabilir ve bir uçta zor duyulan, çaresiz ve acılı bir fısıltı ya da diğer uçta dramatik, kendilik yıkıcı veya kendilik yaralayıcı eylem ve bir çığlık şeklinde tezahür edebilir.

Kendini borderline hastanın bozulmuş gerçek kendiliği veya sağlıklı egosuyla hizalamak terapistin görevidir. Terapötik çerçeve, yani terapötik ortamın genel yapısı, ve yüzleştirme hastanın kuşatma altındaki gerçek kendiliğinin ifadesinin ortaya çıkarılması ve netleştirilmesi için kullanılan bir çeşit "ego odası" işlevi görürler. Yüzleştirme terapistin hastanın güç durumda ve bozulmuş olan gerçek kendiliği ile temasa geçebilmek için hastanın sahte, savunmacı kendiliğinin hakiki "çöp yığınına" dalabilmesini, terapinin başlarında bozulmuş gerçek kendiliğin onu tabi tuttuğu sınavlardan geçmesini ve yine gerçek kendiliğin sorduğu soruları cevaplayabilmesini sağlar. "Bana yardım edilebilir mi? Bana yardım edebilir misin? Beni ciddiye alıyor musun? Kendi duygu, düşünce ve davranışlarımla ilgili sorumluluk almama izin vereceğine, bu konuda ısrarcı olacağına ve benden bunu bekleyeceğine güvenebilir miyim?"

Bu soruların cevapları borderline kişilik bozukluğu hastasına ancak yüzleştirme ile iletilebilir. "Sana yardımcı olabilirim" veya "Gerçekten anlıyorum ve aldırış ediyorum" veya "Bana güvenebilirsin" gibi beyanlara inanılmayacaktır çünkü hastanın geçmiş deneyimleri ona bu beyanlara inanması için bir sebep sağlamamaktadır. Tam aksine, hastanın geçmişinde sağlıklı psikolojik gelişim için hayati önem taşıyan ve ihtiyaç duyulan destek tekrar tekrar geri çekilmiştir veya mevcut olmamıştır.

Borderline hastanın tedavinin ilk veya sınama evrelerinde sorması gereken bu sorulara verilen cevaplar,terapistle hasta arasında bir terapötik ittifak kurulup kurulamamasını belirleyen öğelerdir. Bu ilk sınavı geçen terapist hastaya geçmişin şimdiki zamanda bitmez tükenmez bir biçimde tekrar edilmeyeceğine dair bir umut sunar; dolayısıyla hastanın da sürekli olarak geçmişi şimdiki zamanda tekrar etmesine ihtiyaç yoktur

(aktarım eyleme vurumu). Terapötik bir ittifak borderline hasta için hayatında yepyeni bir ilişki potansiyeli olabileceğine dair bir işarettir; Bu öyle bir ilişkidir ki hasta o ana kadar ne böyle bir ilişki kurmayı ve sürdürmeyi başarabilmiş, ne de böyle bir ilişkiye tutarlı şekilde sırtını dayayabilmiştir. Bu, yeni bir nesne ilişkileri modelidir ve bu model hastanın sağlıklı gerçek kendilik yapısı inşa etme çabalarının farkında olan, bunun beklentisi içinde olan ve dolayısıyla hastayı buna teşvik eden bir ilişkidir. Kısacası, yüzleştirme borderline hastayla bir terapötik ittifak kurmanın ön şartıdır.

"Hastayla terapötik bir ittifak kurmadan yüzleştirme yapamam" veya "Önce hastanın çaresizlik ve bağımlılık duygularından doğan öfkesini 'içime alabilecek' uygun bir alıcı olma kapasitemi ispat etmeliyim" diye düşünen terapist hastaya "iyileşmesi" için yardımcı olma hedefinden daha işin başında vazgeçmiş olacaktır. Bu terapist hastanın sahte, savunmacı kendiliğine göz yummak, uyum sağlamak ve hastaya "kendini daha iyi hissetmesi" için yardımcı olmakla yetinmek zorunda kalacaktır. Hastanın bozulmuş gerçek kendiliği ise bu uyumun kurbanı olmaya devam edecektir.

Terapist Neye Karşı Yüzleştirme Yapar?

Borderline hastayla çalışan terapist hastanın patolojik savunmaları ve dirençleri hem terapi ortamında, hem de terapi ortamının dışında ortaya çıktıkça bunlarla yüzleştirme yapmaya hazırlıklı olmalıdır. Borderline hastanın düşünceleri, duyguları ve davranışları için sorumluluk almaktan kaçarak yaptığı gerçekliği çarpıtma ve uyumsuzluk girişimlerinin hepsine tepki verilmelidir. Bunlar hastanın sahte, savunmacı kendiliğinin aktivasyonu ve eylemlerini temsil etmektedir. Bunun hayati önemi vardır çünkü bu savunma ve direnç girişimleri, sahte, savunmacı kendiliğiyle özdeşleşen ve bunu gerçek kendiliği gibi gören hastayı hakimiyetleri altında tutmaktadırlar.

Hastanın savunmaları ve dirençleri kendi yıkıcılığı hakkındaki algısını çarpıtır ve sahte kendiliğin patolojik ego yapısı aracılığıyla aşırı bir intrapsişik çatışma olmaksızın işlev görme-

sine neden olur. Yüzleştirme borderline hastanın savunmacı eylemlerini bozar. Yapılan yüzleştirme hasta tarafından entegre edildiği zaman çatışmaya, yani üzüntü, rahatsız olma ve anksiyete duygularının ortaya çıkmasına neden olur, bu da hasta tarafından kullanılan savunma operasyonunun sürekli yer değiştirmesine yol açar. O ana kadar bu savunmacı eylemler borderline hastanın kendini çoğunlukla iyi veya kendisiyle ilgileniliyor, bakılıyor gibi veya en azından çatışmasız hissetmesini sağlamıştır; oysa adaptasyon ve olgunlaşma açısından ödediği bedel korkunçtur. Borderline hasta tabi ki kendini kötü de hissedebilir. Ama bu kötü duygular, ki genellikle ileri derecede hoşnutsuzluk olarak tezahür ederler, geri çekilen nesne ilişkileri parça birimi ile bağlantılandırılır ve hastanın ne içerdiği veya nasıl bir insan olduğu ile ilgili endişelerinin yansımasıdırlar; hasta bunları intrapsişik çatışmayla bağlantılandırmaz.

Borderline hasta acı verici duyguları ketlemeye, eyleme vurum eğilimine kendi kendine sınır koymaya ve olgun, adaptif ve gerçekçi şekilde davranmaya güç yetiremediği fikrini taşır ve bunu başkalarına bu şekilde ifade eder. Bir başkasının bakım ve ilgisi olmadan hayatını idare edemeyeceğine inanır ve söyler. Dış dünyanın ve dış dünyada yaşayanların, hastanın hayatını oluşturan tüm acı verici ve öfke dolu duyguların ve hayal kırıklıklarının atıldığı depo olduğuna ve olması gerektiğine inanır ve bunu böyle de ifade eder.

Yüzleştirme terapistin bu fikir ve düşünceleri ele alma, onlara hitap etme yoludur; borderline hasta söz konusu olduğunda yüzleştirme bunu yapmanın tek yoludur. Terapötik değirmende öğütülecek tahıl sadece hastanın (eyleme vurulmaktan çok söze dökülen) çatışmalarıdır.

Terapist Nasıl Yüzleştirme Yapar?

"Nasıl" sorusuna cevap arayan terapist yüzleştirmenin temelde terapötik tarafsızlığın teknik kolu olduğunu hatırlamalıdır. Borderline hastayla çalışılırken "terapötik tarafsızlık" terapistin boş bir ekran olması veya net bir terapötik çerçeve olmadan çalışması anlamına gelmez. Borderline hastayla çalı-

şan terapist hastanın duygularını tespit etme ve kısıtlama, bunları seanslarda söze dökme ve adaptif ve gerçekçi bir şekilde davranma konularında sorumluluk alması gerektiğine inanmalı ve bu inancı hastaya da iletmelidir. Hasta bunları yapmakta başarısız olduğu zaman terapist yüzleştirme ile tepki vermelidir. Terapistin kullandığı yüzleştirme taktikleri genel olarak dört kategoride toplanır; bu kategoriler klinik olarak örtüşür ve nadiren keskin bir çizgi ile ayırt edilebilir. Bunlar:

1. Sınır koyma
2. Gerçeklik testi
3. Uyumsuz düşünce, duygu veya davranışların sonuçlarının netleştirilmesi
4. Uyumsuz düşünce, duygu veya davranışlara neden olan motivasyonun sorgulanması'dır.

Yapılan yüzleştirmenin şekli ne olursa olsun terapistin görevi hastanın sahte, savunmacı kendiliği ve patolojik ego yapısının yarattığı çarpıtma katmanlarını kaldırarak kendini hastanın bozulmuş gerçek kendiliği ve gerçeklik egosu ile hizalamaktır.

Aşağıdaki örneklerde yukarıda sözü edilen taktikler sahte, savunmacı kendiliğe karşı genellikle kombinasyon halinde kullanılmaktadırlar:

Hasta terapistin ofisinde bir eşyaya tekme atarak fırlatır. Terapist hemen şöyle der: "Onu yerine koy. Ofisimde eşyaların fırlatılmasına izin vermem" (sınır koyma). Bunu takiben şu soru sorulur: "Ne hissettiğin konusunda konuşmak yerine neden eşyaları fırlatarak kendini ifade etmeyi seçtiğini merak ediyorum" (patolojik davranışın ardındaki motivasyonun sorgulanması ve keşif yapmaya davet).

Bir hasta, ilk değerlendirmeyi takiben terapistin ofisinden çıkarken aniden döner ve terapiste sarılır. Terapist buna şöyle bir ifadeyle cevap verebilir: "Hastalarıma sarılmam, onların da bana sarılmasını beklemem" (sınır koyma). "Sarılarak veya burada gösterdiğin başka davranışlarla ifade etmeye çalıştığın duyguların söze dökülmesi önemlidir". Bu cümle üstü kapalı

bir gerçeklik testidir. Terapötik ortamın belli kuralları ve yapısı olduğunu; davranış veya dürtüsel eylemle değil, sözlü olarak ifade edilen duyguların iletişim araçları olduğunu; terapistin görevinin hastayla arkadaş olmak ve ona kendini iyi hissettirmek değil, hastanın duygularını ona, davranışlarını değiştirmesine yardımcı olacak şekilde anlamak olduğunu iletmektedir.

Sarılma girişimi reddedilen hasta muhtemelen terapistin soğuk ve aldırışsız olduğunu söyleyerek tepki verecektir; kendisinin beklediği gibi birine hiç de benzemiyordur. Bu noktada terapist hastanın patolojik savunmaları ile yüzleştirecek çeşitli netleştirme ve sorular kullanabilir. Örneğin:

"Benimle ilgili algılarının seni önemseyen birinden aldırışsız birine, iyiden kötüye ne kadar çabuk değiştiğine şaşırıyorum. Sanki iki ayrı kişiymişim gibi davranıyorsun" (bölünmenin uyumsuz sonuçları ile ilgili yüzleştirme).

"Sanki gelecek seansa kadar duygularına 'tutunmaktansa' bana 'tutunmak' daha kolaymış gibi davranıyorsun" (yapışma motivasyonu ile ilgili yüzleştirme).

"Duygularını söze dökmek yerine eyleme vurduğunu belirttiğimde neden kızdığını merak ediyorum, oysa hayatın boyunca başını derde sokan ve buraya gelip yardım istemene neden olan davranışlar tam da bunlar" (eyleme vurumun uyumsuz sonuçları ile ilgili yüzleştirme).

"İşimi yapıp senin de kendi üzerine düşeni yapmanı istediğimde neden bu kadar kızdığını merak ediyorum" (ödüllendirici nesne ilişkileri biriminin yansıtılması ile ilgili gerçeklik testi yoluyla yapılan yüzleştirme; başka bir deyişle hastanın terapistin itaatkâr, bebeksi, regresif davranışını ödüllendireceğine dair fantezisi/arzusu).

"İşimi kendime göre en iyi şekilde yaptığım için bana kendimi suçlu ve kötü bir insan gibi hissettirmeye çalışır gibisin. Bu tarz duyguların geçmişte ve halen seni de rahatsız ettiğini anlatmış olmana rağmen neden şimdi böyle davrandığını merak ediyorum" (Geri çekilen nesne ilişkileri parça biriminin yansıtmalı özdeşiminin savunulması ile ilgili gerçeklik testi,

uyumsuz davranışların sonuçlarına dikkat çekilmesi ve uyumsuz davranışları doğuran motivasyonun sorgulanması yoluyla yüzleştirme yapılması; başka bir deyişle hastanın geçmişi tekrar etme fantezisi/arzusu: Ancak şimdi hasta rolleri değiştirmek istemekte ve kendini güçlü, kontrol edici nesne/ebeveynle özdeşleştirirken terapiste de reddedilen, "kötü" parça-kendilik temsilini yüklemekte, terapistin kendini kötü, çaresiz ve suçlu hissetmesini beklemektedir).

Yüzleştirme müdahalelerinin çok çeşitli olduğunu bir kez daha vurgulamak isterim. Her savunma ve gerçekliği çarpıtma durumu terapist tarafından yüzleştirmeye tabi tutulmalıdır, ama yüzleştirmenin şekli ve içeriği hastaya, terapiste ve o andaki duruma özgü özellikler göz önüne alınarak seçilmelidir.

Bazen en etkili yüzleştirme şekli terapistin sessiz kalması olabilir. Bu durum özellikle terapistin, seansın tedavinin ve hastanın hayatının sorumluluğunu üzerine alması, yönlendirmesi ve gerekli tüm çalışmayı yapmasını hevesle arzu eden hastaların terapisinde geçerlidir.

Yüzleştirme taktiklerini ("nasıl" yapılacağını) öğrenmek sabır ve azim gerektirir. Terapist ödeme koşulları, telefonla aramalar, tatiller ve buna benzer konularda uygun sınırlar koyabilir ama bu tarz beklentiler sadece sözde kalmamalı, tekrar edilen davranışlar yoluyla muhafaza edilmelidir.

Terapist hastanın yüzleştirmeye tepki olarak ne gibi davranışlarda bulunduğunu sürekli gözlemeyi öğrenmelidir. Örneğin terapist bir hastanın terapisti yönlendirici veya yönetici konumuna çekmek amacıyla kendini çaresiz hissetmekle hakikaten çaresiz olmak arasındaki ayırımı bulandırmaya çalışmasını gerçeklik testine tabi tutabilir; ama bunun sonrasında hastanın kendini daha çok aktive eden ve kendini ortaya koyan bir şekilde davranması beklentisi içine girerek yüzleştirmeyi tamamlamakta başarısız olabilir.

Terapist sonuna kadar direnmek için istekli olmalıdır. Terapist çoğunlukla uyumsuz davranışların sonuçlarını belirtir ve netleştirir ama bazen de gözden kaçırdıkları olur. Bir terapistin

yüzleştirme düzeyi bazen çok yüksek olabilir. Patolojik veya uyumsuz davranışların tümüyle ilgili yüzleştirme yapılamamış olması tedaviyi ortadan kaldırmayacaktır, ama yavaşlatacaktır. Bu durumda terapistle hasta kendilerini sanki bir "terapötik çaça dansı" yapar gibi hissederler: İki adım ileri, bir adım geri.

Son olarak, soruların kullanılması yüzleştirme sanatının en önemli ve asıl taktiğidir. Bu taktik hastanın içgözlem yapabilme, içgörü ve patolojisinin kökenlerini anlama kapasitelerine sahip olduğu beklentisini barındırır. Buna ek olarak soru kullanımı hastaya patolojik davranışların anlaşılabilir anlamları olduğu düşüncesini iletmektedir. Hastanın kişilik düzensizliğinin hem etkilerini, hem de nedenlerini yönetme kabiliyeti olduğu hissini uyandırır ve iletir.

Etkili Yüzleştirmenin Önündeki Bazı Engeller

Borderline hastanın yansıtmalı savunmalarının tuzağına düşen bir terapist yüzleştirme müdahalelerinde daha az etkili olacaktır. Bu hastalar, temsili dünyalarını düzenlemek, çatışma ve acı verici duygulanımlara karşı savunma yapmak için çeşitli yansıtma teknikleri kullanırlar.

Bir borderline hastayla çalışırken terapist ödüllendirici veya geri çekilen nesne ilişkileri parça birimlerinden birini yansıtmaktan kaçınmalıdır. Aksi takdirde hastanın arzu ve korkularına karşı tarafsız ve eşit mesafeli bir duruş muhafaza edemeyecektir. Terapist özellikle hastanın kendisine ihtiyacı olan bakımı sağlayacak, önemli bir "öteki" arayışı ve terk depresyonunu yükleyeceği birini bulma arzusu ve ihtiyacından doğan, ayrıca hastanın terk edilme ve boğulma korkularından doğan yansıtmalardan kaçınmalıdır.

Aşağıda sunulan vaka özeti doğru yüzleştirme uygulamalarını ve tedaviyi baltalayabilecek potansiyel tuzakları göstermektedir.

> Süper vizyonda olan bir terapist, terapi sırasında hastasının sarhoş olduğunu ve uyuşturucu bağlantılı, tehlikeli eyleme vurumlarda bulunduğunu bildirdi. Terapist kadının kendisini

nasıl tehlikeye attığı ile ilgili yüzleştirme yaptı ve bu tarz davranışların kesilmesi gerektiğini, bunlara müsaade edilmeyeceğini söyleyerek devam etti (bir sınır koyma örneği). Hasta bu şekilde davranmasını terapistin kendisine "aldırış etmediği, umurunda olmadığı" duygusu ile bağlantılandırdığı için, terapist hastaya bu duygusunu eyleme vurmak yerine üzerinde çalışma yapılması gerektiğini söyledi.

Bu noktaya kadar terapist yaptığı yüzleştirmelerde tutarlı davranmıştı. Hastaya tehlikelerden kaçınmanın yolunun duyguları üzerinde çalışma yapması olduğunu önererek gerçeklik testi sürecini devam ettirmiş (gerçek duruma karşı duygudurum) ve bu duyguları söze dökmenin eyleme vurmaktan daha arzu edilir bir davranış olduğunu ifade etmişti.

Ancak bu noktada terapist hastanın öfke anlarında terapistin mevcut olmadığına dair duygularını sorgulaması ve incelemesini teşvik etmek yerine, hastanın bu duygusuyla aşağıdaki müdahale ile başa çıkmayı seçti:

"... Ne zaman benim umurumda olmadığın ve sana aldırış etmediğim duygusuna yaklaştığını hisseder ve bunu doğal olarak takip eden yoğun öfkeyi deneyimlersen, bana telefon et. Gerçekten aldırış ettiğimi, mevcut olduğumu ve bir yere gitmediğimi gör." Terapist böyle bir müdahalede bulunarak hastanın ödüllendirici birim yansıtmasına girme ve dolayısıyla hastayı kendi duygularını kısıtlama ve keşfetme sorumluluğundan kurtarıyor olma riskini aldı. Ayrıca bu şekilde hastaya terapistin hastanın duygulanımlarını ketlemeye ve davranışlarını yönetmeye güç yetiremediğini hissettiği düşüncesi de iletilmiş oldu. Bunun ötesinde terapist hastanın sorununun gerçeklik testi yapamamak olduğunu, özellikle de nesne sürekliliği elde etmekteki başarısızlıktan çok nesne kalıcılığını muhafaza etmekteki başarısızlığı olduğunu kabul ederek bilişsel düzeyde daha büyük bir karışıklık ve bozulma yaratmış oldu. Hastanın terapistin bağımsız mevcudiyetini anlamamış olması şüphelidir; hasta büyük ihtimalle terapistin mevcudiyeti olmadan adaptif davranışlarını muhafaza edemediğini hissetmiştir. Son yorumlarıyla terapist bu düşünceyi bir duygu durum olarak

değil, gerçek durum olarak kabul etmiş oldu. Son olarak terapist bu müdahalesi ile hasta kendini ne kadar kontrolsüz, regrese olmuş ve yıkıcı hissederse, terapistin dikkat ve ilgisini o kadar çekeceğini, nerede ve ne zaman olursa olsun ilgi ve dikkat göreceğini üstü kapalı şekilde ifade etmiş oldu.

Terapist eğer aşağıdaki gibi ifade etseydi daha tarafsız ve gerçekçi bir terapötik duruşu sürdürmüş olacaktı:

"Günün 24 saati seninle ilgilenmeye hazır ve amade olmam için bana daha fazla sorumluluk yüklemeye çalışır gibisin. Beni kendi kendine yetemeyeceğine ve kendine bakamayacağına ikna etmek için neden bu kadar çabaladığını merak ediyorum."

Hastanın yansıtma savunmalarının terapist için oluşturabileceği tuzaklara örnek olabilecek bir vakaya daha bakalım. Aşağıda anlatılan süpervizyon görüşmesinde sayısız kez duymuş olduğum bir tema ortaya çıkmakta:

Bir stajyer psikiyatriste borderline hastasının kendilik yıkıcı davranışları ile ilgili yüzleştirme yapması gerekliliğini anlatıyordum. Buna ilk tepkisi şöyleydi: "Hastayı eyleme vurumu ile yüzleştirirsem beni umursamaz ve eleştirel olmakla ve zaten düşük olan öz saygısını yok etmeye çalışmakla suçlayacak. Bu durumda empatik olmadığımı hissedeceğim."

Buna cevap olarak sorunun hastanın yorumlarından değil, terapistin kendi duygularından kaynaklandığını söyledim; bu yorumlar da zaten borderline hastadan beklenen yorumlardır. Sorun, terapistin hastanın yaptığı umursamaz ve eleştirel olduğuna dair yorumları kabul etmesiydi. Aslında bu noktada hastaya söylemesi gereken şey aşağı yukarı şöyle bir ifade olmalıdır: "Acaba neden ne zaman içine düştüğün kötü duruma dikkatini çeksem eleştirel ve umursamaz olduğumu hissediyorsun?"

Borderline hastayla etkili bir şekilde çalışabilmek için terapistler hastanın sahte, savunmacı bir kendilikle sürekli savunma durumunda olduğunu unutmamalıdırlar. Bu hastanın hayatında kalıcı bir haldir ve gerekli müdahaleler yapılmadığı takdirde tedavi için de kalıcı bir durum haline gelir. Yüzleş-

tirme hastayı borderline üçlüye doğru iterken bu savunma halini sadece geçici olarak kesintiye uğratır. Daha fazla ve sürekli yüzleştirme yapılmazsa tedavi tekrar duraklar ve hasta savunma haline geri döner. Daha fazla yüzleştirmeyle psikoterapi süreci devam edecektir.

A.P. Vakası

Sıradaki örnek, dört yıllık yoğun terapi akışı sırasında yüzleştirmenin daha detaylı kullanımını gösterecektir.

Hasta birkaç aydır devam ettiği terapist tarafından bize sevk edilmiş olan 22 yaşında bir kadındı. Bir evvelki terapisti hastayla ilgili birbirinden oldukça farklı iki intiba iletmişti. Hastanın "analize" ihtiyacı olduğunu ve bize sevk etmesinin birincil nedeninin de bu olduğunu beyan ederken, diğer yandan hastanın eşyaları fırlatarak tekrar tekrar ofisine zarar verdiğini ve "ev sahibinin ya hastayı gönder ya da daireden çık" dediğini ve bu yüzden hastayı bize sevk ettiğini söyledi.

İlk randevu için ofisime gelir gelmez kapıda durarak benimle tedaviye girmesi için karşılanması gereken üç ihtiyacı olduğunu söyledi: (1) ofisimde bir eşyayı kırsa da onu görmeye devam edip etmeyeceğimi bilmek istiyordu çünkü zaman zaman kendini kontrol edemiyordu; (2) beni gündüz veya gece, herhangi bir zaman ve saatte arayabileceğinden ve seansların 50 dakika ile sınırlanmayacağından emin olmak istiyordu (hatta daha sonraları bana eski terapistinin onun randevularını günün son hastası olacak şekilde ayarladığını, böylece seanstan sonra bekleme odasında istediği kadar kalabildiğini ve kendisi gidince terapistin ofisi kapattığını anlattı); ve (3) ofisin içinde dolanabileceğinden ve oturur durumda olmak zorunda kalmayacağından emin olmak istiyordu; oturur durumdayken konuşamayacak kadar endişeli hale geldiğinde ısrar ediyordu.

Bu soruların veya taleplerin gerçek manasının anlaşılması önem taşımaktadır. Bu duygular eyleme döküldüğünde hastanın sahte, savunmacı kendiliğinin basit bir ifadesi olacaktır. Söze döküldüklerinde ise bu sorular aynı anda hem sahte, savunmacı kendilikten hem de bozulmuş gerçek kendilikten

kaynaklanacaktır. Her ikisi de şunu sormaktadırlar: "İstediğim ve ihtiyacım olanı bana verecek misin?" Bu kendiliklerden sadece biri verilen cevaptan tatmin olacaktır. Tatmin olan kendilik sahte kendilikse tedavi muhtemelen başarısız olacaktır. Bozulmuş gerçek kendilikse o zaman tedavi mümkün olacak ve terapötik ittifak zincirindeki ilk halka tesis edilmiş olacaktır.

A.P.'nin soruları aslında bana kendince (bir evvelki terapisti ve ondan evvel de anne babasının tersine) ona sınır koyup koyamayacağımı sorma şekliydi. Benim farklı olacağıma güvenebilir miydi? Ayrıca, uygun ve adaptif şekilde davranma konusunda onu sorumlu tutacak mıydım? Kendine bakmaktan aciz olduğu için affedilen ve hoşgörü gösterilen çaresiz ve dürtüsel çocuğa, yani sahte, savunmacı kendiliğine cevap verecek miydim? Beyan ettiği ofiste dolanma ihtiyacı ve oturur durumda kalmayı reddetmesi, eyleme vurumun kendi duygularını ifade etmekte birincil araç olarak kullanıldığının ortaya konulması olarak görülebilir. Bu davranışını, ayakta dolanmanın daha iyi düşünmesine yardımcı olduğunu söyleyerek rasyonalize ediyordu. Hastanın beni tabi tuttuğu sınamalar genel olarak ödüllendirici birimi üstlenip üstlenmeyeceğim, terapötik çerçeveyi dağıtıp dağıtmayacağım, terapötik tarafsızlıktan vazgeçip geçmeyeceğim ve onun sahte, savunmacı kendiliği ile suç ortaklığı yapıp yapmayacağımı belirlemek amaçlıydı.

Hala kapının yanında dikilmekte olan A.P.'ye şu şekilde cevap verdim: Öncelikle ofisimde bir şeyler kırıp dökmesine tolerans göstermeyecek olan kişi bendim, mal sahibim değil. Ayrıca, bana duygularını anlatacağına neden bu tarz bir iletişim yöntemi kullanmak istediğini de anlamış değildim. İkincisi, bana her zaman telefon edebilirdi ama bir sonraki seansa kadar bekleyebileceğini düşündüğüm aramalara cevap vermiyordum. Faydalı terapinin telefonda yapılabileceğini düşünmediğimi de vurguladım. Uzun zamandır devam etmekte olan sorunlarının bu tarz ani ve düzensiz bir şekilde halledilebileceğine olan inancını da sorguladım. Son olarak sürekli olarak ofisin içinde dolanmasının kabul edilmeyeceğini çünkü bu davranışın duygularını resmen "atlama ve sıçramalara" dönüştürerek

anksiyetesini dağıtmanın bir yolu olduğunu, oysa bu duyguların netleştirilmesi ve anlaşılması gerektiğini söyledim.

Bu cevapların gerektirdiği duruma katlanabilirse terapinin sorunlarına yardımcı olmasının kuvvetle muhtemel olduğunu beyan ederek cevabımı tamamladım.

Benden hoşlanmadığını, soğuk ve uzak biri olduğumu, eski terapistine hiç benzemediğimi ve ona yardımcı olamayacağını söyleyerek cevap verdi. (Cevabına şaşırmadım; ilk volenin sınama evresinin sonu değil, tam aksine, başı olduğunu biliyordum.) Hemen hastaneye yatırılmak istediğini söyledi. Eski terapistinin verdiği bilgiye göre daha önce iki kez hastaneye yatmış, çeşitli ilaç tedavileri görmüş ama bunlar pek fayda sağlamamışlardı. En azından en kısa zamanda hastaneye yatırılması için gerekli ayarlamaları yapmam gerektiğini söyledi.

Yüzleştirmeme verdiği tepkinin bana göre iki anlamı vardı: Biri sahte, savunmacı kendilikle, diğeri ise bozulmuş gerçek kendilikle bağlantılıydı. Önce, ödüllendirici birim rolünü üstlenmeyip sahte kendiliği ile uyum sağlamamış olmam hastanın hemen geri çekilen nesne ilişkileri parça birimini ve bu birimle bağlantılandırılan soğuk, reddedici, saldırgan ve terk eden nesne temsilini aktive etmesine neden olmuştu. Diğer yandan bozulmuş gerçek kendiliği beni daha fazla sınama ve tahammül edecek kadar aldırış edip etmediğimi belirleme ihtiyacını doğurmuştu.

Hastaneye yatmaya ihtiyacı olup olmadığını anlamam için onu daha iyi tanımam gerektiğini söyleyerek cevap verdim. Nasıl bir insan olduğunu ve hayatı ile ilgili terapiye gelmesine neden olan tolere edemediği tarafların neler olduğunu merak ediyordum; kendi kendine bakamayan ve kendini kontrol edemeyen bir insan olduğu duygusunun ötesine geçmek istediğimi söyledim.

Buna oturarak geçmiş ve şimdiki hayatı hakkında çok az bir bilgi vererek cevap verdi. Kendini üniversiteden ayrılıp tatmin edici olmayan bir işe giren hüsrana uğramış bir yazar olarak tanımladı. Ayrıca kısa zaman önce erkek arkadaşı tarafından reddedilmişti ve bu olay bayağı bir depresyon ve öfkeye yol

açmıştı. Nitekim eski terapistinin ofisinde geçirdiği en son öfke patlamasına da bu olay neden olmuştu. Kendini davranışlarını kontrol edemeyen ve çok miktarda şefkat ve ilgi görmeye ihtiyacı olan bir insan olarak anlattı. Nihayet anne ve babasından, büyüme yıllarından ve bu yıllar boyunca ona eşlik eden öfke ve suçluluk duygularından bahsetmeye başladı.

Bu bilgileri verdiği yaklaşık 20 dakikalık süre içinde huzursuzluğu azaldı ama daha depresif oldu. Ancak "ihtiyaçları"ndan ve eyleme vurumlarından bahsetmeyi bırakıp duyguları ve korkularından bahsetmeye başlayınca borderline üçlüsünün üçüncü kolu olan savunmanın ortaya çıkmasını bekledim: Öyle de oldu.

Seansın sonuna yaklaşırken yine onu hastaneye yatırmamı istedi. Onun hakkında öğrendiklerime dayanarak hastaneye yatması için bir neden göremediğimi ve ayakta olarak terapiye katılabileceğini düşündüğümü söyledim. Ama, diye ekledim, gelecek seansa kadar geçecek süre içinde benim haberim olmayan bir sebep yüzünden hastaneye yatma ihtiyacı hissettiği takdirde herhangi bir acile başvurabilirdi. Sahte, savunmacı kendiliği ile suç ortağı olmayacağımı vurgulamak için de hastaneye yatmak için benim iznime, onayıma veya yardımıma ihtiyacı olmadığını da ekledim.

Öfkeyle patladı ve ben hastaneye yatmasını ayarlayana kadar ofisimden çıkmayacağını söyledi. Beni kendini kontrol edemediğine ikna etmek için bayağı bir çaba sarf etmesine rağmen kendini kontrol edebildiğini düşündüğümü ve şimdi ve gelecekte onu davranışlarından sorumlu tutacağımı söyledim.

Hastaneye yatma konusundan vazgeçti ama henüz ofisten çıkmak istemediğini, daha fazla vakte ihtiyacı olduğunu söyledi. Gelecek seansta bu duyguları ile ilgili konuşabileceğimizi ve bu seansın bittiğini söyledim. Ofisten çıkamayacağını ve çıkmayacağını söyleyerek cevap verdi. Ben sadece seansın bittiğini tekrar ettim. O da gitmeyeceğini tekrar etti.

Bu noktada kendimi çaresiz, kapana kısılmış ve gittikçe daha kızgın hissettiğimi fark ettim, bunların hepsi de o anda ger-

çekleşmekte olan yansıtmalı özdeşimin işaretiydi. A.P. kendi çaresiz, kapana kısılmış ve öfkeli sahte, savunmacı kendilik temsilini bana yansıtırken güçlü, kontrol edici ve sadist olarak algılanan nesne temsili ile özdeşleşiyordu. İşin içindeki dinamiklerle ilgili bilgi sahibi olmak ortaya çıkacak duyguları kontrol edebilmemi ve gerekli terapötik müdahalelerde bulunabilmemi sağladı.

Çaresiz veya kapana kısılmış olmadığımın, dolayısıyla "kavga etmek" için bir nedenim olmadığının farkına vararak ayağa kalktım ve baskı, zorlama veya duygusal şantaj ortamında herhangi bir terapi uygulamayacağımı söyledim. Eğer hemen gitmezse ya onu zorla dışarı atmak ya da polis çağırmak zorunda kalacaktım. Her iki durumda da tedavisine devam edemeyecektik.

Öfkeyle ofisimden çıkıp gitti. Geri dönüp dönmeyeceğinden emin değildim ama terapötik şekilde davrandığımdan emindim.

A.P. geri geldi ve tedaviye devam etti. Terapi süresince ilk seansın ilk birkaç dakikasında ortaya koyduğu soru ve sorunlara tekrar tekrar döndü. Yüzleştirme ihtiyacı tedavi akışının başından sonuna kadar devam eder, ancak A.P. vakasında da olduğu gibi yüzleştirmeye ayrılan zamanın oranı gittikçe azalır. A.P.'nin tedavisinde zaman geçtikçe her ne kadar zaman zaman eylem sözcüklerin yerini alsa da, eyleme vurum azaldı ve önceden tahmin edilmesi daha kolay hale geldi. Ayrıca A.P. kendini sınırlamayı başardıkça hastanın eyleme vurum farkındalığını yükseltmek amacıyla yapılan yüzleştirmelerin sayısı ve yoğunluğu azaldı. Örnek olarak, işinden istifa etme dürtüsü hissettiğinde durup eskiden benim sorduğum soruları kendi kendine sorabiliyordu. "Bu kendilik yıkıcı bir davranış mı?" ve "Faturalarımı nasıl ödeyeceğim" gibi sorular.

A.P. sahte, savunmacı ve kendilik yıkıcı davranışlarını gittikçe daha fazla uyumsuz olarak algılamaya başladı. Daha önce bu davranışları kendi temel kimliğinin bir parçası olarak algılıyordu ama şimdi kendi çıkarlarına ters davranışlarda bulunduğu zaman sahte kendiliğine gerçekten sinir olmaya başlamıştı.

Aşağıda tedavi başladıktan bir yıl sonra yapılan bir seanstan bir alıntı sunulmaktadır. Bu alıntı terapinin döngüsel sürecinde yüzleştirmenin devam eden rolünü göstermektedir. Gelişen bir terapötik ittifak ve derinlemesine çalışma başlangıcı mevcut olmasına rağmen yüzleştirme ihtiyacı tekrar ortaya çıkmıştır. Bu konuşmanın yapıldığı noktada A.P.'nin eski erkek arkadaşı onu aramış ve o anda başkasıyla birlikte olmasına ve kadından asla ayrılmayacağını söylemesine rağmen A.P.'ye tahrik edici şekilde davranıyor ve onun tekrar bir araya gelme fantezilerini tetikliyordu.

A.P.: Ee, onun için tekrar savaşmalı mıyım?

R.K.: Herhalde şey demek istedin, kendin için tekrar savaşmalı mısın?

A.P.: Sanırım haklısınız. Ama zor. Sonun geldiğini kabul etmeliyim. Bunun hakikaten bir son olduğunu ve kendi tutunma, yapışma ihtiyacımın farkına varmalıyım. Geçmişi sürekli tekrar etmek istemiyorum. Her seferinde daha fazla çalışmam gerekiyor ve çok uzun zaman alıyor... (durakladı ve ben kendini aktive etmeye devam mı edeceğini yoksa savunma mı yapacağını görmek üzere bekledim). Sanırım içgüdülerime güvenip onu aramam lazım (savunma yapmıştı, bu da yüzleştirme yapılmasını gerektiriyordu).

R.K.: İçgüdülerinle geri çekilme semptomu arasında ayırım yapabildiğinden emin misin?

A.P.: Ne demek istiyorsunuz?

R.K.: Bir süredir eski alışkanlıklarına dönmedin ve kendini rahatsız ve depresif hissediyorsun. Telefonu kaldırıp arkadaşını ararsan, sihirli bir şekilde kendini daha iyi hissedeceksin ve başladığın yere geri dönmüş olacaksın.

A.P.: Neden buna alışkanlık demekte ısrar ediyorsunuz?

R.K.: Çünkü öyle.

A.P.: Bana aptalca geliyor... (durdu, sessiz kaldı, ben de yaptığımız konuşma entegre edildi mi yoksa daha fazla savunma yapacak mı diye görmek için bekledim)... bu işin en kötü tarafı bir arkadaş kaybetmiş olmak. Ama şu anda onunla arkadaş olamam. Bu bağlılığı gösteremem. Hayatım daha

toparlanmadı; doğru yöne doğru da gitmiyor. Önce kafamı toplamalıyım. Zaten bana karşı hissettiği duygular ne derece gerçekti ki? Sanırım bazı insanlar seçim yaparak değil de, ihtiyaçtan birlikte oluyorlar. Sanırım geçmişin büyümeni engelliyorsa o geçmişe takılıp kalmak yanlış bir şey. Of Allah'ım, hayatımda boşa geçen o kadar zaman oldu ki. Çocukluğumdan beri devam eden bu örüntüler. Korku verici. Acı verici.

Bunu takip eden aylarda depresyonu derinleşti ve çoğu zaman kendini depresif hissettiğini söylemeye başladı. Ancak her zamankinden daha iyi işlev görüyordu. Derinlemesine çalışma evresine ait olan aşağıdaki alıntıda hasta, terk depresyonunun bir başka öğesi olan anne ve babasına karşı suçluluk duygusuyla yüzleşiyor. Bu evrede yüzleştirme ihtiyacı daha azdır ve hemen entegre edilir.

A.P.: İyi bir evlat olduğumu bilmeme rağmen annemi ziyaret etmediğim zaman kendimi o kadar suçlu hissediyorum ki. Onunla görüşebildiğim zaman görüşüyorum ve onun ihtiyaçlarına karşı sürekli yanında olan babamdan daha hassasım. Sanırım annemin olmamı istediği çocuk gibi davranmadığım zaman kendimi suçlu hissediyorum; o beni hala o çocuk gibi görüyor. Ya kendim olursam? Onun öleceğinden ve onun için yapmadığım şeyler yüzünden sonsuza kadar suçluluk hissedeceğimden mi korkuyorum? Neden anlamasını sağlayamıyorum? Neden bana önem vermiyor?

R.K.: Yani annen neden farklı bir insan olamıyor demek istiyorsun?

A.P.: (Hıçkırarak) Neden değişemiyor?

R.K.: Sanırım buradaki gerçek soru şu, sen neden onda olmayan ve dolayısıyla da veremeyeceği bir şeyi ondan istemekte ısrar ediyorsun?

A.P.: (Hala ağlayarak) Haklısınız. Bu aptalca. Onun değişmesini beklemeye devam ediyorum ve istediğimi alabilmek için ona dönmeye devam ediyorum. Büyürken sürekli beklenti içinde olduğumu, ümit ettiğimi ama ondan hiçbir şey alamadığımı hatırlıyorum. İhtiyacım olan şeyleri anlıyor gibi

görünen tek kişi anneannemdi. (Soğuk kış sabahlarında anneannesinin ona sıcak kakao yaptığını hatırladı. Anneannesini ve onunla geçirdiği sabahları çok seviyordu; anneannesi o, 12 yaşındayken ölmüştü.) Annemin neden asla benim arkamda olmadığını, beni desteklemediğini hala anlayamıyorum.

R.K.: Hala onun sana sıcak kakao vermesini mi umuyorsun?

A.P.: Doğru söylüyorsunuz. Biliyorum ve bundan nefret ediyorum. Ama ne yapmalıyım, bunu nasıl durdurabilirim. Söyleyin!

R.K.: Şimdi de sıcak kakao tarifini *benden* mi istiyorsun?

A.P.: (Gülerek) Sizden bir şey istememeyi çok iyi öğrendim.

Derinlemesine çalışma evresinin ilerleyen evrelerinde terk depresyonu üzerinde geniş çapta derinlemesine çalışma yapılırken intihara eğilimli depresyon ve öldürücü öfke birlikte ortaya çıktılar. A.P. için, borderline hastaların çoğunda olduğu gibi, terk depresyonunun en yoğun yaşandığı ve en net şekilde ifade edildiği duygu ayrılıp bireyleşerek gerçek bir kendilik yapısı inşa ettiğinde kendisinin veya annesinin öleceği duygusuydu; bu duyguyu geçmişinden hatırlıyor ve tekrar yaşıyordu. Bu noktada savunmaların çoğu artık bertaraf edilmişti ve derinlemesine çalışma evresinin ileri safhalarında ve son ayrılma evresinde, artık yüzleştirme müdahalesinin yerini yorumlama ve iletişimsel örtüştürme almıştı.

Ancak borderline hastanın tedavisinin merkezinde olan şey yine de yüzleştirmedir, yüzleştirme sanatıdır. Yüzleştirme terapötik sürecin işe yaramasını sağlayan ve süreci nihai hedefe doğru iten katalizördür.

13

HİSTERİK AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME

Candace Orcutt, Ph.D.

Bu bölüm, en kaotik ve en renkli haliyle histerik borderline bir kişilik olan Annie (müstear isim) ile ilgili çalışmamın ilk iki yılını anlatır. Annie, zalim, çılgın, kafası hızlı çalışan, baştan çıkarıcı, uyarıcı ve sürekli değişkendi. Annie, terapistlerin ümitsizliğe düşmesine yol açan ve kendini tekrar tekrar kronik hastane cehenneminde bulan klinik olarak uğraştırıcı histerik hasta portresi çizmekteydi.

Fakat uygun terapötik destekle Annie artık iyiye gidiyor. Değişim kapasitesi kişiliği kadar etkileyici. Geçenlerde bana şöyle dedi: "Doğru tedaviyi bulamasaydım hayatım boyunca 'Hasta Annie' olarak kalabilirdim. Bir yerlerde kilitlenirdim. Tanrım, daha iyisini bulamadıklarından kendilerini hayatlarının akışına bırakan ve hala hastanelerde kalan benim gibi bir sürü insan olmalı -ve terapistleri onların bu boş vermişliklerine aldırmıyor!"

Annie ile iki yıldan fazla bir süredir haftada iki kez yüzleştirmeci psikoterapi tekniği ile çalışıyorduk, ama esasen tedavisi Masterson Grup'a ilk kez başvurduğu ve Dr. Jacinta Lu Costello tarafından görüldüğü altı yıl öncesine dayanıyordu. Dr. Costello tanı değerlendirmesinde bulunmuş ve Annie için

ileriye dönük her türlü psikoterapinin temelini oluşturan tedavinin sınırları belirlemişti.

Aşağıda Dr. Costello'ya göre Annie'nin, hikâyesinin ve tedaviye başlangıç şeklinin anlatımı bulunmaktadır:

> 29 yaşındaki Annie yatılı tedavi gördüğü psikiyatri servisinden çıkmadan hemen önce Masterson Grup'a başvurmuştu. Bu altı yılda beşinci kez hastanede kalışıydı ve kocasından ayrılmasının ardından ciddi bir gerileme ve çöküş yaşamıştı. Daha önceki hastane tedavilerine, diğer ilişkilerindeki ayrılmalara bağlı intihar davranışları neden olmuştu.
>
> Başvuru sırasında hikâyenin tamamı edinilememişse de Annie'nin ergenlik çağının başından itibaren işlevsel zorluklar yaşamış olduğu biliniyordu. Liseyi ve bir yıllık işletme okulu programını tamamlamış olmasına rağmen, başarısı ve okula devamı dengesizdi. Ergenlikten itibaren kilosu 20'den 35 kiloya varan değişkenlikler göstermiş, mağaza hırsızlığından birçok kez tutuklanmış ve hastane dışında yarım bırakılan birçok tedavi görmüştü. Her terapötik girişimde Annie ilk ay içinde işlevsel gelişme göstermiş ve sonra bozulmuştur. Terapistten beklentileri giderek artarken bunlar karşılanmadığında ya aşırı dozda hap almakla tehdit etmiş ya da bunları gerçekten almıştır. Her iki durumda da terapistleri onu bıraktıktan sonra yeniden görmeyi reddetmiştir.
>
> En son hastaneye yatışı dört yıllık evliliğinin bitişine rastlar. İlk yılları cennet olarak tanımlanan ilişki Annie'nin daha bağımlı ve talepkâr hale gelmesiyle bozulmuştur. Sonunda kocası onu terk etmiştir. Annie, hastaneye yatmadan önce ayrılığı takip eden dört ayı taşınarak, tedavi görerek ve ailesi ve terapistinden giderek daha fazla şey bekleyerek geçirmiştir. Bir ebeveyninin her zaman kendisiyle kalmasını istemiştir. Ailesi Annie'nin kendileriyle birlikte uyuma konusunda ısrar etmesi üzerine nihayet hastanede kalmasını istemişlerdir.
>
> Bu kez Annie 15 ay hastanede kalmıştır. Kalışı sırasında hastane çalışanları tarafından "parlak, düşüncelerini açık şekilde ifade eden, talepkâr, ısrarcı ve çıkarcı" olarak tanımlanmıştır. Kendisine Histerik özellikleri olan borderline Kişilik Bo-

zukluğu tanısı konulmuştur. Hastane çıkışında çalışanlar kendisinden kızgın ve kırgın ayrılmışlardır. Annie'nin kendi kendine yetebilme ve sorumluluk sahibi olma yönünde arzu sergilerken, bu arzuyu gerçekleştirmeye yönelik her çabayı engellediğini düşünmüşlerdir.

Annie ile tanışmadan önce şunu biliyordum: Ergenlikten ve belki daha öncesinden itibaren geçmişi zayıftı; ayrılıklar hastaneye yatışla sonuçlanmıştı; kocası, ailesi, terapistleri ve hastane çalışanları tarafından terk edilme noktasında düş kırıklığına uğratılmıştı. Ve sonunda asabi olmuştu.

Olumlu açıdan bakıldığında rahat ve parlak olduğunu, insanlarla ilişki kurmada başarılı göründüğünü ve ara sıra tek başına inisiyatif ve sorumluluk alabilme yeteneğini sergilediğini biliyordum.

Annie'yi haftada dört kez görmeye başladım. Tedavinin başlıca amacı davranışsal kontrolü daha fazla teşvik etmek ve Annie'nin hayatını ve duygularını yönetmedeki kendilik yıkıcı örüntülerini değiştirmekti. Annie'nin bu hedeflere yönelik rızasını açıkça ifade etmesine karşın, davranışları terapiyi daha iyi *hissetmek* için gelinen bir yer olarak gördüğünü gösteriyordu. Annie, gerçekten sorumlu olarak hareket ettiği her seferinde son derece sıkıntılı hale geliyor ve özerklikle ilişkili acılı etkileri dağıtmak için kaçınma, eyleme vurma veya benden hayatını devralmamı bekleme yoluna gidiyordu.

Dinamiklerin en başından açıkça belli olmasına karşın Annie'nin kontrol potansiyeli belli değildi. Annie yapabileceğine inanmıyordu, hatta denemeye dahi ölümüne korkuyordu ve kendisinden yapamayacağı bir şey istediğimi göstermek için her türlü fırsatı kolluyordu. Annie'nin davranışını kontrol etmek için gereken her şeye sahip olduğundan emin değildim. Ancak regresif taleplerine boyun eğen bir duruş belirleseydim her türlü terapötik etkiyi kaybedecektim.

Annie gözdağı vererek kendisine bakılmasını istediğinde Dr. Costello duruşunu korudu; her engellendiğinde, Annie Dr. Costello'ya "soğuk fahişe" diyerek onu defalarca aradı, tekrar tekrar acile kaldırıldı, iki kez hastaneye yatırıldı ve dok-

torları ve aile üyelerine sık sık Dr. Costello'yu aramaları için ısrar etti ve tedavi yaklaşımının yetkinliğini sorguladı. Ancak zaman içinde, Dr. Costello'nun profesyonel direnci sonuç getirdi:

> Neyse ki Annie giderek artan bir güç sergiledi. Öfke nöbetlerine kapılmak yerine Annie onlarla kendince nasıl başa çıkabileceğini anlatmaya başladı. Terapistlerin taleplerine uymamaları gerekirken uyduklarını düşünüyordu. Bu talepkârlığın muhtemelen devam edebileceği yönünde beni uyardı ve bununla başa çıkabilecek kadar güçlü olmamı umdu.

Yüzleştirme ve klinik tutarlılık sayesinde Dr. Costello Annie için bir terapötik çerçeve veya "koruma ortamı" belirledi ve Annie enerjilerini kendi için (kendine karşı değil) kullanmaya başladı. Ne yazık ki, Dr. Costello Masterson Grup'tan ayrıldığında şartlar değişti. Annie yoluna Masterson yaklaşımını bilen, Annie'ye Dr. Costello'dan ayrılmasında yardımcı olan ve nihayetinde Annie'nin koruma dozunda fenelzin sülfat (Nardil) almasının faydalı olacağında karar kılan başka bir doktorla devam etti; ancak Annie'nin davranışlarının etkisiyle yeni klinik uzman terapötik duruştan kaymaya başladı.

Annie ile mevcut terapisi kriz noktasına ulaştığında çalışmaya başladım.

Annie terapistini kaçırmayı başararak tam gün bakım merkezine geçti. Terapisti Annie'nin seanslarını haftada bire indirdi ve tedavinin dengesi için onu günlük bakıma yönlendirdi. Muhtemelen tedavinin artan belirsizliğine (ve, tabi her zamanki testlere) tepki olarak Annie intikam eyleme vurumuna girişti, şiddetli bir halde eyleme vurmaya başladı: Çalmak, sarhoş olmak, insan içinde yarı çıplak dolaşmak, çılgınca bir ısrarla terapistlerine telefon etmek (mümkünse evlerinde aramak) ve genellikle kendisine yardım etmeye çalışanları yıldırmak ve sabırlarını zorlamaya devam etmek gibi.

Bireysel ve günlük bakım terapistleri Annie ve ailesiyle bir araya gelip Annie'nin yatılı tedavi görmesi gerekebileceğini söylediler. Annie, kendi adına, kazandıklarından, yani kendi

dairesi ve dört kediyle yaşamından vazgeçmesi halinde lanetleneceğini söyledi. Bireysel terapisti ve günlük bakım merkezinin iyiliği sayesinde Masterson Grup'a döndü.

Benimle birlikte ilk seansında Annie kendini saldırgan, son derece zeki, duygusal açıdan hassas ve kırılgan bir sersem olarak tanıttı. Psikoterapide deneyimli biri olarak, beni yoklamaya çalıştı ve bana kandıramayacağı, mesafeyi koruyacak bir terapiste ihtiyacı olduğunu söyledi. Özellikle kendi daha iyi hissettiği zamanlarda kendi kendine çelme takmaya çalıştığını ve hastalığının bir şekilde ailesini bir arada tuttuğunu düşündüğünü söyledi. Sonraki birkaç hafta boyunca, Dr. Costello'ya yaptığı gibi, yalnızca trafiğin ne kadarını kaldırabileceğini bulmak için her ikimize de şans tanıdı.

Annie ofisime dondurma külahını yalayarak geldi ve üzerinde mini-geceliğe benzer bir kıyafet vardı. Koyu güneş gözlüklerinin ardından yüzüme bakarak aksice seans boyunca sorumluluğu üzerime yıktı. Bu, zorluk seviyesi yükseltilmiş bir testti ve meslektaşımın yaşadıklarını aynen hissettim. Sözlü yüzleştirmeme Annie'nin sözlü olmayan iletişimi ile aynı düzeyde başladım: "Senin bufada kendine olan saygını oluşturmaktan anladığın bu mu? Dondurma nedir? Kendinle dalga geçmekten vazgeçtiğin için burada olduğunu söylüyorsun ama bir partideymiş gibi hareket ediyorsun! Ve bu elbise -tabi giydiğine elbise denirse- uyurgezer gibi insan içine çıkmışken benden ciddiye alınmayı beklediğini mi söylüyorsun?"

Güçlük düzeyini karşılayan bu yüzleştirme karşısında vakur ve kendini bilir bir edayla geri çekildi ve Annie'nin nasıl olabileceği yönünde ilk izlenimimi edindim. O hafta sonu Annie içmesini kontrol etti ve daha sonra bana davranışı değiştirmesinin kendisini temel isyan hisleriyle (davranışa yönlendirmeden önce farkına varamadığı hisler) karşı karşıya bıraktığını söyledi.

Bu ilk seanslar terapinin ilk yılında tonu belirlemek içindi. Aslında bu yıl terapötik çerçevenin veya koruma ortamının yeniden kurulmasına adanmıştı. Annie kazandıklarını korumaya -dairesinde kalmaya ve yeni işini kaybetmemeye- çalışıyor-

du. Durmadan anlık krizlerle bu önceliklerinden sapıyordu ancak yüzleştirmek onu mevcut sorunuyla baş başa bırakıyordu: Dairesini, özerkliğini korumak istiyordu ve bunu yapmak için kendi hedefleri doğrultusundaki duruşunu gözlemlemek ve değiştirmek zorunda kalacaktı.

Yalnızca uyumsuz davranışlarını seçilmiş hedefleriyle karşı karşıya getirerek sürecin borderline üçlüsünü algılamaya başlayabileceği bir referans çerçevesi oluşturabilirdim. Aksi takdirde duygusal ve davranışsal kaos, mantığı ve gözlem mesafesini yenerdi.

Tekrar tekrar, kendi gelişimini baltaladığı -sözgelimi olumlu yönde bir şeyler söylerken hemen hemen aynı anda bunu yok edici bir şey yaptığı- ve böylece kendisine karşı sorumluluk tutumuyla ilişkili duygulardan kaçındığı yönündeki ilk ifadelerine dönüyordum. Ne yazık ki, duygulardan kaçınmanın aynı zamanda değişimden kaçınmak anlamına geldiğini belirtmem gerekir.

Yılın sonunda Annie eylemlerinin hızını kesmeye başladıkça ve ortaya çıkan duygularını giderek hoş gördükçe kendini serbest kılan gerçek ifadesine kavuşmaya başladı.

Bu ilk yıl boyunca Annie "Hasta Annie" olarak adlandırdığı yapay kendiliğinin farkına varmaya ve bundan vazgeçmeye başladı. Hayatını düzene sokmaya çalıştığı her defasında "boş" veya "sıkkın" - terk depresyonu duygularının başlangıcı- duygularından şikâyet ediyor ve eyleme vurmaya girişiyordu. Mağazadan hırsızlık yapmanın kendisine heyecan duygusu verdiğini ve "normal" hissetmekten rahatsız olduğunu iddia ediyordu.

Kendini neden bir akıl hastalığı vakası ve kurban olarak görmeyi tercih eder göründüğünü sordum. Bildiği tek kimliğin bu olduğu şeklinde cevap verdi. Bu içgörü bir rüya ile güçlendiriliyordu (eyleme vurmanın kısıtlanması, içgörü ve rüya görme gibi içselleştirme fenomenlerine yol açıyordu). Rüyasında tüm yakınları onu çevreleyerek ona şizofren diyordu. Rüya bir eleştiriyi değil bir buyruğu ifade ediyordu.

Annie ailesinin onun çılgınca davranmaya, kendi yaratmadığı sorunlardan başka yöne sapmasına ihtiyaç duyduğunun farkına varmaya başladı. Sonra çılgınca hareket ederek harcadığı yıllardan dolayı derin bir üzüntü duydu. Dr. Costello'nun çılgınlığın bir eylem olduğunu (yapay kendiliğin tezahürü) anladığını bildiğini ve buna inanan terapistlerle harcanan zamana acıdığını söyledi.

Annie terk depresyonunu -ailesinin (ve kendisinin) topu başkasına atarak bireysel sorumluluktan kaçınma ihtiyaçlarını karşılayan hummalı "çılgın" kendilikten vazgeçmeyi giderek daha da fazla yaşar hale geldi. Zaman zaman psişik geçişini belirleyen "boşluk duygusu" ile mücadele etti ve tanıdık olmadığı bir yerdeymişçesine kendini afallamış hissetti. Sonra başka bir şaşırtıcı kriz yaratarak artan depresyonu ve çelişkiyi beceriksizce savuşturmaya çalıştı: Erkek arkadaşıyla tiyatral kavgalar ederek kira kontratını ve işini tehlikeye attı ve tedavisinde seanslar arasında tekrarlayan telefon aramalarıyla eyleme vurdu.

Annie seanslar arasında veya seansları sırasında sarhoş, öfkeli ve umutsuzca bir bardan beni arardı. Ben de karşılığında, kendisi de kabul ettiği gibi zamanında konuşmak için gelmek yerine telefonla arayarak seanslarının etkisini bozduğunu belirtirdim. Bana ve sonuç olarak kendine duygularını doğrudan ifade etmekten kaçınmak için kaçınma veya seanslarını sabote etme yoluna gittiğini söyledim (bu tür bir oradan-buradan yorumlar hastanın alıştığı ve kısmen dahil olduğu Yüzleştirmelere etki kazandırır).

Yılın sonu itibarıyla Annie benimle ilgili duygularını doğrudan sınama yolunda seanslarında yeterli güveni tesis etmişti. (İlk yüzleştirme çizgisi hasta tarafından sindirildiğinde direnç giderek dış dünyadan seansların terapötik dünyasına ve aktarıma kayar.) İlk denemeyi patronu üzerinde gerçekleştirdi, işyerinde öyle bir sahne yarattı ki patronu polisi aradı ve en yakın hastanenin acil servisine götürüldü. Burada bu özel oyunu artık aştığını ve kendini kurtarmak için özel becerilerini kullandığını fark etti. Yaptığı hatayla yüzleşerek işine geri döndü ve çalışma arkadaşlarının kendisi için ayağa kalkmasından ve

patronunun onu geri almasından etkilendi. Daha sonra benimle ilgili duygularına odaklandı.

Annie'nin sigara içerek, yemek yiyerek, osurarak, kapıyı çarparak geldiği oldu. Müdahale girişimlerimi kesti ve sesimi bastırdı. Yüzleştirmelerimi eylemleriyle sözlü olarak uyumlu şekilde artırdım -yani kendimi duyurabilecek şekilde. Tam adıyla ona bağırdım ve ödeme yaptığı benden geri dönüşleri dinlemekle ilgilenip ilgilenmediğini sorguladım. (En yüksek sesle) ona ağlayıp sızlanarak terapisini boşa harcadığını hatırlattım. Son olarak tedavinin bağırma düzeyinde yürümeyeceğini ve bunun işten kaçmanın başka bir yolu olduğunu açıkça belirttim ve bunun bir parçası olmayı reddettim. Bir kez daha onunla yalnızca duyabileceği ses tonuyla konuşuyordum - sanırım ona göre hiç de bağırmıyordum yalnızca ailesinin kullandığı ses tonunu kullanıyordum (yalnızca bir kez sınırları belirlemek için kullanarak).

Kendini toparlamaya ve daha sessiz konuşmaya başladı ve depresyon ortaya çıkmaya başladı. Benimle kavga ettiğini çünkü ben ümitsizlik ve çılgınlık duygularını yüzüne vuruyordum. Derin bunaltı ve yalnızlığın farkına varmak yerine savaş yolunu tercih etmek daha kolaydı.

Duygularını bildirmeyi sürdürdükçe sadece dinledim. Kendine (benim yerime)saldırıp beni günah keçisine dönüştürmeye çalıştığında onun ailedeki "Hasta Annie" rolünü yeniden yaratma girişimine karşı durdum. ("Ailenin kendi sorunları için birini suçlama ihtiyacını doğrulamak için harcanan zamandan pişman olduğunu bana kendin söylüyorsun ama şimdi de benim sana onlar gibi davranmamı istiyorsun!")

Aklının ona oyunlar oynadığı düşüncesi etrafında panik yaratmaya başladığında yorumum şöyle oldu: "Kaygılarını artırıyorsun. Psikotik değilsin ama kendin olmak ve kendi duygularınla yüzleşmek yerine kendini çılgınlığa sürüklüyorsun". Kendini toplayarak bana kaygısının nedenini söyledi: Son zamanlarda herkes ona ne kadar iyi göründüğünü söylüyormuş ve hasta aile kimliğini bırakmak zormuş. Hala kendini ayartmaya, kendini daha iyi olduğunu kabul etmekten uzaklaştır-

maya çalışıyordu ve bağımlı bir çocuk olarak kalmaya ihtiyacı yoktu.

Tedavinin ilk yılı terapötik çerçeveyi iki esas yolda yeniden belirledi. İlk olarak, Annie'ye tıpkı bir çocuğa öfke nöbetinde kendi kontrolünü yeniden ele alıncaya kadar mümkün olduğunca destek olmak gibi kendiyle ilgili katı sınırları belirlemesinde yardım ettim. İkinci olarak, beceriksiz bölünme savunmasını sorgulayarak Annie'nin gerçeklik egosu ve haz egosu ile ilgili çelişkili hedeflere sistematik olarak karşı durdum - sözgelimi işini korumayı ne kadar istediği, bunu yaptığında onun ne için işe alındığı değil neyin mutlu ettiği veya duyguları zora düştüğünde seanslarını kaçırırken terapiden nasıl faydalanabileceğini düşünmesi gibi. Aslında ödüllendirme birimi olmayı reddetmiştim: Çocuğunun taşkınlık yapmasına izin vererek gösteriyi sürdüren aşırı hoşgörülü anne gibi. Sonuçta beni bir geri çekme birimi olarak'-kekini alıp fazla yemesine izin vermeyen biri gibi- görmeye başladı ve öfkeye kapıldı. Öfkesine karşı geldiğimde, kendi hedeflerini yenmeye yaradığını vurgulayarak depresyonun araya girmesine izin vermeye başladı. Depresyona belli bir hoşgörü gösterilmesiyle çılgınca hareketlerine -"Hasta Annie"- sorumluluktan kaçmak ve gerçek depresyon ve çılgınlıkla ilgili derin his karşısında savunmaya geçmek için kullandığı yapay kendiliğe bir içgörü sağlanmıştı.

Annie çalışmasının ilk yılı sonunda kaotik davranışı, hafifmeşrepliği, hiddeti, içki içmesi ve dükkanlardan hırsızlık yapmasının her zaman büyüme sorumluluğundan kaçınmanın yolları olduğunu çünkü büyümenin ümitsizlik, boşluk, yalnızlık, kendinden hoşnutsuzluk ve çılgınlık hisleriyle ilintili olduğunu fark etti. Bunu yakalamaya başladıkça sınır koymamı içselleştirdi ve kendi manevralarıyla yüzleşti. Davranışı kaydırma kalıbı devreye girdi, böylece kendisi pozitif şekilde harekete geçirebiliyor, kaosun içine daldıktan sonra yeniden dışarı çıkıyordu.

Bu kalıp hala devam ediyor ama daha gerçekçi bir seviyeye yaklaşıyor. Kaçma, düşme, kendini toplayarak yeniden koşma

yeteneğini (bir çocuk gibi) başarıyla test eder görünürken uzlaşma benzeri bir yolda destek için sürekli olarak varlığıma bağımlı kalıyordu. Kendi egosu güçlendikçe kendi süreklilik hissini ortaya koydu. Bu süreklilik hissi, orada olduğum bilgisinden ve hayatın serbest koşmak ve yere düşmek arasında bir tercihten çok her ikisini de içeren bir süreç boyunca gösterilen ustalık olduğunun keşfedilmesinden geliyordu.

O gün bugündür Annie koruma dozunda Nardil'e devam ediyor. Annie, Nardil'in kaygı düzeyini kontrol altında tutmasına yardımcı olduğuna ve böylece daha az paniğe kapıldığına sıkı sıkıya inanıyor. Aynı zamanda ilaçla ilgili sızlanma konusunda kendini izin verdi çünkü bu kendisinin sınırlandırılması anlamına geliyor -bilinçli arzusunun biyolojik süreçlere izin vermek zorunda kaldığı bir nokta.

Terapinin ikinci yılında Annie'nin tedavisinde önemli ilerlemeler görüldü: Seanslar arasında daha fazla içgörü sergilemeye daha fazla duygu ve anı yaşamaya başladı. Seanslar dışında sürekli daha üst bir seviyede işlev görmeye başladı ve daha önce hiç olmadığı şekilde başarı ve ayrılığa hoşgörü gösterdi.

Margaret Mahler, Annie gibi hastaların psişik olgunluğu için kritik gelişim aşamasının iki yollu olduğunu vurgular: Ayrılma ve bireyleşme. Annie gibi savunmaları (eyleme vurma, bölünme, yansıtma) daha ilkel bir seviyede seyreden hastalar için, panik ve zulüm duygularıyla yüklü ayrılma konusunun terk depresyonunun en can alıcı yönünü temsil ettiğini düşünüyorum. Annie, bireyleştikçe, depresyonun dirilişini öngörebiliyor ve bunu bir veya birkaç günden fazla felakete dönüştürmüyor -daha hızlı toparlanıyor ve depresif çöküş daha yüzeysel. Ayrılma konusu -var olmama, misilleme ve her şeye kadir bir kaynaktan silinme- giderek yüzleşmek istediği bir konu haline gelir. Bu yalnızca sağlıklı bir duygusal destekten güven kazanmaya yönelik bir kişilerarası deneyimle ilgili olmayıp, kendini cesaretlendirme veya kendi değerine yönelik iç hissiyatın oluşturulmasına da bağlıdır.

Annie doğrudan bana kızgın olmayı başardıktan sonra (seans sonunda özür dileme veya özür dilemek için seanstan sonra arama ihtiyacı duymadığında) benimle ve terapisiyle ilgili pozitif duygular ifade etmeye başladı. Şöyle diyordu: "Aramızdaki bu ilişkiyi nasıl adlandıracağımı bilmiyorum. Arkadaşım değilsin fakat arkadaştan ötesin. Bu bir tür aşk gibi." Ve ben hem nefret edilen hem sevilen biri olarak benim vasıflarımın nasıl onda da bulunduğunu ve birlikte yer aldığını görmeye başladı. Tutarlı şekilde, coşku ve beceriyle iyi giyinmeye başladı. 15 kilo verdi. İşinde iki yılı tamamladı ve maaşındaki artıştan ne kadar memnun olduğunu söyledi: "Yılda $25.000! *Eski bir deli için bu nasıl olur?*"

Kendini daha yetkin ve daha sağlam hissettikçe daha derine, daha sembiyotik kaygılara inebiliyor ve böylelikle daha güçlü ve iyi bir iç hissiyatın ve olumlu bir içe yansıtmanın oluşmasına tanık oluyordu. Annie duygularının bilincinde olduğunda çalmak ihtiyacında olmadığını fark etti. Böylece şu muhakemeye yaptı, duygunun yerini doldurmak için çalıyordu. Çalmayarak bir deneme yapmaya karar verdi ve sonucunda tuhaf bir olay anlattı. Dairesinde yalnızken "odadaki şeytani güçlerin onu rahatsız etmeye çalıştığını" hissetti. "Bir kâbus gibiydi." Bir dürtüyle annesini aradı (saat sabahın üçüydü) ve "daha önce hiç hissetmediği bir şeyler" hissetti. Sanki annesi "*gerçekten oradaydı*". Bu deneyimi akut hastaneye kaldırılmaları sırasında yaşadığı benzer (fakat çözümlenmemiş) korkunç duygulara benzetti. Ona çocukken kâbus görüp görmediğini sordum (en son hastaneye yatışından önce anne babasıyla uyuma konusundaki ısrarını hatırlıyordum). Evet dedi ve kâbuslardan sonra annesine ağladığını söyledi. Dolayısıyla bu tuhaf deneyim basit olarak bir çocuğun gece ağlaması haline dönüştü, açıklama getirilmesi otuz yıl sürdü ve sonunda Annie kendi varlığının güvenilirliğine inanmayı öğrendi.

Böylece Annie bireyleştirici yolda ilerlemeye başladı ve sağlıklı bir ayrılmayla ilerlemesini destekleyecek içyapısını oluşturdu. Bu bir "ilk" ile doğrulandı (şöyle dedi): Annie erkek

arkadaşını bıraktı ve tamamen sorumlu olduğu bu ayrılıktan güçlü çıktı.

Annie benimle tedavi gördüğü tüm süre boyunca George ile takıldı. Birçok yönden George'un kişiliği Annie'ninkiyle paralellik gösteriyordu, tipik bir borderline çifti olarak değişmeli şekilde birbirlerini kurtardılar ve sarstılar. Birisi iyiyken diğeri kötüydü, sürekli bir kriz halindeydiler ve kısaca hiçbiri bireysel kendilerinden tutarlı olarak sorumlu olmadılar. Fakat nihayet Annie yeter dedi. Ayrılık kolay olmadı ve Annie geriledi. Barlardan içkili telefonlar aldım, kaçırılan seanslar oldu ve Annie bir seferinde George'u getirdi. (Bu tamamen itici değildi, sadece olasılığı tartıştık; Annie gerçeğe daha iyi tutunmasını yardımcı olmak için George'u bir geçiş aracı olarak getirmeye ihtiyaç duyuyor görünüyordu.) Bir süre, Annie kendi duygularını George'unkilerden ayıramadı. Bir kurban mı yoksa kullanıcı mı olduğuna karar veremedi ve onu yanlış anlamaktan korktu ta ki suçundan kurtulabilene ve *kendini hem* kurban *hem de* kullanıcı olarak görene kadar. Sonra onunla gerçekçi bir şekilde uğraşmak daha kolay oldu: Bir üçkâğıtçı gibi ama aynı zamanda bağışlayıcılığını hak eden kafası karışık bir insan olarak kendini korumak durumunda kaldı.

Süreç esnasında ayrılık epik tonlara büründü. Annie başka bir "ilki" deneyerek ailesi olmadan ülke dışına tatile çıktı. Uçuşan renklerle geri döndü ve aldığı hazzı paylaşabilmem için bana fotoğraflar getirdi. Bu tür anların barıştırıcı özelliği aşikârdı ve her zaman böyle bir dönüm noktasını umut eden ancak karar adımını yalnızca hastanın atabileceğini bilen terapist için fazladan bir mutluluk kaynağı oldular.

14

PASİF-AGRESİF AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME

Richard Fischer, Ph.D.

Pasif-Agresif borderline hasta ile yüzleştirme sabır ve tahammülün yanında emredici prosedürlere kaymayı ve yüzleştirmeyi hastanın kışkırtmalarına karşı kızgın bir misilleme olarak kullanmayı reddetmeyi gerektirir. Bu tür hasta pasif-kaçınmacı manevraları kendilik aktivasyonu ve her türlü kendinden-yönlendirmeli girişime eşlik eden terk depresyonundan kaçınma olarak kullanacaktır. Terapistin geri çekilmeyi reddetmesi, hastası daha katılımcı hale geldikçe ve duygulanımını idare etme ve işlev görme yetisini geliştirdikçe ödüllendirilmiş olacaktır.

VAKA: BAY D.B.

Kimlik verileri. Hasta New York City'de tek başına yaşayan 45 yaşında bekâr Katolik bir adam. Prestijli bir firmada mimar olarak çalışırken kariyeri yıllar içinde durgunlaşmış.

Temel şikâyet. Bay D.B., bir arkadaşının tavsiyesiyle Masterson Grup'a başvurdu. Son on yılda az gelişim veya ilerleme sağlayan birçok terapiste göründü. Kendini sıkıntılı, sosyal ilişkilerinde başarısız, mesleki ilerleyişinde yetersiz ve kişiler konusunda şüpheci (onu kendi hırsları için kullandıklarını

iddia ediyordu) hissediyordu ve "duygusal şeylerden kaçınmak için" yıllar içinde aşırı içki sorunu gelişti. Kendini genellikle kontrolsüz, pasif ve kendini göstermekten aciz hissediyordu.

Mevcut Rahatsızlık Geçmişi

Bay D.B., her iş değiştirdikten sonra tedaviye yöneldi ve hala mutsuz olduğunu, işte altında çalışanları yönetmekten aciz olduğunu ve insanların asla onun isteklerini güvenilir şekilde karşılamadığından ve teslimiyetçi rolünü bırakması halinde kendisini terk edeceklerinden dolayı kronik olarak düş kırıklığı yaşadığını fark etti. Terapistleri sömürücü, yargılayıcı ve sorumsuz olmakla suçluyordu. Terapistlerle, kendilerine bir sonuca ulaşmaları ve onu mutlu etmeleri halinde ödeme yapacağını belirten çeşitli "kontratlar" yapmayı denedi. Psikoterapinin etkisiz olduğuna dair birçok makale sıralıyordu.

Hayatı boyunca, ailesi, arkadaşları, kız arkadaşları ve terapistleri arasından çıkarlarını destekleyen "partnerler" aradığını söylüyordu. Her zaman "partner" tarafından kullanıldığını, düş kırıklığına uğratılıp terk edildiğini hissediyordu. Hiçbir partnerin onun çıkarlarını korumadığını veya desteklemediğini iddia ediyordu. İş yerindeki çalışanlara yöneticilik yaparken onların işlerini otomatik olarak yapmadıklarından dolayı kızgınlık duyuyordu. Kendini gösteremediğini hissediyor onların işlerini üstleniyor ve onları sorumlu tutmuyordu. Kendini iş-yerindeki idari sorumlulukların altında ezilmiş hissediyordu. Hayatı boyunca yoğun bir aşk ilişkisinden bir diğerine sürüklenmişti. Kendi başına kalamadığını düşünüyor "duygusal bir denge" yaratmaları için kadınlara ihtiyaç duyuyordu. Sürekli olarak kendini bir kadının taleplerine ve kendisinden beklentilerine uydurma ihtiyacı içinde hissediyordu. Terk edilmenin onu dehşet içinde bıraktığını söylüyordu. İşleri daha da kötüleştirici şekilde genellikle evli veya suistimal edici veya kışkırtıcı olan yetersiz kadınları tercih etmişti. Sözlü ifadeleri, insanların neden onun yaşamından sorumlu olmaları gerektiğine dair belli bir mantığa oturtulmuş sonu gelmeyen ayinler gibiydi.

İlgili Geçmiş Hikâyesi ve Aile Geçmişi

Hasta Florida'da doğmuş ve büyümüştü. Anne babası o 8 yaşındayken boşanmıştı.

Annesini bencil, çıkarcı ve onun ihtiyaçlarını asla karşılamayan biri olarak tanımlıyordu. Kadın onun kötülük duyusunu pekiştirmiş saldırganlığına karşı hoşgörüsüz davranmıştı.

Annesinin çocukluğu boyunca "onu dengesiz kıldığını" söylüyordu. Boşanmanın ardından 14 yaşına kadar annesiyle yaşamış sonra ondan ayrılmış ve huysuz ve mutsuz hale gelmişti. Annesinin sorumluluktan kaçtığını ve onu yalnızca kendi bencilce çıkarları için kullandığını ifade etmişti.

Babasıyla ilgili daha olumlu şeyler hissediyordu. Ancak bir delikanlı olarak babasıyla yaşarken babasının yetişkin hayatının sorumluluklarını kaldıramadığından onu ve annesini terk ettiğini fark etti. Babası hastaya kendisine baktırmak için bir kadın bulmasını söylerdi. Baba, anneden daha destekleyici olmasına karşın ilgisi hastanın onunla aynı fikirde olmadığı yerde kesiliyordu. Hasta babasını yargılayıcı ve onun "gerçek kendiliği" ile ilgisiz olmakla suçluyordu. Duyguları babasınınkilere benziyordu, her ikisi de kadınların ihtiyaçlarına pasif olarak boyun eğmiş ve sonra da bir girdabın içinde kaybolmuşlardı.

Çocukluğunu, içinden gelen kötülük duygusuyla yalnız ve izole olarak tanımlamıştı.

Tedavi Süreci

Hasta bir "kontrat" yapılmasını talep ederek haftada üç günlük tedaviye başladı. Tüm terapistlerin tedaviden sorumlu olmayı reddettiklerini söyledi. Sonuca ulaşmam halinde ödeme yapılması ve sonuç alınmaması durumunda ödemenin kesilmesi konusunda ısrar etti. Psikoterapi araştırmalarının belirsiz değerde hizmet sunduğumu gösterdiğini söyledi. Hayatındaki kadınlara karşı çok kızgın olduğunu söyledi. Kadınlar birçok vaatlerde bulunmuş ve onu her zaman reddedilmiş, terk edilmiş, düş kırıklığına uğramış ve öfkeli şekilde bırakmışlardı. Pazarlığın kendine ait tarafını koruduğunu fakat kadınların kendilerine ait kısmı bozduklarını söylemişti.

Oturup dinledikçe, kızgın ve kışkırtıcı hale geliyor bana bir şeyler yapmam için ödeme yaptığını ileri sürüyordu. İşinde birçok iyi fikri olduğunu fakat insanlar kontratın kendilerine düşen kısmını yerine getirmediklerinden bunların asla gerçeğe dönüşemediklerini söylüyordu. Kendisiyle hizmetlerim karşılığında ödeme konusunda bir anlaşma yapmam üzerinde ısrarcıydı. Bunu reddettiğimde daha kızgın daha talepkar hale geldi.

Kışkırtıcı talepkarlığı konusunda şaşkınlığımı, sıkıntımı ve kızgınlığımı yavaş yavaş kontrol altına aldım. Ona tüm kontratlarının başarısız olduğunu söyledim ve onu kırgınlık ve öfke duygusuyla baş başa bıraktım. Neden bu ilişkiye de aynı noktadan başlayalım? "Sen de tıpkı diğer terapistler gibisin-hesap vermekten kaçıyorsun" dedi. Tüm kontratlarının adil olduğunu söyledi. Pazarlığın kendine düşen kısmını koruduğunu ama kadınların çekilmeye, öfke göstermeye başladıklarını ve sonunda da kendisini terk ettiklerini söyledi.

Bu tepki hemen tanıdık geldi bana çünkü ben de bir ayağımı kapının dışına atmıştım bile. Sessiz kaldım ve geri duruşumu etkisiz bir silah olarak kullandım. Talepleri daha ısrarcı hale geldi. Benimle "bir anlaşma" yapmadan terapiye devam etmeyeceğini ileri sürdü. Gizliden gizliye sözünü tutacağını ve tedaviyi sonlandıracağını düşünüyordum.

Hakaretleri ve talepleri artıyordu; sessiz bir şekilde reddederek oturuyordu; bu tek yönlü bir anlaşma olduğundan düşüncelerini ifade etmeyeceğini söylüyordu. Bir çıkmaza girdik. Kontrat talebinin hayatındaki ikilemin bir prototipi olduğunu fark ettim. Kendilik aktivasyonunu reddediyor, başkalarının onun hayatından sorumlu olmaları yönünde taleplerde bulunuyor ve aciz bir umutsuzluk ve öfkeye kapılıyordu. Yaşamı, her şeye gücü yeten bir bakım sağlayıcı yanılsamasını korumak adına aralıksız sembiyotik ilişki eyleme vurmasına dönüşmüştü. İç çatışmanın bu şekilde sürekli dışsallaştırılması, depresyon ve acılı duygulanımını gizlemesini ve maskelemesini sağlıyordu.

Duygulanımın kısıtlanması ile ilgili terapötik ödevi kolaylaştırmak için, entelektüalize etme ve aklileştirme ile desteklenen dışsallaştırma ve eyleme vurma ile yüzleştirmek zorundaydım. Bir sonraki seansta sorunlarla yüz yüze gelmeye hazırdım. Başarı garantisi verinceye kadar konuşmayacağını söyledi.

Tedaviyle ilgili her türlü şansı yok etme konusunda bu kadar katı olmasının talihsizlik olduğunu söyledim ona. O ise "Asla sorumluluk almayacaksınız" dedi. Sürekli tekrarlanan tepkisi karşısında şaşkına döndüğümü söyledim. Kontratlarını imzalayacak birini bulamadığında fikirlerinin her zaman suya düştüğüne tanık olur gibiydi. Bunun başkalarıyla ilgili bir sorun olduğunu söylüyordu. Ben de "bir yere varmayan hayat senin hayatın olduğunda durum böyle değil" dedim.

Kafası karışmış göründü. İş hayatını kastettiğimi anladı. Parti sona ermiş, tedavi başlamıştı. Bir kez daha denedi ve şöyle dedi: "Belki ben konuşursam sen de cevap verirsen başlayabiliriz." Ben de: "Anladığını sanmıyorum; düşünce ve duygularını sunmak senin işin ve eğer yapmazsan bundan yara alacak olan yine senin tedavindir" dedim. Hafifçe sırıttı ve mahcup mahcup gülümsedi. "Sanırım sizde numaram var." dedi. Tedavinin ilk önemli testi başarıyla geçmiş oldu.

Hastanın sembiyotik ilişkiyi eyleme vurma talebi sarsılmıştı -"kontrat" sembiyotik taleplerinin metaforuydu. Paylaşımcı ortaklık konusundaki bu yanlış algısıyla yüzleştirildi ve bu yaşamındaki yok edici unsur olarak tespit edildi. Hasta bu Yüzleştirmeye olumlu cevap verdi ve bu, savunmayı kontrol etme ve eyleme vurmayı kısıtlama yetisinin bir işareti oldu.

Genel durum tedavinin ilk altı ayı içinde değişti. Hasta işinde kendini pasif ve verimsiz hissettiğini ve yaşamının hiçbir alanında kendini gösteremediğini bildirdi. Kendini atıl ve çaresiz hissediyordu. Aşırı içmeye ve yalnızlık duygularından kurtulmak için kadınları kullanmaya başladı. Ödüllendirme birimine ilişkin taleplerini dış dünyaya yöneltti.

Seansa işinin ilerlemediğinden şikâyet ederek geldi. İlişkileri üzerinde kontrol sahibi değildi. Kendini kız arkadaşları tarafından kuşatılmış hissediyor pasifçe onların isteklerine boyun

eğiyordu. Çıkarlarını koruyamadığını düşünüyor ve kadınlar onu kendi çıkarları için kullandıklarında öfkeden kuduruyordu. İşinin durma noktasında olduğundan ve hiçbir yöne ilerlemediğinden şikâyet etti.

Şöyle dedim, "Oturduğun yerde işinde, kız arkadaşlarında veya bende bir şey olmasını beklersen ne değişir." Çok kızdı: "Bir sürü şey yapmaya çalışıyorum." Ona oturup kendisi için bir şeyler yapılmasını beklediğini ancak Godot'yu beklemenin bu duruma hiçbir katkı sağlamayacağını söyledim.

"Kontrat" ve tezahürleri bir kez daha sarsıntıya uğradı. Düşünceli bir hal alarak onu kendi çıkarları uğruna kullanan narsisist annesi hakkında anılar üretti. Onun değişmesi için pasif bir şekilde oturup beklemişti ve annesi asla değişmemişti. Babasının daha destekleyici olmasına karşın kendini düşünerek onu ve annesini terk ettiğini düşünüyordu. Kadınlar konusunda babasını kendisiyle aynı derecede zayıf ve yetersiz görüyordu. Kendisinin de ve babasının da zayıf öz-saygılarını pekiştirmek adına kadınları kullandığını söyledi. Babası ona birçok kadını olmasını ve tüm yumurtaları tek sepete koymamasını öğütlemişti; bu şekilde daha az incinebilir olacaktı. Babasının felsefesinin mantıklı geldiğini söyledi.

Kendini bu kadar çabuk bırakmasının ve böylece her açıdan daha savunmasız hale gelmesinin talihsizlik olduğunu söyledim. Şöyle dedi: "Bu beni çok üzüyor. Her şeyi idare etmek bana kalıyor. Sanırım bu beni aşıyor. Bir içsel kötülük duygusuna kapılıyorum ve bununla başa çıkamayacağımı düşünüyorum." Bir destek ordusunun bunu onun için asla yapamayacağını söyledim ona. Duygulanım kısıtlaması fikri aşılanmıştı aynı şekilde çatışma da kafasında yer etmişti.

Bu hasta kendilik aktivasyonu konusunda inanılmaz sorunlar sergiliyordu. Kontratlar yaparak ve başka kişilerin kendisi için yerine getirecekleri talepler yaratarak her türlü kişisel sorumluluktan kaçmayı başarmıştı. Bununla yüzleştirildiğinde de terk depresyonu daha açık bir biçimde ortaya çıktı.

Bir yıllık tedavinin ardından, seansına panik ve ümitsizlik duygularıyla gelmişti. Kız arkadaşıyla bir olay yaşamış, ona

kendini daha iyi hissettiğini söyleyecekti ve kız da bu yaşantısını onaylayacak ve doğrulayacaktı. Kız arkadaşı dinlemeyi reddederek kendini çekti ve o da panik ve öfkeye kapıldı. Kızın ilişkide "paylaşmaya" yanaşmadığını ve "bu yüzden kendini bu kadar kötü hissettiğini" söyledi.

Ona bunun paylaşmak değil daha çok kendini kız arkadaşının üstüne yıkmak olduğunu söyledim. Öfkeden çılgına döndü. Eğer kız arkadaşı bu şekilde kendisine yardımcı olmasaydı oda kızgınlık, kıskançlık ve depresyon duygularıyla baş edemeyebilirdi ki ilişkide bunun için değil miydi? Bir kadının duygularını onun için yönetmesinde ısrar etmesi halinde ilişkilerinin başarısız olacağını söyledim.

Panik ve öfkeye kapılmaya başladı. Babasının ona kendini bu duygulara asla kaptırmamasını ve bu iç çalkantıdan korunmak için hayatında birçok kadın olmasını söylediğini dile getirdi. Ona babası ve kendisinin sorununun aynı olduğunu ve her ikisinin de bağımlılığı yüceleştirirken bunu bir sanat haline getirdiklerini söyledim. Babasının çocukluğu boyunca onu annesinin kişiliğine yönelik saldırılarından koruyarak bir yanılsamaya yol açtığını anlattı. Tedavinin bu yanılsamayı ortadan kaldırması halinde içsel kötülük hisleriyle baş başa kalmaktan korkuyordu.

Eyleme vurma yüzleştirmeleri ve ödüllendirme birimine yönelik talepler hastayı daha depresif bir hale soktu. Adaptif işlevleri gelişti ve kadınlarla ilişkileri hala yapışmayla nitelendirilse de daha az kaotik hale geldi.

Bu hastanın babası onda korumayla ilgili bir yanılsamaya neden olduysa da her iki ebeveyni de hastanın gerçek kendiliğini hor görerek ve değersizleştirerek ele aldı. Dolayısıyla kendilik aktivasyonuna yönelik her türlü arzu ajitasyona, depresyona ve bağımlı yapışmaya doğru bir hamleye yol açtı. Gerçek kendiliğe yönelik annenin aşağılamaları ve kendilik aktivasyonundan kaçındıran baba tavsiyesi bir araya geldiklerinde şu ikileme neden oldu: Kişisel sorumluluktan kaçmak için sürekli mücadele veren bir adam ve her türlü kendilik ifadesine ve gi-

rişimine eşlik eden depresyon. Sonuç ise işinde durgunluk ve çalkantılı ilişkilerdi.

Tedavinin bir sonraki aşamasında, hasta rüyalarına, duygularına, anılarına ve bakım sağlayıcılarına yönelik öldürücü öfke ve onarıcı güdülerle şekillenen fantezilere daha fazla dalmaya başladı. Rüyaları gelgit dalgalarında ve volkanik patlamalarda ölen insanlara odaklandı. Domuzları bıçaklayıp sonra da kan akışını durdurma ihtiyacını hissettiği rüyalarla gizem daha da kalktı. Otomobiliyle insanların üzerinden geçtikten sonra geriye dönüp arkadaki hasara baktığı rüyalar da gördü. Daha sonra kendini biraz küçük düşüren bir çocukluk arkadaşını öldürmeye çalışması ve ancak dışarıdan ailesinin etkisiyle durdurulmasına ilişkin erken dönem anılarını hatırladı. Ne kadar kızgın olduğunu, ailesinin onu ve kendi başına olmaya yönelik öfkesini nasıl önlediğini fark etti.

Seansları artık daha fazla kendi yönlendiriyor ve benim yönlendirmeme yönelik talepleri kayboluyordu. Hasta artık tek başına çalışıyordu ve tedaviye duygusal anlamda katılıyordu.

Eyleme vurma ve kendiliğin duygusal olarak yeniden deneyimlenmesi bu hastayla yapılan çalışmada gösterildiği gibi karşılıklı olarak müstesnaydı. Hasta kızgınlığından korkmaya başlayarak yalnızlık ve izolasyon duygusu hissetti. İçmeye ve kadınlara yapışmaya başladı, işi de bu durumdan nasibini aldı. Hastayı yüzleştirmeli ve bu davranışlarını duygulanımıyla ilgili rahatsızlığı ve özellikle öfkesiyle ilintilendirmeliydim. Hasta kızdı ve şöyle dedi: "Sizin hissetmeniz gerekmiyor -ben hissediyorum." Ben de şunu söyledim: "Bir kez daha 'ortağınız', duygularınızdan ve kendinizden kaçınmanıza yardımcı olmak için devreye girdi." Sessizce oturdu, geri çekildi ve çalışmayı reddetti. Bu duygularla yüz yüze gelemeyeceğini söyledi ve ona yardımcı olma konusunda isteksiz olduğumdan şefkat gösteremedim. Bu duyguları idare edebileceğine ve buna kendini adamadıkça tedavisinin duraklayacağına inanıyordum. Kızgın bir şekilde kapıyı çarparak çıktı.

Kendilik aktivasyonunda sorun yaşamaya başladı ve çalışanlarını yönetmede yetersizdi. Bu konuda ustalaşamadığını söyledi. Ben de ona *yapmamakla*, *yapamamak* arasında fark olduğunu söyledim ve işini yönetme konusundaki inanılmaz direncine ve tedavi sırasındaki duygularına yoğunlaştım. Kendini ortaya koymayı şiddete eşdeğer tuttuğunu fark etti. Annesinin kendisinden pasiflik beklediğini ve genç, enerjik bir oğlanla başa çıkma konusunda çok sıkıntılı olduğunu hatırladı. "Kötü halimi her zaman doğruladı. Kendi çıkarlarımı düşünmek ve onların peşinde olmak benim için her zaman çok zordu. Bir şeyleri hak ettiğimi veya değerli olduğumu hissetmiyordum. Sanki yeryüzündeki yerimi meşrulaştırmam ve sonra kendimi boşvermem gerekiyordu. Her şey o kadar ümitsiz görünüyor ki."

Tedavinin başından itibaren, Bay B. Tedavisini mali olarak desteklemeleri için başkalarına sırtını dayıyordu. Babası artık daha fazla para veremeyince büyükbabasından kendisine kalan küçük bir vakıf fonuna dayandı. Tedavisini sürdürmek için gelirini özel danışmanlık yoluyla takviye etmesi gerektiğini gördü. Kendini sıkışmış, hareketsiz ve hiçbir işi takip edemez durumda hissediyordu. Kendisine daha büyük bir fon bırakılmamış olmasından yakınıyordu. Ben de şunu dedim, "Kancanın uçsuz kısmını dahi bırakmıyorsun." Güldü ve neden mevcut işine müdahale etmeyen ekstra işler peşinde koşamadığı konusunda çeşitli aklileştirmeler ortaya koydu. Ona işine engel olacak tek şeyin çıkarlarını takip etmeyi reddetmesi olacağını söyledim. Birlikte çalıştığı kişilere, kız arkadaşlarına, ailesine ve bana iyi iş çıkaramadığımız gerekçesiyle kızmaya başladı.

İş kendisine ait olduğunda ne kadar öfkelendiğini ve işi yapabilecek veya bozabilecek olanın yalnızca kendisi olduğunu gösterdim.

Bu kendilik aktivasyonu ve kendini finansal olarak destekleme ihtiyacı mali olarak önemli bir açmaza yol açtı. Seanslarda uyumaya başladı, işini organize edemez durumdaydı ve yaşamında genel bir atalet hissetti.

Tedavisini desteklemeye yardımcı olma konusunda kendini harekete geçirmeyi reddetmesiyle yüzleştirdim. Bu davranışın, önceden birçok projenin altını oyduğu gibi tedavisini de yıkacak tek şey olduğunu söyledim. Güldü veya kızdı, bana ne isterse onu yapabileceğini söyledi. Yaşamını kontrol ettiğim konusunda ısrar etti ve geri çekilerek huysuz ve aksi bir tavır aldı. İşi tehlikeye girmişti ve mali durumu bozulmuştu. Bu noktada belki de hastanın kendilik aktivasyonu yapamadığını ve terk depresyonu üzerine tam bir derinlemesine çalışma yapamadığını hissettim. Belki de öfkesi o kadar büyüktü ki aşırı bir savunma ve gerileyici/regresif bir çekilme gerektiriyordu. Hastaya tedavisinin akışını değiştirme konusunu açtım. Ona daha ileri gitme konusunda yetersiz veya isteksiz göründüğünü ve belki de her türlü semptomatik gelişimi korumakla birlikte haftada bir seferlik seanslara geçmenin daha uygun ve daha ekonomik olacağını söyledim. Hasta deliye dönerek annesi gibi yargılayıcı olduğumu ve babası gibi kuyusunu kazmaya çalıştığımı söyledi. Kendisi için en iyisini biliyordu ve yoğun analitik tedavi istiyordu.

Bir seans sırasında, seans boyunca sivilcelerini koparma davranışı üzerine odaklandım. Bunun çok eski bir alışkanlık olduğunu ve sıklıkla cildinde bıçak delikleri açtığını söyledi. Sonra çocukluğunda bir oğlanı bıçaklama girişimini ve annesinin cildinin ne kadar hassas olduğunu hatırladı. Cinayet içeren rüyalar görmeye başladı ve annesini bıçaklamak üzerine bir rüya gördüğünde panik hissetti. Her gün öfkeleniyordu. Şöyle dedi: "İçimde bir patlama hissediyorum. Bu tıpkı püskürmek üzere olan bir volkan gibi." Bu arada uyku ve içki sorunu azalmaya başladı.

"Babamın bana yalan söylediğini ve annemin beni istemediğini şimdi anlıyorum. Kendimi sürekli yaralıyordum çünkü hayatta kalmanın yolu buydu. Annemin hiddetini yuttum ve bir dolu içkiyle aşağılara ittim. Bunu yapmasaydım onu gerçekten öldürmek isteyebilirdim." Zaman zaman bu şiddetli öfke panik duygularına yol açıyordu. Şöyle diyordu: "Bu seansı bırakmak istiyorum. İçimdeki patlamadan korkuyorum. Her-

kesten nefret ediyorum. Onlardan beni kazıkladıkları için nefret ediyorum. Bir yetim olsaydım daha iyiydi. Bana bunu gösterdiğiniz için sizden nefret ediyorum."

Sonra oturdu ve konuşmadı. Ona bana olan nefretini ifade ettikten sonra geri çekildiğini söyledim. Bu duygularla gerçekten bu şekilde mi başa çıkmalı? Bu hasta şu anda annesine boyun eğdiği ve nefretini içselleştirdiği veya narsisist babası olduğu ve onunla özdeşleştiği çocukluk ikileminden çıkıyordu. Babasıyla kurduğu özdeşim, yıkıcı ve nefret dolu bir anne tarafından yutulmaya karşı önemli bir savunma olmuştu.

Seanslardaki varlığı ilerlemenin kanıtı olmasına karşın, işi veya kendini finansal olarak destekleyecek her türlü girişim konusunda konuşmuyordu. Onu sorguladığımda cevap vermeyi reddediyordu. Patronunun (babası gibi) onu kıskandığını ve başarısını baltalamak istediğini söylüyordu.

Ona bu noktada bir yorum yaptım. Ona babasını korumak için kendini yok edici bir şekilde hareket ettiğini söyledim ve kızacağım ve kendi-gelişimi ve ilerlemesine yönelik gösterdiği her türlü çabaya dil uzatacağım korkusuyla benimle gelişmesini paylaşmayı reddettiğini söyledim. "Haklısın -bu çılgıncabazen herhangi birinin benim tarafımda olduğuna ve bu hareketleri desteklediğine inanmak zor. Benden nefret ediyorlar ama benim kendimden nefret etmem gerekmiyor" dedi.

Daha sonra işindeki gelişimini: işini desteklemeye yönelik çabalarını, yayınlarını ve bazı iş fikirleri geliştirme planlarını paylaşmaya başladı. Gülümsememi gizleyemiyordum. "Başarımdan hoşlanıyor gibisin ve bu bana kendimi iyi hissettiriyor" dedi. Açıkçası, bu hastanın kendilik aktivasyonuna yönelik girişimi, davranışını gizleme savunması gerektiren geri çekilmiş, çok kaba, ilkel ve saldırgan bir parçayı da tetiklemişti. Zaman zaman, bu durum karakterine paranoid ve şüpheci bir yön getiriyordu. Bu noktadaki yorumum yeni bir düzey ilişkilendirme sağladı. Kendini engelleme ve bakım talep etme veya kendini çekme ve koruma yerine, çalışmayı ve paylaşmayı öğrendi.

Hasta artık içkisini, uykusunu ve kaçınmacı ve gerileyici davranışını frenliyor. Düzgün ve tutarlı bir şekilde çalışıyor.

Son olarak birçok sorunlu çatışması olan bir kadınla ilişki kurdu. Artık yaralanma korkusunu kız arkadaşının öfke ve sorunlarıyla frenlemeye çalışıyor. Sonlandırmayı düşünmeden önce birlikteliği konusunda hala daha çok çaba göstermesi gerekiyor.

ÖZET

Bu bölüm eyleme vuran pasif-agresif borderline'a yüzleştirmenin kullanımını örneklendirmektedir. Hastanın eyleme vurması, çatışmayı dışsallaştırması ve aklileştirmeleri belirgin terk, hiddet duygularından ve çocuksu objelere ait düş kırıklığından kaçınmasını sağlayan yerleşik bir yaşam kalıbı haline gelmiştir. Süreç aktarım eyleme vurumunun yüzleştirmenin duygulanımını ve dış dünyaya ait çatışmayı intrapsişik alana yönlendirmede nasıl kullanıldığını göstermektedir. Eyleme vurma ve yüksek duygulanımdaki azalma tedavinin doğru yönde ilerlediğine dair açık işaretlerdir.

Diğer yandan, entelektüalize etme, aklileştirmeler, eyleme vurma ve duygulanım noksanlığı savunma hareketini ve artan yüzleştirme ihtiyacını gösterir.

Nötr terapötik bir duruşu koruyarak, terapist aynı zamanda duygulanımın sınırlanması ve tedavi sırasında çalkantılı döngülerin idaresi konusunda tanımlayıcı model görevi yapar. Hasta kendini aktive edebilir ve ancak terapist tüm kaçınmacı manevraları eyleme vurmayı yüzleştirmeyle engellediğinde acı veren duygulanımla yüz yüze gelebilir.

15

YAPIŞMA VE ÇARESİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME

Karen Dean Fritts, Ph.D.

45 yaşında beyaz bir kadın olan Bayan S., bir yıl öncesine kadar kendisini yaklaşık altı yıl boyunca gören bir psikolog tarafından gönderilmişti.

Önceki terapisi kontrol edilemeyen ayrılık kaygısına yol açan önemli bir kayba bağlıydı. 20 yıllık evliliğini sonlandırması sonucunda "bir sinir krizi" geçirdiğini bildirmişti. Kocası onun çaresiz, aşırı bağımlı davranışından yakınarak onu terk etmişti. Kadın biten evliliğinin ardından geçen ayları hayatının en kötü günleri olarak tanımlamıştı. "Sanki ölecek gibiydim. Aylarca etrafta zombi gibi dolaşıp durdum. Durmadan ağladım. Doğru düşünemiyordum. Nasıl başa çıkacağımı bilmiyordum. Vücudumun bir kısmı sanki yokmuş gibiydi. Aklım karışıyor panik oluyordum. Bir gün tamamen dağıldım; içimde bir şeyler çaktı." İşte o zaman ilk kez tedavi yolu aradı.

Altı yıl sonra tedaviye dönüş nedenleri belirsizdi. Depresyondan, cansızlıktan ve yaşama duyulan isteksizlikten, amaçsız bir şekilde yaşamda sürüklenmekten şikâyetçiydi. Genellikle kafasının karışık olduğunu ve düşünce veya duygularını anlamadığını ekledi. Yaşamında "mükemmel" bir alan olan ve kendisini bir bütün kılan mevcut evliliğini tanımlarken, tutu-

mu mutluluğa dönüşüyordu. Boşanmasından sadece haftalar sonra tanışıp evlendiği kocası sevgi doluydu ve onu tamamen mutlu etmişti. Zafer dolu bir edayla *hiçbir* "anlaşmazlık" yaşamadıklarını açıkladı. Kocası evdeyken ve onun yanındayken kendini iyi hissediyordu. Ama işte veya evden uzaktaysa üzgün, neşesiz ve "boş"tu. Arada erkeksiz yaşamanın ne kadar korkunç olduğunu belirtti.

Özgüven eksikliği duyduğundan söz etti; kendini başkalarına hoş görünmeye ve onların onayını almak için görüş ve fikirlerini benimseye mecbur hissediyordu. Oldukça konuşkan olmasına karşın kendini aptal, başkalarından daha az bilen ve düşüncelerini ifade etmekten aciz olarak tanımlıyordu. "Başkalarına ne düşündüğümü anlatmaya çalıştığımda, ortalık her zaman karışıyordu." Karar verirken zorlandığından şikâyet etti. Ne giyeceğine, ne yiyeceğine ve boş zamanlarında ne yapacağına karar vermek için başkalarından yardım istiyordu. Aslında, oldukça güzel bir kadındı; ama kendini çok büyük kusurları olan çok az çekici biri olarak görüyordu.

Bayan S., gerçek kendiliğindeki noksanlığı şöyle özetledi: "Kendimi bulabileceğimi sanmıyorum. Hayatım gri ve düz. Hiçbir şey ilgimi çekmiyor. Yetişkin bir kadınım ve her şeyden ve herkesten korkuyorum. Sürekli başkalarının benimle ilgili düşüncelerinden dolayı kaygılıyım. Kendi başıma bir şeyler yapamıyorum ve içimden ne geçtiğini anlayamıyorum." Başka bir "sinir krizi" geçirmekten korktuğunu söyleyerek sözlerini tamamladı.

Bayan S. tedavisine başladığında çocukluğuyla ilgili yarım yamalak anıları vardı. Savunma sistemi yüzleştirmeye boyun eğdikçe hikâyesi aylar içinde yavaş yavaş su yüzüne çıkmaya başladı. İki kardeşin küçüğüydü ve kendisinden 4 yaş küçük bir kız kardeşi vardı. Annesi ve babası o 3 yaşındayken boşanmıştı. Babasını hoş bir adam olarak tanımlıyordu fakat babası kendi hayatı ve özel ilgi alanlarına çok fazla yoğunlaşmıştı. Onu çok az görüyordu ve çok fazla özlüyordu. Yaşamındaki eksikliğini çok çabuk dile getirmişti. Anne babası boşandığında babası artık seyrek ziyaretlerde bulunan bir kişiydi. Ama

ziyarete geldiğinde de anne ve babası zamanı çok ağır kavgalar ederek geçiriyordu. Tek bir söz söylemeden çekip gittiğinde kendini son derece üzgün hissediyordu.

Anne ve babası ile arasındaki ilişkiyi kaotik bir kâbus olarak tanımlıyordu; "Sanırım annem ondan nefret etti ve varlığını ondan nefret etmeye adadı. Beni babamın ona yaptıkları için cezalandırdı." Annesinin babasının ahlâksız davranışına yönelik suçlamaları hastayla ayrıntılı şekilde paylaşıldı. Annesinin kendisiyle arkadaş gibi konuşmasını hatırladı. Annesinin sırdaşı haline gelmek ilişkilerinin temelini oluşturmuştu. Hasta annesini korkutucu "siyah" halleri olan duygusal bir kadın olarak tanımlıyordu. Bu siyah haller öfke patlamalarıydı. Anne zaman zaman kavgaları tetikliyordu. Çığlık çığlığa bağırıyor, veryansın ediyor ve hastayı sözlü ve fiziksel olarak azarlıyordu. Uzun konuşmalar Bayan S.'nin zihni ve kafası karışana ve affedilmek için yalvarana dek devam ediyordu. Bu saldırılara neyin neden olduğunu veya neyi "yanlış" yaptığını nadiren anlıyordu.

12 yaşına geldiğinde, Bayan S. babası ve kız kardeşinden yardım istedi. Ablası saldırılardan muaftı. Anne ayrılırken kendini ablayla özdeşleştirmiş geri çekilme mekanizmasını hastaya yansıtmış ve kendi zavallı yaşamından onu sorumlu tutmuştu. Hastanın etrafındakilerden yardım alma girişimleri başarısız olmuştu. Babası durumun düşündüğü kadar kötü olmadığını söylemişti ona. Kendi iyiliği için bu "üzüntülerden" "yabancılara" asla söz etmemeliydi. Babanın Bayan S.'nin gerçekliğini desteklememesi savunmacı kendiliği daha da sağlamlaştırdı. Görmezden geldiği ve gerçeklik algılarını ve kendilik-ifadesini saptırdığı kapalı ve açık talepleri vardı. Böylece yıllar geçti ve küçük kız ofisimde oturup gerçeği kavrayamadığından ve başkalarına da yeterince ifade edemediğinden acı bir biçimde yakınan bir yetişkin haline geldi. Bozulan ve yapay bir kendilikle yer değiştiren gerçek kendiliğini ifade etmek erken dönem anılarını canlandırdı. Uygun olsa da olmasa da kendini bir şekilde dış dünyaya uyarlayan (gereklilikten dolayı) şikâyetçi çocuk, şimdi bir yetişkin olarak gerçeği algılayamama,

kendilik-aktivasyonu, yetkinlik, kendilik-ifadesi, doğallık, yaratıcılık ve samimiyet gibi hayati konularla mücadele ediyordu.

Babanın tehdit ve ikazları, anıları su yüzüne çıkıp ifade bulduğu her defasında onu uyarmayı sürdürüyordu. Doğallığın en ufak tezahürünü yoğun bir suçluluk, özeleştiri ve cezalandırma korkusu takip ediyordu. En çok korktuğu şey ise terk edilmekti. Bu acılı anıları tetiklememek için yaşamını kaçınarak ve reddederek geçirmişti. Çelişkili olarak ortaya çıkan şey ise ilkel savunmaları yoğun bir biçimde kullanarak kendini tamamen terk etmek olmuştu. Yasaklanmış olanı yani kendi gerçekliğini ifade etmekte bocalamıştı.

Hastanın annesi zor bir çocuk olduğunu ve kimsenin onu sevmediğini söyleyerek onu açık ve kapalı şekilde uyarmıştı. Yanı sıra, annesi Bayan S.'yi azarlayıp ona saldırıyor, sonra da ona özel ve sonsuz bir sevgi sözü veriyordu. Anne onu anlayabilecek, sevebilecek ve koruyabilecek tek kişi olduğu konusunda tekrar tekrar güvence veriyordu. Bu özel ve ayrıcalıklı sevgi vaatlerinin karşısında Bayan S.'nin "iyi bir kız" olmaması halinde "Annenin babanın yaptığı gibi onu terk edeceği" tehdidi yatıyordu. Bayan S. bu karmaşık hatıralardan anlam çıkarmakta zorlanıyordu. Bu çift taraflı zalim ve açık mesajlar, sevgi ve güvenliğin kaybedilmesi tehdidiyle birlikte hastanın yaşamının dehşeti haline geldiler. Bayan S. gerçeklik ve kendilik ifadesinin terk edilmeyle bağlantılı olduğuna inanmaya başladı.

Yaşamın ilk yıllarında başarılı ayrılma-bireyleşme deneyimlerine ilişkin bir hikâye yoktu. İlkokulu mutsuz ve korkutucu olarak hatırlıyordu. Evde annesiyle kalmak için sık sık hasta numarası yapıyordu. Evden uzaklaşmasını gerektirecek faaliyet ve ilişkilerden kaçınmıştı. 19 yaşına kadar annesiyle yaşamış, onun ayrılmaz yoldaşı olmuş ve onunla aynı yatak odasını paylaşmıştı. Bu sırada evlenmiş ve annesinden yalnızca üç blok öteye taşınmıştı.

İyi bir öğrenci olmamasına karşın öğrenmeyi sevdiğini belirtmişti. Üniversiteye gitmeyi hayal etmiş fakat bunun "imkânsız bir düş" olduğunu hissetmişti. 18 yaşındayken üniversi-

te kurslarını denemiş ancak sömestr bitmeden haftalar önce sıkılmış ve bırakmıştı.

Geç ergenlik döneminde, hayatta kalmanın kesin olan tek bir yolu olduğuna inanmıştı. Düşünceleri evlilik düşlerine yönelmişti. Onu sevebilecek ve ona bakabilecek bir adam bulmak yaşama amacı haline gelmişti. Asla annesi gibi, yalnız ve üzgün olmamaya yemin etmişti. Savunmacı kendilik iş başındaydı. Kendini ağırbaşlı, çaresiz, çocuk gibi bir kadın olarak tanıtıyordu. Kendisine bakacak bir adamı bulamazsa lanetleneceğine inanmıştı. İlk kocasıyla tanıştı ve hemen evlendi.

19 yaşında evlilik "güvencesiyle" kendini bir şekilde güvende hissederek bir kez daha üniversiteye girmeye çalıştı. Bu defasında bırakmadan önce finaller hariç akademik dönemi sonlandırmaya kadar gitti. O sırada ilk panik atağını ve klostrofobi semptomlarını gördüğünü belirtti.

On yıllık evliliğin ardından kısa bir süre çok katlı bir mağazada satıcı olarak çalışmaya başladı. Birkaç hafta sonra bu işi sıkıcı ve keyifsiz buldu. "Fazla sıkılmadığım halde evde olmayı özlüyordum." İşi bıraktı ve bir daha da işe geri dönmedi.

İntrapsişik yapısı, sevecen, kucaklayıcı, gerileyici ve uygunsuz davranış şeklindeki tam itaat karşılığında "en iyi dost" olmayı vaat eden ödüllendirici parça nesneden oluşuyordu. Örtülü anlaşma yaşama karşılığında gizli kendiliğini ifadeden sakınmaktı. Geri çekilen nesne tarafı beklenen sadakatten her türlü sapmada onu yaralayacak olan saldırgan, öfkeli bir anneden oluşuyordu.

Ödüllendirici parça-kendilik temsili etrafındakileri memnun etmek ve onlara uymak için gerçek kendini rafa kaldıran iyi, uyumlu, tatlı çocuktu. Bayan S., "özel, tatlı, değerli kadın" olarak görülmeye büyük değer veriyordu. Geri çekilen parça-kendilik temsili en basit görevleri yerine getiremeyen aptal, gösterişsiz bir serseme aitti. İntrapsişik resim hastanın ibret verici çaresizliğini anlatır.

Gerçek kendi gelişmemiş ve son derece kırılgandı. Bayan S., gelişimi engellenmiş kendilik ifadesi, aktivasyonu ve yetkinliği kapasitelerini ortaya koyuyordu. İlişkilerinde kendini ra-

hatlatabilmek ve yetişkin vaatlerinde bulunabilmek ve bunları tutabilmek adına sürekli mücadele veriyordu.

Bu yoksunluklar genel olarak yaşamını idare etme konusunda belirgin genel zorluklara neden oldu. Savunmacı kendilik, kendi bireyleşmesi pahasına etrafındaki herkese yapışma tutumuyla intrapsişik denge ve güvenliği garanti edecek şekilde işliyordu.

Psikoterapi başlangıçta savunmacı kendiliğin seanslar sırasında kendini idare etmede çaresizlik ve karmaşa şeklinde temsil edilmesiyle seyrediyordu. Nazik fakat tutarlı bir şekilde terapötik seansların güveni içinde ona bugünkü yaşamına ilişkin düşüncelerini, fikirlerini ve duygularını neden ifade edemediğini hissettiğini sordum.

Seanslarında bunu yapmada güçlük çekmesine karşın, unutulmuş deneyim ve duyguların hatıralarıyla dolup taşmıştı. Gerçekliğinin annesinin gerçeklik duygusu tarafından engellendiği gençlik yıllarına ilişkin durumlar hatırlamaya başladı. Seanslarında bir yandan ne kadar tehlikeli olduğunu anlatırken kendini ifade etme arzusuyla da mücadele ediyordu. Çocukluk anılarını anlatırken annesinin davranışlarını minimize etmeye ve bunlar için bahaneler bulmaya çalışıyordu. Bunu neden yaptığı konusundaki merakımla onu her defasında bununla yüzleştirdim. Ona, annesini savunmak ona her ne kadar kendini iyi hissettiriyorsa da annesi hakkındaki *inançlarını* koruma adına kendi gerçeklik algılarından vazgeçme isteğinin bugün neyi ve nasıl hissettiğini bilememesi ve seçtiği arkadaşlarına yönelik kronik kızgınlığı gibi tüm yaşamını kaplayan sorunlarına ve mevcut şikâyetlerine neden olduğunu söyledim.

Tedavinin en başından beri Bayan S., benden seanslarını yönetmemi istedi. Sessiz bir şekilde oturduğumda bana birçok soru sordu ve "beni okuyamadığında" korkmuş göründü. Sorularını doğrudan yanıtlamak yerine sorularının anlamını sorguladığımda hemen her zaman "bilemiyorum" diye cevap verdi. Neyin yanlış olduğunu anlayıp anlamadığımı sürekli sordu.

Ben soruları sormalı ve cevapları bulmalıydım. Aklımda Masterson Yaklaşımı ile terapide bu noktadaki hasta cevapla-

rındaki benzerlik öngörülebilirdi. Aslında benimle birlikteyken çaresiz davranışı ile hayatındaki gerçek sorunları özetleyip özetlemediğini merak ediyordum. Yaşamını yönetmek ve kurmak ve bunu tek başına yapmak için kendi yeteneklerini kullanmak yerine etrafındaki başkalarına bakmaya kararlı görünüyordu. Kendi yaşamını yürütemediğini hissettiğinde *bu* araştırmayı haklı çıkarıyordu. Tedavinin başlarındaki sessizliklerim her zaman annesininkine benzer bir geri çekilme olarak görülmüş ve hissedilmişti. Yansıtmalarıyla yüzleşerek kendi araştırmasını yapması için onu cesaretlendirmeye yönelik desteğim ve kararlılığım ona terapötik süreci annesinin davranışından ayırmasında yardımcı oldu.

Beni ona dikkat etmemekle suçlamaya devam etti çünkü aslında onun yerine sorumluluğu almamıştım. Bununla tekrar tekrar kendi adına çok iyi yapabileceği bir şeyi neden benim yapmamı istediğini merak ettiğimi dile getirerek onu yüzleştirdim. Cevabı "yapamıyorum" oldu. Sessiz dinlemelerim ve onun çaresizlik duygularına ilişkin ortaya çıkan araştırmalar düşüncelerini tanımlamaya ve bunları dile getirmeye yönelik küçük adımların atılmasını sağladı.

Duygular su yüzüne çıkmaya başladıkça kaçınma, reddetme yansıtma veya yapışma gibi çeşitli savunmalarla uzaklaşırdı. Gerçek veya doğal bir duygu veya düşünceyi ifade eden herhangi bir açıklamada bulunduktan sonra sık sık bana bakardı. Ya bana bir soru soruyor ya da kendi yanıtına cevap vermemi isterdi. Yavaş yavaş terapi derinleştikçe bu süreci sorgulayarak onu yüzleştirdim. "Neden kendini ifade edip iyi hissettikten sonra doğrulama ve onay için hemen bana bakıyorsun?" En basit iletişimin bile ne kadar acı verdiğini anlamaya başladığında gözyaşları sel olup aktı. Özlem duyulan kendini-ifade etme desteğini elde etmeye yönelik "kontrol etme" dürtüsünü anlamaya başladık. Kendini ifade ettiği her seferinde sözlü olarak saldırıya uğramayı beklediğini anladı.

Harekete geçmesini sağlayan yüzleştirmelerim sayesinde seanslarında dikkatle egemen olmaya başladı. Bu tür bir tedavinin onun için ne kadar rahatsız edici olduğundan şikâyet etti

ama aynı zamanda içinde bir şeylerin değiştiğini söylemeye başladı. İç dünyasını tanımlıyor ve keşfediyordu. Seanslarında yüksek sesle konuştuğunu ve kendini dinlediğini hızla fark etti. Kaçındığı, reddettiği veya yansıttığı zaman kendiyle yüzleşmeye başladı. İç sesi ve saldırısı sürekli araya girmeden kendi düşüncelerini duymak ona yabancı olan bir şeydi.

Tedavinin başlamasından aylar sonra ilk kocası hakkında annesininkine oldukça benzer bazı olgular sundu. Örneğin kocası onu azarlıyor ve utandırıyordu. Adam kadının özür dilemesi için aksilikler yapıyordu. İlk evliliğini hatırladığında onu çok özlediğini söyleyerek ağlamaya başlıyordu. Şimdiki kocası daha nazik ve çok daha anlayışlı olsa da onsuz kendini kaybolmuş hissediyordu. Annesiyle ilişkisini onarma arzusu yirmi yıllık evlilik boyunca geçerli olmuştu. Kendisine kötü davranan ilk kocasını neden özlediğini ve neden daha nazik ve sevecen olarak tanımladığı şimdiki kocasına karşı nispeten ilgisiz göründüğünü merak ediyordum. O sırada geçmiş hayatıyla ilgili bağlantılar kurmamıştı. Ben hevesli olduğum halde bu bağlantıyı ona sunmaya karşı direndim.

Sessiz kalmak kolay değildi. Masterson Yaklaşımını kuramsal bir yapı olarak kullanmak içeri adım atmadan önce dürtülerimi incelememi sağladı. Çaresiz ve umutsuz tabloyu sürekli belirsiz bakım ve kurtarma fantezilerimi uyarıyordu. Kontrol edilmedikleri takdirde bu fantezi seansta eyleme vurulacaktı. Hastanın kayıp veya eksik unsurları terapistten edinme arzusu geçmişle yüzleşme ve ilgili acıdan kaçınmaya yönelik başka bir girişimdi. Hastanın arzusunun hassasiyeti ve travmatik geçmiş hikâyesi yönlendirmeye ve ilgili olmaya karşı direnmeyi zorlaştırıyordu. Bir kez daha hastanın işine müdahale etmeyecek şekilde karşı aktarımımı idare etmek ciddi önem kazanmıştı.

İhtiyatlı tutumum karşılıksız kalmamıştı. Çok uzun bir sessizlik döneminin ardından bir gün, karşıt aktarımımla boğuşurken tereddütlü bir biçimde konuşmaya başladı. Seans sırasında dediklerimin önemi olmadan sadece sözlerimi duymanın kendini "bağlantıda" hissetmesi için bir yol olduğunu söyledi. Kendini priz -herhangi bir priz- arayan bir fiş olarak tanımlı-

yordu. Terapi seansının yoğunluğunun azaldığını kendi de fark etmiş olsa da "daha mutlu, daha hafif" (ilgilenilmiş) hissediyordu. Ona bunun kendisi için iyi bir alışveriş olup olmadığını sordum. Kendini "daha iyi hissetme" tepkisini ve benim daha aktif katılmama yönelik arzusunu irdeledi.

Aylar geçtikçe yavaş yavaş düşünce ve duygularını daha rahat yaşamaya ve ifade etmeye başladı. Benim daha az araya girmemi veya onun adına daha az müdahale etmemi istiyordu. Korktuğu saldırıya ilişkin duygularının gerçekliğini test etmeye ve bunları idare etmeye başladı. Seanslarında düşünce ve duygularını baltalayacağım konusunda daha az endişeliydi. Terapötik antlaşma güçlenmişti. Yüzleştirmelerim temel olarak gerçek kendiliğini ifade etmeye yönelik dirence ve buna karşı yapılan savunmalara odaklanmıştı. Sağlıklı kendiliğine yönelik büyük maliyet ve yıkımı sürekli olarak belirttim. Sonunda kendi adına düşünmeyi ve hissetmeyi başkalarına bırakma arzusunun yaşamının en önemli konusu olduğu tespit edildi ve anlaşıldı. Yeni keşfedilen yetkinliklerini yavaş, aşamalı ve bireyleştirici adımlarla kendini arkadaşları, ailesi ve özellikle de kocası önünde ifade ederek test etmeye başladı. Ara sıra kocasından farklı görüşler ifade ediyor ve kocası da onun görüşlerini dinlemekten memnun oluyordu.

Kaderin cilvesi; terapinin başlamasından yaklaşık sekiz ay sonra ikinci kocası ciddi şekilde hastalandı. Bu deneyim yoğun bir endişe, yapışma, ümitsizlik ve çaresizlik yarattı.

Yeniden kendimi karşı-aktarımla yüzleşir buldum. Daha fazla sıklıkta araya giriyor ve böylece çaresizlik ve ümitsizliğiyle çarpışıyordum. Çok fazla aktiftim ve öneri ve talimat verme ihtiyacıma boyun eğmiştim. Hemen kendine geliyor ve daha iyi hissettiğini söylüyordu. Gösterdiğim ilgiye bağlı olarak karşı-aktarımımı bastırmaya ve "iyi hissetme" modelini vurgulamaya başladım. Bunlar haurlandıkça sıcak iltifatlar olarak geldiyse de, benim düşüncem bunun iyi hissetmenin sağlıksız bir şekli olduğu yönündeydi. Başkalarının ona yönelik tepkilerine duygusal barometresi olarak güveniyordu. Yeniden terapötik

dengemi toparladım, ve o da işine döndü. Hatıralar ifade edebildiği duygulanımla ortaya çıktı.

Birkaç yoğun seansın ardından, ücretlerle ilgili bir soru ortaya çıktı. Terapinin başında olduğu gibi çerçeveyi test ediyordu. Kendi başına karar vermiş olmaktan memnundu. Bir sonraki randevunun çok önemli olduğuna karar vermişti. Bir sonraki randevuya sadık kalma kararı geçerli görünüyordu. Ancak bu tür kısa bir bahaneyle iptal etmiş olduğundan randevusundan mali olarak sorumlu olabileceğini düşündüm.

Bir sonraki randevusunda bundan söz ettiğimde öfkeden çılgına döndü. Bana kızgın şekilde başka bir terapist bulsa daha iyi olacağını düşündüğünü söyledi. Nedenini sordum. Şöyle cevap verdi: "Çünkü özen göstermiyorsun, yeterince tatlı değilsin ve anlayışlı bir insan olsaydın, benden para almazdın." Bayan S., anlayıştan fazlasını istiyordu. Aslında onunla ve içinde bulunduğu durumla ilgilenmemi istiyordu.

Kendisine karşı çıktım ve şöyle dedim: "Neden kararından benim sorumlu olmamı istiyorsun?" Neden ilginin duygusal kısmından sorumlu olmaktan aldının karıştığını merak etmeyi sürdürdüm. "Senden ilk anlaşmamıza bağlı kalma sorumluluğu beklediğim için neden bana kızıyorsun?"

O anda yüzleştirmemi görmezden gelerek bana saldırmayı sürdürdü. Diğer terapistlerin hastalarını tuttuklarını, kucakladıklarını, onlara sarıldıklarını duymuştu. Bazıları ona selam veya hoşça kal öpücüğü vermişlerdi. En azından bir sürü soru sormuş ve cevap vermişlerdi. Böyle bir terapist bulsa daha iyi olup olmayacağını merak ediyordu.

Cevabım şöyle oldu: "Bence istersen yapabilirsin, ancak kucaklanma veya 'daha iyi hissettirilme' *arzun* iyileşmen ve gelişimin önünde bir engel. Neden duygularını 'alıp götürecek' ve tek başına düşünme ve hissetme yeteneğini sarsacak insanlar aramayı sürdürmek istiyorsun?" Bunun görevim olmadığını; aksine terapiyi kendini ve yaşamını daha iyi anlaması için *ona* yardımcı olacak bir ortaklık (terapötik birlik) olarak gördüğümü de ekledim. Biraz sakinleşti ve başka kişilerle ilişkileri hakkında yorumda bulunmaya başladı. İlişkilerinin çoğunun

başkalarından göreceği ilginin kalite ve miktarına bağlı olduğunu tereddütle kabul etti.

Ayrıca kalıp üzerinde çalışmak yerine terapiden vazgeçmek için neden acele ettiğini merak ediyordum. O anda kızgınlıktan ibaret olan kendilik-ifadesiyle karşı karşıya geldiğinde kaçmak için sabırsızlanıyordu. Tedavisinde bu konular üzerine hissetmek, ifade etmek ve çalışmak yerine, dürtüsü bir terapötik ilişkiyi diğeriyle değiş tokuş etmekti. Kolayca düzelten-bu kez daha "tatlı" bir terapist arıyordu. Terapiye olan inancının sallantılı olduğunu kabul ediyordu. Bu kadar kızgın hissetmeyi sevmiyordu; dolayısıyla misketlerini toplayıp eve gitmek istiyordu.

Bayan S. ile bu yüzleşme can sıkıcıydı. Kendi deyimiyle "kavgamızı" eski örüntülere ve duygulara bağlamıştı. Kızgınlığı veya güçlü duygularını çoğunlukla ortamdan kaçma veya kişileri değiştirme izliyordu. Üzüntülü bir sesle şunları söylediğinde gözlerinden yaşlar döküldü, "Üzerinde durmaya fırsat bile tanımadan kendimden ve duygularımdan kaç kez kaçtığımı hayal bile edemiyorum." Seans, her ne kadar hala daha bir terapistim olmasını istiyor olsam da terapiyi bırakmanın kesin çözüm olmadığını düşünüyorum demesiyle bitti. "Aslında doğruyu söylemem gerekirse, terapistime sarılmayı veya onu öpmeyi istemem. Benim için iyi olmadığını düşünmeye başlasam bile başkalarının benimle ilgilenmesini beklemek daha kolay. Kendimle yüzleşmem ve sizin de bunu yapmamda yardımcı olmanız gerek. Benim terapimi benim için yapmadığınızdan bazen sizi sevmiyorum. Pekâlâ, geri geleceğim."

Ancak geri geldiğinde on beş dakika geç kalmıştı. Gecikmesinin bir önceki seansla bir ilgisi olup olmadığını sordum. Çabucak "Hayır" dedi. Sustum. Sessizce otardı ve şöyle dedi: "Yalan söyledim. Tabi ki geçen seansla ilgiliydi. Sana hala kızgındım." Seansının eksik kalan kısmının neden kendini yaralamak yerine beni cezalandırmak olduğunu merak ediyordum.

Bu olay ilgilenilmesi gereken beklenti ve taleplerini düşünmeye başladığı birçok seansa yol açtı. "İnsanlar benimle istediğim şekilde ilgilenmediklerinde, kızdığımı fark ediyorum.

Sonra bunun acısını çıkarırcasına daha talepkâr hale geliyorum. Benim için her şeyin yapılmasını istiyorum. Böylece asla üzerimde bir risk olmuyor ama bu beni tamamen bağlıyor. Kendimi çaresiz hissediyorum yine de beni bu yolda tutmaları için başkalarını teşvik ediyorum." Kendi sorunlarıyla çarpışma derecesini fark ediyordu. "Tüm bu karışıklığın ardında kim olduğum hakkında hiçbir fikrim yoktu. Parlak, iyi cilalanmış bir robottum; öfkeden çıldırmış bir robot, annesinin robotu."

Bir sonraki hafta geldi ve çok korkutucu bir gün geçirdiğini söyledi. Günlük olaylar erken dönem hatıraların ortaya çıkmasını tetiklemiş görünüyordu. "Tüm gün boyunca kopuktum. Karışık duygular içindeydim; sanki aklım bedenimi terk ediyordu ama duygularımın üzerine gittim ve geçtiler ve iyiydim. Bu tür duygular tüm hayatım boyunca vardı... Onları tanıyordum. Küçük bir kızken hayatım hakkında çok düşünürdüm ve her şeyi bir kenara atmazdım." Daha az sınırlanmış düşünce ve duygularına hafif panik ataklar ve savunmayı başlatan depresyon eşlik ediyordu.

Korkutucu veya üzücü olayları her hatırladığında kendini sakinleştirmeye ve korumaya ihtiyacı olduğunu söyledi. Bu rahatsız edici hatıraları hatırlayıp hoş görmeye başladığında kendisini koruduğunu düşündüğü terapi seanslarını veya dini bir tabloyu aklına getiriyordu. Güvenceği içselleştirilmiş çok az yapıya sahip olduğundan, terapi veya din gerçek kendiliğini oluşturmanın neofit aşamalarındayken bir uzlaşma çözümü olarak işe yarıyordu.

Bu resimlerin ona güç vermesini anlamama rağmen aslında yine de kendi hatıralarını hoş göreceğini düşünmediğini belirttim. İçini çekerek şöyle dedi, "Oh, sanırım yapabilirim, her geçen gün daha fazla. Fakat bir kez daha direnmek daha kolaydı, bu yalnızca kafamdaki bir resim olsa da. Bir gün kafamdaki bu tablonun bana ait olmasını isterim."

Terapisine paralel olarak, seansları dışındaki hayat değişiyordu. Arkadaşlıklarını değerlendirdi, seçtiği arkadaşlardan çoğunun aslında kontrol edici ve talepkar olduklarına karar

verdi. Sesli olarak neden bu tür arkadaşa ihtiyaç duyduğunu düşündü.

Tedavisinin üzerinden bir yıl sonra, intrapsişik yaşamını daha fazla sahiplenmeyi sürdürdükçe, büyük bir hevesle şöyle dedi, "Bu şeylerin başıma geldiğini düşünmek beni dehşete düşürdü. O zamanlar kendine bakamayan küçük bir kızdım. Gerçekte kendimi koruyacak hiçbir yolum yoktu." Konuşmasını gözyaşları ve şaşkınlık içinde sürdürdü ve şöyle dedi. "İçimdeki zavallı küçük kız. Bugüne dek sağlıklı ve güçlü olmak için hiçbir şansı olmayan çocuk için ağlıyorum. Bunca zamandır kusurlu olduğumu düşünüyordu. Kusurlu olanlar onlardı ve onların kasırgalarının gözüne yakalanmış çaresiz bir seyirci haline gelmiştim. O zamanlar çaresizdim; ama o zamanlardaki gibi yaşamayı da sürdürdüm. Kendim olmaktan öylesine korkuyordum ki. Herhangi biri bir başkasına neden böyle davransın ki? Tüm bu sırlarla birlikte yaşamak zorundaydım. [Uzun sessizlik.] Bazen doğru olup olmadıklarını dahi söyleyemiyorum." Uzun ve yoğun bir kendilik ifadesinin ardından geriye yaslanarak savunmaya geçmeye başladı. Bundan önce o çalışmasını sürdürdükçe sessizce oturdum. Ancak o noktada kendi algılarından şüphe etmesiyle bir kez daha yüzleştim. Kendi gerçekliğini neden yine düşürdüğünü dolayısıyla kendini neden bir kenara ittiğini merak ediyordum. "Mutlak ve mükemmel doğruluğun dışarıdan tastiklenmesini" istemek bir kez daha *kendi doğruluğunu* inkâr etmekti. Bu yüzleşme onun çalışmaya devam etmesini sağladı.

"Evet. Korunmak, sevilmek, dokunulmak için. Bunlar olmazsa öleceğimi hissediyordum. Bunun için neredeyse her şeyi yapmaya hazırdım. Beni yaralayan ne kadar çok şey yaptığımı anlamaya başlıyordum. 'Açlıktan ölüyordum' ve annem tarafından ihanete uğruyordum. Sonra kendime ihanet ettim. Bu kırıntıları almak için kendime neler yapmıştım. Şeytanlarla çarpıştığım bir savaştaydım. Böylesine bir karmaşa içindeydim. Kendimden (gerçek kendilik) korkuyordum. Daha ehil hale geliyordum ama kendimi ifade etmeye çalıştığım her seferinde yaralanıyordu. Şimdi sağlıklı tarafımı hissetmekten kor-

kuyorum. Annem benden nefret etti. Babam beni koruyamadı. Dönecek hiçbir yer yoktu. Tek çarem kendimi feda etmekti." Seanslarında hatırlama, acıyı hissetme ve ifade etme yeteneği fark ediliyordu.

Tedavinin momentumu bir dansa benzemişti. Seansları ve hayatını daha belirgin, daha kendiliğini ifade edici şekilde yönetebilmesi kaçınılmaz olarak gerilemeler, karmaşa ve çaresiz yapışmayla devam etti. Yüzleştirmelerim tutarlı şekilde savunmacı kendiliğini hedef alırken gerçek kendiliğinin her türlü ifadesini iletişimsel örtüştürmeyi destekliyordu.

Dış yaşamının çalkantısı ciddi olarak sakinleşti. Günlük aktivitelerle daha düzgün şekilde başa çıkıyordu. Birçok yeni arkadaş edindi. Kocasına yapışmayı sürdürürken ilişkide daha kendini ortaya koyan adımlar atmaya başladı. Çocukluğuyla ilgili derin acının yavaş yavaş yasını tutuyordu. Bu onun için zordu, yine de kendine yardımcı olma arzusunda kararlıydı.

Kendi becerilerinin bir testi olarak okula döndü. Bunu heyecan ve coşku verici buluyordu. Benim için olmasa da onun için şaşırtıcı olan ilk dönemde A'lar almasıydı. Mezun olduktan sonra çalışmayı düşünüyordu. Panik duygularında kademeli bir azalma vardı. Okuldaki başarıları ve günlük yaşama daha iyi ayak uydurması terapisine duyduğu giderek artan bağlılıkla birleşti, acısıyla yüzleşmek için gereken momentum ve cesareti sağladı.

Kendinden sürekli hoşnut olduğunu ifade ediyor ve duygularını hoş görebilmesine ve başkalarına ifade edebilmesine büyük şükran duyuyordu. Gizli tuttuğu sırlar artık günlük yaşamını etkilemiyordu. Sağlıklı ihtiyaç ve arzularını anlamaya dayalı kararlar alıyor, başkalarının onayına daha az güvenerek kendi düşünce ve fikirleriyle hareket edebiliyordu. Aşırı ilgi arzusuna yönelik daha az yapışma ve eyleme vurma vardı. İlişkileri yetişkin niteliğine kavuşmaya başladı. Sonuç, daha önce Bayan S.'nin tanımadığı bir şükran duygusuydu.

ÖZET

Bayan S., yavaş yavaş savunmadan dolayı erişilmez olan ruhundaki alanları keşfetmeye başladı. Uzun süredir uykuda olan bozulmuş gerçek kendilik yavaş yavaş ve dikkatle ortaya çıkmaya başladı. "Kendisinden" kaçınmak ve kendisini engellemek için öncelikle savunma manevralarını hedefleyen yüzleştirmelerini başarıyla içselleştirmiştir. Terapide daha tutarlı davrandıkça gerçek kendiliğin eşsiz ifadeleri olan bu fikirleri, düşünceleri ve duyguları destekleyen iletişimsel örtüştürme yapmak benim için imkânsız hale gelmişti. Kendiliğin bu yönü saldırıya uğramak yerine onaylandıkça "kendisiyle muzaffer birleşme" olarak düşündüğü yolda ilerlemeye devam etti.

16

ŞİDDETLİ ÇARESİZLİK VE ÜMİTSİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNU YÜZLEŞTİRME

Candace Orcutt, Ph.D.

BAŞLANGIÇ VERİLERİ

38 yaşındaki ekonomi hocası Dr. Danny Michaels (takma ad) kriz halinde Masterson Grup'a başvurdu ve şunları söyledi: "Yaşamım için mücadele ediyorum." Sözüne inanmak kolaydı: Açıkça depresyondaydı, gözlerinin altında mor halkalar, dayak yemiş bir görüntüsü ve darmadağın bir hali vardı. Yavaş hareket ediyordu ve sesi zayıftı. Ortaya çıkan sorun hiç şüphesiz kriz içinde olduğuydu. 16 aylık homoseksüel ilişkinin sona ermesinin ardından intihar etmeyi düşünüyor ve minimum hareket ediyordu. Federal fon çekildiğinde öğretmenlik pozisyonunu kaybetmişti ve maddi olarak ek öğretmenlik, eğitmenlik işlerine ve tasarruflarına dayanıyordu. Tedavinin çıkmazda olduğunu düşünen son terapisti ona Dr. Masterson'un kitaplarının bir kopyasını vererek tedaviyi sona erdirdi.

Kriz aşikâr olsa da Dr. Michaels'ın yaşamıyla nasıl *mücadele ettiği* açık değildi. Kendini izole etti -isimsiz cinsel birleşmelerin olduğu pornografik tiyatrolara giderek gerçek bir tehlikeye atılmak dışında (rastgele şiddet tehlikesi) kendini soyutladı.

Yalnızken bol miktarda şarap içiyor, Valium'u patlatıyor ve mümkün olduğunca bilinçdışı kalıyordu. Seanslarda durmadan "şişman, çirkin ve sevimsiz olduğundan -kimsenin onun sevmediğinden" bahsediyordu. Şöyle diyordu: "Bir çöp kutusuna atlayıp kapağını üzerime çekebilirim".

İlk müdahalem onu, yaşamı için mücadele ettiğine dair açıklaması ile kendini engelleyen tutum ve davranışı arasındaki çelişkiyle yüzleştirmek oldu. Cevabı bana kendisi hakkında daha fazla şey söyledi: Aklileştirdi, manipülatif ve baştan savar hale geldi. Daha sonra savunmanın bu ikinci hattıyla yüzleştirdim ("Sana yardımcı olabilecek şekilde dikkatini çektiğimde bunu yadsıyan yollar bulduğunun farkında mısın?") Daha sonra benimle birlikte yüzleştirmelerime odaklanır gibi göründü ve karşımda durumu gayet iyi anlayabilen ve karşılamaya hazır duran hızlı ve algısal zekâya sahip birini gördüm. Ancak yüzleştirmeler çoğaldıkça acınası durumuna, perişanlığına ve değersizliğine kederli bir biçimde yaklaşarak umutsuzluğunu ifade etti. Tutarlı şekilde yüzleştirmeci bir yaklaşıma cevap vereceğinden emindim ancak savunmacı perişanlık haline iyice gömülmüştü.

Tedavinin bu ilk başlarında bile Dr. Michael'ın gerçek kendiliğin ortaya çıkışını kuşatan çatışma ortamı belirgindi. Savunmacı, sahte kendilik aşırı boyutlara varmıştı: Geri çekilme birimine inatla bağlıydı, çaresiz ve umutsuz bir duruş edinmişti. Bozulmuş gerçek kendilik batmıştı ve ancak sahte kendiliği yüzleştirmeyle sorgulamayı sürdürdüğümde görünür hale gelmişti.

GEÇMİŞ

Dr. Michaels üç çocuğun en büyüğüydü. Küçük erkek kardeşleri kendilerini mümkün olduğunca anne babalarından uzaklaştırmış, biri silahlı kuvvetlere katılmış diğeri de evlenip Kanada'ya yerleşmişti. Babası ve annesi birinci-nesil Amerikalılardı ve çok çalışmışlardı. En büyük oğullarının "bütünüyle Amerikalı genç bir erkek" olması yönünde büyük beklentileri vardı.

Hasta anne babasıyla ilişkisinin "korkunç" olduğunu belirtti. Ailenin bir "lanet ve kasvet" havasında yaşadığını söyledi. Herkesin "farklı yerlerden girip çıktığı" "mağara yaşamı" gibiydi. Akşam sofrada herkes okuyordu.

Annesinin kendisine hem ihtiyaç duyduğunu hem de ona içerlediğini söyledi. Kendini baştan çıkarıcı görüyordu ve onu da sırdaşı yapmıştı. Onu sahiplenici şekilde "yuttuğunu", bir taraftan da onu değersizleştirdiğini, ona "nonoş" diye hitap ettiğini ve herhangi birinin onu neden sevdiğini anlamadığını söylediğini belirtmişti. Kadın sürekli şöyle diyordu: "Sende bir tuhaflık var." Ve onu çıldırtıcı durumlara sokuyor ve şunu soruyordu: "Dışarı çıkıp arkadaşlarınla oynamak mı yoksa banyoyu temizlemek mi istersin?" (Onu memnun etmek istercesine) banyoyu temizlemeyi tercih ettiğini söylediğinde ise, "Senin neyin var?" diye bağırıyordu (Burada hastanın sahte kendiliğinin geri çekme birimi olan içe yansıtılmış anne üzerine kurulmuş olduğu açıktı; suçlayıcı, küçümseyici ses tonu kolayca anlaşılıyordu.)

Annesine yapıştığı için annesinin onu ödüllendirdiğini ve bağımsız bir hareket yaptığında ona saldırdığını düşünüyordu. Genel olarak "varlığından dolayı cezalandırıldığını" hissediyordu. Baba ailevi alternatif sunmamıştı; annenin cezalandırma hamlelerini desteklemek dışında pasif ve etkisizdi.

Hasta kendini çareyi okulda aramış olan "şişman, depresif çocuk" olarak tanımlıyordu. Akademik olarak ise ağırdan almış ve tıkınarak işin üstesinden gelmişti. Arkadaşlarının çoğu kızdı fakat lise ve kolej yıllarında gizli homoseksüel karşılaşmaları olmuştu ve bunlardan değişken şekilde "heyecan" ve "barış" olarak tanımladığı şeyleri edinmişti.

Kolejden ayrıldıktan sonra evlenmiş ve kendi yuvasını kurmaya çalışmıştı. İlişki şefkatli olsa da, sadakat zayıftı ve Dr. Michaels başka erkeklerle geçici cinsel ilişkilere yönelik gece seferlerine sığınmıştı. Evlilikten iki çocuk doğmuş ve hasta onlara yakın olmuştu. (Dr. Michaels'ın ilişki potansiyelinin bir göstergesi çocuklarına karşı olan titiz ve özge bağlılığıydı.)

Ekonomi alanında doktoraya başladıysa da programı tamamlamada güçlük çekti. Bu, onu ilk kez terapiye getirdi ve terapinin de yardımıyla derecesini kazandı.

Öğretmenliğe başladı ve mali kesintiler ona işini kaybettirdi. Her şeyin dağıldığını düşünüyordu ve yeniden psikoterapiye başvurdu. Bu kez ona büyük miktarlarda yok edici ilaçlar şeklinde "her istediğini" veren bir doktor buldu. Erkeklerle ilişkileri daha da sürükleyici hale geldi ve bir gün bundan karısına söz etmesinin gerekli olduğunu hissetti. Boşanmaya karar verdiler.

Evliliğin sonlanmasının ardından Dr. Michaels erkeklerle birçok ilişki kurdu ve son olarak 16 ay süren ilişkisi çatışmasına yoğunlaştı. Bir kostüm partisinde sevgilisi olacak Ed ile tanıştı. Ed cellat kılığında olmasına rağmen pasif partner olmayı tercih ettiğini belirtmişti. Baskın cinsel rolü tercih eden Michaels buna karşılık verdi. İlerleyen ilişkide kendilerini sado-mazoşistik senaryolar içinde buldular: Ed yerde sürünüyor ve Michaels da onu kemerle dövüyordu. Ancak bir değişiklik de oluyordu: İlişki ilerledikçe Michaels sevgilisiyle daha fazla ilgileniyor ve daha fazla iktidarsızlık sorunu yaşıyordu. Ed gerçek bağlılığı bir kenara bırakarak uzak fanteziler peşinde giderek uzaklaşıyordu. Hasta Ed'in döneceği arzusuna takılı kaldı; kendi kendine kurarak çoktan gerçeklikten uzaklaşıp boş bir yanılsamaya geçmiş olan bu olasılığı beslemeyi sürdürdü.

Hasta benimle terapiye başladığı sırada yürüyen bir şikâyet kataloğuna dönüşmüştü (önceki terapistinin tüm sabrını kaybetme ve terapiyi sonlandırma nedeni de buydu). İzlenimim ayrım gözetmeden kendini benim ellerime bıraktığı, kaderini bana teslim ettiğiydi.

YÜZLEŞTİRMECİ PSİKOTERAPİ SÜRECİ

Bu, şu anda üçüncü yılında olan analitik yönlendirmeli tedavinin ilk on ayının bir dökümüdür. Yüzleştirmeci psikoterapinin başlangıç aşaması olmada şuandaki derinlemesine çalışma aşaması imkânsız olurdu. Ve ilk on ay için gerekli olan aralıksız yüzleştirmeydi.

Önceleri yüzleştirmeler Dr. Michaels'ın kriz durumuna uyumsuz tepkisine odaklanmıştı. Belirttiğim gibi bu, durumu kabullenmesi ve bununla ilgili herhangi bir şey yapmaya yönelik isteksizliği arasındaki ayrıma dikkat çekmek demekti.

Dr. Michaels seanslarına berbat bir halde sürünerek geliyordu -saçlarının kesilmesi gerekiyor ve "oduncu kıyafeti" olduğunu düşündüğüm bir kıyafet giyiyordu- ekoseli flanel gömlek, fitilli kadifeden pantolon ve iş ayakkabıları. Dünyevi malları gibi görünen şeyleri büyük, aşırı tıkılmış bir valizde taşıyordu. Sıklıkla ağlamaya başlıyor ve durumunu değiştirmede çaresiz, kendisi hakkında umutsuz, sevimsiz, çirkin ve şişman olduğunu söylüyordu. Eski sevgilisi Ed'e ilişkin düşünceler beynini kurcalıyordu -sanki haftanın her günü Ed ile ilgili bir şeyin yıldönümüydü ve buna kendini oldukça kaptırmıştı.

Temel yüzleştirmelerimden ilkine başladım: Sözgelimi kendinden sorumlu olmaktan çok kendini kurban olarak sunuyordu; bugünle yüzleşmek yerine geçmişle uğraşıyordu; duygularına gerçek muamelesi yapıyor ve onların hayatını yönetmesine izin vererek onları gerçeklere dönüştürüyordu.

Buna karşılık şaşkın görünüyor ve bu kadar kötü bir haldeyken sorumluluğu ona vermem konusundaki kırgınlığını ifade ediyordu. Ne zaman kendini harekete geçirmeye çalışsa nasıl kendi kendini durdurduğuna dikkat çektim; kendine acımaya ve zarar vermeye başladı.

Biraz toparlandı ve Ed ile olan ilişkisinden önce çok uzun zamandır aşırı bağımlılık hissinin olduğunu söyledi. Dikkat çekmek istediğinde hastalandığı çocukluk döneminin bir parçasını tekrarlayabileceğini düşündü. Diğer oğlanlar tarafından taciz edildiğinde hastalığa sığınma yolunu seçti, o zaman annesi onunla ilgilenecekti. Daha sonra karısı yüksek okul boyunca ona bakmıştı.

Yüzleştirmemin bu bütünleyiciliğinin ardından daha derin duygular uyandıran içgörü ifadesiyle birlikte Dr. Michaels neredeyse geçilmez bir inatçılığa geri döndü. Bu, duyguya yol açan bireysel bir içgörü ve savunmanın yenilenmesiyle borderline üçlüsünün açık bir ifadesiydi. Neredeyse her gün

bana telefon etmeye başladı. Dairesinin karmakarışık olmasından şikâyet ediyordu; nadiren dışarı çıkıyor bunun yerine aşırı yiyip içerek ve Ed hakkında düşünerek sefil bir şekilde evde kalıyordu. O kadar bunalıyordu ki artık dayanamayacağını söylüyordu.

Tekrar tekrar, krizde olduğunu bildirmesine karşı "terapötik şaşkınlığımı" ifade ediyordum yine de krizi muhafaza eden davranışını sürdürüyordu. Kendine yardımcı olamayacak kadar aşırı şişman ve sevimsiz olduğunu vurguladığında, ne bildiğini bilmeme konusundaki isteksizliğine karşı hayretimi ifade ettim: "Bu, hayatı tehlikede olan birinin tepkisi değildi!" Ekledim, "Kendin yapmak yerine hâlâ sana bakmamı sağlamaya çalışıyorsun."

Direncini tedavinin zeminine kaydırdı (yüzleştirmelerin kapsayıcı etkisi olmaya başlamasının bir işareti). İç görü olmadan değişemeyeceğini söyledi. Yıllardır iç görüye sahip olduğu ve sonucun bu olduğu cevabını verdim ona. Yine krizde olduğunu söylemiş olduğunu hatırlattım: "Yanan bir binada olsaydın, yangının nasıl çıkmış olabileceğini mi yoksa durumunla ilgili bir şeyler yapmaya çalışmayı mı düşünürdün?" Olayların içyüzünü anlamaya ilişkin taleplerini sürdürdü ve ben de kendisiyle mücadele ettikçe tedaviyle de mücadele ettiğini ekledim. Onun burada olduğunu çünkü bu tedavi yaklaşımının ona yardımcı olacağına inandığını gözlemledim ve yine de işleri eskisi gibi yapmayı istiyordu. Dibe vurdukça hem kızıyor hem de ağlıyordu ve intihar tehdidinde bulunmaya başladı. Konuyu birlikte derinlemesine irdeledikten sonra amacı buysa intiharın kendini yok edici en son davranış olduğunu ve en son şey olduğunu söyledim.

Ona seanslar dışındaki eylemleri üzerinde hiçbir kontrolüm olmadığını ve kendisini kontrol edemediğini düşünüyorsa en yakın acil servise gitmesi gerektiğini hatırlattım.

Tüm bu süre zarfında, telefonlarım susmadı ve konu her zaman aynıydı: Kendini hiçbir zaman bu kadar korkunç, umutsuz, şişman, sevimsiz hissetmemişti ve Ed'i düşünmekten kendini alamıyordu. Seans aralarında telefon ederek, çaresizlik

hissini güçlendirdiğini ve bununda seansları zayıflattığını söyledim. Kendini tekrar ettiğini ve kendi duygularını yönetmek yerine üzerime yıkmaya çalıştığını söyledim. Aynı eski konuları tekrarladığını duyar duymaz, bunu bir sonraki seansta konuşacağımızı söyleyip kapatıyordum.

Seanslarda kendisinin tıkandığı yerde yani sorumluluk alma noktasında terapisinin de tıkandığını söyleyerek yüzleştirmeci hattı tutuyordum.

Ne zaman yüzleştirme tekniğine tutunsam Dr. Michaels'ın ante'yi ayaklandırdığını gördüm. Onun adına hiçbir şeyi üstlenmeyen ve onu reddetmeyen ilk terapisttim ondan yalnızca kendi adına hareket etmesini bekliyordum. Egosunun patolojik tarafı beni eski ödüllendiren veya geri çekilen ebeveyni devreye almaya zorlayan ciddi oranda öfke nöbeti hali ortaya koyuyordu.Aynı zamanda egosunun sağlıklı tarafı da tutarlılığıma güvenebileceğinden emin olmak için beni test ediyordu çünkü gerçekten bir kriz içindeydi ve terapinin incinebilir gerçek kendiliğinin yüzeye çıkması için güvenli bir ortam sağlayabileceğini bilmeye ihtiyacı vardı.

Daha sonra psikiyatri hastanesine yatmayı kabullendiği mesajını verdi. Bu kesinlikle kendisiyle ne kadar derin bir savaş içinde olduğunun bir göstergesiydi ve bütün enerjisini bu mücadeleye vermek için tüm diğer konuları temizlemesi gerekiyordu. Bu belki de kendisinin sorumluluğunu almaya başlamadan önceki son toparlanma girişimiydi.

Hastanede sigortası bitene dek bir ay kaldı. Tedavi planı, benimle seanslarına devam edebilmesi için dışarı çıkmasını sağlıyordu. Aynı zamanda bireysel olarak bir doktora göründü, antidepresan ilaçlar denedi ve ilave iki doktorun yönettiği bir gruba katıldı. Zaman zaman bizi birbirimize karşı düşürerek birçok terapisti etkisiz kılmaya çalıştı. Neyse ki aramızda tedaviyi tutarlı kılacak kadar yeterli iletişim vardı. Hastanın depresyonu karakterolojikti ve manipülasyonları tedavi ekibince yüzleştirildi.

Hastaneden bir şekilde dinlenmiş çıktı. Saçları kesilmişti, kıyafetleri temiz ve ütülüydü ve Ed'i düşündüğünde kızgınlık

duymaya başlamıştı. Onu geçmişten kurtaracak olan kızgınlığı yaşamak yerine Ed'in romantik hatırasına yapışmayı tercih ettiğini fark etti.

Test etme yeniden başladı. Hafta sonu boyunca intihar etmeyi düşündüğünü söyleyen bir mesaj bıraktı. Masterson Grup'taki başka bir meslektaşımız hafta sonları bu telefonları alıyordu ve çağrısını cevapladı. Hasta benimle şahsen konuşamayacağını fark edince sorunun Pazartesi günkü randevumuza kadar bekleyebileceğini söyledi. Pazartesi günü, onu kurban rolüne beni de katma ihtiyacıyla yüzleştirdim ve düşünceli bir hal aldı. "Kurban" konusunun önceki tedavilerinde ele alınmadığını ve son terapistini kendisini başından atmaya teşvik ettiğinde nasıl eyleme vurduğunu görebildiğini söyledi.

Sonra Ed'e telefon etmeye başladı ve telefon açılır açılmaz kapatıyordu. Kızgınlığını kendi adına gücünü ortaya koymaya yönlendirmek yerine kurban gibi hareket ederek açığa vurmasından bir kez daha şaşkınlık duydum.

Bunu kendilik aktivasyonu dönemi izledi. Arkadaşlarıyla buluştu, çocuklarıyla ilişkilerini güçlendirdi ve ilk kez kendisinden bir profesyonel olarak güvenle söz etmeye başladı. Yine ilk kez gelecekten söz etti ve Ed dışında başka biriyle daha iyi yapabileceğini düşündü. Telefonla aramaların ona yardımcı olmadığını fark ettiğini ve daha fazla sorumluluk almaya ihtiyaç duyduğunu söyledi.

Telefonla aramaları açıkça uygunsuz bir hal almaya başladı. Erotik aramalarla birbirlerinin fantezi yaşamlarını destekleyen bir "ahbap çavuş" ağını arıyordu. Bu kulaktan seks yöntemi dışa açılma açısından önem kazanmıştı çünkü AIDS hastalığı doğrudan cinsel yaşamı sınırlandırmıştı.

Ama şimdi, tedavi göreceli bütünleştirme evresine girmişti. Dr. Michaels kaçınma davranışını sorguluyor ve duygusal acısını daha fazla tolere ediyordu, böylece bazı davranışsal değişikliklerde bulunabiliyor bu da giderek daha fazla içgörüye ve duygu derinliğine ulaşmasını sağlıyordu. Ulaşılamaz kişileri izlemeye çalıştığını veya insanlara karşı bir saygısızlık hissi geliştirerek onları dışladığını fark etti. Ailesinin duygusal ihtiyaç-

larını karşılayamamasından ve buna karşı duyduğu canice öfkeden söz etti. Anne babası ve eski karısı ile yapıcı içsel değişimlerde bulunmaya başladı. Bir dizi ümit verici iş görüşmesi yaptı.

Yemek, şarap, Valium ve erotik telefon aramalarına düşkünlüğü hala sürüyordu, fakat bunları azaltmaya ve gözlemlemeye çalıştıkça bu eyleme vurumun anlamı daha da netleşiyordu. Her zaman aç hissettiğini söylüyordu. Hayatı boyunca gizli saklı yemek yediğini söyledi, hiçbir zaman yeterince ve doğrudan beslenemiyordu. (Bu bağlamda önceki içgörü talebi yalnızca beslenmeye yönelik dolaylı bir talepti.)

Sessizleşti ve parmaklarını emmeye başladı. Ona ağzında bir şey olmasaydı ne söyleyeceğini sordum. Bana yemeği ve Ed'i düşündüğünü söyledi. "Ed tıpkı kaliteli bir hamburger" dedim. Dr. Michaels katılarak güldü. Daha sonra, bir çocuk olarak kendini şişman ve güvensiz hissetmesinin ne kadar değersizleştirici ve anlamsız olduğunu söyledi: "Bir armut gibi... bir yumurta gibi." Bu kez gülen bendim ve şöyle dedim: "Tüm bu benzetmeler yemekle ilgili!" Sonra kendini annesinin duygusal açlığının nesnesi olarak tanımlamaya başladı. Evet dedi, annesi onu "yok etmişti", onu silip süpürmüştü ve sevgiye aç bırakmıştı.

Egosunun gözlem kapasitesi arttı. "Şişman, çirkin ve sevimsiz" olma şikâyetini "dini öğretisine" bağladı ve kızgınlık ve ilgilenilmediğini hissetmesinden kaynaklanan yoksunluk yaşamasını önleyen bir yol olarak yemek, alkol, ilaç ve erotik telefonlardan yararlanmasına benzediğini gördü. Kendisiyle ilgilenmeye yönelik bir adım attığında büyük bir hınç duyduğunu fark etti ve bu duyguyu durdurmak ve kendini durdurmak için tüm bu yollara başvurduğunu gördü. Borderline üçlüsünü anlama yolundaydı: Bireyleşme depresyona (ve sıkıntı ve öfkeye) depresyon da savunmanın yenilenmesine yol açıyordu.

"Dini öğretisi" veya "Pauline'in tehlikeleri" melodramıyla ilgili şikâyetlerden farklı bir nitelik çıkaran uzun ağlama devrelerinden geçti. Bu ıstırap, gerçek bir terk depresyonu niteli-

gindeydi: Basmakalıp değildi ama yeni ve derin duygulara yol açtı.

Kızgınlığını bana karşı ifade etmeye başladı. Kendini sandalyeyi duvara fırlatacak kadar kızgın hissettiğini söylüyordu. Sandalyesinin koluna vurmaya başladı ve ben de şöyle dedim, "Bu bir California yastık delme terapisi değil! Bu terapi bunları kelimelere dökmekle ilgili." Ed'i korumaktan bıktığını ona gerçekten işkence edip onu öldürmek istediğini söyledi. Ve babasını da. Ve annesi de. "Ve beni de" dedim. "Oh hayır. Siz hoş bir bayansınız." Şöyle cevap verdim, "Vurduğun ve duvara fırlatmak istediğin sandalye *bana ait*." Seans bitmişti, ama kapıya doğru yürürken dilini çıkardı ve şaklattı.

Bir sonraki seansta seanslarına gelirken sıkıntı duyduğunu ve beklenti içinde olduğunu ve bu durumu kendisi için kolaylaştırmadığım için bana kızdığını söyledi.

Tüm bu bireyselleştirici hareket gayri ihtiyari şekilde yenilenmiş bir savuma aşamasına yol açtı. Bir hafta sonu bana telefon ederek intihar etmeyi düşündüğünü ve tüm hapların karşısındaki rafta olduğunu söylediği bir mesaj bıraktı. Aynı gün içinde çağrısına cevap vermediğim için öfkeden çılgına döndü. Pazartesi günü telefonuna aradığı gün cevap vermemin daha iyi olacağını kabul ettim. Ama kızgınlığının her şeyden önce kayıtsız şartsız elinin altında bulunmamama bağlı olduğunu düşündüğümü söyledim.

Dr. Michaels'ın sado-mazoşistik savunma sisteminin sadist tarafının hakim olmaya başladığını gördüm (kızgınlığını erotize ederek başka bir biçimde azaltma). Bu konularda tarih değerli bir rehberdi ve Ed'li senaryosunda baskın taraf olduğunu biliyordum. Ed'e sürünmesini ve kendisine tapınmasını emrediyordu. Hastamın kutsanmasının terapötik görevim olmadığını biliyordum ve nesneye-işkence-et oyunundan eğlence çıkarmaya karar verdim.

Şöyle dedim: "Biliyorsun senin kendini öldürmeni engelleyemem, eğer gerçekten buna kendini adadıysan, bunu yaparsın. Yapabileceğim tek şey, "Ne kadar yazık" diyip randevu sa-

atine başka birini almak." Ciddileşti ve sordu, "*Gerçekten* demek istediğin bu mu?"

Sonraki görüşmede daha fazla "saçma seanslar" olmasın diye mücadele ettiğini söyledi. Duygularında önemli bir ayrım yapmaya başladığını söyledi. "Bu, -soru cevap esnasında hissettiğim savunmacı depresyon değil de-; benim asıl depresyonum değil mi?"

Tedavinin yüzleştirme aşamasının sonuna doğru hastanın daha önceki bir davranışının tekrarı şeklinde benden kaçındığını algıladım. Kaçamak cevaplar verdiğini belirttim, o da 8 yaşlarındayken *kaçmış* olduğu şeklinde cevap verdi. Belli ki annesi gitmiş ve onu kanepede uyuyan babasına bırakmıştı. Buraya kadar diye düşünmüş çoraplarını ve diğer önemli eşyalarını kahverengi bir kâğıt torbaya doldurmuştu. Daha sonra büyük şehre doğru yola koyulmuştu. Çok kısa bir süre sonra yolda annesiyle karşılaşmış ve bir yan caddeden aşağıya doğru kaçmış ve çöp kutularının arkasına saklanmıştı. Annesi onu bulup eve götürmüş, babası da onu dövmüştü. Daha sonra ona neden kaçtığını sorduklarında kendisini umursamadıklarını düşündüğünü söylemişti. Bu hatırayla bana daha önce söylemiş olduğu bir çöp kutusunun içine atlayıp kapağını üstüne çekebileceği arasında bir bağlantı görüp görmediğini sordum. İrkilmiş ve bir sessizlikten sonra bu bağlantıyı yapmayı düşünmediğini söylemişti. Bu ne anlama geliyordu? Ben de şöyle dedim, "Hala benden değerini senin adına doğrulamamı istiyorsun, tıpkı çocukken onların yapmasını istemen gibi."

TEDAVİNİN İLERLEYİŞİ

Yüzleştirme tekniğiyle yapılan psikoterapinin bu ilk on ayında, hasta kendi uyumsuz savunmalarıyla yüzleşmeyi öğrendi. Davranışına etkili sınırlar koymaya çalıştı, bu da terk depresyonunun saldırganlığın daha uyumlu bir ifadesiyle yüzeye çıkmasını sağladı (bir daha bu kadar acımasız bir biçimde kendine dönmedi). Yavaş yavaş dürtülerinin kontrolünü üstlendikçe Dr. Michaels eyleme vurma ihtiyacı olmaksızın kendisine daha fazla içgörü sağlayabilmiştir.

O zamandan bu yana düzgün bir öğretmenlik işi edinmiştir, artık potansiyel açıdan riskli erotik davranışa girişme dürtüsüyle hareket etmemektedir, artık önüne gelenle birlikte olan biri değildir, ortalama içki tüketmektedir, ilaçları kesmiştir (hem Valium hem de antidepresanı) ve kilo vermiştir.

Şimdi divanda yoğun psikanalitik psikoterapi altında terk depresyonu üzerine derinlemesine çalışmaya başlamıştır.

Dr. Michaels üstesinden geleceği 30 yılı aşan bir karmaşaya sahipti. On ayda yüzleştirmeci tedavinin de yardımıyla sorununun ana nedenini anlayabildi. Mücadele, o eski patolojik inanç sisteminde terk depresyonunu kapatan ama aynı zamanda temel canlılığına da kilit vuran değersizliğine olan *inancıydı.*

Bu irdeleme aşamasında yüzleştirmeci aşamada oluşturulan anlaşma terapinin temelidir. Bu terapötik anlaşma hasta ve benim eyleme vurum aktarımı ve karşı aktarımsal umutsuzluk ve çaresizlik boyunca yürüdüğümüz ve hastanın gerçek kendiliğini onaylayabildiğimiz yollardan bize kalandı. Dr. Michaels'ın akıllı, zeki ve ilgili bir insan olarak yüzeye çıktığı bu anlar tedaviye anlamını, yönünü -ve ödülünü kazandırmaktadır.

IV. KISIM
KARŞI AKTARIM

Kişilik bozukluğu olan hastanın tedavisindeki en büyük engel terapistin karşı aktarımıdır -bilgi eksikliği yalnızca ikincil öneme sahiptir. Karşı aktarım terimi burada dar anlamıyla terapistin geçmişinden kaynaklanan çocukluk çatışmalarının hasta üzerinde aktivasyonu ve yansımasını belirtmek için değil daha geniş anlamıyla tedavinin gidişatına müdahale eden terapistte oluşan tüm o duyguları tanımlamak amacıyla kullanılır.

Kişilik bozukluğu olan hastalarla yaşanan karşı aktarım sorunlarının yaygın olduğunu söylemek belki de ortada olanı açıkça ifade etmiş olur. Peki öyleyse neden bu hastalarla karşı aktarım bu denli çok görülmektedir? Borderline ve narsisistik hastalar, terk depresyonları üzerinde derinlemesine çalışırken ve çocukluklarına dair hatıralar ve duygulanımlarla temas ederken, çocukluklarının anne babaların gardiyan oldukları bir toplama kampı gibi olduğunu söyleyecektir. Böyle bir ortamda varlığını sürdürebilmenin tek yolu gardiyanların incinebilirlik ve sınırlarına karşı çok dikkatli olmaktır, böylece mahkûm umutsuz ihtiyaçlarını karşılamak için bunlarla oynayabilir. Sonuçta, hastalar, terapisti hastanın depresyona direnci karşısında gizli bir anlaşmaya zorlarcasına terapistteki kör noktaları gözlemlemede ve uyarmada ustadırlar.

Diğer yandan gelişimi umulan şekilde sağlıklı olan terapist kariyerine bu süreçte çırak olarak başlar. Bunun da ötesinde, kişilik bozukluğu olan hastanın tedaviye başladığında terapötik bir anlaşma içinde olmaması, böylelikle terapistin bağımsız varlığının herhangi bir şekilde bilincinde olmaksızın terapiste yansıtma yapması ve bunun sonucunda terapisti duygularının çok daha kolay uyarıldığı "eylemin tam merkezine" yerleştirmesiyle işler daha da karmaşıklaşır. Nevrotik hastalarda durum tamamen farklıdır, terapist ve hasta arasında "ortadaki" sorun üzerinde birlikte çalıştıklarına dair temel bir uzlaşma bulunmaktadır. Başka bir deyişle terapist eylemin merkezi değildir. Kişilik bozukluğu olan hastalarda, terapist ön saftadır, gelen tüm mermileri göğüsler ve nesnel bir terapötik duruşla durumu anlamayı ve karşılamayı öğrenene dek tepkilerine maruz kalmayı sürdürür.

Aşağıdaki bölümler grafiksel klinik ayrıntılarla, terapistin, intihar tehditleri, çaresizlik, pasif-agresif eyleme vurma, agresif eyleme vurma ve değersizleştirmeye yönelik karşı aktarım tepkileri ile narsisistik bozuklukta görülen eyleme vurmayı anlatmaktadır.

James F. Masterson, M.D.

17

BORDERLİNE HASTAYLA KARŞI AKTARIM

Ralph Klein, M.D.

Tedavinin gidişatı sırasında bir terapist sıkıntı veya çatışma yaratan ve dolayısıyla rahat bir terapötik tarafsızlığın korunmasını zorlaştıran güçlü duygusal tepkiler yaşayabilir. Zaman zaman bu tür tepkiler uygun ve gerçekçidir, sözgelimi hastanın yaşamındaki bir trajediden kaynaklanan üzüntü. Bu tür duygular, dikkati hastanın davranışına -motivasyon ve anlamından başka yöne çekmedikçe içgözlem veya değerlendirme şeklinde çok da önemli değildir.

Terapist hastanın aktarım eyleme vurumuna yanıt verdiğinde veya tepki gösterdiğinde ise tedavi ciddi zarar görecektir. Terapistin bu tür bir tepkisine karşı aktarım benzeri eyleme vurma diyorum ve bunu dar ve klasik anlamda karşı aktarımdan ayırıyorum.

Karşı aktarım-benzeri eyleme vurumda terapist hastanın yaptığı bir şeye yanıt verir. Üstelik hastanın bilinçli ya da bilinçsiz olarak terapistte yaratmaya çalıştığı bir tepkidir. Terapistin tepkisi belli bir terapiste özel değildir; terapist hasta direncinin anlamı ve uygun şekilde idaresinden olduğu kadar kendi tepkilerinin de farkında değilse, bu borderline hastayla çalışan her terapistten beklenebilecek bir tepkidir. Terapistte

hastaların direnci sonucunda uyanan duygular eyleme vurma değilse genellikle hastayı anlamada değerli ipuçları sağlayabilir. Bu karşı aktarım benzeri duygular üzerinde eyleme vurma kaçınılmaz olarak terapötik tarafsızlıktan, terapötik çerçeveden ve dolayısıyla tedavinin kendisinden bir şeyler götürecektir.

Nispeten sağlıklı terapist, hasta davranışı konusunda çoğunlukla bilgi, gözetim, iç gözlem ve içgörü yoluyla bilgilendirildiğinde, kendi tepkilerini genel olarak frenleyebilir, değiştirebilir veya anlamasına yardımcı olacak şekilde kullanabilir ve bunları eyleme vurmaz.

Karşı aktarım benzeri eyleme vurma karşı aktarımın kendisinden ayrılmalıdır. Klasik anlamda karşı aktarım hastadan değil öncelikle terapisten kaynaklanan bir tepkidir. Terapötik ortamla ilgili herhangi bir şeyden çok terapistteki çözüme ulaşmamış erken gelişimsel ve kişilerarası çatışmaların bir yansımasıdır. Birincil olarak terapist ve geçmişiyle ve ancak ikincil olarak (eğer bir şekilde varsa) terapist ve hastası arasındadır.

Bu tür karşı aktarım tepkilerinin belirtileri arasında şunlar vardır;

- Uzayan terapötik çıkmazlar
- Israrcı, tekrarlanan yanlış zamanlı ve ölçüsüz müdahaleler
- Hasta davranışının bilinmesi ve anlaşılmasına rağmen karşı aktarım eyle vurumunun frenlenememesi
- Denetleyici önerileri değerlendirme ve uygulamada ki yetersizlik
- Bu tür tepkilerin yaşandığı hastalar arasındaki farklılığa rağmen benzer alanlarla tekrarlanan sorunlar

Tanım olarak karşı aktarım nispeten bilinçlilik, kendilik-keşfi veya gözetim dahil eğitimsel müdahaleye dahil değildir. Bu tür zor hastalarla çalışmak isteyen terapistlerin bu tür kronik karşı aktarım zorluklarını gidermek isterken tedaviye başlaması veya geçmesi zorunludur.

Terapistteki bu değişik tepkileri ayrı unsurlar olarak tespit etmek her zaman kolay değildir. Genellikle terapistin hisleri çoklu olarak belirlenir. Ancak tanımlanmış olan ayrımlar tera-

piste tepkilerini sıralamada ve bu tepkileri idare etmek için temel noktaları sağlamada yardımcı olabilir.

Terapötik yanıtların eksiksiz yelpazesini gösteren klinik örneklere geçmeden önce daha kapsamlı incelemek istediğim özellikle terapistin karşı aktarım eyleme vurumudur: Gerçek duygular, karşı aktarım eyleme vurumu ve karşı aktarım.

Borderline hastanın intrapsişik yapısının bilinmesi terapistin hastanın karşı aktarım eyleme vurumunun doğasını anlaması ve tahmin etmesine ve dolayısıyla kendi karşı aktarım eyleme vurumunu tanımlayıp kontrol etmesine yardımcı olur.

1'den 4'e kadar şekiller her bir yansıtma mekanizmasının terapistte uyandırdığı en sık rastlanan karşı aktarım şekilleri ile bunun sonucunda ortaya çıkan karşı aktarım eyleme vurumunu şematik olarak göstermektedir. Borderline hasta bu yansıtma mekanizmalarını özellikle tedavinin başında sürekli olarak kullanmalıdır ve kullanacaktır. Uyanan duygularının farkında olan terapist yansıtma mekanizmalarını kurmaktan çok hastaya terapötik olarak yanıt verebilecektir.

Klinik uygulamada yansıtma mekanizmalarının görece kullanım sıklığı bir zamandan diğerine ve bir seanstan diğerine değişkenlik gösterecek ve hasta özelinde ve terapist özelinde eşsiz savunmalar ve hassasiyetlerin doğasına bağlı olacaktır. Her bir mekanizmayı eylem üzerinde örneklemeden önce her bir mekanizmayı tek tek irdeleyeceğim.

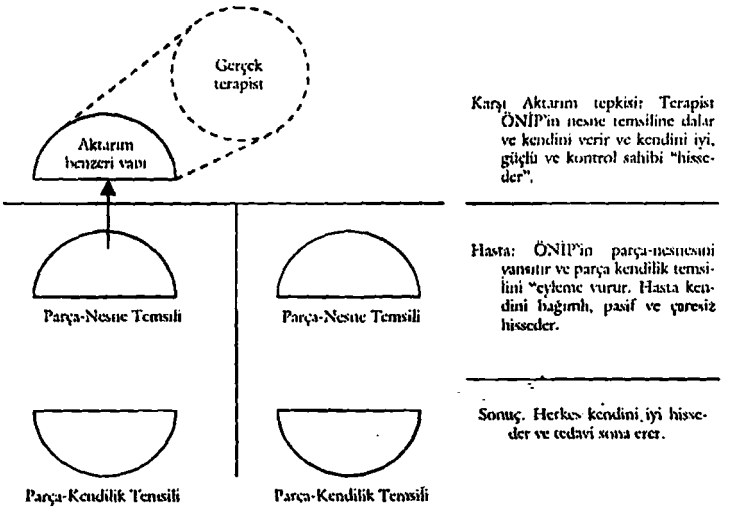
ŞEKİL 1: ÖDÜLLENDİRİCİ NESNE İLİŞKİLERİ BİRİMİNİN YANSITILMASI

Bu yansıtma mekanizması borderline hastalarda en sık görülen ve terapist tarafından en sık karşı aktarım eyleme vurumu uyandıran mekanizmadır. Bu neden böyle olmalıdır?

Akıl sağlığı uzmanı olmaya karar veren birçok kişi iyileştirme ve kurtarma arzularından dolayı bunu yapar. Bu arzu, borderline hastanın birincil nesneyi veya "diğerini" ödüllendirmesi, beslemesi ve ona bakmasının yarattığı intrapsişik görüntü veya temsilini dış dünyaya yansıtmasıyla kendini göste-

rir. Borderline hasta, insanların nasıl olduğuna ilişkin bir içsel tabloya veya fanteziye sahiptir ve bu ihtiyacını nasıl algıladığına ve diğerleri hakkında geçmiş deneyimine dayanır. İnsanların dış dünyada gerçekte ne oldukları ise, ödüllendirici nesne ilişkileri parçası-biriminin yansımasıyla yaratılan perdenin ardında borderline hasta tarafından algılanma olasılığı azdır. Dolayısıyla dış gerçeklik hastanın intrapsişik dünyasını yansıtacak şekilde çarpıtılmıştır.

Şekil 1. Yansıtma (ÖNİP)



Borderline hasta ÖNİP'i yansıtırken terapistin karar alma, besleme, yatıştırma, kaygı düzenlemesi ve öz-saygı gibi temel işlevleri üstlenmesini sağlamaya çalışır, bu arada hasta çaresiz, pasif, bağımlı veya uyumlu hareket eder veya hisseder çünkü bu rolüyle terapisti aktif katılıma veya özdeşime çekebilir.

Ödüllendirici birim yansıtmasına giren terapist bunu kendini iyi, güçlü veya kontrol sahibi hissetmek için yapar. İntrapsişik ödüllendirici nesne temsilinin dış gerçekliğinde temsilci duruma gelerek terapist bir yandan kendi çözümlenmemiş bağımlılık ihtiyaçlarını ve arzularını taltif eder, diğer yandan ise bu ihtiyaçları hastada görüldüğü şekliyle karşılayarak ve tatmin ederek sağlıklı kendilik-düzenlemesini muhafaza

eden işlev ve yetenekleri başarıyla içselleştirmedeki başarısızlıklarını taltif eder.

Ödüllendirici birim yansıtmasına aktif katılım karşı aktarım eyleme vurumunun en sık rastlanan şeklidir ve tedaviyi baltalayan müdahalelerin çoğunu teşkil eder. Bu ortaya çıktığında hem terapist hem de hasta geçici bir tatmin hisseder ve geçmişin çarpıklıkları günümüzde yeniden yaşatıldığında terapötik iş aksar. Bu süreç geçerliyken hasta intrapsişik değişim ve gelişim fırsatına sahip olmayacaktır.

Elbette neyin doğru olduğunu bilmek ve doğru olanı yapmak ayrı süreçlerdir. Bir alandaki başarı diğerinde başarıyı garanti etmez. Terapist hasta davranışını neyin motive ettiğini anlayıncaya kadar terapistin en öncelikli görevi hastayı anlamaya çalışmaktır ve kendi davranış ve dürtülerini irdelemek ancak ikincil görevidir. Ancak terapist neyin doğru olduğunu bildiğinde ve kendini tekrar tekrar bilgisine aykırı şekilde hareket eder bulduğunda öncelikle kendisine özen göstermeli ve geçici olarak hastanın davranış ve dürtülerini ikinci plana almalıdır.

Şekil 2: Geri Çekilen Nesne İlişkileri Biriminin Yansıtılması

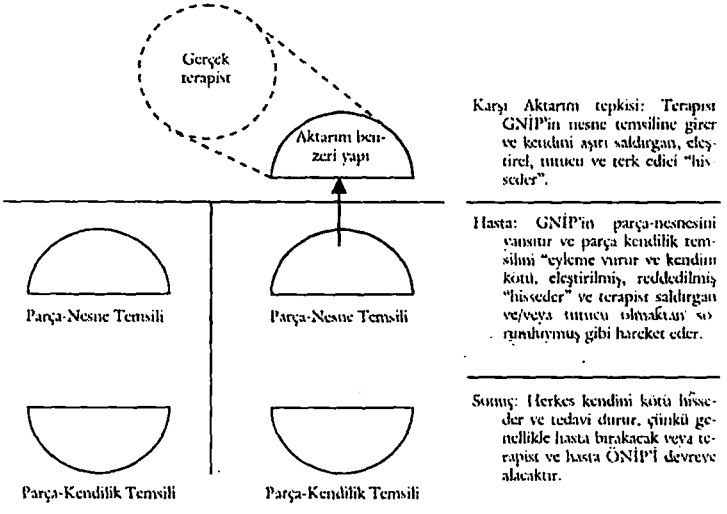
ÖNİP yansıtması borderline hastanın dış gerçeklikte hayatta kalmak için zaruri olduğu düşünülen birincil bir başkası yaratma ihtiyacını yansıttığında hangi güdülenme borderline hastanın GNİP yansıtmasını belirler?

Kızgınlık, öfke, suçluluk, panik ve benzerine ilişkin yoğun "kötü" duygular borderline hastanın terk depresyonu deneyiminin parçasıdır. Yaşamını yürütürken borderline hasta, dışsallaştırma ve yansıtma yoluyla sürekli olarak kendini bu duygulanımlardan kurtarmaya çalışır. Bu yansıtmalar yaygın ve yoğun olmaya meyillidir ve dış durum veya kişinin bir depo gibi kullanılabileceği her şeye ayrım yapmaksızın yerleştirilmeye meyillidir.

Terapide bu yansıtmaların terapiste düşmesi, çoğunlukla da terapistin ödüllendirici birim yansıtmasına aktif olarak katılamadığı durumlarda mümkündür. (Hasta gözünde bu başarısızlık gerçekte terapötik bir başarıdır.)

Hastanın kızgınlık ve öfkesine karşılık, terapist geri çekilen birimin yansıtmasına boyun eğmemeli veya katılmamalıdır. Terapistin bu yansıtmaya "yakalanması" halinde reddedici, tutucu, soğuk, eleştirel ve özensiz hissettirilmesi ve suçluluk, kavga veya kaçış tepkileriyle yanıt vermesi mümkündür.

Şekil 2. Yansıtma (GNİP)



Suçluluk hisseden terapist ise aslında eleştirel, soğuk ve dikkatsiz olduğunu düşünmeye başlar ve ödüllendirici birim yansıtmasına gönüllü katılımcı haline gelerek durumu düzeltmeye çalışır. Terapistin hastanın çekilme birimini yansıtma ihtiyacını öngörmesi suçluluktan kurtulmasını sağlayacaktır. Ayrıca terapistler, genellikle hastanın geri çekilen birimini yansıtmasıyla geçici olarak yaratılan kendilik-çarpıklığını, bu tür bir yansıtmayı yaşamlarının gerçekliği ile - kendi değerine ilişkin kendi sabit hisleri ve kendi-kimliğinin terapistin yaşamındaki önemli ötekiler ile (arkadaşlar, aile, meslektaşlar) güçlendirilmesi ve onaylanması ile kıyaslayarak düzeltebilmektedir.

"Mücadele" tepkisinde, terapist hastanın yansıtmasına saldırı veya hakaret şeklinde karşılık verir ve soğuk, iğneleyici ve uygunsuz şekilde sakınmacı veya kızgın *hale gelerek* dolayısıyla hastanın yansıtmalarını gerçek kılarak karşılık verir. Bu meydana geldiğinde, terapötik tarafsızlık feda edilir ve terapötik birlik potansiyeli zarar görür veya yok olur.

GNİP yansıtmasıyla hastanın yarattığı çarpıklığı açık olarak zorlamayan terapist hastanın karşısına tedaviyi bırakma bahanesiyle çıkar veya ya duygusallıktan ya da aslında terapötik birlikten çekilme bahanesi yaratır. Her iki durumda da sonuç, anlamlı tedaviden "kaçış"tır.

Dolayısıyla, GNİP yansıtmasına girme ve katılmanın sonucu, hem hastanın hem de terapistin "kötü" veya "kızgın" hissetmeleri ve hasta veya terapistin çekilmesinden veya her iki tarafın ödüllendirici birim yansıtmasını harekete geçirmesi ve korumasından dolayı tedavi sürecinin durmasıdır.

ŞEKİLLER 3 VE 4: ÖDÜLLENDİRİCİ VE GERİ ÇEKİLEN NESNE İLİŞKİLERİ BİRİMLERİNİ İÇEREN YANSITMALI ÖZDEŞİM

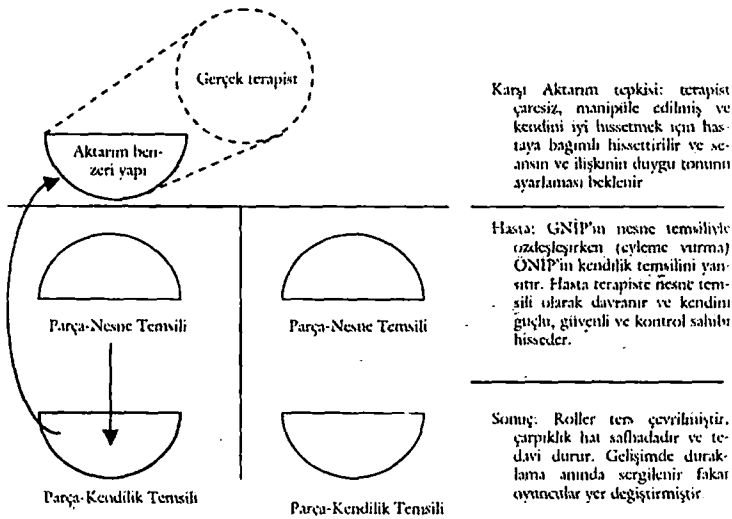
1 ve 2. şekillerde anlatılan yansıtmalı mekanizmalar borderline hasta tarafından en sık kullanılanlardır, fakat genellikle terapist tarafından halledilmesi gereken en zor şey değildir. Borderline kişilik bozukluğu ve Masterson Yaklaşımı konusunda bilgili olan bir terapist ödüllendiren birim yansıtmasına girme tuzağına karşı uyanık olmalıdır ve dolayısıyla bunu aşabilmelidir. Makul olarak iyi kendilik-özdeşimi ve nesne ilişkileri iyi olan terapist hem hasta hem de kendisi için soğuk ve özensiz olduğuna dair çarpıklığı hızlıca düzeltebilir ve böylece tedavi devam eder.

Yansıtmalı özdeşim süreci çoğunlukla çok daha sinsidir ve terapist buna hazırlıksız yakalanabilir. Ayrıca, bu yansıtmalı mekanizmalara aktif katılıma neden olan çarpık gerçeklik algısı kolay kolay düzeltilemez zira mesleki kimliğimiz ve kişisel kendilik-özdeşimimiz hakkında temel ve esas itibarıyla evrensel sorulara neden olabilir (terapistin hastaya yardımcı olabilme

yetisi var mı veya başka biri bu konuda acaba daha yetkin veya yetenekli olabilir mi gibi).

Yansıtmalı özdeşim sürecinde, hasta ödüllendiren veya geri çekilen nesne ilişkileri parça-biriminin kendilik temsilinin yönlerini yansıtırken aynı anda ilgili ödüllendiren veya geri çekilen birimlerin nesne temsili yönleriyle de özdeşleşir. Yansıtmalı özdeşim ödüllendiren birimi içerdiğinde (Şekil 3), terapist çaresiz, manipüle edilmiş ve kendini iyi hissetmek için hastaya bağımlı hissettirilir ve seansın duygu tonunu ayarlaması beklenir.

Şekil 3. Yansıtmalı Özdeşim (ÖNİP)

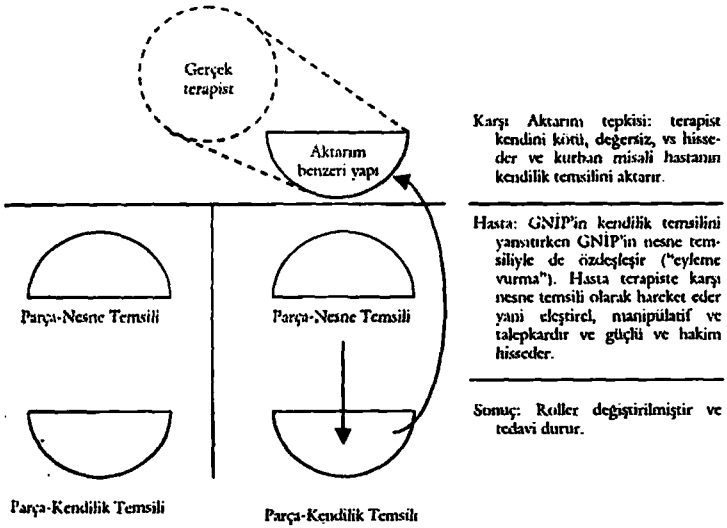


Örneğin terapist kendini hastasının gelişini dağınık bir kaygı içinde beklerken bulduğunda ve bu bunaltı hasta görünür şekilde kızgın veya dağılmış bir şekilde geldiğinde arttığında veya hasta güler yüzlü ve pırıltılı şekilde içeri girdiğinde dağıldığında terapist yansıtmalı özdeşime yakalanmış demektir. Ödüllendirici birimin kendilik temsilinin bir yönüyle ilgili başka bir olay da terapistin, hastasının mükemmel biçimde uyumlu veya "iyi" olmaya yönelik hissedilen ihtiyacından kaynaklanan terapistin hissedilen mükemmel olma ihtiyacıdır. Burada terapist genellikle suçluluk olarak yaşanan hastanın eleşti-

relliği veya kendi öz-eleştirisi karşısında kırılgan ve sinirli hissetmektedir.

Yansıtmalı özdeşim geri çekilen birimi (Şekil 4) içerdiğinde, hastanın terapistin yardımcı olmayan, deneyimsiz, yetersiz, karışık veya sadece aptal şeklindeki açık veya kapalı betimlemesine karşılık olarak terapist kendini yetersiz, beceriksiz, değersiz veya kötü hisseder.

Şekil 4. Yansıtmalı Özdeşim (GNİP)



ÖNİP veya GNİP'ten birini içeren yansıtmalı özdeşime yakalanmış olan terapist kendini kurban edilmiş ve terapötik ilişkinin kontrolünü kaybetmiş hisseder. Yansıtmalı özdeşim mekanizması sayesinde borderline hastanın tarihsel draması yeniden devreye girer. Yansıtma sürecinin aksine ki burada hasta basit olarak geçmişi tekrarlar veya yeniden oynatır, yansıtmalı özdeşim süreci terapiste *hastanın duygu durumu perspektifinden* hastanın kendine özgü kişisel geçmişine bir bakış atılmasını sağlayabilir. Bunun nedeni tarihsel rollerin yansıtmalı özdeşimde tersine çevrilmesidir, terapist hastanın yetişme şeklinin özelliklerini deneyimlemektedir. Buna ek olarak, terapist hasta tarafından hastanın geçmiş hikâyesindeki önemli ebeveynin veya başkasının kendi tarafından deneyimlenmesiyle ilgili bir

yeniden sahnelemeye tabi tutulmuştur. Tanımlanan ve tepki verilmeyen yansıtmalı özdeşim *hastanın* geçmiş deneyimi açısından değerli bir pencere oluşturabilir. Bu, yansıtma boyunca yer alabilir ve hastanın geçmişinden önemli *ötekilere* dair deneyimine açılan değerli bir penceredir.

Yansıtmalı savunmalar borderline hasta tarafından kullanılan diğer savunma mekanizmalarıyla aynı şekilde ele alınmalıdır. Acı veren duygulanımları ortadan kaldırmaya yönelik hasta mücadelesinin yarattığı çarpıklıklar aydınlatılmalı ve yüzleşilmelidir. Terapist çeşitli yansıtmaları hastaya geri döndürmeli ve bunlar gerçekte hastanın ve insanların ne olduğundan çok fantezilerinde hastanın ve insanların ne olduğu ile daha uygun şekilde ele alınabilmelidir.

Bu öncelikle ne olduğunun tanımlanması (direnç vurgulanır-aydınlatma) ve bunun neden olduğunun sorgulanması (çarpıklık, hatalı algılama, tezat veya uyumsuz davranış veya tepkiye odaklanma-yüzleşme) ile gerçekleştirilir. Sözgelimi bir yansıtmayla yüzleşilirken terapist şunu sorabilir:

"Sorularını cevaplandırmadığımda neden kızıyorsun?"

"Neden zor sorunlarla karşı karşıya kaldığında kendini çaresiz hissediyor ve benden yardım bekliyorsun?"

Yansıtmalı özdeşim aşağıdaki gibi müdahalelerle yüzleştirileeektir:

"Seni gerçekten üzen şeyin ne olduğundan bahsetmek yerine neden bana gözdağı vermeye çalıştığını merak ediyorum."

"Beni çaresiz hissettirmeye çalışıyor gibisin, bu duygunun seni sıklıkla rahatsız ettiğinden söz etmiştin ve bu seni tedaviye getiren başlıca sorunlardan biriydi. Ve bunun neden şimdi de benimle olduğunu merak ediyorum."

Yansıtmalı mekanizmalar kullanan borderline hastalardaki belli başlı aktarım eyleme vurum şekillerini ve terapistin karşı karşıya kaldığı olası karşı aktarım eyleme vurum tehlikelerini kısaca gözden geçirdikten sonra, bu mekanizmaları -terapötik ilişkinin her iki tarafından eyleme yansıtan vaka örneklerine geçebiliriz.

R.J. VAKASI

İki yıllık psikiyatri stajyeri olarak tedavi etmiş olduğum aşağıdaki vaka incelediğimiz tüm mekanizmaları göstermekle birlikte borderline hastalarla çalışırken sıklıkla karşılaşılan bir deyişi de ortaya koyar: "Her şey kötüden daha kötüye gider ve bu döngü kendini tekrar eder."

Yeni boşanmış 40 yaşında bir kadın olan R.J. bağımsız yazar olarak çalışmaktaydı. Acılı depresyon ve umutsuzluk duyguları ve umutsuzca bana kendini dayaması tamamen güçlü baştan çıkarıcı özelliklere sahipti. Dolayısıyla tedavisinin ilk yılında, hasta beni başarıyla manipüle etmişti ve ben de onun çeşitli yansıtmalı, savunma mekanizmalarının aktif katılımcısı haline gelmiştim.

Bu durum örneğin şu şekilde görülüyordu, seansın bitmesine beş dakika kala onu bilgilendirmeyi kabul etmiştim. Bu gerekliydi, böyle hissediyor ve söylüyordu, böylece kendini beni bırakmaya ve acısını kendi başına idare etmeye hazırlayabiliyordu. Hastanın neden saat takmadığını asla sorgulamadım veya seansların zamanını ve seans aralarını yönetme sorumluluğundan asla bahsetmedim ve geçici olarak merak ettiğim tek şey bana karşı giderek artan bağımlılık hislerinin tedavi veya kendisi için iyi olup olmadığıydı. Bunun bana kendimi iyi ve ona yardım etme konumunda hissettirdiğini düşündüğümü hatırlıyorum. Ödüllendirme birimi yansıtmasına katılımım bazı bağlar sağlıyordu.

Ödüllendirme birimine adım atma arzum tatilim sırasında "telefon seanslarını" kabul etmemle daha da dramatik olarak kendini gösterdi. Geri çekilen birim yansımasına katılmam onu yüzüstü bırakmış olma, onu ve terapisti olarak sorumluluğumu yarı yolda bırakıp terk etmiş olma hissimle kendini göstermişti.

Buna ek olarak, kendimi R.J.'nin her türlü duygulanımına ve duygusuna kendimi ayarlamış gibi hissediyordum. Hasta seansa geldiğinde mutlu ve güler yüzlü olduğunda rahatlıyordum ve kızgın ve saldırgan olduğunda ise çaresiz ve sıkıntılı

hissediyordum. Kendimi duygusal bir gelgit dalgasına sürüklenmiş gibi hissediyordum. Onun bakıma muhtaç haliyle tamamen, her zaman ve mükemmel şekilde ilgilenmem gerektiğini hissediyordum ve bana karşı düş kırıklığı hissettiğinde veya benim yüzünden üzüldüğünde kendimi yetersiz, suçlu ve kötü hissediyordum.

Çeşitli yansıtmalarına katılmış olduğum bu anlarda hasta kendisiyle ilgilenildiğini hissediyor kronik sıkıntı ve depresyonunda bir rahatlama oluyordu. Ancak, giderek artan şekilde tedavide belli bir hayal kırıklığının farkına varmaya başladım ve şunu anladım, her ne kadar hasta zaman zaman kendini iyi hissetse de iyileşmiyordu. Seanslar ve hayatı bir krizden diğerine geçiyordu ve hastanın kendini idare edebildiğine ve kendisi için gerçekleştirdiğim yatıştırma ve bakım işlevlerini içselleştirebildiğine dair temel olarak hiçbir kanıt yoktu.

Bu noktada "tedavisizliğinin" neredeyse bir yılı dolmuştu. O sıralar eğitimimde Masterson Yaklaşımıyla ilk tanıştığım zamandı ve R.J.'yi düzgün şekilde tedavi etmeye başlama konusunda azimli ve kararlıydım.

İşe daha önce söylemiş olduğum gibi bir sonraki hafta başlayacak olan tatilim sırasında "telefon seansları" yapmayacağım hakkında onu bilgilendirerek başladım. Elbette hastaya bir uygulama değişikliği sunmakla kalmıyordum; ses tonum ve davranışımla muhtemelen rolüm ve hasta davranışının anlamı konusunda anlayışımın değiştiğine dair bir his iletiyordum. Hastanın ne olduğunu anlamasına imkân yoktu sadece "farklı" davrandığımı ve kendisinden duygusal olarak geri çekildiğimi algılıyordu, çünkü rolümün "yeni" algısını ve davranışıyla ilgili "yeni" anlayış şeklimi tartışmamıştım. Daha ziyade yaptıklarımı yargılayıp anlayacağı yeni bir terapötik çerçeve oluşturmadan basit olarak niyetimi açıklamıştım. Muhtemelen o zamanki hareketlerim hareketimin sonuçları hakkındaki bilgi eksikliğimi ve giderek artan kurbanlaşma hissime ve terapötik ilişkinin kontrolünü dramatik şekilde ele almamdan kaynaklanan kontrol kaybına dair karşıt aktarım eyleme vurumunu yansıtmaktaydı.

Aşağıda tatile çıkmamdan önce bana yazıp ofisimdeki kapının altından attığı mektuptan alıntılar yer almaktadır. Burada, hasta ilerleyen günlerdeki olayları canlı bir şekilde tarif ederken yansıtma savunmalarının dramatik olarak şiddetlenmesini ve sonuç olarak davranışımdaki değişiklik üzerine yaşadığı kafa karışıklığını gözler önüne sermektedir:

Sevgili Dr. Klein,

O kadar dayanılmaz şekilde yaralandım ki bu mektupta kızgın ve ağrınıza gidecek sözlerin dökülmesinden korkuyorum. Lütfen bunların kaynağını hatırlamaya ve anlamaya ve mümkün olduğunca bertaraf etmeye çalışın [kendimi rahatsız ve suçlu hissetmeye başladım]... Bu son hafta olanlar bir yıllık terapi sonrasında sizi tanıdığım kadarıyla tamamen tutarsız geliyor. Zihnim karıştı ve artık paramparça oldu. Çarşamba gecesi [tatilden önceki son seansımızdan sonraki gece] John'la [ayrılmış olduğu bebeksileştirmiş kocası. Başka bir deyişle eğer onunla ilgilenmezsem kendisi için hiç de iyi olmadığını bildiği birine geri dönmek zorunda kalacaktı. Rahatsızlığım artıyordu ve suçluluğum da.] yeniden eve taşınmaya karar verdim. Başka yolu yokmuş gibi görünüyordu. Perşembe sabahı sizi yeniden arama ve durumu yeniden değerlendirmenizi isteme niyetiyle uyandım. Ama cevabın ne olacağını biliyordum ve dayanılmaz acıyla yüzleşemeyecektim [kendi rahatsızlığım ve suçluluğum acı yoğunluğunu hızla yaklaştırıyordu]. Kendimi toparlayamıyordum. Önceki gece rüyamda kedimi yan yatmış şekilde ölü buldum [çok sevdiği kedisi]. Kontrolü kaybetmeye başladım [kendisi için ölü olduğum ve karşılığında nesne - ben olmadan öleceği korkusunu/fantezisini tarif ediyordu]. Joan [bir arkadaş] sadece yatıştırmak için beni hastanenin aciline götürdü. İşte orada doktor bana senin benimle konuşmayacağını söyledi [acil doktorundan beni aramasını istemişti] ve tamamen kontrolü kaybettim. O gün ne olduğuyla ilgili hala çok az şey biliyorum. Hastane personeliyle altı saat geçirdim ve çoğunlukla sıkıntılıydım. [Onunla konuşmayı reddetmem ödüllendirici birim yansıtmasını harekete geçirme umutlarını kırdı, onu çılgına çevirdi, korkuttu ve tamamen

reddedilmiş duygusuyla bıraktı. Bu noktada ben bu "yeni" yaklaşımla elime ne geçtiğini merak ediyordum çünkü kendimi hiç hissetmediğim gibi çoğu zaman kötü, ilgisiz, umarsız ve zalim hissediyordum.]

Size olan güvenimin artması için çok çalıştınız. Bu acıyla baş edemem. Beni hayattaki her şeyden daha fazla yaraladınız [şunu anlamakta güçlük çekiyordum, gerçekte yaptığım sadece tatildeyken telefon seanslarını reddetmekti, duyuruma eşlik etmek zorunda kalan bir tür kişiliksiz ton haricinde]. İnsanlık dışı şekilde hareket ettiğinizi doğrulamak için profesyonel duruşun ardına saklanan bir pskiyatristin korkutucu haliydi bu.

Kendimi yalnız ve dehşet içinde hissediyorum. Görünen o ki gizemli bir tür oyuna dahil olmuş gibi duruyoruz, oyunun kuralları benden saklanmış ve haberim olmadan değiştirilmiş...

Kuralları değiştirmiş ve ona neyin neden olduğunu anlatmamıştım. Ancak ben de o zamanlar "yeni kuralları" anlamakta zorlanıyordum. Ve mücadele ettim.

Tatilimden ikimiz de sağlam çıktık. Ancak döndükten kısa bir süre sonra bir seans sırasında tüm öfkesini kustu. Bağırarak atıp tutmakça geri çekildim ve çaresizlik ve suçluluk hislerim içinde kayboldum ve bunun karşılığında kızgınlıktan çılgına döndü, hüngür hüngür ağladı. Tamamen kontrolü kaybettiğimi hissettim ve onu pencereden atarak kontrolü kazanmayı hayal ettim. Öfke duygularımın üstesinden gelmek yerine; paralize olmayla ve çaresizlik, değersizlik ve suçluluk duygularımın eyleme vurma reaksiyon formasyonuyla, seansın ve -nutuk çekmesinin (tiradının)- normalde 50 dakika yerine 75 dakika sürmesine izin verdim.

Tahmin edilebileceği gibi (ortak bir sorunu temsil eden bir örnek olduğundan) ne bu hikâye ne de tedavinin mutlu bir sonu olmadı. Tedavi birçok nedenden dolayı kurtarılamadı. Yansıtma konusunda neredeyse hiçbir zaman sekteye uğramamış olan arzumdan dolayı çok gerekli olan terapötik tarafsızlık şansını kaybetmiştim. Çok fazla çarpıklık yüzleştirme olmadan çok uzun süre kendi haline bırakılmıştı. Ödüllendirici

nesneden psikoterapiste geçişi yönetmeyi bilme konusunda çok fazla deneyimsizdim. Yeni ve sadece azıcık anlaşılmış olan terapiye inancım çok azdı. Yüzleştirme pratiği, kişilik bozukluklarıyla çalışırken ilgi ve duygusal katılımın tedavi edici olduğuna dair duygumla çelişir gibi duruyordu. Psikoterapide ilginin ne kadar zor olsa da ne yapacağını bilmek ve doğru olanı yapmaya istekli olmak anlamına geldiğini henüz anlamamıştım.

O zamanlar analiz yapıyordum ve yeni kuramı ve tekniği uygularken yaşadığım sorunların tamamıyla bu nedenlere bağlı olarak açıklanamayacağı açıktı çünkü sahip olduğum anlayışı diğer hastalara önemli bir başarıyla uygulamaya başlamıştım. Nispeten cahilliğim ve halen uyguladığım karşı aktarım eyleme vurumu gerçekliğinin ötesinde bu hastayla ilgili başka -daha derin ve daha kişisel- nedenler olduğunu fark ettim. Bunun farkına varan analistim de nadir yönlendirici müdahale hareketlerinden birine başvurdu (elden kaçmış olan tedavi ve karşı aktarım durumu üzerindeki endişesini yansıtıyordu) ve önce benim hastayı yok etmede mi başarılı olduğumu yoksa hastanın beni yok etmede mi başarılı olduğunu merak ettiğini sesli olarak ifade etti. R.J. ile tedavinin sona ermesini katı bir şekilde önerdi ve hasta başka birine başvurdu.

Büyük rahatlamayla önerisini kabul ettim ve uyguladım.

R.J. gibi hastaları tedavi ederken okuma, deneyim, gözetim ve şahsi tedavi yoluyla edinilen bilgi tek kelimeyle paha biçilmezdir. Bunu uzun yıllar sonrasında öğrenmiş olsam da terapistin duygularının (gerçek, karşı aktarım eyleme vurum ve klasik anlamda karşı aktarım) işe karışması hepsi bir derece terapötik tarafsızlığın korunmasını ve dolayısıyla hemen her vakada optimum terapötik ilişkinin korunmasını engeller. Bir sonraki vaka bu duyguların nasıl sürekli korunması ve bilgi, deneyim ve kişisel analiz kapsamına bakmadan değerlendirilmesi gerektiğini gösterecektir.

D.W. VAKASI

27 yaşında boşanmış İspanyol kökenli hasta göğsündeki kütlenin alınması için ameliyat edilmeden hemen önce bana gelmişti. Ameliyatın kendisinden korktuğu kadar habis olmasından da korkuyordu.Buna ek olarak duygusal karmaşanın etkileri ve 5 yaşındaki kızının fiziksel durumu konusunda endişeliydi.

Önceki yaşamını annesi tarafından domine edilen ve uyum, itaat ve eleştirilme ve reddedilme korkularıyla tanımlamıştı. Annesinin öfkesi karşısında korku ve çaresizlik hissettiğini hatırlıyordu. Aynı zamanda annesi tarafından korunduğunu düşünüyordu, annesini güçlü bir figür olarak algılıyordu. Gizlilik ve ilk ergenlik döneminde güçlü annesi/saldırganla özdeşimi uzun bir "erkek Fatma" dönemiyle kendini gösterdi. Ergenlik döneminde toplumsal protesto hareketlerinin organizatörü haline geldi.

Baba pasifti, temelde var olmayan bir figürdü, anneden "kaçmak" için zaman zaman ona başvursa da - tepki asla ortaya çıkmıyordu.

Hastanın evliliği fırtınalıydı ve iki yıl sürdü. Koca aileyi terk etmiş ve hastayı kızıyla yalnız bırakmıştı. D.W. hastane idarecisi olarak çalışıyordu, bu meslekte uzmandı ve bu ona mali bağımsızlık sağlamıştı.

Özellikle hastalık ve ölüm korkuları ve kızıyla ilgili kaygıları üzerine yoğunlaştığı üç seanstan sonra, D.W. ameliyat geçirdi. Göğüs kütlesi habis bulundu ve alındı.

Ameliyattan sonra arayarak hastanedeyken "telefon seansları" istedi. Yıllar önce hastam R.J. den bu yana telefon seansı yapmamış olmama rağmen bu durumda bunun doğru olduğuna karar verdim çünkü hastanın borderline olup olmadığından tamamen emin değildim ve kızıyla ilgili endişesi, işi, işlev görme kapasitesi ve ölüm korkusu gibi hastanın süratle ilgilenip idare etmesi gereken gerçek çatışmalar vardı. Yalnızca kendime döndüğümde bu tür bir düzenlemeyle nasıl bir kayıp

olacağını ve gerçekte neden bu şekilde davrandığını sorabilirdim.

Tedavi tekrar ofisimde başladığında -hasta biraz güçlenince- eyleme vurum ve sınama başladı. Zamanla tanı daha da netleşti. Dolayısıyla eyleme vurum ve sınama anlaşılır hale geldi; bu tüm borderline hastaların izlediğiyle aynı klinik gidişatı. Ancak D.W. ile eyleme vurum ve çeşitli yansıtmalarına karşılık vermenin zaman zaman benim için diğer hastalardan çok daha zor olduğunu gördüm. Bunu davranışımda eyleme vurum ihtiyacından ziyade öncelikle duygu olarak tanımlayabilirdim.

Hasta hastalığını ve hayatını idare etmek için sürekli yardım isteyecekti. Benim bir dahiliyeci, cerrah, sosyal yönetici görevi yapmam konusundaki isteği etrafında şekillenen yüzleştirmelerimin ardından "psikiyatrik" aciliyetler için aramaya başladı; depresyon, kaygı, umutsuzluk ve korku gibi 'psikiyatrik' aciliyetler için aramaya başladı. Sorunlarına yönelik "hızlı tedaviler"in olmadığını belirterek sınırları koyduktan sonra ona bu duyguları neden seanslar arasında halledemediğini sordum. Bu yüzleştirmeleri güçlendirmek için onun kendisi yerine hareket etmemi ister göründüğünü söyledim. Bu yüzleştirmelerimin ardından aramalar devam etti fakat sıklığı azaldı. Nihayet artık aramalarına cevap vermeyeceğimi söyledim.

Bu noktada aramalar durdu. Bana göre hasta bu yüzleştirmeleri yalnızca kısmen içselleştirmişti ve daha çok benim koyduğum sınırlara riayet ediyordu. İçime döndüğümde bunu hastaya belirtmeliydim ve beni bir terapistten öğretmene (aslında katı bir öğretmen/anne) dönüştürme çabasıyla onu yüzleştirmeliydim. Fakat yapmadım.

Beni ödüllendirici birim yansıtmasına atlatamadığında GNİP aktive olacaktı ve beni düşüncesiz, soğuk, ilgisiz ve reddedici olmakla suçlayacaktı. Zamanında ödeme yapılmasında ısrar etiğimde ve kaçırdığı randevulardan onu sorumlu tuttuğumda kızgın bir şekilde ucuz olduğumu ve "orada" yalnızca para için bulunduğumu söyleyecekti. Bu yansıtmalarla yüzleştirmeyle başa çıkmada çok az sorun yaşadım. Bu çarpıklıkları

yüzleştirmeyle gerçekten ayırmada ve D.W.'yi bu patolojik savunmaların altını çizen motivasyon hakkında sorgulamada rahat hissettim.

Yine de bir savunma ile yüzleştirildiğinde ve görünürde başarıyla halledildiğinde başka birini ortaya çıkaracaktı. Yaratılan izlenim, yüzleştirmeleri hala benimsememesi bunun yerine "kaçabileceği" yollar bulmasıydı. İyileşemediğinden; tedavimin başkaları için çok iyi fakat onun için iyi olmadığından; bedeni ölürken yalnızca aklıyla ilgilendiğimden şikâyet edecekti. Bu yansıtmalarla da başa çıkılması yine zordu. Açıkça mesleki kimliğim ve yetkinliğim konusunda sorular ortaya çıkarttı ancak bunlarla yalnızca mesleki düzeyde değil kişisel düzeyde de zorlandığımı hissettim. Klinik yetkinliğim konusunda daha az endişeliyken daha çok empati ve ciddi kaygı kapasitem konusunda endişeleniyordum. Kızgınlığın da farkındaydım ve sadece geri çekilen birim yansıtmasına cevap veriyordum. Ayrıca çaresizlik dönemleri hissettiğimde ve onun üzerindeki etki yeteneğimi sorguladığımda kendilik temsili özelliklerinin yansıtmasına net olmayan şekilde cevap verip vermediğimi merak ediyordum.

Yansıtmalı özdeşim mekanizmalarının kullanımı beni bilgisiz, yetersiz ve deli olmakla suçlayarak açık şekilde üzerime geldiğinde çok daha açık bir şekilde belli oluyordu ve başarısızlıklarım hakkında ahkam kestiği bir sürü tespitte bulunuyordu. Bu konuşmalar karşısında konum almıyordum ancak bu arayışlarının altını çizen olası antiterapötik eyleme vurum konusunda onu yüzleştirmeye çalışıyordum. Örneğin bana her kızgın olduğunda bilgiçlik taslamak için neden acele ettiğini merak ediyordum; veya bence çaresiz hissettiği her an ona ne yapması gerektiğini söyleyecek birini bulmaya çalışıyordu; veya kendisiyle ilgili bu kadar nefret ettiği ve aşmaya çalıştığı bu güçlü duygular varken beni neden kötü ve etkisiz hissettirmeye çalışıyordu?

Bu etkileşimlerin çoğunda terapötik çerçeve ve tarafsızlığımı yapabildiğim kadar koruduğumu hissediyordum. Dolayısıyla tedavinin yüzleştirmelerle bütünleşmekten çok onlarla

uyumu yansıtan gelişme ve adaptasyonla birlikte ve uzun savunma dönemleriyle gelişigüzel ilerlemiş olmasına şaşırmıştım. Bir yıllık seansların ardından tedavi durma noktasında görünüyordu.

Bu noktada, tedavi sürecini daha objektif bir perspektife sahip olabilecek bir meslektaşa danışarak gözden geçirmeye karar verdim. Sistematik olarak incelemeye geri döndüm ve terapötik çerçevede delikler, terapötik tarafsızlıkta çatlaklar, karşı aktarım eyleme vurumunda deliller ve daha derin ve gizli karşı aktarım tepkileri aradım. Belli bir süre borderline bir hasta ile çok fazla sorunum olmamış olsa da (aslında R.J.'den bu yana), tüm bu alanlarda sorun yaşayacağımdan şüpheleniyordum.

Haklıydım.

Hasta tarafından kullanılan çeşitli yansıtma savunmalarına katılımımın kanıtı hızla yüzeye çıktı. Danışmanla görüşmemizin ardından D.W. hastanedeyken yaptığımız uzun telefon seansları döneminin almış olduğum kararı aklileştirme girişimlerime rağmen ödüllendirici parça birimi yansıtmasına adım atmanın açık bir örneği olduğunun farkına vardım. Danışmanın dikkat çektiği gibi, hastanın ameliyat geçirmiş olduğu hastanede aktif ve mükemmel bir bağlı psikiyatri departmanı vardı ve hastayı ameliyattan önce yalnızca üç seans görmüştüm. Terapötik tarafsızlığı telefon seanslarıyla tehlikeye atmak için gerçekten iyi veya baskılayan klinik bir neden olmamıştı. Bunun açıklaması, hastayı kurtarma ve hastayla ilgilenme arzumun ardında karşı aktarım eyleme vurumu vardı. Neden tuzağa düştüm? Kısmen, karşılaştığı birçok ikilem için benim sahici, gerçek endişem ve üzüntüm olduğunu fark ettim: Hastalığı ve komplikasyonları, kötülüğü etrafındaki sıkıntı ve kızıyla ilgili birçok endişesi gibi. Ancak bu gerçek duygular, beni ödüllendirici birime girmede daha incinebilir kılarak tedaviye engel oldu.

İlerideki incelemeler çerçeveyi ve tarafsızlığımı kırmış olmamla ilgili ilave kanıtları ortaya çıkardı. Ancak bu tepkilerin yansıtmacı savunmalara yakalanmış olmanın kesin bir işareti

olduğunu artık anlayabiliyordum. Örneğin, şimdi davranışım için eleştirilmekten, saldırıya uğramaktan veya "azarlanmaktan" endişelenen bendim, tıpkı onun yaşamı boyunca olduğu gibi.

Bu savunmaları tutarlı şekilde belirtmeye ve yüzleştirmeye başlayınca bunu anlayabilmemin bir yılımı almasına çok şaşırdığını ve karşı aktarımımı gözden geçirmem gerektiğini söyledi.

Yansıtmalı özdeşim savunmaları ile birlikte -açıkça kendisinin bozulmuş kendilik temsilinin ayrı yönleri olan değişken şekilde çaresiz ve yetersiz hissiyatımla yankılanmamı gösteren daha ince başka örnekler de vardı. Örneğin çoğunlukla onunla geçen yüzleştirmelerimin bir parçası olarak "terapötik şaşkınlığı" kullanmada aşırı aktif olduğumu fark ettim. İnceleme sonucu yüzleştirmelerimin yetersiz veya yeterince becerikli olmaması ve bu hasta için daha fazlasını yapmamla ilgili duygularımla uğraşırken bu tekniği aşırı kullandığımı fark ettim.

Ama neden, gerçek empati ve duyguları uyandırabilen fakat bu duygular üzerine eyleme vurumumu gerektirmeyen birçok başka hastada yaşamadığım sorunu bu hastayla fazlasıyla yaşıyordum? Yıllar önce R.J. ile telefon seanslarına tekrar tekrar gönderme yapmama karşılık olarak danışman bu hastalarda veya bu hastalara karşı tepkilerimde başka benzerlikler olup olamayacağını sormuştu. Bu soru üzerinde kafa yorarken, sıkıntı, şaşkınlık ve rahatlamanın bir karışımını hissettiğimi hatırladım. R.J.'yi tedavime etki etmiş olan geçmişime ait daha şahsi yönlerin D.W. ile de yine ortaya çıktığını fark ettim.

Sonuç olarak, hastanın gelişimini gözetme bahanesiyle onun bakımını üstlenme rolüne düştüğümü fark ettim. Ödüllendirici birimi fantezimin kontrol altında olduğundan emin olmasam da şimdi başka türlü kabul kabullenmeliydim. Ödüllendirici birimine giriş arzum, onunla ilgili gerçek endişemden, geçmişiyle ilgili taraflarla özdeşimimden ve geçmişimden yeni bilinçaltı çatışmalarıyla uğraşmaya yönelik değişikliğe uğramış girişimimden etkilenmişti. Tüm bu duygular birlikte ele alındığında tedavi için zehirli hale gelmişti. Tedavide sağlıklı

ödüllendirici birim fantezisinin bedeli her zaman hasta bir terapötik ortaklık olacaktır.

Karşı aktarım eyleme vurumu bilincimin ve artık bilinçaltında yer alan ve içe dönük şekilde üzerinde çalışılabilecek karşı aktarım sorunlarımın bir sonucu olarak terapötik çerçevede sürekli onarım yapabilir ve terapötik tarafsızlığımı koruyabilirdim. Tedavide işimi tutarlı şekilde yapmaya başladıkça hasta da kendi üzerine düşeni daha tutarlı şekilde yapmaya başladı. Eyleme vurumu üç dört ay içinde kademeli olarak azaldı; daha depresif hale geldi ve seanslara yeni duygular ve hatıralar katmaya başladı. Yılgınlık, çaresizlik, inkâr ve depresyonla birlikte terk depresyonunun diğer yönlerinin tam ve derin biçimde keşfi artık mümkündü. Tüm bu malzeme kısmen duygusal olarak engellendi çünkü karşı aktarım eyleme vurumuna katılımım, onu duyguları ve eylemlerinden dolayı sorumluluk almaktan alıkoymuş olan ödüllendirici nesne arzusunu sürekli olarak beslemiş ve aktive etmişti.

Kişilik bozukluklarının psikoterapisinde terapist zorlu bir görev ve sürekli mücadeleyle karşı karşıyadır. Terapist yalnızca hasta ve kendisi hakkında bilgi edinmekle kalmamalı; hastanın ve kendisinin tepkilerini de düzenli olarak izlemelidir.

Dinamik psikiyatri işte böyledir, kişiseldir ve her zaman değişkendir, asla statik değildir ve kişiyi dışlamaz. Terapistin duyguları terapötik ilişkinin ve terapötik başarısızlığın veya başarının konuşulmayan yarısıdır.

18

BORDERLİNE KİŞİLİĞİN PASİF-AGRESİF AKTARIM EYLEME VURUMUYLA KARŞI AKTARIM

Candace Orcutt, Ph. D.

Virginia Eliot (müstear isim) kırklı yaşlarına yeni girmiş bir kadındır. Ağırbaşlı ve görünürde duyarlıydı fakat davranış anlamında kendini silen ve kıyafetleriyle abartısız bir görünüm çizen ve bu şekilde grup içinde kolaylıkla gözden kaçabilecek bir hali vardı. Kendini düzelttiğinde kıvrak ve keskin bir zekâ sergiliyordu. En kaygılı zamanlarında dahi (ki bu zaten ona hâkim duygulanımdı), kendini sözlü olarak açık bir şekilde ifade ediyordu. Tam zamanlı editör olarak çalışıyor ve bir yandan serbest çalışıyordu. Doktor bir kadın olan sevgilisiyle özel bir ilişki yaşıyordu.

Dört buçuk yıllık giderek derinleşen bir depresyondan dolayı tedaviye başvurdu. Bu süre zarfında serbest çalışması dışında bir iş tutturamamıştı. "Karanlık bir kuyuda" olduğunu hissediyor ve içinden çıkamayacağından korkuyordu. Masterson Grup'a başvurusunu araştırma projesini tamamlamak için şehir dışına çıkan sevgilisinin uzun süre ayrı kalması hızlandırmıştı. Bayan Eliot ayrılığın duygusal olarak kaldırabileceğinin ötesinde olduğunu hissediyordu.

Bayan Eliot şu anda haftada üç günlük seanslardan oluşan beş yıllık tedavinin sonlandırma aşamasında. Şimdi tam zamanlı bir işte çalışıyor, serbest çalışmalarını sürdürüyor, sevgilisiyle bir sosyal hayatın keyfini çıkarıyor ve kendi şiirlerinden oluşan eserinin ilk cildini yayınlamayı planlıyor.

Bu bölüm tedavisinin ilk iki yılındaki karşı aktarım konularına, terk depresyonunun derinlemesine çalışılması üzerine gelişmekte olan sınama veya yüzleştirme dönemine odaklanmaktadır. Bu başlangıç döneminde, Bayan Eliot abartılmış ve korunmuş sürdürülebilir bir yüzleştirme düzeyi gerektiren dirençlerine gömülmüştü. Bu unsurlar bu vakayı karşı aktarıma özellikle yatkın kılmıştır. Buna Masterson Yaklaşımını yeni yeni öğrendiğim katılırsa karşı aktarım tepkilerine eğilimim çok daha anlaşılır hale gelmiştir.

GEÇMİŞ

Bayan Eliot entelektüel ve toplumsal olarak kendini geri çekmiş bir ailenin kızıdır. Annesi öğretmenlik yaparak ve müzik dersleri vererek gelir sağlayan bir keman sanatçısıydı. Babası bir mucit. Annenin salon müziği yaptığı birkaç arkadaşı ve babanın bilimsel düşüncede meslektaşları dışında, çift neredeyse tamamen aile yörüngesinde sosyalleşmişti. Baba ve anne çocukları olmasına karar vermeden önce birbirlerini uzun yıllardır tanımaktaydılar. O kadar yakındılar ki Bayan Eliot, "ikisinin de bana ihtiyacı yoktu" yorumunu yaptı. Hastadan üç yaş daha küçük olan erkek kardeşi üç çocukla evli bir profesyonel haline gelmişti ve depresif, toplumdan izole ve hareketsizdi.

Annesi kızına hamile olduğu sürenin büyük bir kısmında yatalaktı ve bu koşullar altında yoğun duygular besliyordu. Annesinin uzun süre hareketsiz olmasından dolayı bir şekilde zarar görüp görmediğini merak ediyordu. Diğer taraftan kendini annesine borçlu hissediyordu. "Ona bir şeyler borçluyum. Orada öylece yatıp içindekinin büyümesini bekliyordu." Sonra kararsız bir şekilde şunu ekliyordu: "Benden nefret ediyor olmalıydı."

Yaklaşık 3 yaşındayken hasta annesinden dolayı iki travmatik ayrılık yaşadı. Anne hastaneye erkek kardeşini doğurmaya gitti. Bayan Eliot hastane asansörüne doğru bebeğiyle dönen annesini karşılamaya koştuğunu hatırlıyor. Bayan Eliot tedavisi boyunca asansörler hakkında dehşet verici ve kafa karıştırıcı rüyalar bildirmiş ve bu olayın onun için duygusal önemini belirtmişti. Yıl içinde hastanın kendisi nefes almakta akut zorluktan dolayı hastaneye yatırılmıştı. Koğuş karantina altında olduğundan sorun karmaşıklaşmıştı ve anne yaşadığı yalnızlık ve sefaleti canlı bir biçimde anımsayan kızını ziyaret edememişti.

Üçüncü bir ayrılık anne babasının odasından ayrılıp oturma odasında tek başına uyumaya başladığında meydana gelmişti. Bu sık sık dışlanmaya ilişkin duygularını keşfettiği erken dönem anılarıydı. Erkek kardeşi doğduktan sonra karyolası anne babanın odasına taşınmış ve kızın yatağı çıkartılmıştı. Anne babası gelene kadar onların yatağında uyuyabiliyor daha sonra anne babası tarafından oturma odasına taşınıyordu. Uyanık bir şekilde yattığını, annesini özlediğini ve uykuya dalana dek ağladığını anımsıyor.

Bayan Eliot'un çocukluğu boyunca o ve annesi neredeyse ayrılmaz bir bütündü. Annesi kızının okuluna müzik ve sanat öğretmenliği yapmaya geldiğinde ikisi öğle yemeklerini birlikte yiyorlar ve okul gününün sonuna dek beraber kalıyorlardı. Kızının utangaçlığı ve annenin sürekli yanında olması hastanın diğer çocuklarla ilişki kurmasını engellemişti. Ayrıca hasta, annesinin evde ders verdiği çocukları kıskandığını da hatırlıyor. Annesinin ilgisinin merkezinde kalmaya çalışıyordu ve annesi de bu bağlanmayı hoş karşılıyordu.

Ergenlik döneminde hasta annesine isyan etmeye başlamış. Annesinin aşırı sahipleniciliğini "casusluk" gibi algılamış ve açık uyuşmazlıklar meydana gelmiş. Bu çatışma genç kadın tek başına çıkmak istediğinde onu tokatlayan ve eşyalarını oraya buraya fırlatan annenin "çıldırmış" tarafını ortaya çıkarmıştır.

Bayan Eliot'un geç ergenliği ve erken yetişkinliği hayal kırıklığı ve hüsranla tanımlanıyordu. Kolejde artık dikkatin mer-

kezi değildi ve tek başına okul derslerini ve toplumsallaşmayı nasıl becereceğini bilemiyordu. Depresyonlarından ilkini yaşamış ve "denemeyi bırakarak" küçük, karışık yurt odasına "saklanmıştı". Yakın bir kız arkadaşı kendisini "dışarı çekmedikçe" ve son yılında harekete geçirmedikçe koleji bitiremeyeceğini düşünüyordu. Aynı yıl ilk kez lezbiyenliğinin farkına vardı.

Anneyle kavga kolejden sonra yeniden başlamıştı. Hasta üniversiteyi bırakmış ve birçok tatminsiz lezbiyen ilişkilerinin ilkine başlamıştı. Ciddi şekilde depresif hale gelmiş ve "üç ayını yatakta" geçirmişti. O dönemde kendini aktive edemez hale gelmiş ve kendi dairesini tutma (başkalarıyla birlikte olma ihtiyacını karşılamak için "orda burada" kalıyordu) ve üniversite eğitimini tamamlama dürtüsüyle harekete geçmişti.

Annesi ameliyat için hastaneye yattığında bile hasta üzgün olsa bile kendini tutabilmişti. Birkaç yıl boyunca göreceli tatmin edici bir lezbiyen ilişkisi olmuş ve bir yayınevinde çalışmıştı. Sonra ilişki bozulmuş ve hasta ciddi astıma yakalanmış ve işini kaybetmişti.

Bayan Eliot sonunda kendisini tedaviye getiren depresyona doğru sürekli bir düşüş yaşamaya başladı. Bu dört-buçuk yıl boyunca tasarruflarının kalanı ve ailesinden desteklerle ve serbest çalışmalarından elde ettiği düzensiz gelirleriyle yaşadı. Sonra şimdiki sevgilisiyle entelektüel yönü kuvvetli bir ilişkiye başladı. Ancak ilişki, duygusal uzaklaşma ve açık kavga ile engellenmişti. Aynı anda, Bayan Eliot sevgilisine yapışmış, ondan yaşamını desteklemesini ve sürekli kendisiyle birlikte olmasını beklemişti. Depresyonu geri çevirememiş ve aslında bunu yapmayı da istememiş ve desteği dışarıda aramıştı. Hayatını kendisi sürdürmek zorunda olduğunda hissettiği yalnızlık ve kızgınlıkla yüzleşmek istememişti. Derin bir sitem içinde çözümlenmemiş kızgınlığı onu inatçı bir düğümle bağlamıştı.

TEDAVİ VE KARŞI AKTARIM

Genel Bakış

Agresif duyguların ifadesi Bayan Eliot'un ilerleyişinin merkezini oluşturdu. Sonuç olarak, bu konuyu terapötik anlamda idare edebilme kapasitem çok önemli hale geldi. İşte bu alanda kendimi daha da kararsız ve karşı aktarımsal hatalara daha açık bir halde buldum ve aynı zamanda en fazla şey öğrendiğim dönem de bu oldu. Müdahale veya engelleme olmadan Bayan Eliot'un saldırganlığının sağlıklı ifadesine izin vermeye kendimi hazır hissettiğimde (ki bu ortaya çıkan saldırganlığı kaldırmaya hazır olduğumu da gösterir) terapötik kapasitemin arttığını hissettim ve hasta büyümüştü.

Başlangıçta Bayan Eliot'un bir tür anksiyetenin kuvvet alanıyla çevrildiğini gördüm. Seanslara bir engellenme hatta yasaklanma duygusu sızıyordu. Belirsiz bir korkunun depreşmesini engellemek için, bir eğilimin fazla hoşgörülü, fazla müsamahakâr olduğunu düşündüm (söylediği gibi onu "kırılganmış" gibi tedavi etmek).

Kızgınlık ifadesi kolaylaştırıldıkça ve derinlemesine çalışıldıkça, Bayan Eliot ve ben bu anksiyete atmosferini daha açık şekilde konuştuk. Bunun annesiyle eski durumunun bir tekrarı olduğunu söyledi. Annesinin iyi anne imajının "kontrolünü kaybetme" konusunda sürekli endişeli olduğunu ve kızının herhangi bir kızgınlık göstermesi veya kendini ortaya koyma girişimini üstü kapalı şekilde baltaladığını söyledi. Anne bu tür bir ifadenin onun üzerinde olumsuz bir yansıması olacağını hissediyordu. Ergenlik döneminde hasta annesinin endişesini kendini gerçekleştiren kehanete dönüştürerek "intikam" almıştı: Açık bir şekilde isyankâr hale gelmişti ve annesi zaman zaman açıkça çatışmalarına rağmen kızının kızgınlığını kışkırtmaktan korktuğunu söylemişti.

Bayan Eliot'un aktarım eyleme vurumu anaç bir bakım ortamını yeniden kurma arzusunu temsil ediyordu. Eğer işbirliği yapmasaydım, bu hastanın çökeceği anlamına geliyordu.

Ancak çaresizliğin altında, eğer onunla ilgilenme arzusu konusunda işbirliği yapmazsam beni buna zorlamaya hazır olduğu tehdidi yatmaktadır. Yine bunun ötesinde beni kızgın yansıtmalarını odaklayacağı bir hedef olarak kullanacağı ve böylece gelişmemiş bir bağımsızlığa görünürde çatışmasız bir kaçış için bahane yaratacağına ilişkin ilave tehdit yer alıyordu. Ve her zaman, uzlaşı için mücadele etmek yerine birbirimizi yok edeceğimiz kızgınlığın açığa çıkmasına yönelik birleşik bir bunaltı ve arzu vardı.

Öğrencinin Karşı aktarımı

Karşı aktarım tepkilerim iki temel kategoriye ayrılmalıydı: Öğrencinin karşı aktarımı ve karşı aktarım kuralı - hastanın aktarım eyleme vurumunu bütünleyen bir olgu olarak ortaya çıkar. (Elbette bu iki kategori arasında ciddi bir örtüşme var.)

Masterson borderline yetişkinlerle çalışmak için genel olarak öğretimde tahmin edilebilen karşı aktarım tepkileri dizisini açıkça tarif etmiştir. Bu sekiz adımlık bir süreç içinde anlaşılabilir:

1. *İlk değerlendirme.* Terapist hastanın objektif bir değerlendirmesini yapar, bu karşı aktarım tepkilerinin sonradan tanımlanmasına yönelik taban hattını oluşturacaktır.
2. *Çaresizlik.* Terapist hastanın çaresizliğini deneyimler ve bunu müsamahakâr veya hoşgörülü bir duruş benimseyerek karşı aktarımsal olarak hizalar. Her ikisi de ödüllendirici parça biriminde yer alır.
3. *Aşırı yönlendirmecilik.* Telafi etme girişimiyle terapist başka bir uca kayar ve hastanın karşı aktarımsal ihtiyacını ne yapacağının söylenilmesiyle hizalar. Her ikisi de ödüllendirici parça biriminde yer alır.
4. *Tarafsızlığın yerleştirilmesi.* Terapist tutarlı bir yüzleştirme duruşu ortaya koyabilir. Hasta artık terapötik karşılık vermeye başlar ve terk depresyonu yaşar.
5. *Yüzleştirme.* Terapist tutarlı biçimde bir yüzleştirme duruşunu koruyabilir. Hasta artık terapötik tepki vermeye başlar ve terk depresyonu yaşar.

6. *Karşı aktarım suçluluğu.* Terapist, hastanın duyguyu idare etme isteksizliği ayarında bir karşı aktarımsal tepkiyle hastanın duygusal acısına tepki gösterir. Her ikisi de geri çekilen parça birimindedir ve bir sonraki aşamada ödüllendirici parça birimini yeniden kurma eğilimindedir.
7. *Bütünleşme.* Terapist terapötik bir duruş benimser ve tarafsızlığı yeniden oluşturur. Bir kez daha hasta gerçeklikle hizalanmaya başlar. Terapiye artık hastanın patolojisi hükmetmez.
8. *Terapötik birlik ve derinlemesine çalışma.* Hasta egosunun gözlemleyici, gerçeklik-yönlü yarısı terapist tarafından korunan terapötik süreçle ittifak kurar. Önceki adımlara gerilemeler devam eder ancak süreleri ve yoğunlukları azalır.

Bayan Eliot'un temelde isyankâr bağımlılığı hakkındaki ilk değerlendirmem bana göre entelektüel açıdan açık olsa da, kendimi onun suskun, koruyucu davranışına çekilmiş durumda buldu. Her ikimizde oldukça yumuşak ve ihtiyatlı konuşuyorduk, "Ne?", "Bunu bir kez daha söyleyebilir misin?" ve "Pardon, seni duyamıyorum" gibi karşılıklı uyarılar seansların ilk kuplelerini belirliyordu. Süpervizyonun teşvikiyle (ve kendi rahatsızlığımdan şüphe duyarak) kendimi ortaya koymaya ve yüzleştirme uygulamaya başladım. ("Ne kadar sessiz konuştuğunun farkında mısın?", "Duygulardan bahsettikten sonra sessizleştiğinin farkında mısın?") Ancak yüzleştirme anlayışım yeni ve belirsizdi ve kendi engellerimi öylesine memnun edici şekilde aşıyordum ki sonrasında kendimi yorumlarla birlikte aşırı yönlendirmeciliğe dümen kırmış buluyordum ("Sessizsin çünkü yüksek sesle konuşmanın hayatına daha fazla kayıp getirmesinden korkuyorsun"). Temel olarak, Bayan Eliot'un kendi terapisini yapamazmış gibi davranmaya meyletmiştim.

Seanslarda bir gariplik hissi yaşarsam gözetmenlik bunu açığa çıkarma bahanesi oluyordu. Yüzleştirmelerimi artırıyordum, hastamı idare ederek veya onunla birlikte pasiflik ve çekilmeye batarak annenin davranışını kopyaladığımı görüyordum. Becerilerimi geliştirdikçe yüzleştirmelerim de gelişiyordu ve böylece beni karşı aktarım tepkilerine daha yatkın kılan

acemilik kaygısını azaltabiliyordum. Tutarlı, sürekli gözetim bu öğrenme aşamasında, terapist hastanın inatçı savunmalarına karşı dengesini bulurken özellikle önemliydi. Terapötik sürecin kontrolü terapist tarafında tutarlı, pozitif bir kendilik aktivasyonu gerektirmektedir (sonrasında hasta tarafından da içselleştirilecek bir duruş). Bu kontrol, terapist hem hastayı hem de süreci deneysel olarak anlamayı öğrendiğinde kazanılır, kaybedilir ve yeniden kazanılır.

Yine de beni uğraştıracak olan karşı aktarım suçluluğu söz konusuydu. Bu durumda, hastanın terk depresyonunun ortaya çıkmasının hoş görülmesini zor bulmuyordum ancak hastanın terk depresyonunu saptırmaya çalışmak için kullandığı mağdur kızgınlığı tarafından gafil avlanıyordum. Kendimi suçlama eğilimindeydim ve yüzleştirme duruşumun doğruluğuna inanmak için mücadele etmek zorundaydım. (Hastayla birlikte) onun gerçeklik çarpıklıklarını düzeltmesine yardımcı olmaya inanma eğilimindeydim. Yine süpervizyon, ihtiyacım olan nesnel değerlendirmeyi sunmuştu.

Terapötik duruşumu korumak, bunun hastanın işine nasıl yaradığını gördükçe daha kolay hale gelmişti. Özellikle, iç görülerini pratik eyleme taşıdığında (iş bulmak, arkadaş edinmek gibi) yaklaşımım onaylanıyordu. Terapötik birliğin açık kanıtı ve Bayan Eliot'un çalışma konusundaki sorumluluk tavrı - terapide ve hayatında- tedaviyi giderek daha tatmin edici kılmış ve aynı anda da terapötik süreci içselleştirmemi desteklemişti.

Uygun Karşı Aktarım

Öğrencinin karşı aktarımının giderek kontrolüm altında olmasıyla, Bayan Eliot'un aktarım eyleme vurumundan doğan karşı aktarım tepkilerini daha iyi algılar oldum.

Bayan Eliot'a yönelik karşı aktarım tepkilerim, borderline kişilik bozukluğunun bölünmüş nesne ilişkileri birimini yansıtan ve bana yönelik aktarım tepkilerinin çifte yapısını tamamlayan iki ana şekil almıştı. Karşı aktarım yoluyla Bayan Eliot'un farkında olmadan bana bir yandan müsamahakâr,

ödüllendirici bir anne, diğer yandan bireysel ihtiyaçlarını ve derin hislerini göz ardı eden bir anne şeklini vermeye çalıştığını yaşayarak görmüş oldum.

Bayan Eliot geçmişte de tedavi görmüştü ve terapistleri onu önce özel olarak değerlendirip sonra bırakarak ya da yok sayarak öncelikle yoğun olarak ödüllendirici birimine daha sonra da geri çekilen birimine geçme hatasına düşmüş gibiydiler. Şöyle bir yorum yapmıştı kendisi: "Sanırım terapistlerim üzerinde düş kırıklığı yaratan bir etkim oldu. Yanlış beklentiler yarattım sonra da fazla değişmedim." Hastanın sahte savunmacı kendiliğinin entelektüel uyumunu olumlu bir işaret olarak görme yanılgısına düşmüşler ve sonra da "-mış gibi" terapisinin değişiklik yaratmamasıyla cesaretleri kırılmıştı.

Ödüllendirici birimin hoşgörüsü bir aylık tedavi sonrasında Bayan Eliot'a faturasını sunmayı unutmamla kendini açık şekilde göstermişti. Eyleme geçmişken bu dikkatsizliği hastamla keşfetmeye karar verdim:

Terapist: Belki de ödeme yapmaman gerektiğini hissediyorum.
Hasta: Yalnızca annem böyle hisseder. Siz neden hissedesiniz ki?
Terapist: O neden hissetsin ki?
Hasta: Sanırım bana borçlu olduğunu hissediyorum.
Terapist: Burada bir çeşit pazarlık mı kastediliyor?
Hasta: Evet -O veya siz benimle ilgilenirseniz- bağımlı kalmayı kabul etmem söz konusu.

Geri çekilen birim başka vesilelerle de baskın gelmişti, kendimi onun için değerli olan bir şeyi küçümserken bulmuştum. Örneğin, sevgilisine "oda arkadaşı" dediğimde ilk kez doğrudan bir kızgınlık göstermesini tetiklemiştim. Bu dil sürçmemi incelemem onun açısından içgörüye yol açmıştı. Bana kızgın olduğu halde seanslarını sürdürebileceğini fark etti. Ayrıca aşk ilişkisine olan eğreti bağlılığını ifade ettikçe benim bunu nasıl değersizleştirdiğimi ve sonuç olarak kendisinin nasıl küçümsendiğini keşfetme konusunda istekliydi.

Bir seferinde, hafta ortası randevusunu farkında olmadan kaçırarak daha büyük bir kızgınlığa yol açtım. Programı yaz

dolayısıyla geçici olarak değiştirilmişti. Seansı gün içinde daha erken bir saate alınmış ve eski programa dönme zamanı geldiğinde, o saati doldurduğumu fark etmişti. Bu aslında çok da olağanüstü bir durum değildi zira onun için sürekli açık bir zaman bulundurmayı garanti edemezdim. Ancak sıra dışı olan, bu olasılığı onunla gerçekte tartışmamış olmamdı, hatta hiçbir sorun olmayacağını bile ima etmiştim ve sonra da baştan savma noktasında gelişigüzel bir davranış benimsemiştim. Onun gözyaşları ve ithamlarıyla hatamın bilincine varıp irkiliyordum: Tıpkı anne babası gibiydim, duygularının önemini ve ona ait olanı göz ardı ediyor; çabalarından dolayı onu cezalandırıyordum; ve bu böyle devam ediyordu. Bir öfke nöbeti geçiriyordu ve kendini tamamen kaybolmuş varsayıyordu. Kendini istenmeyen, gereksiz, yeri doldurulabilir, önemsiz hissediyordu. Benimle asla yeniden konuşmak istemeyeceğinden korkuyordu. İhmalkâr olduğumu kabul ediyordum ama onun kızgınlığı üstümden (üstünden) atmak yerine neden istediğini kendiliğinden açıkça talep etmediğini merak ediyordum. Kendini ortaya koyabiliyordu ve neyse ki, verimli bir seans süresi tanıyabiliyordum. Bu alışveriş, özellikle işte kızgınlıktan dolayı geri çekilmek yerine kendini ortaya koymayı öğrendikçe devam ediyordu.

Karşı aktarım bakış açısından, bunun haftada üç günlük programın korunmasının ardından uzun süreli ikircikliğin üstesinden geldikten hemen sonra ortaya çıkması ilginçti. Daha fazla güven kazanmasının ardından bilinçsizce bir programlama bozukluğunu tasarlamış gibi görünüyordum. (Terapist, bireyleşmeye yönelik geri çekilme desteğini çekerek arkaik annenin rolünü tekrar gündeme getirince geri çekilen biriminin etkisi ortaya çıkmaktadır.) Ayrıca bunun benim tarafımda bir kızgınlık misillemesinin dolaylı bir ifadesi olmasından kuşkulanıyordum: Eğer Bayan Eliot üçüncü randevusunu bu kadar önemsizce değerlendiriyorsa ben neden aynısını yapamayayım?

Başka bir seferinde, Bayan Eliot ve benim bilinçsizce örneklediğimiz "ilişkinin" aktarım eyleme vurumu eylemlerim-

deki karşı aktarım türevlerini gözlemlediğimde daha açık hale gelmişti. Hasta, ayrılma veya kendini ortaya koyma karşısında sıkça başından savan ve duyarsız olmaya başladı. Bu durum, cezalandırma fantezilerinin ne denli acı verici olduğu ve gerçek zamanlı olgularla tekrar tekrar ne denli güçlendirildiği dikkate alınınca şaşırtıcı değildi. Ayrılma-bireyleşmeyi reddederek kızına odaklanan anne gibi ben de hasta tatile gittiği sırada dalgın ve unutkan bir hal almıştım. Bir kez daha, yokluğunu erkenden öngörmüş ve seansı öncesinde onu on dakika bekleme odasında bırakmıştım çünkü zaten tatildeymiş gibi bir izlenime kapılmıştım. Başka bir seferinde, gittiğini unutmuş ve şaşkın bir şekilde görünmesini beklemiştim.

Bu deneyimleri, Bayan Eliot ile paylaştığımda, onun ve benim, doğrudan tartışmadan ve birbirimizden ayrılmayı kabul etmekten kaçındığımız daha açık bir şekilde ortaya çıktı. Artık kızının duygusal gelişimi pahasına annenin temel yalnızlığını ve depresyonunu savuşturan sonu olmayan anne-kız sırdaşlığı uğruna annenin okul sırasında ve sonrasında onu yanma almasıyla neredeyse aynı şekilde ona yaklaştığımı fark etmeye başlıyordum.

Bir gün Bayan Eliot tereddütlü bir şekilde giderek daha da düzenli olarak geç başladığımı fark ettiğini söyledi. Algısını doğruladım ve neden benimle yüzleşmekten çekindiğini sordum. Cevabı, "küçücük bir kızın elini tutarak seven ve ilgilenen birinin" imgelemdeki canlı görüntüsünü anlatır niteliktey-di. Sanırım sizin siz imajınızı koruyorum! Tanrım! Bu yepyeni bir şey! Annemi doğrulamak iyi bir anne olduğunu doğrulamak benim için öylesine önemli ki! - nasıl göründüğünden veya başkalarının ne düşüneceğinden uzak durmak!

Eğer karşı aktarım eyleme vurumum düzeltilmemiş olarak devam etseydi, önceki tedavilerde olduğu gibi tedavinin kendisi gelişimsel duraklamayı yineleyecekti ve süreç duracaktı.

Kendimi bazı karşı aktarım gösterilerinden alıkoyduğum her seferinde, kendimi aynı tedavi sorunuyla karşı karşıya buldum: Saldırganlığın yönetimi sorunuyla (kızgınlık ile kendini ortaya koyma arasında ifade ve ayırt etme zorluğu yaşıyordu).

Hastaya kendini ortaya koyma direnci konusunda yardım etmeye giriştiğim her defasında, kendimi annesinin gizli veya açık itaat talebine ortak olan egosunun o kısmıyla yüz yüze gelmiş buluyordum.

Yalnızca tekrar eden yüzleştirmeler, bu itaatinin boyutunu anlamasına ve sonunda bunun egoya yabancı olduğunu görmesine yardımcı oluyordu. Bundan sonra bile, itaati açık asiliğe çevirerek sembolik olarak anne imgesine yapıştı (her ikisi de eski bağlılıklarına tutundu böylece tepkileri de geçmiş hikâyeye ilişkin oldu.)

Saldırganlığını ya önlediği ya da dramatize ettiğini görene dek karşı aktarım eyleme vurumuna yönelik yüzleştirmemi koruyabilmeliydim, zira bana da annesine davrandığı gibi davranıyordu. Dik durmalıydım böylece bana karşı davranışlarının ne kadar tekrarlayan bir şekilde uygunsuz olduğunu görebilir ve sorgulayabilir ve bundan hoşnutsuz kalabilirdi. O (ve ben) benim annesi gibi olmadığımı anlayabilirse gerçek kendiliğini kabul etmeye başlayabilirdi: Çeşitli seçenekleri olan bir yetişkin gibi olabilirdi.

Tedavisinin dokuzuncu ayında beklenmedik sonucu olan önemli bir olay yaşandı. Bayan Eliot ofise geldi ve sadece şunu dedi: "Annem dün öldü." İlk tepkileri yas tutan bir hastanın tipik davranışlarıydı: İnanmıyordu fakat aralıklı şekilde ağlama ve kendini suçlama nöbeti geçiriyordu. Bence, tam da orada olma zamanıydı.

Bütün bunlara rağmen üzüntü ve ayrılığın ikili sorunuyla mücadele ettiğinin farkındaydı. Alışılageleni korumak için bana dayanmak istediğini aynı zamanda bunun onu kaygılarından ve tepkilerinden koruduğunu hissettiğini söylüyordu. Üzüntüsünü ifade etmek için bana ihtiyaç duyuyor fakat aynı zamanda eğer bana yapışırsa, korktuğu psişik ayrılmayı inkâr etmiş olacağını biliyordu. Yükseltilmiş imgelerle ifade ettiği duygularının altında kalmıştı; annesinin kaybı "canlı bir ağacın kökünden sökülmesi" gibiydi.

Üzüntü konusunda destek oldum ve ayrılma konusundan kaçınmakla yüzleştirdim. Yine de inatçı bir geri çekilme dür-

tüsü yaşadım. Bu koşullar altında aynı çaba düzeyini koruması için ondan neyi doğru yapmasını beklemeliydim? Her şeyi salıp bıraksa mıydım?

İronik bir biçimde, hayat bana tuhaf bir paralellik sundu, babam aniden hastalandı ve öldü. Hastam gibi ben de şok içindeydim ve denenmemiş içsel kaynaklara güvenmemi gerektiren gerçekçi talepleri karşılamaya hazırlıksızdım. Bir kriz bizi harekete geçirebilir ya da hareketsizleştirebilir. Bu durumda, hastamı çalışmadan "koruma"nın yıkıcılığını gördüm, oysa terapi, onun kaybıyla başa çıkabilme gücünü arttırabilirdi. Üzüntü, sanırım ikimiz için de daha güçlü bir öz-güven hissine yol açtı.

O yıl, Bayan Eliot bir iş buldu, kendi parasını idare etmeye başladı ve sevgilisine karşı daha derin bir bağlılığı kabul etti. Ben ise terapötik duruşu sağlamlaştırdım.

Bayan Eliot ile geçirdiğim zamanlarda, benimle ilgisiz görünen bir fikir, bir imge yaşıyordum, ve bu aniden düşünce sürecimde ortaya çıkıyordu. Bu yansıtmalı özdeşim deneyimidir. Hasta, tamamen bilinçsiz bir şekilde henüz içselleştirmeye hazır olmadığı psişik yaşamının birkaç unsurunu bana "yüklediğinde" bu durum ortaya çıkar. Bu, kişilerarası "geçirgenliğin" pre-ödipal aşamasında olan hastalarla yapılan çalışmada sıkça yaşanan bir olaydır. Bu, erken, diyadik -hatta sembiyotik- psişik durumları canlandırır gibi göründüğünden, bu oluşumun ürkütücü, kişi-siz bir niteliği vardır. Terapist hasta, hastanın annesi veya bu ikisinin parçaları "haline gelir". Bu algı ve duyguları insanın kendi yanılgılarıymış gibi görmek, terapötik duruşu kaybetmek ve (genellikle) ödüllendirici birime sığınmak kolaydır.

Annesinin ölüm yıldönümü haftasında, Bayan Eliot duygularından kaçındığından bahsetti. Yaşamında ilerleme kaydettiğine dair bazı olumlu yüzeysel açıklamalar yaptı ve keşke bunları annem bilseydi dedi. Ani, yoğun bir açlık hissini fark ettim. Ona ne hissettiğini sormak için kısa bir an durdum. Karşılığında, beklenmedik şekilde bağımlı hale geldi ve yaşamının geri kalanında kendi sorumluluğunu üzerine alma mecburiye-

tinden nefret etti. "Yakında okul bitecek ve annem yine benimle ilgilenecek" şeklinde düşünmek istiyordu. Bu ödüllendirici birime adımın bir daveti olarak alınabilirdi. Bunun yerine, annesinin ölüm yıl dönümünde, kendini yoksun -bir şekilde aç- hissettiğini ancak bunu bilinç dışında tutmaya çalıştığını vurguladım. Daha sonra kendini beslemekle ilgili sorun yaşadığını ve genelde seansa aç bir şekilde gelecek şekilde kendini ayarladığını fark etti. Daha sonra bu, benim onu beslemem ve ona bakmamın ne kadar hoşuna gittiği ve annesinin ölümünün hatırlattığı acı duyguları nasıl sildiği tartışmasına vardı.

Başka durumlarda, kendinden alıp "tutmak" (Winnicott), "içermek" (Bion) veya "metabolize etmek" (Fliess) için bana yüklediği kızgınlık ve üzüntü duygularını veya gülünç veya ani neredeyse hoş görülmeyecek umut hislerini "tek tek topladım". Bazen ona ne hissettiğini sordum ve bazen de kendi hissettiklerim hakkında spekülasyon yaptım. Hislerini kendi başına içselleştirip ifade ederek yanıtladı bunları.

Karşı aktarım tepkilerimle başa çıkarken, kendimi sahiplenici, diyadik anneye dönüşme eğiliminden hastanın kendilik ifadesini ve gelişimini destekleyen terapötik surete kayışını gördüm. Karşı aktarım deneyimlerimi gözlemlediğim, onlarla yüzleştiğim ve onları tartışabildiğim sürece (bazen doğrudan hastayla) terapötik süreç için güvenli bir ortamı teşvik ettiğimi gördüm. Daha da önemlisi hastanın gerçek kendilik ifadesini ne kadar kolaylaştırabileceğimi fark ettim. İyi bir çalışma ve geçen süre sayesinde Bayan Eliot, geçmişin getirdiği kısıtlamaların içinden yeniden doğdu, kendini daha iyi ortaya koyarak, yaratıcılık ve samimiyetini güçlendirdi.

19

ÇARESİZLİĞİN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM

Karla Clark, Ph.D.

Karşı aktarımın tanımlanması ve yönetilmesi borderline hastaların tedavisinde önemli bir unsurdur. Özellikle, bu hastaların terapistinde kendisininki gibi bazı güçlü ve nahoş deneyimler yaşamasına yol açan (aslında hastadan kaynaklanan) yansıtmalı özdeşim savunması kullanma eğilimleri psikoterapide sık rastlanan bir durumdur. Sorunlar terapist (a) hastadaki nahoş duygunun kaynağını tanımlayamadığında ve (b) kendisi nahoş duyguların hissedilmesine karşı savunma yaptığında ortaya çıkar. Çözüm karşı aktarımı tanımlama, yönetme ve sonra da altındaki yansıtmalı özdeşimi tanımlayıp karşılığında yönetmeyi içerir. Bir vaka sunumundan faydalanarak hastanın yansıtmalı özdeşiminin yarattığı bu karşı aktarım şeklinin terapistin tarafsızlığını koruma kapasitesiyle nasıl çakıştığını göstereceğim. Öncelikle karşı aktarımı tanımlama ve yönetme ve sonrasında karşı aktarımı tetikleyen yansıtmalı özdeşimi tanımlama ve yönetme için atılmış adımları özetleyeceğim.

KARŞI AKTARIMIN DOĞASI

Psikanalitik kuramın başından bu yana, terapistin duygularını yönetmesi bir kaygı kaynağı teşkil etmiştir. Freud şunları

yazmıştır: Hastanın bilinçdışı duyguları üzerindeki etkisi sonucunda [doktorda] ortaya çıkan karşı aktarımı fark ettik... ve öyle bir noktaya geldik ki doktorun kendi içindeki karşı aktarımı tanıması ve bunun üstesinden gelmesi gerekti" (1957 s. 144-145). Freud'un da ileri sürdüğü gibi başlıca terapötik görev, terapistin psikoterapinin bütün gidişatının önemli bir tamamlayıcısı olan kendi duygularının farkında olmasını ve kontrol etmesini içerir.

Paula Heimann (1950), Heinrich Racker (1968) ve Harold Searles (1979) gibi birçok terapist, terapistin duygusal tepkilerinin terapötik sürecin doğal ve kaçınılmaz parçaları olduğu fikrini vurgulamışlar ve terapistin duygularının psikoterapi yönetimine önemli veriler sağladığı görüşünü ilave etmişlerdir.

Karşı aktarım hakkındaki bu düşünce şekli terapistin psikoterapiye dahil olduğunda duygularını kullanması veya kötüye kullanması olasılıklarının tümünü ortaya çıkarır. Bununla birlikte *karşı aktarım* terimini parçalarını fazla açmadan kavramsal bir araç olarak kullanılmak için çok geniş kılar. Bu kavramdan faydalanmak için karşı aktarımın birçok düzeydeki yönleri arasında ayrımlar yapmak gerekir: (1) Belli bir zamanda mevcut mudur ve mevcut olduğunu nereden bilirsiniz? (2) Kaynağı nedir? (3) Psikoterapi üzerine etkisi nedir? Terapötik sürece yardımcımı olur yoksa bu süreci engeller mi? (4) Hangi mekanizmalar onu harekete geçirir?

İlk sorun şudur, karşı aktarımın işlediğini nasıl anlarsınız? Terapistin duyguları bilinçli olarak hissedilebilir, bilinç öncesi işleyebilir ve dolayısıyla nispeten ve hazır bir şekilde erişilebilir veya bilinç dışı olabilir. Terapistin bilincinde olduğu duygular en az sorunlu olanlardır; ne hissettiğimizi biliyorsak, bu bilgiyi nasıl kullanacağımıza dair kararlar alma durumundayızdır. Karşı aktarımı tanımlama ve yönetme sorunu, terapist duygularının farkında olmadığında daha karmaşık hale gelir. Little (1951) bunu kısa ve öz şekilde şöyle açıklamıştır: "Her durumda, kişinin rahatça (hatta tamamen) farkında olmadığı bilinç dışı şeyler ve kendisinde bilinç dışı şeyler görmeye ve tanımlamaya çalışması kişinin kafasının arkasını görmeye çalışması

gibidir - başkasının arkasını görmek çok daha kolaydır" (s. 33). Kişinin kendisinin farkında olmadığı kendisi hakkında bir şeyi nasıl tanımlayacağına dair sorunun cevabı kısmen belli bir durumda neyin uygun veya uygunsuz müdahaleyi oluşturduğu hakkında açık bir tabloya sahip olmakta yatmaktadır. Kişi uygunluk anlayışından uzaklaştığında bu, sorunun temelinde tanımlanamayan duygu ve tepkilerin yattığına dair açık bir işaret haline gelir.[1]

Terapist, karşı aktarımın varlığını tanımladıktan sonra duygusunun kaynağını tanımlamaya çalışmalıdır. Karşı aktarım terapistin geçmişinden veya çözümlenmemiş çocukluk çatışmalarından ve nevrozlardan (Reich, 1951, 1973); terapötik işlemin doğasından (Jackson, 1956) veya bölünme eğilimi, veya inkâr ve parça-kendilik yansıması veya parça-nesne temsili veya duygusu gibi hastanın savunmasının bir özelliğinden (Kernberg, 1986, s.230) kaynaklanabilir. Kişinin duygularının kaynağını tanımlamak kolay olmayabilir. Aşağıdaki vaka tartışmasının göstereceği gibi, terapist için sorunun kaynağını görece kapsamlı şekilde anlamadan önce birçok seviyeden geçerek bir duygu veya tepkinin izini sürmek zorunda kalması hiç de sıra dışı değildir.[2]

Üçüncü olarak, bir karşı aktarım tepkisini tanımladıktan ve kaynağını tanımlamaya çalıştıktan sonra, terapist psikoterapi üzerindeki etkisini değerlendirmelidir. Terapötik süreci zenginleştiren karşı aktarım şekillerini (ki bunlara olumlu karşı

---

1 Neyin etkili veya neyin etkisiz olduğuna ancak hangi girişimin uygun hangi girişimin uygunsuz olduğu arasında ayrım yapan bir terapötik çerçeveye sahip olunduğunda karar verilebilir. Örneğin, eğer kişi davranış terapistiyse, karşı aktarım tepkisi kişinin hastaya gerektiğinde davranışsal bir reçete sağlayabilme yetisiyle tanımlanabilmelidir. Gelişimsel, nesne ilişkileri perspektifine sahip borderline bir hastayı tedavi eden bir terapist için, olumsuz karşı aktarım, hastaya söz konusu olduğunda davranışsal bir reçete sağlama dürtüsüyle belirtilmelidir. Tedaviye neyin müdahale ettiğinin tanımı dolayısıyla tedavinin kendi yöntemiyle ortak belirlenir. Bu bölümdeki notlar borderline yetişkin psikoterapisinde Masterson Yaklaşımının terapötik paradigmasının uygulanması çerçevesindedir.

2 Aslında bu tür bir çaba öylesine karmaşık hale gelebilir ki, karşı aktarım yönetiminin temelinde, belli bir tepkinin kaynağının kesin bir tanımını yapmaktansa kaynağın araştırma sürecini vurgulamak daha iyi olacaktır.

aktarımlar denir) bu süreci engelleyenlerden (yani olumsuz karşı aktarımlardan) ayırmalıdır. Benim fikrim, optimum olumlu karşı aktarımın kişinin duyguları tanımlandığında, kaynakları anlaşıldığında ve etkilerinin bilinçli kontrol altında olduğunda devrede olduğudur. Bu son nokta kişinin duygularının aklın hizmetinde ve hastaya neyin yardımcı olabileceğini anlamada kullanıldığına işaret etmektedir.

Dolayısıyla olumsuz karşı aktarım, bu şartlardan herhangi birinin aksinin varlığının, terapinin kendisinin engellendiği veya daha kötüsü bozulduğu yeterli dereceye ulaşması olarak tanımlanabilir.

Son olarak, karşı aktarım özelliklerini dikkate alırken kişi kendine terapistte duyguların hangi mekanizmalarla oluşturulduğunu sormalıdır. En geniş çerçevede, bu soru, insanoğlunun diğeri hakkında herhangi bir şey hissetmesine neyin yol açtığını içermektedir. Kişi, yalnızca kısmi bir yanıt almayı beklese de her zaman kendine kişinin hangi araçlarla belli bir zamanda belli bir hastaya karşı belli şekillerde davranma ve bazı duyguları hissetmeye teşvik edildiğini sormalıdır. Bu bölüm yansıtmalı özdeşimin kendine özgü mekanizması ve bu özel savunma mekanizmasının nasıl bir karşı aktarım uyarıcısı haline geldiğini ve/veya bunu maskelediği üzerinde duracaktır. Bu soru borderline kişilik yapısının doğasının daha geniş olan çerçevesi içinde ele alınmalıdır.

Borderline Hastanın Tedavisinde Karşı Aktarım ve Yansıtmalı Özdeşim Savunması

Borderline hastalar ayrılma-bireyleşme aşamasında gelişimsel bir duraklama geçirir (Masterson, 1976). Borderline birey yaşamını nesnenin eline bırakılmış olarak görür. Bu durum, borderline hastanın dış dünyasında diğerleriyle geliştirdiği ilişkilerde yansıtılan içsel nesnenin eylemlerine ilişkin karakteristik bir dikkat artımına neden olur. Sıra dışı yetenekte bir insan seyircisine dönüşür. Bu yeteneği terapisti anlamak için psikoterapi alanında çalışarak ortaya koyar. Bu anlayışı, acı dolu duyguların çıkmasına karşı kendini koruyan psikoterapi hedef-

lerini izlemede kullanır. Hastanın antenleri dışarıdadır ve etrafı belli bir amaç için terk veya boğulmayla ilgili duygularının tetiklenmesini tehdit ettiğini düşündüğü yaşantılardan kaçınmak için taramaktadır. İlk karşılaşmanın ilk anından itibaren, borderline ortamını -bu durumda psikoterapisi- terk veya boğulmayla ilintili etkilerin ortaya çıkmayacağı şekilde düzenlemeye çalışır. Öncelikle, terapistle ilişkisinde olan bu etkileri yaşamaktan kaçınmayı arzular (yani birinin onu boğmasından veya terk etmesinden korkar). İkincisi, bu duyguların içine boşalmasından kurtulmak için terapötik karşılaşmayı savunma olarak kullanmak ister.

Pratik anlamda, bölünmesini, intrapsişik yapısını savunma için kullanır ve genellikle birinin parça nesne ilişkileri biriminin ya da ödüllendirici ya da geri çekilen tarafını aksettirmesine çalışır (Masterson, 1976). Savunma konusunda hem aşırı uyanık hem de hevesli olduğundan, borderline hasta, savunma amaçlarına hizmet eden tepkileri belirlemede harikadır ve bu konuda başarısız olması halinde tedaviyi baltalayacağından habersizdir. Dolayısıyla, açıkça ifade etmek gerekirse, başkasının karşı aktarım eğilimlerinden faydalanmak adına onları yakalama peşindedir ve bunun karşısında, terapist onun başarılı olmaması için aynı şekilde tetikte olmalıdır.

Tetikte olunamadığında ne olur? Bu tür bir başarısızlık tarama yoluyla hastanın terapistte duygusal bir hassasiyet tespit ettiğinde ve hastanın bunu, parça-kendilik veya parça-nesne temsilini terapistin duygusal olarak kendisine aksettirmesini sağlamak için kullandığında meydana gelir. Terapist parça-kendilik veya parça-nesne temsiliyle ilgili duygular yaşar oysa hasta yaşamaz. Bu zamanlarda, istenmeyen bir parça kendilik veya parça-nesne temsilinin tek bir kişi tarafından yansıtıldığı yansıtmalı özdeşimi kullanır ve diğer kişi de bu şekilde yansıtılan duyguları yaşamaya zorlanır. Kişi psikoterapiyle çakışan şekilde oluşan duygulara karşılık olarak bir eylemde bulunduğunda hastanın yansıtmalı özdeşimine tepki olarak olumsuz bir karşı aktarım şekli yaşar.

Hasta terapistte yansıtmalı özdeşim kullandığında terapist kaynağı karıştırabilir ve içine akan duyguları kendisininkilermişçesine hisseder. Örneğin, bir borderline hasta, terapisti kızdırmak üzere hesaplanmış şekillerde hareket edebilir, terapist de buna kızgınlık duyarak ve saldırgan bir tavırla hareket etmeyi arzulayarak karşılık verir (örn. geri çekilme parça-nesne özelliklerini benimseyerek). Bu kendi içinde bir sorun değildir. Ancak, olumsuz karşı aktarım meydana geldiğinde, terapist saldırgan şekilde hareket eder veya ya duyguları hissederek ya da onları anlayarak yıkıcı savunmalar kullanır. Örneğin, öfkesini kabul edip hastanın davranışındaki duygu kaynağını belirlemektense öfkeli olduğunu inkâr eder ve savunma yaparak aşırı verici şekilde davranır. Burada karşı aktarımın kaynağı hasta hastanın sebep olduğu ancak terapistin kendisinden kaynaklandığı şeklinde yanlış tanımladığı duygusal bir durumdur. Dolayısıyla terapist duygulanıma karşı kendi savunmalarını kullanarak sorunu birleştirir ve buna bağlı olarak terapi zarar görür.

Sorunun çözülmesi ilerlemeli basamaklar içerir. Öncelikle, kişi duyguları kendisininmiş gibi tanımlar ve analiz eder, çünkü o aşamada aslında kişi kaynağının kendisinde olduğundan emin olamaz. İkincisi, böylece kişi duygunun kaynaklarının daha sonra bunları yansıtan hastada olup olmadığını veya duygunun aslında kişinin kendisinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını anlama konumundadır. Üçüncüsü, kişi bu şekilde birikmiş bilgileri tedaviyi ilerletmek için kullanır. Sözgelimi, aşırı verici olma maskesiyle kişinin içindeki saldırma dürtüsünü izole etmesiyle iç geri çekilme birimi parça-ilişkisinde olduğu gibi hissetmeye ve davranmaya itilmiş olduğunu görür. Kişi o zaman, yansıtmayı, bu şekilde tanımlandıktan sonra, kaldırmaya veya yansıtmayla yüzleşmeye karar verebilir. Karar mevcut terapötik iklim ve tedavi aşamasına bağlı olacaktır, ancak her durumda terapötik nötralitenin yenilenmiş konumundan türetilecektir.

Aşağıdaki vaka örneği olumsuz karşı aktarımı tanımlama, kontrol etme ve yansıtmalı özdeşimi kaynağı olarak kabul et-

me sürecinde özetlediğimiz aşamaları göstermektedir. Ancak olumsuz karşı aktarım katmanlarının tanımlanıp analiz edildiği uzun bir sürecin ardından kaynaklarını teşkil eden yansıtmalı özdeşimin nasıl farkına vardığım gösterilecektir. Derinleşen kontrol ve bilinç düzeylerimin tedavi üzerindeki etkisini tartışarak karşı aktarım ve yansıtmalı özdeşim yönetiminin çeşitli yönlerini göstereceğim.

VAKA ÖRNEĞİ: BAYAN B.

Bayan B. tedaviye başladığı sırada 38 yaşında ve boşanmıştı ve bir çocuğu vardı. İkinci kez evlenmek üzere nişanlanmıştı. Düğün yaklaşıyordu, o ve nişanlısı sürekli olarak ve acımasızca kavga ediyorlardı. İntihar etmeyi düşündüğünü, kendini çıldırmış, zavallı ve çaresiz hissettiğini söylüyordu. Hissettiklerini ilişkisine bağlayarak nişanlısını suçluyordu, çünkü birlikte olmaya başlayana dek sağlıklı ve iyi olduğunu düşünüyordu. Tüm sorunları için nişanlısını suçlamasına rağmen, evlenmeyi planlıyordu.

Sorunları ilişkisiyle sınırlı değildi. En ünlü hukuk fakültelerinden birinden mezun bir avukattı. Açıkça görülen zekâsı ve yeteneğine rağmen işte çok da başarılı değildi. İşte kalmayı başarabiliyordu ancak çalışma hayatı üstleriyle geçimsizlik, aşırı destek ve yönlendirme talepleri ve sık sık işe gitmeme ile doluydu. Sorunları, kabul etmeye hazır olduğunun çok ötesindeydi. Tüm dikkati yaklaşmakta olan evliliğiyle ilgili duygularının yarattığı kriz üzerindeydi.

Hikâyesi yaşadığı zorlukların kaynağını ve gelişimini ortaya çıkarmıştı. Buna pek çok ayrılık, kayıp ve çocukluğundaki travmalar da dahildi. 2,5 yaşına kadar anneannesi tarafından büyütülmüş, sonrasında şartlar anneannesinin küçük kızın bakımını annesine geri vermeye zorlamıştı. Bunu takiben, annesiyle ara ara birlikte olmuş ve çocukluğunun geri kalanının büyük bir kısmını yatılı pansiyon ve okullarda geçirmişti.

Annesiyle yaşamaktan ümidi kesilmiş şekilde, okulda isyankârdı, bu nedenle birçok okuldan iki veya üç yıl sonra atılıyordu. Ancak annesi onu evde tutmak yerine, onu bırakacak baş-

ka bir okul veya pansiyon buluyor ve tüm örüntü kendini tekrar ediyordu. Lisenin son yıllarında, başını belaya sokmaktan vazgeçti böylece annesinin yanına dönebilecekti. Sevdiği ve kendini evinde hissettiği yatılı bir Katolik okuluna yerleşti. Bu okuldaki rahibeler üzerinde güçlü, pozitif bir etki yarattı. Uzun zamandır özlediği anne ilgisini sağlıyor görünüyorlardı.

Bundan sonra ayrılma ve kayıp hissini yok etmek için bilinçsiz olarak mümkün olan her şeyi yaptı. Liseyi tamamladı ve aynı rahibe sistemiyle idare edilen bir koleje gitti. Koleji bitirdi ve hemen ilk kocasıyla evlendi. Üniversiteye devam etti ve ilk çocuğunu doğurdu, bu arada üniversite eğitimini sürdürmekte olan kocasına da destek oluyordu. Sonra kendi kararıyla hukuk okudu ve çok başarılı oldu. Ancak evliliği bu sırada bozuldu. İhtiyacı olduğunu hissettiği dikkat ve sevgiyi kocasının ona sağlayamaması onda hayal kırıklığı yaratmıştı. Bunun sonucunda boşanmaya karar verdi.

Uyum sorunları kocasından boşanana ve hukuk fakültesinden mezun olana kadar açık şekilde ortaya çıkmadı, her iki olay da terk duygularını depreştiriyordu. Çaresiz ve kendiliğini aktive edemez hale gelerek hissettiklerine karşı savunma yapıyordu. Bunu işlerindeki zayıf performansı ve çok sorunlu bir aşk hayatı izledi. Retrospektif olarak, bunu anlayabilecek durumdaydı, okul yaşamı boyunca pek çok ilgi alanı olsa da ve iyi notlar alsa da potansiyelini hiçbir zaman gerçek anlamda ortaya çıkaramadı. Dikkate değer becerilerine ve yaşamın ona sunduğu imkânlara rağmen kendini mutlu, tatmin olmuş veya başarılı hissedemedi.

Sorunlarının boyutunun daha da farkına varması terapide oldukça geç ortaya çıktı. Terapiye, yoluna çıkan başarı ve mutluluk potansiyellerini bir şekilde boşa çıkardığı yönünde yalnızca çok belirsiz bir farkındalık ile başladı.

Yakın geçmişindeki tüm kayıp ve travmalarla, tedavi kapasitesi, özellikle yoğun psikoterapi şüpheliydi. Bu hem gerçekçi yönleri hem de karşı aktarım özellikleriyle bir soruna dönüştü. Bununla birlikte çalışmayı kaldırabileceğine dair pek çok işaret vardı. Örneğin, geçmişi yapışma savunmalarının uzaklaşma

savunmalarına baskın gelmesinin kanıtlarını taşıyordu. Mevcut varlığı çocuğuna derinden bağlanması ve kendini ona iyi bir anne olmaya adaması gerçeğini taşıyordu (psikoterapi için güçlü bir motivasyon kaynağı). Ayrılma stresi altında değilken iyi olması ego gücünün derecesini gösteriyordu ve birçok yapıcı artistik ve entelektüel faaliyetleri olması gerçeği, depresyonunu yönetmesini sağlayacak gerçek kendilik işlevlerinin (ve uyumlu ego işlevlerinin) bazı olası aktivasyonuna işaret ediyordu. Negatif karşı aktarımın erken bir göstergesi de bu kanıtı görmenin zor olmasıydı. Aslında kırılganlığından dolayı oldukça endişeliydim. Sorunlarını başarıyla çözme potansiyeli konusunda çaresizlik hissediyordum ve ona yardımcı olmaya çok daha fazla istekli hale gelerek bunu inkâr ediyordum.

Psikoterapinin ilk 8 ayı Masterson Yaklaşımında süpervizyona başlamamdan önce yürütüldü. Onun hakkındaki çaresizlik duygularım ona yardımcı olur görünen bir çalışma şekli bulmak için bu aylar boyunca yaşadığım yetersizlikle ciddileşmişti. Üstelik, her şey sanki daha da kötüleşiyordu. Evliliğinin ardından kocasıyla ilişkisi daha da kötüleşince büyük bir çalkantıya kapıldı. Tatillerde semptomlarında ciddi artışlar oluyordu; gerçekten kötü bir kavga aşırı sakinleştirici almasına yol açtı. Sıkıntı duyarak ve yetersiz hissederek, kırılganlığı hakkında genel korkularımla karışık şekilde baskıya karşılık veriyordum. Onları hissettiğim ölçüyü inkâr ederek, verme çabalarımı ikiye katlayarak - dolayısıyla ödüllendirici birime kat kat daha fazla çıkarak bu duygularla başa çıkıyordum. Giderek ona daha fazla yakın olarak, yetersizlik hislerimi dindirmeye çalışıyordum. Karşılığında buna bağlı olarak, hasta geriledi. Hafta sonları ve tatillerde "krizleri" ortaya çıktıkça benimle telefonda giderek artan şekilde vakit harcamaya başladı.

Olumsuz karşı aktarımım ve vakayla birlikte yaşadığım sorunlara katkısının farkında olmama rağmen gidişatta bir yanlış olduğunu biliyordum. Onu tedavi etmek için daha iyi bir yol aramaya başladım. Borderline'ın tedavisi konusunda (1976, 1983) Masterson kitaplarına başvurdum ve oradan öğrenebildiklerimi Bayan B. ile bazı sınırlar koymak için kullandım. Bu

sınırlara olumlu cevap verdi. Telefonlar kesildi ve kavgalar ve intiharla ilgili tehditleri azaldı. Tedavi edilebileceğini hissetmeye başladım. Potansiyeli hakkındaki hissiyatımdan dolayı, seans saatlerini haftada üç saate çıkarmayı düşünmeye başladım. Onu tedavi etmede yetersiz kalacağıma dair halen oldukça baskın düşüncelerim, Masterson Yaklaşımını uygulamaya başladığımda terapideki gelişimin etkisi ve onunla birlikte yoğun terapiye girişme arzum bir araya geldiğinde süpervizyon arama kararımı güçlendirdi.[3]

Süpervizyonun ilk aylarında modelin özellikle yüzleştirmenin temel tekniklerini öğrenmekle fazlasıyla meşguldüm. Ayrıca profesyonel kendiliğime dair uzun süredir yerleşik düşüncelerimin bir parçası ve alanını oluşturan yorumlama ve yönlendirme gibi temel tekniklerden de vazgeçiyordum. İşimi yapma yollarımı değiştirmeye çalışmam kopukluk ve dengeyi kaybetme hislerine neden oldu. Kendimi korkmuş, tuhaf ve savunmada hissediyordum. Bildiğim kadarıyla, bu tepkiler, belli bir hastadan çok benimle ve yeni süreçle veya ona ve malzemesine tepkilerimle alakalıydı. Yetersizlik duygularımın aşırı belirgin yapısı kendini bana açıkça göstermeden önce yenilik ve tuhaflık duygularım yatışıncaya dek beklemem gerekiyordu.[4]

Bu arada, o daha iyiye gitmeye başladı. O ve kocası hala bitmez tükenmez kavgalarını sürdürse de, intihar tehditleri, telefonla aramalar ve fiziksel şiddetin tamamı dinmişti. Terapide odak hastanın kaçınma savunmasıydı ve hasta bunu günlük yaşamında başta ağırdan alma ve terapiye gelmeme ve geç kalmayla göstermişti.

---

[3] Bu kararın bildiğim kadarıyla uyumsallığı daha sonra olumsuz karşı aktarım olarak tanımlanan bazı şeylerin unsurlarını da taşıyordu. Yetkinlik konusundaki kaygım ve bu hastanın kırılganlığı yönündeki endişem ödüllendirici birimle sürekli bilinç dışı savunmacı çarpışmama yol açtı, ki burada hoş olmayan yetersizlik duygularına olan tepkim ondan çok kendimden fazlasını beklememe neden oldu. Bir anlamda "daha fazlasını yapma" savunmam süpervizyon arama kararıma yansıdı. Bu, hastanın süpervizyon başlamadan önceki aylarda faydalanmaya çalıştığı ve ileriki belli bir zamanda faydalanmayı sürdürdüğü çarpışmanın ta kendisiydi.

[4] Bu konu Bölüm 25'de daha detaylı tartışılmaktadır.

Bu kaçınma biçimleri daha iyi kontrol edildikçe, somatize olmaya ve yeniden birleşme arzusunu eyleme vurmaya başladı. Hamile kaldı ve hamileliğini günlük yaşamda mümkün olduğunca az sorumluluk almak için bir bahane olarak kullandı. Evin etrafındaki tüm önemli işleri yapması için büyük çocuğuyla kocasına döndü. Bebeğin doğumundan kısa bir süre sonra sırt sorunları yaşadı ve bu onu üç ay yatağa bağladı, bu sırada terapiye gelmedi, bebeğiyle ilgilenmedi ve kendine ve başkalarına karşı diğer hiçbir sorumluluğunu yerine getirmedi.

Borderline üçlüsü kavramını (bireyleşme depresyon ve anksiyeteye neden olur bu da savunmaya yol açar) kafama iyice yerleştirdim ama Bayan B., bu dramatik kendilik yıkıcı eyleme vurumla gerçek ilerlemeyi sekteye uğrattığından yine de kendimi hayal kırıklığına uğramış ve şaşkın hissettim. Tedavi yaklaşımının etkisinden şüphe duymaya başladım.

Psikoterapiyi telefonda yürütmem konusunda bana baskı yapmaya başlayarak yataktan çıkamadığından şikâyet ediyordu. Terapinin başarısız olduğundan emindim ve tedaviye asla dönmeyeceğinden. Duygularıma rağmen, psikoterapinin telefonda etkili olamayacağını ve sırt ağrısına rağmen yatakta kalarak kendini geriletmek için her yolu denediğini söyleyerek duruşumu korumayı başardım. Önceden olduğu gibi, daha fazlasını yapmak isteyerek umutsuzluk ve çaresizlik hislerime savunmacı şekilde karşılık verdim. Ancak, bu kez, henüz daha anlamamış olsam da dürtüyü kontrol edebiliyordum. Neler olup bittiğinin hala sınırındaydım: Kendi içimdeki duyguları tanımlayıp kontrol edebiliyordum ancak sonradan gelişen duygularımın işaret ettiklerini inceleyebilme yeteneğinden yoksundum.

Sonuç olarak, kocasının, doktorlarının ve benim belirli sınırlar çizmemizle Bayan B. aktif tedaviye döndü. Bu noktaya kadar, beni iki şey destekliyordu: (1) üzerimdeki baskısına karşılık yapmaktan çekindiğim girişimler hakkındaki bilişsel bilgilerim (telefon görüşmeleri veya ev ziyaretleri gibi) teknik olarak doğruydu; ve (2) haftalık süpervizyon. Hastam aktif tedaviye döndüğünde, entelektüel bilgimi ve süpervizyondan öğ-

rendiklerimi bütünleştirmeye ve benimsemeye başlamıştım. Terapötik duruşa olumlu cevap vermesi, bu duruşun, dışarıdan uygulanan entelektüel iknadan, içimden uygulanan entelektüel inanca dönüşmesine yardımcı olmuştu.

İşte bu şartlar altında, olumsuz karşı aktarımımım, yeni bir model öğrenmeye verdiğim tepkiden farklı bir konu olarak bana dikkatli inceleme imkânı tanımıştı. Bunun iki sebebi olduğundan emindim: (1) çünkü hastanın çizgiyi korumama verdiği olumlu tepki girişimlerimin doğasını kontrol etmeyi sürdürmeye verdiğim önemi vurgulamıştı, ve (2) çünkü artık öğrenmekte olduğum yeni tedavi teknikleri ve kuramın kontrolünü genellikle sağlamıştım, böylece hatalarımın kaynağı açıkça görülmüştü. Doğru ve yanlış girişimler arasındaki farkı anlayacak kadar tekniği içselleştirmiştim. Yapmam gerekenleri bilmek hatalarımı rastlantı olarak değil kendi olumsuz karşı aktarım konularımın ürünleri olarak görmemi sağladı. Onunla olduğu kadar kendimle de çalışabilecek pozisyondaydım.

Bu, olumsuz karşı aktarımın başarılı bir şekilde tanımlanması için ilk kriterin terapistin doğru ve yanlış teknik görüşü içeren bir psikoterapötik süreç modeline sahip olması gerektiği ilkesini kanıtlamaktadır. Bu model, uygun teknik-entelektüel olarak anlaşılana ve uygulamaya aktarılana dek içselleştirilmelidir. Bu bütüncül modelle birlikte, uygun teknikten uzaklaşma durumu tespit edilebilir. Bu olmadan karşı aktarımı bilgisizlikten ayırmak zor hatta imkânsızdır.

İlk olarak, bir tedirginlik hissimin olduğunu fark ettim. Yüzeyde pek çok şey, çok daha iyi görünse de durumun gidişatı hakkında yanlış giden bazı şeyler olduğu izlenimine kapıldım. Süpervizyon seanslarından sonra, bazı şeylerden kaçmaya çalıştığım hissine kapıldım ama tabi ki böyle bir şeyi bilinçli olarak yapmıyordum. Bir konferansa hazırlanırken, akış notlarımın tamamını gözden geçiriyordum. Yalnızca birkaç seans üzerinden geçtiğim için kaçırmış olabileceğim örüntüler zaman içinde tekrarlandıkça daha da açığa kavuştu. Hastanın günlük yaşam krizlerinin ve ilişkilerinin ötesine geçmeye ve duygularından konuşmaya başladığı her seferinde bir şey ola-

cağını ve duracağını fark ettim. Onunla böyle bir şeyin meydana gelmesini sağlayan bir işbirliği yaptığımdan şüphe duyamıyordum.

Yaptığım hatalara takılıp kaldığımı görüyor ve bunların oluşma ihtimali olan özel bir durum olup olmadığını soruyordum kendime. Materyale yakından bakmaktan kaçınmaya yönelik güçlü arzulara rağmen örüntüyü görmek için kendimi zorluyordum.

Hasta ne zaman rahatsız olsa, önceden deneyimlediğim gibi yetkinliğimi sarsacak bir şey yaptığını veya söylediğini görüyordum. Örneğin, terapiye başlayalı bir buçuk yıldan fazla olmasına karşın terapinin onu bir yere götürmediği konusunda söylenmeye başlayabilirdi. Ne yaptığımı sandığımı sorarak bana doğrudan saldırmazdı. Daha ziyade tipik şekilde tedavi edilebilip edilemeyeceğini veya buna benzer bir şeyi sorardı. Retrospektif olarak, bunu yaptığında, kendi eksiklik hislerinden bazılarını ve altta yatan umutsuzluk duygulanımını ifade etmeye çalıştığına inanıyorum. Bunun ortaya çıktığı her seferinde, terapi iki yola gidebilirdi: (1) Terapi üzerine duyduğu yetersizlik ve altta yatan umutsuzluk hislerini dışsallaştırmasıyla yüzleştirilseydi muhtemelen bu duyguları kendi içine alacaktı ve terapi ilerleyecekti (2)Dışsallaştırmayla yüzleştirmede başarısız olsaydım, yetersizliği dış hayatının yönlerine bir tepkiymiş gibi hissetmeye devam edecek ve duygulanımını derinlemesine anlayamayacaktı.

Gizli işbirliğimin sonucu belirlediği her seferinde; ne dışsallaştırmasını ne de altında yatan yansıtmalı özdeşimi fark etmedim. Yansıtmalı özdeşimin, kusurluluğun parça-kendilik temsilinin üzerime yansıtılmasından oluştuğunu anlamaya başlamam sonra oldu. Bunun yerine içimde çalkalanan duygulara tepki verdim, "yetkinsizlik" duygularını kendiminmiş gibi hissettim ve yetkinsizlik duyguları yaşamamı engelleyen bir tür girişim geliştirerek (genellikle uygunsuz zamanlaması olan bir yorum veya yönlendirme) onlara karşı savunma yaptım. Bunu yapar yapmaz, çalışmayı tamamen bırakacak ve işi benim sürdürmemi bekleyecekti. Sonuç olarak, tedavi çıkmaza girdi.

Bunu gözlemledikten sonra, yapmam gereken ilk şey tepkimi kontrol etmeyi öğrenmek başka bir deyişle bana meydan okuduğunda duygularımı kendime saklamak olmuştu. Tekrar tekrar, tedavisi hakkındaki umutsuzluk hislerine dokundurma yapacak ve gerçek anlamda durup benim müdahale etmemi bekleyecekti. Kendimi kontrol etmem titizlik istiyordu çünkü bunu defalarca yaptı hatta tepki vermeyi kestiğimi düşündüğüm zaman bile.

Tepkimi kontrol etmemin sonucunda, Bayan B.'nin günlük olaylara ilişkin kronik kaygıları kendi duygu ve davranışlarını gözden geçirmesine yol açtı. Odak içe kaymaya başladı. Birçok borderline hastada olduğu gibi, Bayan B. kendi geçmişiyle ilgili olayların önemini reddetmişti. Ayrıca, algısını ve olayları yönetmesini etkileyen bir içsel yaşamına sahip olabilme olasılığını da tamamen yadsımıştı. Sıra dışı bir çocukluğu olduğunu biliyordu ancak ne kadar kötü, yoksun ve travmatik olduğunu kendine asla kabul ettirememişti. Bu şeyleri kabul etmesi onu ilk kez geçmişinin mevcut durumuyla ilişkisini gözden geçirmeye başlamaya yönlendirdi. Bu, beraberinde, çocukluk yaşantısının çoğu kısmının acılı yapısını reddetmede azalmayı ve kızgınlık ve yoksunluk duygularında artışı getirdi - başka bir deyişle, terk depresyonunun başlangıcıydı.

Annesiyle ilişkisini düşünmeye ve bu ilişkinin kendi üzerindeki etkisini merak etmeye başladı. Annesini, tek amacı yetişkin Bayan B.'nin kendisini maddi olarak desteklemesini sağlamak olan bir manipülatör ve istismarcı olarak görmeye başladı. Annesinin taleplerine boyun eğdiğini ve bunlara karşı sınır koyamadığını gördü.

Bu ilerleme terk depresyonunu tetiklemeden ve o da savunmayı tetiklemeden olmazdı. Bayan B., geri çekilen birim nesnesi tarafından bir iç saldırı yaşamaya başladı. Bir kez daha yansıtmalı özdeşimi dışsallaştırmaya çalışmak ve geri çekilen birimin savunmacı aktivasyonu ile içsel mücadeleden kaçınmak için kullandı. Ben de, karşılığında yansıtmalı özdeşimin savunmasını tespit etmedim, ancak duygularımı belirleme ve kontrol etmede ilerleme kaydetmeye devam ettim. Tüm bu

süreç oluşurken, iyi hissetmekten çok, kötü hissediyordum - hatta ilerlemesine rağmen yetkinsiz ve yetersiz hissediyordum. Bayan B.'nin ilerleyişi ve terapist olarak kendi görünür şekilde gelişen yeteneğim gerçeği karşısında, artık karşı aktarım duygusunu biliyorum. Dolayısıyla kendime neden böyle hissettiğimi sordum.

Duygularımın kaynağını araştırırken, kendi kişisel hayatıma ve motivasyonlarıma dönerek yetkinsizlik duygularına tepkimin kaynağına dair ipuçları bulmaya çalıştım. Birçok terapist gibi, kariyer seçimimi motive eden şeyin bir kısmını kurtarma fantezisi oluşturmuştu. Yıllar içinde, terapide en önemli sorumluluğun paylaşılsa da eşitsiz ağırlıkta olduğunu daha açık bir şekilde görmeye başladım. İşimi mümkün olduğunca iyi yapmaya çalışmalıydım ancak iyileşmeye dair esas işi yapmak zorunda olan kişi ben değil hastaydı. Ben değil o, kendi kurtuluşunu gerçekleştirdi. Bu sırada, gerçek işimi etkili bir şekilde yapmak için kurtarmaya çalıştığıma dair fanteziden arta kalanları da bırakmak zorundaydım ve sonuç olarak kaybı yaşamalıydım. Duygularımın onunkilerle uyumlu olduğunu anlayacak durumda hala değilim, ancak bu anlayışın öncüleri olan kendilik-analizi kalıpları boyunca yolumu yapıyordum.

Yeniden vurgulamak gerekirse: Öncelikle kendi tarafımda psikoterapiyle çakışan inatçı bir hata tespit ettim. Bu hatayı tanımlamak için, bazı temel araçlara ihtiyacım vardı: Tedavinin belli bir aşamasında bir hastadan mantıklı olarak neler bekleyebileceğime dair bir modele ihtiyacım vardı. Bu aşamalar boyunca neyin uygun neyin uygunsuz girişim olduğunu bilmem gerekiyordu. Detaylı süreç notlarına ihtiyacım oldu, böylece hafızamın sağlayabileceğinden daha doğru bir şekilde bir saat boyunca neler olduğuna dair geri dönebilecektim. Bunun da ötesinde, davranışımı taşıyacak, duygularımı tanımlayacak ve onları kendi başıma analiz edecek kapasiteye ihtiyacım vardı. *Olumsuz karşı aktarımı tanımlamak ve yönetmek için, terapistin yalnızca bütüncül bir terapötik paradigmaya değil aynı zamanda uygun olduğunda nahoş duygulanımların önlenmesi ve incelenmesi için kişisel yeteneklere ihtiyacı vardı.*

İçimde yetkinsizlik duyguları uyandığında tetikte olacağımı artık biliyordum. Bu zamanlarda harekete geçme dürtümü kontrol etmek için, yetkinsizlik duygularının artık benim için, kurtarma fantezisinin ve bunun sonucunda ortaya çıkan kayıp duygularının bertaraf edilmesine karşı savunma uyguladığını biliyordum. "Kayıp" adını verdiğim duygunun suçluluk, çaresizlik ve ümitsizlik duygulanımları taşıdığını öğrenmiştim. Kendi tepkimin daha derindeki katmanları bana hala kapalıydı ve bunun sonucunda hastanın savunmalarını ve intrapsişik yapısını da anlayamıyordum. Bu, karşı aktarım kaynağını tanımlama çabalarının karmaşıklığını gösterir.

Sorunu yeterince tanımladığımı düşünüyordum. Artık arkama yaslanmıştım ve ne olacağını görmek için bekliyordum. Hasta duygularına daha derinden yaklaşarak ve yaşamında daha fazla kendilik aktivasyonu işareti göstererek karşılık verdi. Bu sırada Bayan B. hastalıktan yeni ayağa kalkmıştı, bebeğine bakıyordu ve fizik tedavi yapan ve kronik sırt ağrısıyla baş etme yollarını öğrenmesine yardımcı olan bir programa katılıyordu. Kocasıyla ilişkisi hala son derece sorunluydu, çünkü ilk kez tamamen mantıksız endişe ve davranışlarının kurbanı olmadığını görmeye başladı. *Kurbanı* oynadığını fark etti ve bunun yerine kendini ortaya çıkarmaya çalışmaya başladı. Kurban olma duygularının kaynağını araştırdı ve çocukken ne kadar kötü muamele gördüğünü kendine daha açıkça kabul ettirmeye başladı.

Babasıyla bir dizi yüzleşme yaşadı, bunlar sırasında ona çocukluğunun babasının ihmal yoluyla katkıda bulunduğu bir kâbus olduğunu söyledi. Öncelikle geçmişiyle ilgili gerçekler hakkında açıklama bulmaya çalıştığında ve sonra annesinden ona karşı yaptığı hatalar konusunda onay almaya çalıştığında annesiyle yüzleşmeler yaşadı.

Her iki ebeveyniyle yaşadığı bu karşılaşımlar temelde Bayan B. için yetersizdi. Hiçbir ebeveyni onun mutsuzluğuna yapmış oldukları katkının sorumluluğunu kabul etmek istemiyordu. Bir dönem hastanın, ailesinin onu reddetmelerinin duygusal sonuçlarının üstesinden gelmeye çalışmasıyla geçti.

Derinlemesine çalışma dönemlerinin arasında Bayan B., geri çekilme biriminin göstergelerini dışsallaştırarak savunma yapmaya devam etti. Kocasıyla kavga etmeye ve saatlerin onunla ilişkisi hakkında şikâyetlerle dolu olduğu uzun gergin iç süreçler nedeniyle çalışmayı bölmeye devam etti.

Kocası onu terk ettiğini söylediğinde bir şeyler son noktaya gelmişti. Bayan B. onun yokluğunu kocasının ilişki hakkındaki şikâyetleri üzerine daha ciddi düşünmek için kullandı.

Düşmanca ve eleştirel yorumları ve soğuk geri çekilmeleriyle ona ne kadar sık yetersiz ve kusurlu hissettirdiğini fark etti. Zamanının bir hayli rahatsız edici kısmını ona saldırabilmek için kocasının bir hata yapmasını bekleyerek geçirdiğini biliyordu.

Tamamen kendilik kaynaklı bu içgörü terapide önemli bir dönüm noktası oldu. Olan şey, hastanın, beni kuşatılmış yetersiz kendilik rolüne sokarak, saldıran nesne haline gelerek geri çekilme birimini eyleme vurmasıydı. Karşılık vermediğimde, aynı davranışı kocasına yoğunlaştırıyordu. Bazen bunu tersine çevirerek kendisi saldırı ve kuşatma altındaymış gibi hareket ediyor, beni (ve daha sıklıkla buna göz yummaya daha fazla zorlanmış olabilecek kocası) saldıran, bencil ve sadist olan diğer taraf olarak algılıyordu. Evde eyleme vurum ile aktarımda eyleme vurum arasında gidip geliyor, yansıtmalı özdeşimi hem kocası hem de benimle kullanıyordu.

Eyleme vurum intrapsişik malzeme üzerindeki çalışmasını sürekli kesintiye uğratıyordu. Geri çekilen birimi aktive ederek bu keşfin bulandırdığı duyguya karşı savunma yapıyordu. Bunu dışsallaştırarak, kendini değersiz, yetersiz ve umutsuz hissetmekten kaçınmıştı.[5] Bunun kendisiyle diğerleri arasındaki bir sorundan çok kendi içindeki bir sorun olduğunu anlamaya başlayamadan her şey ciddi bir kriz noktasına kocasının evliliği bitirme tehdidi noktasına gelmişti. Bununla karşı karşıya kal-

5 Bu kendilik hakkında umutsuzluk duyguları yapısı gereği halen savunmacıdır. Ayrılma ve bireyleşme için içsel nesneden onay alma konusunda umutsuzluk duygulanımlarını ve dolayısıyla bu umudu bırakarak devam etme ihtiyacını gizlerler. Terk depresyonuna bağlı olanlar da bu son duygulanımlardır.

dığında, kocasına iç görüsüyle, saldırı ve tahriklerini kabul ederek gitti ve o da eve dönmeyi kabul etti.

Bu olaydan sonra ona saldırma veya onu saldırmaya tahrik etme arzularını tutmada daha başarılı oldu. Benzer şekilde ben de artık yeme atlamıyordum. Eyleme vurma savunması artık işlemiyordu. İlk kez, kendi kendine yeten eyleme vurumla Bayan B. kendinden nefret etme, kendinden iğrenme, farklı, kusurlu, ümitsiz vaka olduğu hislerinden konuşmaya başladı. Bunları eyleme vurmak yerine, geri çekilme birimiyle ilintili duyguları yaşıyordu.

Aynı anda, annesi hakkındaki duyguları konusunda aktif olarak çalışmaya başlamıştı. Bu duygularla öncelikle annesiyle mevcut ilişkisi çerçevesinde uğraşmaya devam etti, yine de geçmişinin gerçekliği konusunda daha fazlasına ulaşmak için ve bunun hakkında kendi anıları ve duygularını keşfetmek için ara ara girişimleri oluyordu.

Terk depresyonunun daha da ortaya çıkmasını ve bu noktada derinleşmesini bekliyordum, çünkü sahne kurulmuş görünüyordu ancak bunun yerine ortaya çıkan, hastanın tekrar tekrar geri çekilmesiyle birlikte duyguların kenarında dans edilen aylar olmuştu.

Bir kez daha açmaza katkıda bulunmak için ne yaptığımı görmek için kendime döndüm. Süpervizyon yoluyla, hasta özel bir duygulanım, umutsuzluk ifade etmek için her yaklaştığında genellikle hastayı entelektüelliğe teşvik eden bir şekilde müdahale edeceğimi tespit etmek mümkündü. Bir kez daha, bunu müdahale etme arzularımı kontrol ederek sağladım böylece tepkimin hızını yavaşlattım ve eyleme geçmek için kendime düşünme süresi tanıdım. Bu çabada aşağıdaki hareketler yardımcı oldu: Belli bir şeyi yapmadan önce neden bazı yorumlar yapmak istediğimi sordum kendime. Konuşmak yerine, söylemek istediklerimi yazıya döktüm, müdahil olmayı isteme nedenlerim ve müdahaleyle nelere ulaşılmasını umduğuma odaklandım.

Bunu yaparken, konuşmadığım zaman içimde hangi duyguların uyandığını bir kez daha not edebilir durumdaydım ve

bu duygularla ilgili yapabileceğim her türlü kendilik analizini yapmaya başladım. Bu tamamlandıktan sonra, tepkimi hastanınkinden ayırt edebiliyordum, girişimde bulunmadan hastanın terapide yüzeye çıkmasını sağlıyordum. Her iki ebeveynin de, onu, kendi istek ve ihtiyaçları olan bir kişi olarak minimum düzeyde de olsa kabullenmelerini sağlamaya yönelik çabasının çok fazla gereksiz olduğuna ilişkin kızgınlık ve umutsuzluk duygularına sahipti. Terk depresyonuna derinlemesine çalışıyordu.

Sürecin bu kısmı olumsuz karşı aktarımı tanımlamak için gerekli olan üçüncü faktörü örnekler. Terapistin bütüncül bir terapötik modele ve hoş olmayan duygulanımları önleme ve analiz kapasitesine sahip olmanın yanında, hazırda yetkin bir süpervizyon veya konsültasyona sahip olması gerekir.

Hastamın savunmasına destek olarak; -yansıtmalı özdeşim- artık müdahalede bulunmuyordum. İlişkimizde artık bir savunma işlevi görmese de, derinleşen depresyonunu durdurmak için başka savunmalar kullanmaya başladı. Bunlar beni katılımcı olarak içermediğinden, onları daha kolay bir şekilde görebiliyordum. Ona seanslarda, umutsuzluk hislerinden bahsetmeye başladığında, konuyu değiştireceğini, eyleme vuracağını, entelektüelleştireceğini veya başka şekilde savunacağını vurguladım. Kademeli olarak savunmaları değişti.

Karşı aktarım yeniden kontrol altına alındığında, hastanın depresyonu daha da derinleşti. Özellikle annesinin onu çocukluğunun kalanında bir yatılı okula yerleştirdiği dönemle ilgili anılar ve duygularla uğraştı. Umutsuzluğa düşmeyi canlı bir şekilde açıkladı. Bayan B.'nin çocukluk şartlarının annesi tarafından aktarılmasını kabul ederek annesinin kayıtsızlığına dair bildiklerini örtmeye yönelik umutsuz girişimlerini anlamıştı: Başka bir deyişle annesi çocuğu için her şeyi yapmış olan mükemmel bir anneydi ve çocuğun kendisi gönderilmeliydi çünkü dik başlı veya kusurluydu.

Derinleşen depresyonu hastayı korkuttu ve yine süreci durdurmaya çalışmak için bilinçaltı bilgilerinden yararlandı. Bunu sürdürmek istemediğini, duyduğu hislerden nefret ettiğini söy-

leyerek durumu protesto etti. Sylvia Plath'tan alıntı yaparak olaylarda "saçmalık" olarak adlandırdığı bir şeyler hissettiğini açıkladı. Hapsedilme korkularını ifade etti. İntihar eğiliminde olduğunu, fakat, çocuklarının üzerinde yaratabileceği etkiden dolayı kendini öldürmenin söz konusu olmadığını söyledi. Sonra sessizleşecek ve benim karşılık vermemi bekleyecekti.

Anksiyete duygularının farkındaydım. Başa çıkabileceğinden çok daha fazlasını ortaya çıkardığımı düşünüyordum. Bir şeyler yapmak istedim. Bir kez daha umutsuzluk duygularına karşılık olarak, kendimi çaresiz ve suçlu hissettim. Tekrar "yetkinsizlik" - gerileme ve eski savunmalarımı kullandığımı hissettim. Bu kez, bu tepkilerin hastadan kaynaklanan duygulara verdiğim sıfatlar olduğunu gördüm. Bunu yaptığımda, ümitsizlik hislerini ve kendine yetersizliğini aksettirmemi ve eyleme vurdurmamı sağlamaya çalıştığını gördüm. Bunu başarmak için yansıtmalı özdeşim kullandığını fark ederken olumsuzdan olumlu aktarıma geçtim. Umutsuz duygularını keşfetmekten vazgeçtiğinde seanslarda sessizleşmesi yalnızca bir şey belirtmek için müdahale etmesinden kaynaklandığını şimdi anladığım duygusu taşıyabiliyordum. Ayrıca dışsallaştırmayla da yüzleşebiliyordum. Buna karşılık, en büyük sorununun annesinin ona karşı kayıtsızlığının derinliğini tamamen kabul etmek olduğunu tespit etti. Çıldırma tehditlerinin, fantezisinin bir ifadesi olduğunu doğal olarak söyledi. Bu yolla annesinin ona yaptıklarını kabul ederek mücadele edebiliyordu. Annesinin onu en sonunda kayıtsızlık, bencillik ve ihmalle ciddi şekilde yaralanmış canlı, duyarlı ve hassas biri olarak kabul etmesini istemişti. Annesinin bunu asla kabul etmeyeceğini idrak etmek bağı tamamen koparmaya başlamak anlamına gelecekti.

Ebeveynlerinin onayının hiçbir şeyi değiştirmeyeceğini - geçmişi telafi etmeyeceğini söylüyordu. Buradan devam etmek ona kalıyordu. Gerçekte zorluğun kendine anlamlı ve yaratıcı bir yaşam sağlamak olduğunu anlamıştı. Oldukça etkili ve duygusal geçen bir seansta, kendisinde içeriden iyileşme sağlamak için dışarıdan onay alma arzusunun umutsuzluğunu kabul etmiş olarak, içselleştirilmiş annesiyle bağının şeklini ilk

kez açıklayabiliyordu. Bunun en kötü tarafının tüm hayatı boyunca annesiyle algıladığı bu pazarlığa tek başına katlanmaya devam etmek zorunda olduğu ve bunun başarılarını etkilemesine ve mutluluğundan alıkoymasına neden olduğunu anladığını söyledi.

ÖZET VE SONUÇLAR

Tartışmamı, olumsuz karşı aktarımların özdeşim ve yansıtmalı özdeşim ile çakıştığı yollarla sınırladım. İnkâr edilen parça-kendilik veya parça-nesne temsillerine tekabül eden başka bir kişideki duygusal durumların ortaya çıkarılması yoluyla parça-kendilik ve nesne temsillerinin varlığını ve buna eşlik eden duygulanımların deneyimini kabullenmekten kaçınabiliyordu. Bayan B., bu yansıtmalı özdeşimi, parça kendilik ve parça nesne temsillerinin inkâr edilen yönlerini eyleme vurdurmamı sağlamak için kullanmıştı. Olumsuz karşı aktarımdan dolayı, bu zorlamasına uymuştum. Bu işbirliğinden dolayı parça-kendilik ve parça-nesne temsilleri incelenememişti. Bu kabul edildiğinde, duygularım konusunda objektif olabiliyor ve onları hastayı daha iyi anlamak ve ona daha etkili şekilde yardımcı olmak için kullanabiliyordum.

Bu duyguları yaşamak kendi içinde ve dışında bir sorun değildi. Aslında kişi kendi içindeki duyguların özdeşimini hastada neler olup bittiğini daha derinden anlamak için kullanabilir. Sorun, terapist duyguların kayağı hakkında hata yaptığında ve söz konusu duyguların yalnızca kendine ait olduğunu ve hastaya özgü bir özellik taşımadığını düşündüğünde ortaya çıkmaktadır. Sorun, terapist duygulanımların kendisine karşı kendi savunmalarını da kullandığında karışıklaşır. Duygunun kaynağını yanlış tanımlamak ve ona karşı savunma yapmak olumsuz karşı aktarım şekilleridir.

Sunulan vakada, olumsuz karşı aktarımın her iki şekli de ortaya çıkmıştır. Bu tür olumsuz karşı aktarım ancak terapist tarafındaki teknik hataların ve hataları belirleyen örüntülerin anlaşılmasıyla tanımlanabilir. Sorunları düzeltmek için, kendi-süpervizyonu, dış süpervizyon, kendilik kontrolü ve kendilik

analizi kullanılmıştır. Tüm bu çabalar terapistin uygun ve uygunsuz müdahaleleri ve hastadan beklenen tepkiler için açık kurallar içeren bir psikoterapi idare modeli sunmaktadır.

Freud Ludwig Binswanger'e 1913'de yazdığı bir mektupta, karşı aktarıma katılmanın mutlak öneminden bahsetmiştir:

> Teknik anlamda psikanalizdeki en zor (sorunlardan) biridir. Kuramsal düzeyde daha kolay çözülebileceğini düşünüyorum. Hastaya verilen aslında asla spontane bir duygu olmamalı fakat her zaman bilinçli şekilde ve ihtiyaç ortaya çıktıkça daha fazla veya az olarak tahsis edilmelidir. Zaman zaman büyük ölçüde fakat asla kişinin bilinç dışından değil. Bunu bir formül saymalıyım. Başka bir deyişle, kişi karşı aktarımın her zaman farkında olmalı ve üzerine çıkmalıdır ancak o zaman kişi kendinden kurtulur... Tüm bunlar hiç de kolay değildir ve belki de ancak yaşlanıldığında mümkündür (Binswanger, 1957, s. 50)

Bu pasaj Freud'un psikoterapide karşı aktarım tepkilerinin varlığı konusundaki giderek artan bilincini ve çalışmada başarılı olmak için bu sorunu halletmek gerektiği yönündeki takdirini açıkça göstermektedir. Karşı aktarımın anlamı genişletilmiş olsa da psikoterapinin sürdürülmesinde yeni fikirlerimizle birlikte, kişinin kendi karşı aktarımını tanıması ve üzerine çıkması bugün de otuz yıl önce olduğu kadar önemlidir.

REFERANSLAR

Binswanger, L. (1957). *Sigmund Freud: Reminiscences of a friendship.* Translated by N. Buterman. New York: Grune & Stratton.

Freud, S. (1957). The future prospects of psychoanalytic therapy. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Cilt 11, pp. 139-151). London: Hogarth Press. (Original work published 1910)

Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 31,* 81-84.

Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International Journal of Psychoanalysis, 38,* 240-254.

Jackson, D. D. (1956). Countertransference and psychotherapy. *Progress in Psychotherapy, 4,* 234-238.

Kernberg, O. (1984). Countertransference, transference regression, and the incapacity to depend. O. Kernberg, *Severe personality disorders* (pp. 264-274) içinde . New Haven and London: Yale University Press.

Kernberg, O. (1986). Factors in the treatment of narcissistic personalities. A.P. Morrison (Ed.), *Essential papers on narcissism* (pp. 213-244) içinde . New York and London: New York University Press.

Masterson, J. (1976). *The psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique.* New York: Brunner/Mazel.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference.* New York: International Universities Press.

Reich, A. (1951). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis, 32,* 25-31.

Reich, A. (1973). *Psychoanalytic contributions.* New York: International Universities Press.

Sax, P. (1981). *The use of countertransference in therapy with schizophrenic clients.* Unpublished doctoral dissertation, California Institute for Clinical Social Work.

Searles, H. (1979). *Countertransference and related subjects.* New York: International Universities Press.

20

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN İNTİHAR TEHDİTLERİNİN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM

Shelley Barlas Nagel, Ph.D.

Terapötik ilişkinin özüne vurulan en önemli darbelerden biri olan intihar tehditlerine karşı ortaya çıkan karşı aktarımlar terapistlerin başa çıkması gereken en zor duygular arasında sayılmaktadır ve sık sık terapötik çalışmayı engeller ve baltalarlar.

Terapistlerin kendi sınırlarının farkında olmaları çok önemlidir. İntihara eğilimli hastalarla çalışmak son derece zordur ve sabır ve enerji gerektirir. Bu hastalar manipülatif, talepkar, istismarcı, negatif ve düşmanca davranabilirler. Bu faktörler, terapistin intihar konusuna karşı bilinçli veya bilinçsiz olarak gösterdiği duygusal ve entelektüel yaklaşımla da birleşerek, hastanın hakiki intihar potansiyelini doğru şekilde tahmin etmesini ve değerlendirmesini engelleyebilirler.

Litman (1968), hastalarda intihar riskini değerlendirmenin en iyi yollarından birinin terapistin kendi anksiyete seviyesi ile ilgili farkındalığı olduğunu söylemiştir; Litman'a göre terapistin hissettiği anksiyete bastırılmamalı ve inkâr edilmemelidir. Bir terapistin intihar tehditlerinde veya girişimlerinde bulunan

hastalarla çalışırken anksiyete duygularına kapılmaması, o terapistin anksiyeteye karşı aşırı güçlü savunma yaptığının veya hastayla empatik temas kuramadığının göstergesidir.

Terapistler algılarını açık tutmak ve böylece hastaları ve ellerindeki kaynakları doğru şekilde değerlendirebilmek için anksiyetelerini kısıtlamalıdırlar. Terapistin anksiyetesini etkili bir çalışma yapabileceği seviyede tutmak ve karşı aktarım duygularının terapiyi baltalamasını engellemek için en faydalı yöntemlerden biri süpervizyonel konsültasyondur.

Ancak şunun da unutulmaması gerekir ki ister psikoterapi, ister hastane veya ilaç tedavisi olsun, hiçbir tedavinin bir hastanın intihar etmesini önleyeceği garantisi yoktur. Ayrıca bazı hastalarda bir intihar girişiminin önlenemez olduğu zamanlar vardır. Terapist ne kadar becerikli ve yetenekli olursa olsun yine de intihar edecek olan hastalar vardır. Nihai sorumluluk hastaya aittir.

Karşı aktarım sorunlarıyla başa çıkmanın bir başka yolu da hastanın yansıtmalı özdeşim mekanizmasını nasıl kullandığını anlamaktır. Örneğin, hasta kendini ümitsiz hissetmektedir, ama bu duyguyu deneyimlemek yerine o ümitsizliği terapiste yansıtır. Terapist, bilerek veya bilmeyerek, o duyguyla özdeşleşir ve ümitsizlik hissetmeye başlayarak hastaya reddedici bir tavırla davranmaya başlar. Belki de terapist bilinç dışı düzeyde hastanın fantezilerini kabul etmektedir. Hastalar bu üstü kapalı intrapsişik ve kişilerarası süreçle duygularını terapistlere yansıtırlar ve terapistlere bu yansıtmalarla uyum sağlamaları için baskı yaparlar. O noktada terapistler bu duygularla özdeşleşerek hastanın duygularını deneyimlemeye başlarlar.

Terapist hastanın düşmanlık ve ümitsizlik duygularını ortaya çıkarmaya çalıştığının farkında olmalıdır. Terapist şöyle diyebilir: "Benimle kendimi ümitsiz veya kızgın hissettirecek bir şekilde ilişki kurmaya çalıştığını düşünüyorum". O zaman hastanın yansıtmalarıyla bilinçdışı özdeşim azalacaktır.

İntihara meyilli hastanın değerlendirilmesi psikoterapötik tedavinin tümü için hayati önem taşımaktadır. Beebe (1975, a, b), Farberow ve Shneidman (1961) değerlendirme ve tedavi

süreci üzerinde tartışarak bazı yatkınlık yaratan etkenleri belirlemişlerdir. Hastanın geçmişte ciddi bir intihar girişiminde bulunmuş olması hastanın intihar potansiyeli ile ilgili en önemli prognostik faktördür (Weissman, 1974; Tuckman & Youngman, 1968; Dorpat & Ripley, 1967). Bu hastaların gelişimsel geçmişleri genellikle yakın akrabalar arasında bir dizi ölüm, kayıp, intihar ve travma arz ederler (Gunderson, 1984).

İntihar potansiyeli sadece hastalar depresyona girdiklerinde ve ümitsizliklerini ifade ettiklerinde değil, kendilerini daha iyi hissetmeye başladıklarında ve depresyonları düzelmeye yüz tuttuğunda da yüksektir. Duygularını sözcükler yerine eylemlerle ifade eden risk almaya eğilimli hastalarda intihar riski daha yüksektir. Tetikleyici faktörler boşanma, ölüm veya ayrılma nedeniyle yaşanan bir kayıp, onları destekleyen profesyonel birinin yokluğu (örneğin terapistin tatilde olması), sağlık sorunları, sosyal olarak rezil olma veya itibar kaybetme ya da hayatın anlamını kaybetmesi olabilir.

Birden fazla ciddi intihar girişiminde bulunmuş veya aşırı alkol kullanan hastalar gibi belli kategorilerde olan hastaların intihar oranı daha yüksek olmasına rağmen (Hatton & Valente, 1984), intihar dürtüsü tespit edilmesi ve ne zaman ortaya çıkarsa algılanması gereken önemli bir semptomdur. Bu dürtü farklı duygusal sorunlar yaşayan hastalarda ortaya çıkabilir ve tedavi açısından önemli sonuçlar doğurur (Pokorny, 1964).

Mintz (1971) hastanın intihara yönelmesine neden olan çeşitli motivasyonları saymıştır: Saldırgan dürtülerin kendiliğin üzerine dönmesi; içe yansıtılan kaybedilmiş bir sevgi nesnesine karşı duyulan düşmanlık; misilleme, nispet ve suçluluk veya acı duymasını sağlayarak bir başkasını cezalandırma isteği; hastanın sosyal çevresindeki insanlardan şefkat veya başka narsistik tatminler elde etme çabası ve ölmüş veya kaybedilmiş bir sevdiğiyle tekrar buluşma veya birleşme çabası.

Epizodik intihar dürtüsü kısa süreli olabilir, birkaç dakika, saat veya gün sürebilir. Hastanın krizi atlatmasına yardımcı olmak için durumun vakit kaybetmeden tespit edilmesi ve uy-

gun terapötik müdahalelerin yapılması gerekmektedir. Hastalar genellikle intihar düşüncelerini veya niyetlerini başkalarıyla paylaşırlar (Robins, Gassner, Kayes, Wilkinson & Murphy, 1959) ve yardım çağrısı sembolleri olduğu bilinen ipuçları verirler (Farberow & Shneidman, 1961). Sık sık ölmek istemekle, olası bir müdahale yapılması veya kurtarılmayı isteme arasında çelişkili gidiş gelişler içindedirler (Shneidman, 1985). Ancak bazı durumlarda hasta intihar etmeye niyetlenir ve bunu kimseye söylemez.

İntihar planının keşfedilmesi önemlidir çünkü bu, düşünce ile kesin eylem arasındaki köprüyü teşkil eder. Seçilen yöntem ve bu yöntemi uygulamak için elde bulunan imkânlar dahil olmak üzere hastanın yaptığı planın öldürücü olma potansiyeli değerlendirilmelidir (Litman & Farberow, 1961; Tabachnick & Farberow, 1961). Planın ne kadar spesifik olduğu incelenmelidir. Somut, spesifik ve detaylı bir intihar planı, net olmayan ve gelir geçer şekilde düşünülen bir plandan çok daha ciddidir. Artan tehlikeyi azaltmanın en etkili yöntemi (Shneidman, 1985) bunu dolaylı yoldan ve o anda yükselmiş olan endişe, heyecan ve acıyı veya hastanın huzursuz, rahatsız durumunu azaltarak yapmaktır.

Tüm tedavi süreci içinde intihar krizi içinde olan bir hastayla başa çıkmak kadar direnç, bilgi, beceri ve duyarlılık gerektiren bir başka durum veya olay yoktur.

Kriz süreci dışındaki tedavide ise terapist, her zaman var olan empati, nitelikli konsantrasyon ve sezgisel olma ihtiyacının yanı sıra hem hastanın cevaplarını hem de kendi karşı aktarım tepkilerini sürekli olarak değerlendirmek ve takip etmek, ayrıca hastaya en faydalı olacak terapötik müdahalelerde bulunmak zorundadır.

Ancak intihar konusu belirip aktif tehditler başlayınca terapinin karmaşık dinamiklerini ve gelgitlerini analiz etmeye ve değerlendirmeye vakit yoktur. Acil bir durum vardır, hem de şimdi, şu anda. Ne yapmalı? Ne söylemeli? Dürtünün ciddiyet derecesi nedir? Hastanın hastaneye yatırılması gerekir mi? Hastanın elinde hap veya bir silah var mı, planı nedir? Ailesi

ve arkadaşları bundan haberdar mı? Hastanın bu krizi atlatmasının en iyi yolu nedir? İntihar dürtüsünün ve niyetinin yoğunluğunu, hastanın dayanıklılığını, geçmişini ve egosunun güçlü yanlarını değerlendirmek için duygusal baskı altında hızlı düşünebilmek gerekir. İntihar potansiyeli, hastayla terapistin arasındaki ilişkinin niteliği, konulmuş olan tanı ve terapötik ittifakın kuvveti aynı anda değerlendirilmek zorundadır.

Tüm durumlara uyan tek bir hareket planı yoktur. Terapistin görevi, engeller ve yarı yarıya nüfuz edilebilen bariyerlerle dolu zor bir görevdir. Ancak bu mücadelede terapiste cesaret veren şey, her ne kadar hastanın hayatıyla ilgili sorumluluk hastaya aitse de, terapistin uyguladığı tedaviden sorumlu olduğu düşüncesidir.

Aşağıda sunulan vaka intihara meyilli bir hastanın intihar tehditlerinin ve terapistin kendi karşı aktarım tepkilerinin nasıl yönetildiğini göstermektedir.

Amy Vakası

Temel Bilgiler

Amy 34 yaşında, kendini çok iyi ifade edebilen, zeki bir psikologdu. İlk ziyaretinde kaygılı ve ümitsiz bir hali vardı. Perişan ve dağınık görünmesine rağmen aslında ne kadar çekici bir kadın olduğu belliydi. Tedaviye başladığı zaman işsizdi çünkü önemli bir pozisyonda çalıştığı işinden kovulmuştu. Psikolog olmaktan hoşlanmadığını, bu işte başarısız olduğunu ve farklı kariyer ihtimallerini araştırmak istediğini söyledi.

Başta uyuşturucu kullandığını inkâr etmesine rağmen sonraki seansta her gün uyuşturucu kullandığı, alkol kullanımının yanı sıra en çok amfetamin aldığı ortaya çıktı. Ailesine, daha önce gittiği terapiste, eski işverenlerine, eski sevgililerine ve kendine karşı kızgındı. Kendini depresyonda, kaybolmuş ve yalnız hissetmesine rağmen intihar düşüncesi yoktu. Toplam beş intihar girişiminin sonuncusu iki yıl evvel meydana gelmişti.

Geçmiş

Amy'nin geçmişi 4 yaşında beri depresyon semptomları gösterdiğini ortaya çıkardı. Yalnızlık ve izole olma duyguları içinde olduğunu anımsıyordu. Okulda başarılı değildi ve üçüncü sınıfta konsantrasyon bozukluğundan dolayı arkadaşlarından geri kalmıştı. 8 yaşındayken aşırı yemek yemeye başladı ve üç ayda 12 kilo aldı. Ortaokul ve lisede bir lidere dönüştü. Birçok arkadaş edindi ve neşeli, büyüleyici bir kişilik geliştirdi; modaya merak sardı ve komik, akıllıca yorumlar yapmayı öğrendi. 16 yaşındayken uyuşturucu ve alkol kullanmaya başladı. Alkol ve uyuşturucu kullanımı daha sonra uzun vadeli ciddi sorunlar haline dönüştü.

Evden ayrılıp başka eyaletteki bir üniversiteye gittiğinde tek başına idare etmekte zorluk yaşadı ve başarısız olarak okuldan ayrıldı. Eğitimine devam etmek için ailesinin yanına döndü, ama okulun ilk yılında onlardan kurtulmak için yine evden ayrıldı. Bunu takip eden birkaç yıl içinde üniversiteyi bitirdi ve master yaptı.

Aradan kısa bir süre geçtikten sonra kürtaj oldu. Bundan üç hafta sonra bir gece dairesinde uyandı ve karşısında boğazına bir bıçak dayamış olan maskeli bir yabancı buldu. Adam ona tecavüz etti ve Amy bu olayı hayatının en dehşet verici olayı olarak tarif etti. Bu olayı takip eden iki yıl içinde evli ve bekar erkeklerle birkaç kısa süreli ilişkisi oldu, bir kürtaj daha oldu, daha sonra da uyuşturucu satıcısı ve bağımlısı bir adamla birkaç yıl birlikte yaşadı.

Beş intihar girişiminin ilki 21 yaşındayken oldu. En ciddi intihar girişimi terapistiyle yaptığı bir seansın ardından geldi. Seans sırasında duygularını söze dökmemiş, onun yerine sessizce seans sonrasında kendini öldürmeyi planlamıştı. Amy aşırı dozda uyuşturucu aldı, bir hastanenin acil servisine kaldırıldı ve bilinci günlerce yerine gelmedi. Kıl payı hayatta kaldı.

AİLE GEÇMİŞİ

Amy Doğu kıyısında yaşayan zengin bir ailenin en büyük çocuğuydu. Başarılı bir avukat olan babası eski bir model olan annesiyle ikinci evliliğini yapmıştı. Amy babasının bir yabancı olduğunu, uzak ve duygusuz olduğunu ve onu görmezden geldiğini anlattı. Ona vakit ayırmıyor, daha çok sporla ilgilenen erkek kardeşlerini tercih ediyordu. Onu hem görmezden geliyor hem de eleştiriyor, kendini beceriksiz, olgunlaşmamış ve sorumsuz biri gibi hissetmesine neden oluyordu. Aralarındaki tek konuşma konusu Amy'nin ondan para istemesiydi; babası ona para verdiği zaman kendini küçülmüş hissediyordu, üstelik verilen para her zaman şartlara bağlıydı. Babası tarafından sadece sevilmediğini değil, aynı zamanda nefret edildiğini hisseden Amy kendini sürekli onun dikkatini çekmeye çalışan ama başarılı olamayan "yaltakçı" biri gibi tarif etti.

Amy annesini, hayatını tümüyle yönetmeye çalışan kontrol edici ve baskıcı bir kadın olarak anlattı. Amy ona karşı korku ve eziklik hissediyordu. "Annem beni yönetiyordu. Asla kendi başıma düşünmeyi veya hayatta kalmayı öğrenemedim ve manipülatif biri oldum". Annesi Amy'ye asla duygularını göstermemesini öğretti. Bazen annesini bir dolaba saklanmış ağlarken buluyordu. Amy'nin bozmaması gereken bir anlaşma vardı: Asla aileyle veya kendi duygularıyla ilgili konuşmamak. Aileyi korumak için bu anlaşmaya uymak zorundaydı ama kendisini koruyan kimse olmadığı için öfke doluydu.

Amy annesinin beklentilerinde eleştirici ve yargılayıcı bir insan olduğunu söylemesine rağmen, aynı zamanda onu ailesine düşkün ve canlı, çekici bir insan olarak da tarif ediyordu. Amy çaresiz, pasif, bağımlı, hatta zaman zaman aptal biri gibi davranmasına rağmen çekici ve kendine güvenli bir dış görünüş sunabiliyordu. Dışarıya karşı ortaya koyduğu bu şovlar Amy'yi kendi düşünceleri, duyguları ve ilgi alanları olmayan bir insan gibi gören annesi tarafından ödüllendiriliyordu.

Annesi Amy'ye para veriyor ve giysiler alıyordu; annesine göre en önemli şey dışarıya verilen görüntüydü ve Amy'nin para taleplerine veya arkadaşlarıyla geçirdiği zamanlara bir sı-

nır koymuyordu. Amy kendisine hayatla nasıl başa çıkacağını öğretmediği için annesine içerliyordu, aynı zamanda ondan korkuyordu. Bölünmüş bir hayat yaşıyor, dış dünyaya mükemmel, son moda şıklık ve çekicilikle dolu yüksek sınıf aile görüntüsü veriyordu. Oysa içten içe kendini mahvolmuş hissediyordu. Kendisi ve ailesiyle ilgili yanlış bir şeyler olduğunu biliyordu ve kendini bir "deli" gibi hissetmeye başlamıştı.

Tedavi

Amy benimle tedaviye başladığı zaman daha evvel birden fazla intihar girişiminde bulunduğunu ve psikiyatristine bu dürtülerinden bahsetmeyi reddettiğini öğrendim ve aynı davranışları bana karşı da gösterme ihtimalinin yüksek olduğunu düşündüm. İlk seansta uyuşturucu kullanma konusunda söylediği yalanları ve bir önceki psikiyatristine karşı dürüst davranmadığını göz önüne alarak onun dürüstçe iletişim kurabilme kapasitesini sorguladım. Zaman kaybetmeden bu konuyu onunla konuşarak geçmişini dikkatlice kaydettim; bu arada daha önce bulunulmuş intihar girişimlerinin hastanın intihar potansiyelini gösteren en önemli ve tek gösterge olduğunu da kendime hatırlattım. Buna ek olarak birkaç seans boyunca Amy'nin farklı zamanlarda hangi duygular içinde olduğunu, en son ciddi intihar girişiminin ardında ne olduğunu ve intihar düşünceleri hakkında psikiyatristiyle neden konuşmadığını derinlemesine araştırdım. İntihar girişimlerinde kullandığı yöntemlere, seçtiği zamanlamaya ve çevresel faktörlere, ölüm hakkındaki duygularına ve mücadele etmekte olduğu sorunlar ve acıya dikkat ettim.

Haftada iki kere yapılan seanslar sırasında Amy'nin sahte, savunmacı kendiliğinin yaptıklarının ve davranışlarının ve duygularının inkâr edilen yıkıcı yönlerinin farkına varması için yüzleştirme tekniği kullandım. İlk birkaç ay boyunca Amy'nin yüzleştirmeleri entegre ettiğini gösteren işaretler vardı. Uyuşturucu kullanmayı kesti, daha az içki içmek için çabaladı ve aşırı yemek yeme alışkanlığını kontrol etmek için mücadele etmeye başladı. Tedaviye başladıktan iki ay sonra daha önceki erkek arkadaşlarına benzemeyen bir adamla ilişkiye girdi.

Adam bekardı, iyi bir işi vardı ve ona iyi davranıyordu. Terapi desteğiyle bir iş buldu ve o zamana kadar hiç olmadığı kadar iyi işlev görmeye başladı. Ancak hala kendini zeki ve becerikli biri gibi görmekte çok zorluk çekiyordu.

Yavaş yavaş duygularıyla davranışları arasındaki ilişkiyi algılamaya başladı ve kendini gözlemleme becerisini geliştirdi. Fantezileri yerine gerçeklikte yaşamaya başladı. "Gördüğüm şeyler hoşuma gitmiyor. Temel bir yapı yok. Yıllarca kendimi ciddiye almayarak, kendilik yıkıcı davranışlarla kendime zarar vererek vakit kaybettim" diyordu.

İlk kez duygularını uyuşturucularla donduracağına onları hissetmeye başladı; duygularını kısıtlamayı, tolere etmeyi ve onlarla seanslar sırasında başa çıkmayı öğreniyordu. Arada sırada, artık duygularıyla başa çıkamayacak hale geldiğinde, içerek, kompülsif şekilde yemek yiyerek, erkek arkadaşına yapışarak ve seks aktivitelerini artırarak eyleme vurum yapıyordu.

İçki içmekle terapiye gelmenin birbirine zıt davranışlar olduğunu açıkça izah ettim. Ciddi bir alkol problemi olmasına rağmen neden Adsız Alkolikler'e başvurmadığını merak ettim. Beş aylık terapiden ve alkol sorununun ciddiyetiyle ilgili yüzleştirmelerin tekrar tekrar yapılmasından sonra AA'ya gitmeye başladı.

AA'ya gitmeye başladıktan kısa bir süre sonra işini değiştirdi. Aynı hafta içinde erkek arkadaşı bir iş seyahatine çıktı, ben de seyahatte olduğum için seanslardan birini yapamadık.

Seyahatten döndüğümde Amy bana telefon etti. Neşeli bir tavrı vardı ve "Merhaba, iyi vakit geçirdiniz mi?" diye sordu. Cuma günkü randevumuzu teyit etmek ve seans saatlerinin yeni çalışma programıyla çakışmadığını söylemek için arıyordu.

Sesi tatlıydı, tiz çıkıyordu ve oldukça neşeliydi. "İyiyim, kendimi çok iyi hissediyorum" dedi ve telefonu kapattı. Üç saat sonra 25 Valium hapı aldı ve yarım şişe şarap içti. Ertesi gün uyandığında ağlayarak telefon etti ve intihar girişimini anlattı.

Uğradığım şok hafiflediğinde kendimi çaresiz, hayal kırıklığına uğramış ve suçlu hissettim. Olanlar benim suçum muy-

du? Terapi seanslarında veya intihar girişiminden hemen evvelki telefon konuşmasında gözden kaçırdığım bir şey mi olmuştu? Nerede yanlış yapmıştım? Kendimi bu olaydan sorumlu, endişeli ve kızgın hissediyordum. Biraz zaman geçince bu rahatsızlık verici duyguları inkâr ettim ve kendime onları çözümlediğimi söyledim.

Amy bir sonraki seansa geldiğinde solgun, uyuşuk, hasta ve depresif görünüyordu. Yaşamak için fazla tembel olduğundan bahsetti. "Kendimi boğulmuş ve stresli hissettiğimde mücadele etmek çok fazla çalışma gerektiriyor. Onun yerine kendimi öldürmeyi tercih ederim. Tek istediğim buradan kurtulmak. Kendimi yalnız hissediyorum. Gidebildiğim yere kadar gittim. Bu içi boş ama güzel giyinen biri görüntüsünü daha fazla sürdüremem". Sonra suçlar gibi ekledi: "Sen bile neler olup bittiğinin farkında değildin, üstelik oldukça da zekisin". "Pekâlâ, demek beni zekânla alt ettin" diye cevap verdim.

Amy son derece depresif halde kalmaya devam etti; hapların işe yaramadığına kızıyordu. Bileklerini kesmek istediğinden bahsetti. Ben Amy'nin yine kendini öldürmeye kalkışacağından korkuyordum, kızgın ve gergindim. Kendimi ümitsizlik içinde fazla konuşurken buldum. Amy'ye ulaşmaya, onu intihar dürtülerinden çekip çıkarmaya uğraşıyordum.

Bu olayı takip eden üç ay içinde Amy'nin ruh hali değişti. AA'ya gidiyordu, içki içmeyi tamamen bıraktı ve katıldığı AA grubunun saymanı oldu. Erkek arkadaşından ayrıldı ve daha derin sorunlarını tam olarak çözümlemeden erkeklerle cinsel olarak beraber olmamaya karar verdi. Depresyonu devam ediyordu ama tekrar seanslarda duygularından bahsedebilmeye başlamıştı. Kendini işine verdi ve şirkette ayın en yüksek satış yapan elemanı oldu.

Amy, uyuşturucu kullanımı, alkol sorunu ve birden fazla intihar girişimi içeren iç karartıcı geçmişine rağmen, artık uyuşturucu ve alkolü bırakmıştı. Düzenli olarak AA'ya gidiyordu, bir adama yapışır durumda değildi, aşırı yemek yemiyordu ve hayatında ilk kez bir işte iyi bir şekilde işlev görüyordu. On aylık tedaviden ve zorlu bir sınavdan geçirme etabın-

dan sonra Amy'nin artık terk depresyonunun üzerinde derinlemesine çalışma yapabilecek hale geldiğini umuyordum.

Onu olduğundan daha sağlıklıymış gibi görmek ve depresyonuyla başa çıkabilecek kapasiteye sahip olduğuna inanmak istiyordum. Zamanla onun sağlam bir temele, sağlıklı bir kendiliğe, içsel kuvvere ve sevgi ve iş konularında yeni kapasitelere sahip olmasını istiyordum. Bir gün duygusal zorluklarının ve acılarının çözümlenmesini umuyordum. Ancak Amy düşük düzeyli bir borderline hasta gibi görünüyordu ve onun tedavi olma kapasitesinden emin olamıyordum.

Bu noktada iki buçuk haftalık bir izne çıkmak üzereydim. Amy hariç bütün hastalarıma tatile çıkacağımı haber verdim! Ona karşıysa sözcükler bir türlü ağzımdan çıkmıyordu. Bir evvelki seyahatim sırasındaki intihar girişimi beni korkutmuştu ve o andaki duygularımın ne kadarının korkularımdan, ne kadarının Amy'nin gösterdiği Klinik Tablodan kaynaklandığını belirleyemiyordum.

Nihayet Amy'ye tatil planlarımdan bahsettiğimde rahatlamış bir şekilde cevap verdi. Seyahate çıktığıma memnundu çünkü ben yokken seanslara gelmek zorunda kalmayacaktı. Tam ben rahatlayacakken bir sonraki cümlesiyle işler bozuldu. Ne kadar incinebilir durumda olduğundan, geçmişte kaç kez kendini öldürmeye çalıştığından ve duygularını saklama konusunda usta olmaktan dolayı ne kadar gururlandığından bahsetmeye başladı. Sonra da "Son bir kez yapacağım. Yirmi beş yerine yüz tane Valium alacağım, ailem de her şeyin senin suçun olduğunu düşünecek. Eğer gerçekten seni alt etmek istesem bunu yapmanın yolu intihar etmekten geçerdi."

Kendimi bir kez daha ketlenmiş ve aciz hissediyordum. Bazı yorumlarda bulunmama rağmen hastanın manipülatif davranışlarına karşı kabul etmediğim kızgınlığım olup bitenleri değerlendirmemi veya bu konuda ne yapmam gerektiğine karar vermemi zorlaştırdı. Anlık olarak hastanın yaptığı benim onun hayatından sorumlu olduğuma ve kendini öldürürse bunun benim suçum olacağına dair yansıtmayı "yuttum". Kızgın karşı aktarım duygularımın Amy'yi değerlendirmemi nasıl en-

gellediğini anlamam için çalışmam ve daha sonra Amy'yi kendi kendilik yıkıcı kızgınlığıyla yüzleştirmem gerekiyordu. Amy beni "alt etmekten" ve kendini öldürürse bunun nasıl benim suçum olacağından bahsetmeye devam etti. Ben karşı aktarımsal öfkemin farkına vardıkça kızgınlığım azaldı ve daha önceki konuşmalarımızda yaptığım gibi lafı dolandırmak yerine beni manipüle etmesi konusunda zorlu bir yüzleştirme yaptım. "Kendi hayatından sorumlu olmadığını mı sanıyorsun? Neden beni cezalandırmak için kendine zarar vermek istiyorsun? Benim seni kurtarmamı mı bekliyorsun? Kafandaki fantezi ne olursa olsun acı çektirmek istediğin insanların hayatı devam edecek ve giden sen olacaksın" dedim.

Amy her zamankinden daha depresif olduğunu söyledi. Yüzleştirmelerim onda ağır bir etki yapmıştı. O kadar uzun süre hiçbir şey hissetmemişti ki bir anda bu kadar çok şey hissetmek onun için başa çıkılmaz gibiydi. "Ailemin senin hakkında ne düşündüğüne aldırış etmediğini, bir profesyonel olduğunu ve kendimi öldürürsem benim ölü olacağımı ama herkesin hayatının devam edeceğini söyledin. Ne kadar kızgın ve manipülatif olduğumu fark ediyorum. Bu tarz bir insan olmak hiç de güzel değil. Kendimi yok ediyorum. Bu konular hakkında konuşmaya başlamazsam kendimi yok etmekten başka bir şansım olmayacak. Kesin tekrar uyuşturucu veya alkol kullanmaya başlayacağım ve bunu istemiyorum. Bu konuda seçim yapabilirim. Entelektüel seviyede kendi hayatımdan sorumlu olduğumu bildiğimi ama sezgisel seviyede bunun farkında olmadığımı söyledin. Bu beni tiksindiriyor".

Annesinden ve ikisinin arasındaki ilişkiden bahsetmeye başladı. "Keşke gidiyor olmasaydın. Bir köprüden atlamak istiyor değilim ama korkuyorum çünkü şu anda çok duygusalım" diye itiraf ederken ağlamaya başladı. Ağlamaya devam ederek "Yıllarımı heba ettim. Zorluklarla başa çıkma mekanizmalarım yoktu. Zihinsel olarak hastaydım, sorumsuzdum. Çok genç yaşımda acıdan dolayı kendimi kapattım. Kendimden hoşlanmıyorum. Değişmeliyim yoksa öleceğim. Duygularımdan kur-

tulmak için kullanabileceğim hiçbir şey kalmadı. Konuşmam lazım" dedi.

Seyahatimden önce kalan zaman içinde uzaklaşarak ve geri çekilerek savunmacı kendiliğine sırtını dayamadı, onun yerine ümitsizlik ve üzüntü duygularından bahsetti. Ben çok az konuştum. O noktada görevim dinlemek ve hastanın yapması gerekeni kendi başına yapması için ona destek vermekti. Amy artık terapide daha etkili çalışma yapabiliyordu, intihar tehditleri de eskisi kadar muhtemel değildi. Hissettiğim kaygının büyük bölümünün hastanın klinik durumunun yanı sıra, beni manipüle etmesine duyduğum kızgınlığımdan kaynaklandığını fark ettim.

Seyahatten döndükten sonra Amy benim yokluğuma rağmen ve çok sevdiği büyükannesinin ölümüne rağmen iyi olduğunu anlattı; ancak bir gün evvel çalıştığı şirkette kendi departmanının kapanacağını ve yakında işsiz kalacağını öğrenmişti. Kendini gergin, endişeli ve cesareti kırılmış hissediyordu. İş aramaya başladığında intihar düşünceleri de geri geldi. "Kendi hayatıma değer vermiyorum. İşler kötü gidip gerginleşince intihara eğilimli oluyorum" dedi ve vurguladı: "Bunu bilmelisin. Bu önemli. Hayatımı önemsemiyorum. Ne gerek var ki? Yaşıyor olmak bile istemiyorum ve keşke yaşamıyor olsaydım".

İntihar konuşmalarından dolayı kendimi bir kez daha çaresiz ve endişeli hissetmeye başladım. Attığı olumlu adımları pekiştirmeye çalıştım ve kendini öldürme isteğini anksiyeteden kaçmaya çalışmak olarak yorumladım. Tekrar alkole başlayacağından korkuyordum ve AA'dan ayrılacağı tehdidiyle beni test ettiği zaman kızdım. "AA'dan soğumaya başladım. Hiç de etkili değiller. Hem ben başarılı insanların etrafında olmayı seviyorum, sürekli kaybedenlerin değil. Zaten şunu da bilmelisin ki alkolik olduğuma da inanıyor değilim" dedi.

Yine intihar etmekten bahsetmeye başladı. "Moralim çok bozuluyor ve kendimi öldürmeyi düşünmeye başlıyorum" dedi. "Kendi kaynaklarını kullanmak yerine intihar etmeyi düşünüyorsun" dedim. Altı ay evvel hem erkek arkadaşı hem de

ben seyahatteyken ve işini kaybettiğinde kendini intihar etmeye hazır hissettiğinden bahsetmeye başladı.

Ben o intihar girişiminden dolayı hala üzgündüm. Aşağıdaki diyalogda Amy'nin intihar dürtüleri üzerine yüzleştirme yaptım.

S.B.N.: O zaman bana intihar düşüncelerinden bahsetmemiştin.

Amy: O düşüncelere sahip olduğumun farkında değildim.

S.B.N.: Buna inanmakta zorluk çekiyorum. Bu düşüncelere sahip olduğunu daha şimdi söyledin, üstelik Dr. G.'yle seansın sırasında sessizce kendini öldürmeyi planladın. Seanstan çıkıp bir sürü ilaç aldın ve acil servise kaldırılarak günlerce bilinçsiz yattın.

Amy: Sen seyahate gitmeden evvel kendimi öldüreceğimin farkında olmayabilirim, ama sen döndüğünde ve sana telefon ettiğimde biliyordum; plan yapmıştım.

S.B.N.: Bana neden bir şey söylemedin?

Amy: O zaman sana güvenmiyordum. Benim için bir başka insana ne kadar ümitsiz olduğumu söylemek zayıflık anlamına geliyor; zayıf ve onursuz bir davranış. Eğer intihar etmek istiyorsan gider yaparsın, bu konuda konuşmazsın, hala da böyle düşünüyorum. Eğer intihar etmek isteseydim seni arayıp 'Lütfen bana yardım et' demezdim. İntihar nihai karardır. Tartışmaya açık değildir.

S.B.N.: Bunlar kulağa oldukça manipülatif ve kızgın geliyor.

Amy: Sen diyorsun ki 'yapmak istersem yaparım ve kimseye de söylemem, senin de cehenneme kadar yolun var' ama benim demek istediğim o değil.

S.B.N.: Evet o. Sen bana 'yapmak istediğimde gider yaparım, sana da bu konudan bahsetmem' dediğinde ben sana nasıl güvenebilirim?

Amy: Konudan bahsetmenin ne anlamı olabilir ki? Biri beni vazgeçirsin diye mi?

S.B.N.: Eğer intihar etmeyi düşündüğünü bilirsem seni durdurmak için hastaneye yatırmak dahil elimden gelen her şeyi yaparım.

Amy: Ama intihar etmeyi düşünmediğimi söylüyorum size.

S.B.N.: Evet ama düşünseydin de bana söylemezdin.

Amy: Doğru. Eğer eyleme geçeceğim noktaya varırsam bunu size söylemezdim. Daha önce kimseye söylemedim. Bunun manipülatif bir davranış olduğunu düşünüyorsanız yapabileceğim bir şey yok. Bu benim hayatım!

S.B.N.: Bu o kadar kızgınlıkla dolu ve manipülatif bir davranış ki!

Amy: Sanki birine acı çektirmek için yapılıyormuş gibi.

S.B.N.: Haklısın, olayın özü bu.

Amy: Evet, sanırım öyle.

S.B.N.: Sen ne düşünürsen düşün herkesin hayatı devam eder, hayatı biten de sen olursun.

Amy: Birçok kez insanlara acı çektirmek için kendimi öldürmeye çalışmı. Kızgındım. Evet, sanırım haklısın. Bir keresinde o kadar kendimden geçmiştim ki düşünmüyordum bile. Evet, doğru, bu anlamda manipülatif bir davranış ama yine de bu kararı vermek bir insanın hakkı. Aramızda felsefi açıdan bir fikir ayrılığı var.

Duygularımı kontrol etmeye çalışırken işimden nefret ettiğim ender anlardan birini yaşadım. Neden bu alanda çalışmaya başlamıştım ki. Amy'nin "O son girişimim gerçekten de ciddiydi. Ondan nasıl kurtulduğuma hayret ediyorum" dediğini duydum. "Bana Rus ruleti oynuyormuşsun gibi geliyor" diye cevap verdim. "Diğer girişimlerimde yardım çağırmıştım. Ama Haziran'da çağırmadım. Bir baktım ertesi gün uyanmışım".

O noktada kızgınlık hislerimin bir kısmını gösterdim. Alaycı bir şekilde "Bana telefon edip gayet tatlı bir şekilde konuştuktan bir saat sonra..." Onun telefondaki tatlı, tiz sesini taklit ederek devam ettim: "İntihar edeceğini bile bile 'İyiyim, randevu teyidi için aradım' dedin?". "Çok kızgındım" dedi Amy. "Öfkeni eyleme vuracağına neden konuşmayı seçmedin?" diye cevap verdim. "Sırf biri seyahate çıktı diye o kadar öfkelenmek tuhaf görünüyor. Sanki büyük mesele. Duygularımdan habersizdim, neler olup bittiğinin farkında değildim". "Yan çiziyorsun! Neler olup bittiğinin farkında olmadığına

inanmıyorum" diye cevap verdim. "Tamam, tamam" dedi "sadece sana söylemek istemiyordum, hepsi bu".

Seansın devamında hem kızgın hem de üzgündüm. Geleceği düşündüm. Amy ofisimden çıkarken onun gerçekte ne kadar kırılgan olduğunu fark ettim. "*Şimdi gidip alkol alabilir ve kendini öldürebilir!*" Bana gerçeği söyleyeceğine güvenemezdim. Güvenebileceğimi sanmıştım ama bu doğru değildi.

O gece iyi uyuyamadım. Amy'yi düşünüyor ve kendimi ümitsiz hissediyordum. Öfkeliydim, onun hastam olmasına razı olduğum için kendime kızıyordum ve şimdi onun yükü bende olduğu için kendimi baskı altında hissediyordum. Sanki boynumda bir ip, omuzlarımda da on tonluk ağırlık vardı.

Amy'nin kopuk ve uzak olduğu, intihar ve başkalarına karşı zayıf görünmek üzerine konuştuğu bir seanstan sonra hastanın intihara bakışında ego-uyumlu bir nitelik olduğunu fark ettim. Amy'nin bu intihar şeklinde ortaya çıkan eyleme vurum savunmasından kurtulması için onun intihara bakış açısını ego-uyumsuz hale getirmem gerekiyordu.

Sorun sadece intihar değil, aynı zamanda Amy'nin tedaviyle ilgili kararlılığıydı. Sanki hangi elbiseyi alacağına karar veriyormuşçasına alelade bir şekilde intihardan bahsedip intihar fantezisini canlı tutarak terapinin işe yaraması için gerekli bağlılık ve kararlılığı göstermekten kaçınıyordu. Eğer işler çok kızışırsa, her zaman intihar seçeneği vardı. Bunu yaptığı müddetçe terapiden fayda sağlayamayacaktı.

Amy'nin ne kadar inatçı bir direnci olduğunu göremediğimi fark ettim. Onun daha fazla "terapötik hayret"e, daha fazla "duygulanıma", benden gelecek daha yoğun yüzleştirmelere ihtiyacı vardı. Tedavi intihara değil, büyüme ve sağlığa adanmalıydı. Aramızdaki anlaşmayı, yaptığımız çalışmanın özünü alıp tuvalete atıyor gibi davranıyordu. Bu düşünceyi ona aktarmalıydım.

Bir sonraki seansta şöyle dedim: "Son seansımız ve ondan evvelki seansımızla ilgili düşündüm. Terapini bir maskaralık ve alay konusu haline getiriyorsun ve bunu çaktırmadan yapıyorsun. İntihar fantezisine bir seçeneğin olsun diye bağlı kalıyor-

sun. Bunu yaparak terapiye kendini adamaktan kaçabiliyorsun. İntihar bir seçenek değil. Bir olasılık değil. Biz burada iyileşmekten, duyguları yönetmekten bahsediyoruz. Terapide harcadığımız zaman büyüme, anlayış ve sağlığa adanmış bir zamandır ama senin, işler kızışırsa kaçabileceğine dair bir fantezin var".

Bunları kabul etti. "Haklısın. İntiharı bir oyun, fanteziyi de bir seçenek olarak kullandığım doğru. Yani beklentim şu ki... Yani buraya gelip sana tamamen güvenmem bekleniyor ve ben bunu ne kadar düşürsem o kadar kızıyorum. Kendime bu yükten kurtulacağımı, buraya gelip seninle duygularım hakkında konuşmam gerektiğini, intihar etmeyi düşünürsem seni aramam gerektiğini söylüyorum ama sonra 'Niye ona veya herhangi bir başkasına güvenecekmişim ki' diye soruyorum. Bunu bir çıkış, kaçış yolu olarak kullanıyorum".

Seansın sonuna doğru "Haklısın, eğer sana güvenmeye başlamazsam bu işten vazgeçmem yerinde olur, aksi takdirde kendi zamanımı da senin zamanını da boşuna harcıyorum" dedi. Ağlamaya başladı ve belki de intihar savunmasından vazgeçmeye başlayarak şöyle dedi: "Hayatımda kendimi hiç bu kadar yalnız hissetmedim. Bu hayatta gerçekten de yalnızız. İntihar konusundan bahsederken hakikaten de hedefi vurdun. İlişkimizde farklı bir evreye doğru gidiyoruz. Birbirimize karşı koyuyoruz. Artık senden korkmuyorum ve seni bir tahta oturtarak yüceltmiyorum da. Belki gerçekten konuşmaya başlamamızın zamanı gelmiştir."

Amy için intihar, birine güven duyma ihtiyacına ve hayal kırıklığına uğrama korkusuna karşı bir savunmaydı. O noktada artık savunmanın altına inmiştik. Küçükken annesine güvenmiş ama ihanete uğramıştı. Başkalarına güvenmek ve bağımlı olmak onun gözünde ümitsiz bir davranıştı. Onun zihninde, eğer birilerine güvenemiyorsa, tek çıkış yolu intihardı. Müdahalelerim başarılı olmuştu çünkü Amy'nin savunmacı inkârlarını ve eyleme vurumlarını kırmış ve acı verici duygulanımları serbest bırakmıştı. Amy artık daha derine, terapisinin bir sonraki evresine girdi.

Benim de onu hayal kırıklığına uğratacağıma dair korkusu ile ilgili yorumlar yapmanın zamanı gelmişti. Bu şekilde duygularından bahsedeceğini ve bunları eyleme vurmaktan vazgeçeceğini umuyordum.

Bir sonraki seansta Amy son derece depresif durumdaydı. İşsiz kalmış olmak onu endişelendiriyordu. Duygusuz bir şekilde benim onu yargılayacağım ve sırtından bıçaklayacağıma dair korkularından ve insanlara güvenemediğinden bahsetti. Benim de onu hayal kırıklığına uğratacağımdan ve onu yarı yolda bırakacağımdan korkuyor olabileceğini söyledim. "Beni yargılayacağından endişeleniyorum. Sonra kendimi incinebilir hale soktuğumdan dolayı pişman olacağım, daha önce de başıma geldi. Ne kadar konuşursam benim hakkımda o kadar kötü düşüneceksin. Deli olduğumu düşüneceksin" diye cevap verdi. "Sadece senin hakkında kötü yargılara varacağımdan değil, aynı zamanda sana sözlü olarak da acı çektireceğimden ve bana söylediklerini kullanacağımdan da korkuyorsun" diye cevap verdim. "Evet, aynen öyle" diye cevap verdi. Amy ailesinden bahsederken şöyle dedim: "Seni diğer herkesin yaptığı gibi hayal kırıklığına uğratacağımdan korkuyorsun". Amy üzgün ve düşünceli bir tavırla "Daha önce insanların bana acı çektirdiklerini kabul ediyor olduğun için teşekkür ederim".

Seansın sonunda Amy işsiz, parasız ve depresyonda olduğu için ve Noel bayramı geliyor olduğu için zor bir dönem yaşadığından bahsederken, daha önce yaptığım yüzleştirmeleri entegre ettiğini gösterdi ve şöyle dedi: "Biliyor musun, o intihar meselesiyle ilgili çok haklıydın. Eğer o söylediklerini söylememiş olsaydın bu günlerde yine intihar etmeyi düşünüyor olacaktım". Sonra da ekledi: "Kendime şöyle dedim, 'Artık intihar bir seçenek değil. Ne olursa olsun bu dönemi atlatacağım'. Kendimi nasıl öldüreceğimi ve hapları nasıl alacağımı planlamadım. Sadece şöyle düşündüm, 'Depresif olacağım ama 40 yaşımdayken hala burada olacağım. Kendimi öldürmeyeceğim'. Sanırım gittikçe daha az kendilik yıkıcı olmaya başladım".

Bunu takip eden birkaç hafta içinde Amy iyi bir şekilde işlev gördü. Zaman zaman depresyon ve anksiyete deneyimlemesine rağmen duygularını kısıtladı ve hem kendini idare etti hem de kendine destek verebildi. Çeşitli profesyonel ihtimalleri araştırırken ve iş görüşmelerine giderken geçici bir işe girdi. Kendisi ve geleceği hakkında ümitliydi. Buna ek olarak artık başkalarının algılarına göre değil, kendi deneyimlerine göre davranmaya başladı. Kendi duygu ve fantezilerinden oluşan içsel dünyası ile dış eylem dünyasını daha iyi ayırt edebilmeye başladı. Hissettiği duyguları ille de eyleme vurması gerekmediğini öğrendi.

Yedi ay içki içmedikten sonra Amy bir AA toplantısına konuşmacı olarak davet edildi. Elde ettiği gelişmeden, büyümeden, sağlıklı bir yol seçmiş olmaktan gurur duyarak bana şöyle dedi: "Kendi kaynaklarımı kullanıyorum ve bugünkü halimle kendimi seviyorum, hem de hayatımda ilk kez".

Bundan kısa bir süre sonra bir haftalık bir tatile çıkmak üzereydim. Amy saate bakarak "Kendimi biraz tuhaf hissediyorum çünkü seni bir hafta boyunca görmeyeceğimi biliyorum. Senin seyahate çıkmanla ilgili kötü hatıralarım var, hani kendimi öldürmeye kalkmıştım. O zaman ne yapacağımı bilmiyordum, panik içindeydim ve ne olup bittiğinin de farkında değildim. Şimdiyse bir işim bile yok ama meşguliyetlerim var. Gidiyor olman sorun değil".

On beş aylık tedaviden sonra Amy'nin savunma yapabilmek uğruna adaptasyonu feda etme eğilimi azalmıştı. Artık alkol ve uyuşturucu kullanarak savunmacı deşarj yollarına başvurmak yerine duyguları hakkında daha fazla konuşuyordu. İnsanlara yapışarak onunla ilgilenmelerini veya ona sürekli güven vermelerini sağlamaya çalışmıyordu; onun yerine kendi kendine bakabilmekten tatmin oluyordu. Amy kendini ortaya koyma, ifade etme ve aktivasyon girişimlerinde bulundukça gelişmekte olan gerçek kendiliği ortaya çıkmaya başladı.

Tatilden döndükten sonra bana şöyle dedi: "Sen yokken kendimi çok iyi idare ettim. Önce iki saat boyunca kendimi kötü hissettim; bir çökme hissiyle birlikte kendimi tuhaf hisse-

diyordum. Kendime şöyle dedim 'Sorun değil, bazı duygularla başa çıkabilirim, ne de olsa bunlar sadece duygu'. Dairemi temizledim, bir AA toplantısına gittim ve kendimi iyi hissettim. Artık insanların gelip gitmesinden o kadar etkilenmiyorum. Kendime bakabilirim".

Son Söz

O noktada Amy'nin oldukça gelişme kaydettiğini düşünüyordum ve intihar edeceğine dair endişem yoktu. O düşüncelerden "kurtulduğunu" düşünüyordum. Daha önce yaptığım yüzleştirmeleri entegre etmiş gibiydi. Fikrimce intihar sorunu çözülmüştü. Ancak bir sonraki yıl içinde intihar düşünceleri ve duyguları geri geldi. Altı intihar girişimi içeren bir geçmişe sahip bir hastanın intihar düşüncelerinin tamamen ortadan kalktığını düşünmekle naiflik etmiştim. Bu Amy'nin tekrar tekrar konuşmak zorunda kalacağı bir konuydu. Ne kadar sakin, istikrarlı ve mantıklı görünürse görünsün bu sorunla ilgili yaşadığı zorluklar tam olarak çözümlenmemişti. İntihar düşünceleriyle hangi problemi çözmeye çalıştığını daha iyi anlamak ve hissettiği acı, ümitsizlik ve ıstırabı daha derinden incelemek zorundaydım.

Bir sonraki yıl boyunca Amy yeni iş durumlarıyla ilgili konularda zaman zaman intihar duygularından bahsetti ama intihar girişimde bulunmadı. Birçok kez iş değiştirdi; girdiği her işten birkaç ay sonra ya kovuluyor ya da istifa ediyordu. Kendi becerilerini görüp kabul etmekte, mesleki ilgi alanlarını tespit etmekte ve kendini etkinleştirmekte çok zorluk çekiyordu. Ya işsizdi, ya eğitim almadığı alanlarda iş arıyordu ya da kendi potansiyelinin altında işlere giriyordu. Herhangi bir konuya bağlanmaktan kaçıyor, ilave bir eğitim almıyor veya kursa gitmiyordu.

Amy'nin henüz sorumluluk alma, kendilik aktivasyonu ve özerk işlev görme gibi şeyleri gerektiren bir işte çalışmaya yeterli ego kapasitesine sahip olmadığı ortaya çıktı. Bütün bu kapasiteler ayrılma anksiyetesini tetikleyecek faktörlerdi. Masterson ayrılma anksiyetesinin nasıl geri çekilen birimi ve

öfke dahil tüm öğeleri ile birlikte terk depresyonunu tetiklediğini anlatmıştır (1972, 1976, 1981, 1983). Klinik deneyimlerimize göre Amy depresyonu tetiklenmeden önemli ayrılıkları veya kendilik aktivasyonunu gerçekleştirecek durumda değildi; depresyon bir kez tetiklenince hastaya hakim oluyordu.

Amy'nin yaptığım yüzleştirmeleri tamamen entegre ettiğine inanmak cazip bir seçenekti. Hakikaten de bazen bunu başarıyordu. Ama bu vakada hastanın yapabileceklerinin bir sınırı olduğunu kabul etmek zorunda olduğumu fark ettim; ne kadar yüzleştirme yaparsam yapayım Amy o sınırları aşıp daha fazlasını yapamayacaktı. Hastanın kapasitelerinin kapsamı dahilinde hareket etmek önemliydi. Buna ek olarak Amy'yi olduğundan daha sağlıklıymış gibi görmeye eğilimliydim ve dönem dönem terapötik ittifakımızın sağlam olduğu sanrısına kapılıyordum. Aslında ittifakımız zayıftı ve dalgalanmalardan ve aktarımsal eyleme vurumlardan etkileniyordu.

Kısa süre önce Amy daha önce aldığı eğitimi, ticari becerilerini ve kişisel deneyimlerini kullanabileceği bir işe girdi. Ayrıca bazı ilave lisansüstü dersler de almaya başladı. Bununla birlikte kendini aktive ettiğinde ortaya çıkacak olan duygularla başa çıkıp çıkamayacağı, engellere rağmen bu işte kalmaya devam edip etmeyeceğini zaman gösterecek.

Amy'nin zor yolculuğu devam ediyor ama zaman zaman uğradığı başarısızlıklara rağmen cesur olduğunu ve değişmek, mücadele etmek ve büyümek istediğini gösterdi. Sağlıklı olmak istiyor. Yıllardır AA üyesi ve alkol ve uyuşturucudan kurtuldu. Artık intihara kalkışmıyor, onun yerine duygularını söze dökmek için terapi seanslarını ve AA toplantılarını kullanıyor. Yıllar boyunca alkol, uyuşturucu, yemek ve seksle kendine anestezi uyguladığının ve kendilik yıkıcı davranışlarla yıllarını harcadığının, bunun sonucunda da büyüyemediğinin farkında. Amy kısa bir süre önce elde ettiği gelişmenin farkına vararak şöyle dedi: "Henüz olmak istediğim yerde değilim ama bir zamanlar olduğum yerde de değilim ve bunun için minnettarım."

REFERANSLAR

Beebe, J. (1975a). Treatment of the suicidal patient. C. Rosenbaum & J. Beebe (Eds.), *Psychiatric treatment: Crisis/clinic/consultation.* San Francisco: McGraw-Hill içinde .

Beebe, J. (1975b). Evaluation of the suicidal patient. C. Rosenbaum & J. Beebe (Eds.), *Psychiatric treatment: Crisis/clinic/consultation.* San Francisco: McGraw-Hill içinde.

Dorpat, T., & Ripley, H. (1967). The relationship between attempted suicide and committed suicide. *Comprehensive Psychiatry,* 8 (2), 74-79.

Farberow, N., & Shneidman, E. (Eds.). (1961). *The cry for help.* New York-McGraw-Hill.

Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hatton, C, & Valente, S. (1984). Assessment of suicidal risk. C. Hatton & S. Valente (Eds.), *Suicide: Assessment and intervention.* East Norwalk, CT: Apple ton-Century-Crofts içinde .

Litman, R., & Farberow, N. (1961). Emergency evaluation of self-destructive potentiality. N. Farberow & E. Shneidman (Eds.), *The cry for help.* New York: McGraw-Hill içinde.

Litman, R. (1968). Psychotherapists' orientations toward suicide. H. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and management.* Boston: Little, Brown içinde.

Masterson, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach.* New York: Brunner/Mazel, 1985.

Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1981). *Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique.* New York: Brunner/Mazel.

Mintz, R. (1971). Basic considerations in the psychotherapy of the depressed suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy, 25,* 56-73.

Pokorny, A. (1964). Suicide rates in various psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 139.* 499-506.

Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., Wilkinson, R., Jr., & Murphy, G. (1959). The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *American Journal of Psychiatry,* 115, 724-733.

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide.* New York: John Wiley & Sons.

Tabachnick, N., & Farberow, N. (1961). The assessment of self-destructive potentiality. N. Farberow & E. Shneidman (Eds.), *The cry for help.* New York: McGraw-Hill içinde .

Tuckman, J., & Youngman, W. (1968). Assessment of suicide risk in attempted suicides. H. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and management.* Boston: Little, Brown, içinde.

Weisman, A. (1974). *The realization of death: A guide for the psychological autopsy.* New York: Jason Aronson.

21

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN AKTARIM EYLEME VURUMUNA KARŞI AKTARIM

Richard Fischer, Ph.D.

Narsisistik kişilik bozukluğu hayranlık ve idealizasyon peşinde koşan büyüklenmeci (grandiyöz) bir dış görünüş arz eder. Bu ilk bakışta nüfuz edilemez gibi görünen dış intiba, sahte savunmacı büyüklenmeci kendiliğin aynalanmasını engelleyebilecek uyaranlara karşı değersizleştirme ve narsisistik haklılık taleplerini eyleme vurma yollarıyla kendini savunur. Narsisistik hasta tümgüçlü ve incinmez bir kendilik algısını sürekli olarak muhafaza etme ihtiyacı içindedir ve terapist tarafından yapılan tüm gerçeklik yüzleştirmelerini bir saldırı veya kötücül niyetlerle yapılan bir davranış gibi algılayacak ve buna göre cevap verecektir.

Narsisistik bozuklukla çalışan bir terapistin teknik bir geçiş yapması gerekmektedir. Bu hastalarla yürütülen tedavinin ana odağı narsisistik incinebilirliğin ve büyüklenmeci kendiliği savunma ihtiyacının yorumlanması olacaktır. Bu yorumlamanın empatik bir şekilde yapılması şarttır çünkü hastanın hassasiyeti terapistin herhangi bir art niyetini hemen tespit edecektir. Borderline hastalarla çalışılırken birincil yöntem olan yüzleştirme narsisistik hastalarla asgari derecede kullanılmalı, ancak

tedavi anlaşmasına ve terapötik çerçeveye zarar veren veya hastanın kendisi için kendilik yıkıcı olan davranışları sorgulamak için uygulanmalıdır. Yorumlama çalışmalarının odağı ise terapi süresince kaçınılmaz olarak ortaya çıkacak olan hastanın hayal kırıklıkları, terapistin empati çabasının hastanın gözünde başarısız olması ve narsisistik öfke ve geri çekilme, değersizleştirme, kibir ve aşağılama gibi savunmacı tepkilerdir.

Terapist hastanın mükemmel aynalanma isteğini karşılamaz ve tatmin etmez ama hastanın aynalanma veya idealize edilme ihtiyaçlarının sekteye uğramasına verdiği tepkileri empatik bir şekilde yorumlar. Bu işi etkili bir şekilde yapabilmek için terapist hastanın değer verdiği kaynağı tümgüçlü bir şekilde tedarik ederek narsisistik yansıtmalarla özdeşleşmemeli veya bu taleplere öfkelenip cezalandırıcı olmamalı ve aşırı yüzleştirmelerle misilleme yapmamalıdır.

Narsisistik kişilik bozukluğu ile yapılan çalışmalarda terapistin empatik yorumlamacı yaklaşımı hayati önem taşımaktadır, ama olası karşı aktarım tepkileri terapisti teknik tarafsızlık konumundan saptırabilir.

Kendine güveni zayıf olan veya kendi kişiliklerinde çözümlenmemiş narsisistik kısımlar olan terapistler hastanın tümgüçlü ve idealize edilmiş yansıtmalarıyla hemen özdeşleşebilir. Bu durumda terapist hastanın narsisistik taleplerine cevap verecek ve hem terapist, hem de hasta narsisistik birliğin hoşnutluğu içinde kaybolacaklardır. Hastanın talepleri artıp, terapist gösterdiği çabalara minnettar kalınmadığı için kızgınlık duyduğu zaman bu hoşnutluk durumu hızlı bir şekilde ortadan kalkacaktır. Hastanın büyüklenmeci isteklerini pekiştiren terapist kaçınılmaz olarak ortaya çıkacak olan narsisistik öfke ve hayal kırıklığını ertelemeye çalışmaktan başka bir şey yapmıyordur. Terapist, hastası tarafından bu konuma getirilmeyi engellemek için yeterli bir kendilik saygısına sahip olmalı ve profesyonel kimliği içinde kendine güvenli ve rahat olmalıdır.

İkinci tipik tepki, "dünyanın kendisine ait olduğunu" düşünen narsisistik kişiliğe kızmak ve haset etmektir. Çoğumuz çocukluğumuzdaki tümgüçlülük duygularından acı çekerek de

olsa vazgeçmeye çalışmış ve bu konuda kişiden kişiye değişkenlik gösteren başarı seviyelerine ulaşmışızdır. Sürekli olarak bu çocuksu ve benmerkezci yaklaşımı eyleme vuran narsisistik hasta terapistin bu konudaki zayıf savunmalarını baltalayarak onun haset ve kızgınlık duygularına karşı incinebilir olmasına yol açabilir.

Bu durumda terapistin göstereceği ilk tepki aleni kızgınlık, geri çekilme, hor görme veya aşırı yüzleştirme şeklinde ortaya çıkan misillemedir. Terapist bu misilleme manevralarının duruma uygun teknikler olduğunu iddia ederek davranışlarının cezalandırıcı niteliğini inkâr edebilir.

Zaman zaman hastanın narsisistik ihtiyaçlarını karşılama çabası ile hasta gittikçe daha talepkar olup terapistin tedarik ettiklerine minnettar olmayınca kızgınlık ve çaresizlikle tepki vermenin bir kombinasyonu görülebilir.

Üçüncü bir karşı aktarım çeşidi de didaktik terapistin hastayı narsisistik yaklaşımını bırakmaya ikna etmeye çalışması şeklinde ortaya çıkar. İlk bakışta bu davranış terapistin hastaya, doğru tavsiyelerde bulunması gibi görünse de, hasta tarafından terapistin empati göstermekte başarısız olduğu şeklinde algılanacaktır. Terapistlerin çoğu dünyaya başkalarına ilgi gösterip yardımcı olmanın birincil değer taşıdığı nesne ilişkili bir görüşle bakarlar. Diğer yandan para, şöhret ve güç peşinde olan narsisistik hasta ise benmerkezci ve kendine dönük bir yaklaşım içindedir ve onun dünyasında narsisistik tedariklerin sağlanması için başkalarını kullanmak ve sık sık onları suistimal etmek gerekli bir davranıştır. Terapistin dünya görüşü hastasının benmerkezci yaklaşımından dolayı bozuluyorsa, terapist hastayı değiştirmek ve davranışlarını daha "nesne-ilişkili" hale getirmesi için teşvik etmek isteyebilir. Bu tarzda bir terapötik yaklaşım terapistle hastanın kaçınılmaz olarak bir "çıkmaza" girmelerine neden olacak ve hasta terapiden çekilecektir.

Karşı aktarımla ilgili bir önemli nokta da terapistin hastanın kronik değersizleştirmesine ve narsisistik haklılık taleplerine verdiği cevaptır. Terapist, bu aktarımsal tepkinin narsisistik

patolojinin çekirdek kısımlarından biri olduğunu anlayacak kadar profesyonel kimliğinden emin ve güvenli olmalıdır. Hasta, terapistten gelen gerçeklik açıklamaları dahil olmak üzere, kendisi hakkındaki tümgüçlü ve incitilemez olma algısını bozguna uğratacak her türlü uyaranı inkâr etmek ve değersizleştirmek zorundadır. Narsisistik hasta acı verici duygudurum hallerinden ve zayıf öz saygısından kaçınmak için haklılık iddiaları ve kendisi hakkında büyüklenmeci algıları kullanabilir. Terapist bu olaya karşı hassas olmalı ve hastanın acı verici duygulanımlar uyandıran her türlü uyaranı ve kişiyi değersizleştirme ihtiyacını yorumlamalıdır. Narsisistik hasta kendisi ile ilgili değersiz ve küçümsenecek yönleri içeremez. Terapi sırasında bu tarz acı verici duygulanımları içermek terapistin görevidir. Ama bunun yerine kızgınlık ve geri çekilmeyle tepki verip hastayı mantıklı olmaya ikna etmeye çabalarken, bir yandan da onu niyetinin iyi olduğuna ikna etmeye çalışır. Bu yaklaşım terapistin hastayı sakinleştirmek için onun narsisistik taleplerini karşılamakla, hastanın kızgınlığı azalmadıkça kızgın ve cezalandırıcı bir şekilde misilleme yapmak arasında gidip gelmek gibi zayıf ve incinebilir bir durumda kalmasına neden olur.

Aşağıda verilen vaka örneği bir terapötik ittifak ve çerçevenin kurulmasını engelleyen çeşitli aktarım-karşı aktarım temalarını göstermektedir. Sonuçta hastaya karşı tutarlı bir yaklaşım gösterilememiş ve hasta terapiye son vermiştir.

VAKA: BAY JOHN KAYE

Hasta Bilgileri

Hasta 48 yaşında Katolik evli beyaz bir erkekti. New Jersey'de karısı ve 18 yaşındaki kızıyla yaşıyordu. 27 yaşındaki oğlu New York eyaletinin kuzeyinde üniversiteye gidiyordu. Bay Kaye başarılı bir yatırımcı ve iş adamıydı.

Temel Şikâyet

Bay Kaye gazetede bir makale okuyup anlatılan durumun kendi sorununa benzediğini gördükten sonra Masterson

Grup'a başvurmuştu. Sorununu "asla gerçek bir ilişkim olmadı ve bundan rahatsızlık duyuyorum" diyerek açıklamıştı. Karısından ayrılmayı düşünüyordu.

Hastalık Geçmişi

Bay Kaye başarılı bir iş adamıydı. Karısıyla uzun yıllardır evliydi ama yakın değillerdi. Son sekiz yıldır başka bir şehirde yaşayan bir kadınla evlilik dışı ilişki yaşıyordu. "Artık bu oyundan sıkıldığı" için ve boşandıklarında karısını rahat bir şekilde yaşatacak kadar parası olduğu için evliliğini bitirmeyi planlıyordu. Bay Kaye hayatı boyunca benmerkezci bir şekilde yaşadığını, kadınlara karşı ise cinsel tatmin dışında pek bir ilgi duymadığını itiraf ediyordu.

Bay Kaye sorunlu hayatının reddedilme, terk edilme ve sevgisizlikle dolu travmatik çocukluğundan kaynaklandığını düşünüyordu. Bundan on yıl önce annesiyle babasının ona sürekli yalan söylediklerine dair kuşkuları, evlat edinildiğini tesadüfen öğrenmesiyle pekişmişti. Bu noktada hasta kendini kaybolmuş ve öfkeli hissetmişti. Bu aldatmacadan dolayı annesine karşı öfke duyuyordu ve çok para kazanarak "kendini ispat etmeye" karar vermişti. Terapiye geldiği sırada gerçek bir ilişki kurabilen insanlara haset ediyordu ve evliliği bittikten sonra yalnız kalacağından endişe ediyordu. Bay Kaye kendisiyle ilgili iki ayrı imaj sunuyordu: "Her şeyi başarabilecek ve herkesin çekindiği bir kaplan ve yetersiz, öfkeli, sevilmeyen ve kimsesi olmayan bir öksüz" olarak iki ayrı imaj sunuyordu.

Hastalıkla İlgili Geçmiş ve Aile Geçmişi

Hasta New York eyaletinin Buffalo kentinde doğmuş ve büyümüştü. İki buçuk yıl boyunca bir yetimhanede kalmış, daha sonra evlat edinilmişti. Çocukluğunda yalnız başına bırakılma korkusu vardı. En eskiye dayanan hatıraları hep reddedilmekle ilgiliydi. Annesini her zaman ağır fiziksel disiplin uygulayan, katı, soğuk, reddedici ve sadist bir kadın olarak tarif ediyordu. Babasını ise nazik ve sevgi dolu bir adam olarak anlatıyordu, ama çok çalıştığı için pek ortalıkta yoktu. Hastanın

üç ağabeyi ve dört ablası vardı. Ailenin "kara koyunu" olarak görüldüğünü hissediyordu.

İlkokul yıllarında öğretmenleriyle çatışıyordu ve derslerle arası iyi değildi. Notları düşüktü ve lisenin birinci yılında okuldan ve evden ayrılarak çeşitli işlerde çalışmaya başlamıştı. 21 yaşındayken evlenmişti ve çocuklarıyla ilgilenen bir baba olduğunu söylüyordu.

Beşinci Seans

Klinik değerlendirme yapıldıktan sonra hastanın haftada üç kez terapiye gelmesi tavsiye edildi. Hasta ancak haftada iki kere gelebileceğini çünkü spor yapmak ve sevgilisini ziyaret etmek için zamana ihtiyacı olduğunu söyledi. Terapi programı onun kendi programına uydurulmalıydı. O anda benim tarafımdan bu konuyla ilgili yüzleştirme yapılmadı ve terapi programı hastanın programına uyacak şekilde ayarlandı.

Hasta seansa bankerleri, avukatları ve katı profesyonelleri değersizleştirmekle başladı; cahil olduklarını ve ünvanlarının arkasına saklandıklarını söylüyordu. Büyüklenmeci kendilik imajı, her zaman istediğini elde ettiğini ve kimsenin yoluna engel olmasına izin vermediğini söylediğinde ortaya çıktı. Bu değersizleştirme ve büyüklenme davranışı terapötik ilişki hakkındaki görüşlerini, hükmedilme ve bir tedavi anlaşmasından zarar görme korkusunu, ayrıca ilişkimizi narsisistik açıdan kullanma ihtiyacını ortaya koyan bir referans noktasıydı.

Hastanın bu kendilik imajına karşılık yine onun anlattığı diğer kötü davranılmış ve bir yana atılmış korkan çocuk imajını öne sürdüm. Hasta karısı ve sevgilisine odaklanmaya başladı ve onları sadece kendi ihtiyaçlarını karşılamak için kullandığını ve kendisinden taleplerde bulunmalarına izin vermeyeceğini söyledi. Karısına bunun ötesinde hiçbir şey verememişti ve karısı bu durumdan çok şikâyetçiydi. Hasta kendini açıp yine parçalanmayı kabul etmeyeceğini söyledi (bu, terapist tarafından saldırılıp yok edilmeye açık bir atıftı). Güçlü bir görüntüyü muhafaza etme ihtiyacındaydı.

Bir ilişkide kendini açma ve kendini paylaşma konularındaki korkusuna odaklandım; kendini açar ve paylaşırsa yine aşağılanma riskini göze alacaktı. Ayrıca ilişkilerde her zaman kontrolü elinde tutup üstün çıkmaya çalışarak kendini koruyordu. Mesela terapi seanslarının kendi ihtiyaçlarının etrafında odaklanmasını talep etmesi buna bir örnekti, ama ben ona bu örneği vermedim. Hasta, karısını evcil bir köpek konumunda tutmayı başardığını söyledi. Karısı da evcil bir köpek gibi sahibine sadıktı. Kendine bir daha asla bir başkasına ihtiyaç duyma izni vermeyecekti. Başkalarını talepkar ve itaatkâr olarak görmesi, ama kendisinde de bu ihtiyaçların var olduğunu görmekten kaçıyor olması üzerine odaklandım.

Yaptığım bu yüzleştirme hastanın ben dahil ona en yakın olanları değersizleştirme ve köleleştirmesine duyduğum kızgınlıktan kaynaklanmıştı. Hasta söylediklerimi yüzeysel olarak kabul etti ve Avrupa'ya bir iş seyahati yapmayı planladığını, seyahatin üç hafta süreceğini ve yıl içinde bu seyahatlere birçok kez çıktığını söyleyerek seansı bitirdi. Bu açıklamasına cevap vermedim.

Özet. Hastanın değersizleştirme ve büyüklenme davranışlarına kızdığım için bozulmuş kendiliği (hastanın iki imajı) ile ilgili yüzleştirme yaptım. Kendimi saldırıya uğramış ve değersizleştirilmiş hissettim. Hasta kullanmayı seçtiği silahı belirtti bile: "Baskın çıkmak". Bu yüzleştirme, büyüklenmeciliğinin ve savunma halinin artmasına neden oldu. Karısını değersizleştirdiği zaman kendi kusurlarını görmekten kaçması ile ilgili bir kez daha yüzleştirme yaptım. Hastanın aktarım eyleme vurumu arttı ve tedavisine ciddi bir engel teşkil edecek bir şey buldu: Terapinin devamlılığını bozacak olan iş seyahati. Nasıl daha önce spor programını bozduğu için haftada üç kez terapiye gelmeyi reddedişini sorgulamadımsa, bu konuyu da hastayla konuşmadım. Kendi karşı aktarım ihtiyacım hastayı memnun edip öfkesinden ve değersizleştirmesinden kaçınarak hastanın taleplerini karşılamak şeklinde ortaya çıktı. Eğer terapötik çerçeve net bir şekilde tanımlanmış ve muhafaza edilmiş olsaydı, ben onun narsisistik taleplerini karşılamayacaktım ve hastanın

bozulmuş kendiliğinin doğal bir şekilde ortaya çıkması ve incelenmesi kolaylaştırılmış olacaktı.

Altıncı Seans

Hasta tedavinin kendi şartlarına uygun şekilde yürütülmesi gerektiğini beyan etti. Hayatının başkalarının kapris ve isteklerinin etrafında dönmesinden bıktığını ve bu konuda ısrarlı olduğunu söyledi. Küstah bir tavırla "Avrupa'ya gitmem gerekiyorsa gideceğim ve seanslarımı kaçıracağım, bu konuda pazarlık da yapmam" dedi.

Ona bu ilişkiyi hayatındaki diğer tüm ilişkiler gibi tamamen kendi şartlarına göre idare ettiğini ve otomatik tepkisinin terapinin hedeflerini bozguna uğratmak olduğunu söyledim. Tatillerle ve kaçırılan seansların sorumluluğuyla ilgili prensibimizi açıkladım.

Hasta narsisistik öfke ve küstahlıkla cevap verdi ve "seni anlıyorum ama senin programın ve senin tatilin benim için bir şey ifade etmiyor" dedi. Kendi zamanlamasının ve programının birincil öneme sahip olduğunu ve iptal ettiği seanslarla ilgili daha makul bir ayarlama yapmamız gerektiğini söyledi. Benim tedavi anlaşmamı ancak tek etkili terapi yolu olduğu takdirde değerlendireceğini de ekledi ve neden bu kadar katı bir yaklaşımım olduğunu sordu.

Hastanın tedavinin kendisi ve saatleri konusunda sorumluluk alması gerektiğini söyleyerek cevap verdim. Bu sorumlulukla ilgili somut nedenler ve açıklamalar sundum ve kendimi savunmada hissettiğim için yaklaşımımı meşru hale getirmeye çalıştım. Hastayı yaklaşımımın katı olmadığına, makul olduğuna ikna etmeye çalıştım. Hastanın yansıtmalarıyla özdeşleşip suçluluk hissetmeye başlamıştım. Buna cevabım terapi anlaşmamı rasyonalize etmek, açıklamak ve meşrulaştırmaktı.

Hasta herhangi bir keyfi kuralı kabul etmeyeceğini tekrar beyan etti. O noktada ben "ihtiyaçların o kadar ertelenmiş ki, ben terapini korumak amacıyla tasarlanmış bir kuraldan bahsederken bile kızgınlık ve hayal kırıklığı ile tepki veriyorsun" dedim.

Hasta kızgınlığının aşırı olduğunu kabul etti ve bütün ilişkilerinde neden ille de "üstün" taraf olmaya ihtiyacı olduğunu sorguladı. "Eğer baskın çıkan taraf değilsen insanlar seni çiğner ve tükürür" dedi. Bu, terapist tarafından saldırılıp yok edilmeye açık bir atıftı. Kendini vahşi bir ormanda yaşayan bir hayvana benzeterek konuşmaya devam etti; değişmeyi başaramazsa hakikaten yakın bir ilişki kurma şansını kaybedecekti. Ancak ilişkilerde savunmacı bir yaklaşım benimseyen kişiliğinin iş hayatında gerekli olduğunda ısrar etti.

Tedavinin iş hayatının bir parçası olmadığını ve terapi prensipleriyle ilgili küstah yaklaşımının hakim olma ihtiyacının bir tezahürü olduğunu söyledim. Paranın onun için önemli olmadığını, ama kendisinden istenen zamanın önemli olduğunu söyledi. "Her zaman şartları belirleyen ben olmalıyım" dedi. "Tedavine zarar verme pahasına da olsa" diye cevap verdim. Hasta o noktada çocukluğunda gördüğü kötü davranışlardan bahsetmeye başladı. Arkadaşlarının ona "piç" dediği ve ona gülüp aşağıladıkları anıları hatırladı. O zamanlar arkadaşlarının söylediklerinin ne anlama geldiğini anlamamıştı. Hasta bu anıları bugünkü haklılık davranışları için bir mazeret olarak kullanıyor, keyfi kuralları asla kabul etmeyeceğini söylüyor ve pazarlık etmemiz gerektiğinde ısrar ediyordu. Bunu kabul ettim, dolayısıyla seansı hastanın narsisistik talepleriyle iş birliği yaparak tamamladım.

Özet. Hasta tedavinin kendi programına uyması gerektiğini söyleyerek narsisistik taleplerde bulunmaya devam etti. Onu mükemmel şekilde aynalamadığımdan dolayı duyduğu hayal kırıklığını empati ile karşılamama rağmen anlaşmamız netleştirilmedi ve kabul edilmedi. Hastayı prensiplerimin "doğruluğu" ve gerekliliği konusunda ikna etmeye çalıştım. Bu şekilde bilinçsizce hastanın talepleriyle özdeşleşmiş oldum ve onun kendilik yıkıcı ve benmerkezci tepkisini ve büyüklenmeciliğini bozulmuş kendiliğini korumak amacıyla kullanılan bir savunma olarak yorumlamak yerine kurallarımı izah ederek hastayı hoşnut etmeye çalıştım.

Bu hasta, seanslardan kendisinin sorumlu olduğu açıkça belli oluncaya kadar bu konuyu sürekli test etmeye devam edecek. Bu ilk bakışta çok önemli bir nokta gibi görünmeyebilir ama hastanın terapi anlaşmasının mükemmel aynalamayı muhafaza edebileceği şekilde kendi şartlarına göre ayarlandığını düşünmemesi hayati önem taşımaktadır. Empati davranışım hedefi vurmasına rağmen hastanın beni narsisistik bir nesne gibi görme girişimi ile işbirliği yaptım.

Hastanın önünde net bir seçim var; ya terapisti narsisistik bir nesne olarak kullanacak ya da hayal kırıklıklarıyla, yaralarıyla ve zedelenmeleriyle karşı karşıya kalacak. Bu yaralanmalardan kaçınmak için terapiyi değersizleştiriyor ve beni "makul olmamakla" suçluyor. Farkında olmadan bu yansıtmalarla özdeşleştim ve yaklaşımımı meşrulaştırarak ve nedenlerimi açıklayarak hastaya karşı makul davranmaya çalıştım; sonunda terapi anlaşmasını netleştirmekten kaçındım.

Suçluluk hissediyorum ve kendimden kuşku duymaya başladım. Katı mıyım? Kurallarım çok mu sert? Bir terapötik anlaşmaya sadık kalmaya çalışarak sadistçe mi davranıyorum? Hastanın öylesine zor bir hayatı var ki. Neden sorunlarına sorun ekleyeyim? Belki esnek ve tatmin edici şekilde davranarak bu hastayı "düzeltebilirim". Hastaya terapötik değerimi ispat etmek gibi sinsi bir sürece girdim. Hasta bir anlamda bozulmuş kendiliğini bana yansıttı ve ben bilinçsizce bu yetersiz, korku dolu kendilik temsilini eyleme vurdum.

Terapist bu hastayla empatik aynalama tepkileri kullanmalı ve aktarımsal eyleme vurumlarla ilgili yüzleştirme yapma yoluyla terapötik çerçeveyi sapma yapmadan idare etmelidir. Terapist, kızgınlık ve hastayı memnun etme isteği arasında gidip gelmek yerine narsisistik talepkarlığa karşı terapötik tarafsızlığını korumalıdır.

Hasta "Kötü davranış gördüm. Sorumluluğumu başkaları üstlenmeli, böylece ben o duyguları tekrar deneyimlemekten kaçabilir ve büyüklenmeciliğimi koruyabilirim" diyor. Hasta öz saygısını korumaya çalışıyor. Bu taleplerle özdeşleşen terapist "yardımcı olmaya çalışan iyi niyetli terapist" kendilik ima-

mı korumaya çalışıyor. Ben hastanın isteklerini tatmin ederek tümgüçlü bir şekilde onun acı verici duygularını hafifletebilir miyim? İş seyahatlerini engellemek neden?

Yedinci Seans

Hasta randevusuna yirmi dakika geç geldi. New York şehrinden ne kadar nefret ettiğini, şehrin kendi programını engellediğini ifade ederek başladı. Trafiğin önceden tahmin edilemeyecek şekilde sıkışmasına çok kızgındı ve daha erken çıkarak beni *beklemeyi* reddediyordu. Ancak geç kalmanın bir saygısızlık göstergesi olduğunu ve biri onunla olan randevusuna beş dakika geç kaldığı takdirde beklemeden kalkıp gideceğini de söyledi.

Biri duyarsız bir davranışta bulunduğu zaman onunla olan ilişkisini gözden çıkarma konusunda oldukça aceleci davrandığı yorumunu yaptım. "Belki benim de sana karşı aynı şekilde davranacağımdan endişeleniyorsun" diye devam ettim.

Hasta "İnsanlar duyarlı olmalı, yoksa onlarla çalışmam" diyerek cevap verdi. Kendi ailesinin duyarsız vurdumduymazlığından bahsetmeye başladı; ailesi tek taraflı kararlar alıyorlar, sınırlayıcı kurallar koyuyorlar ve koydukları kurallar için asla açıklama yapmıyorlardı. Daha sonra haftada üç kez bir araya gelmemizin imkânsız olduğunu söyleyerek konuşmasına devam etti. Cuma ve Pazartesi günlerinin *kendi* programıyla çakıştığını ve kimse için kendi programını değiştirmeye gönüllü olmadığını söyledi.

Ona benim kurallarımı körü körüne kabul etmekten ve benim, tıpkı ailesi gibi, onu suistimal edeceğimden korktuğunu söyledim.

Hasta seanstan çıktı ve giderken "Haftada iki kez iyidir" dedi.

Özet. Hasta seansa geç kalmasıyla ilgili sorumluluğunu dışsallaştırmakla başladı. Dürtüsel eyleme vurumuna olan eğilimi ile (yani bir ilişkiyi gözden çıkarması) benim tarafımdan yüzleştirildi. Keyfi kurallar yoluyla kötü davranılma konusuna geçti ve o konuda konuştu; bu konuyu açarak terapötik an-

laşmaya açıkça atıfta bulundu. Hasta daha sonra daha fazla talepte bulunarak ve eyleme vurarak terapinin başlaması için gerekli programlamayı yapmayı reddetti. Hastanın korkusuyla empati kurmama rağmen terapinin dokusunu tehdit eden bu taleplerle başa çıkmak için çok daha fazla yüzleştirmeye ihtiyaç vardı. Bir kez daha hastanın bozulmuş kendilik yansıtmalarıyla özdeşleştim. Tırmanmakta olan eyleme vurumla yüzleştirmek için dramatik teknik (yani terapötik hayret) kullanmalıydım. Hastanın New York şehrine yönlendirilmiş olan ve kuşkusuz doğru şekilde yüzleştirme yaptığımda bana yönelecek olan öfkesinden kaçınmak için bu tekniği kullanmaktan kaçındım.

Sekizinci Seans

Hasta seansa terapiyi değersizleştirerek başladı, terapinin "kaçıklar" için olduğunu ve bekleme odasında beklemekte olan herkesin sanki zührevi hastalık kliniğinde bekleyenler gibi utandıklarını söyledi. Burada olmaktan rahatsızlık duyup duymadığını sordum. Hasta rahatsızlık duyduğunu inkâr etti ama seans programının kendisi için bir sorun olduğunu söyledi. İşleri nedeniyle artık öğleden sonraları seanslara gelemeyecekti, üstelik bir sonraki hafta Avrupa'ya gitmesi gerekiyordu. Ama bazı sabahlar da seansa gelemeyecekti çünkü spor programıyla çakışıyordu. Bu taleplerin bir sonu gelip gelmeyeceğini merak ettim. Her şeyin kendi şartlarına göre olmasında ısrarcı olarak terapiyi sabote etmesi konusuyla onu yüzleştirdim. Hasta beni mantıksız davranmakla ve hayat stilini değiştirmesini talep etmekle suçladı. O noktada ben artık çok öfkeliydim. Hasta kendisinin bazı tavizler vermeye hazır olduğunu ama benim çok katı olduğumu söyledi. Ona neden terapi anlaşmasını çarpıtıp bunu hayatını sınırlayan bir müdahaleye çevirdiğini sordum. Hasta ona hükmetmeye çalıştığını düşündüğünü söyledi ve beni bu yüzden terapiyi sona erdirmekle tehdit etti. Haftada üç kez gelme fikrini reddetti, ayrıca gelemediği seanslardan benim sorumlu olmamı ve onları iş kaybı olarak görmem gerektiğini de ekledi. Terapi kurallarının taşa kazılı gibi olduğunu ve onları kabul etmeyeceğini söyledi. Avrupa'ya gittiği haftaların parasını da ödemeyeceği konusunda ısrarlıydı.

Benim tarafımdan cezalandırılmayı kabul etmeyeceğini söyledi. Hastanın kaçırdığı seanslarla ilgili sorumluluk alması gerektiğini, bu nedenle ücretini ödediğini anlatan uzun bir açıklama yaptım. Açıklamamdan sonra hasta ona bunu zorla kabul ettirmek yerine izah etme yolunu seçtiğim için bu kuralı kabul etti.

Özet. Hastanın eyleme vurumu ve değersizleştirme davranışları tırmanıyor, terapi anlaşması ile ilgili pazarlık ve terapiden ayrılma tehditleri devam ediyor. Terapinin sabote edilmesi ile ilgili ilk yüzleştirmelerim hedefini buldu. O noktada hasta saldırısını bana yansıttı ve beni mantıksız olmak ve baskın çıkmaya çalışmakla suçladı. Somut ve makul olmaya çalışarak ve kurallarım konusunda ayrıntılı aklileştirmeler sunarak bu durumdan uzaklaştım. Kısacası, hastayı terapiyi düşman gibi, hayatına edilen bir müdahale gibi algılaması konusunda yüzleştirmek ve eleştirmek yerine, onun attığı yemi oltasıyla beraber yuttum. Buna ek olarak hastanın öncelikleri de sorgulanmalıydı.

Karşımda iş hayatında üstün başarılar kazanmış ama kişiler arası ilişkilerinde korkunç derecede başarısızlığa uğramış biri vardı. İş hayatı ve spor programı nasıl olur da terapiden önce gelirdi? Hastanın çarpık önceliklerini kabul etmek onunla suç ortaklığı yapmak anlamına gelir. Seans boyunca duygularım, hastanın ısrarlı benmerkezci talepkarlığına öfkelenmekle kendimi makul olmayan, talepkar, keyfi kararlar veren ve katı biri gibi hissetmek arasında gidip geldi. Hasta haklı mıydı? Tek yaptığım kendi ihtiyaçlarımı tatmin eden bir programda ısrarcı olmak mıydı? Ben de onun gibi miyim? Bu şüphelerim benimsemem gereken yüzleştirmeci duruşu baltaladı.

Dokuzuncu Seans

Hasta yakında çıkacağı Avrupa yolculuğundan bahsederek, bu yolculuğun ödeyeceği vergileri önemli ölçüde azaltacağını anlattı. Vergi ödeyen insanların budala olduğunu söyleyerek onları değersizleştirdi. Seçmenlerinin ihtiyaçlarını görmezden gelen politikacılara olan kızgınlığını ifade etti. Hemen ardın-

dan karısının ne kadar bağımlı bir kadın olduğundan ve evliliği bitirme konusundaki korkularından bahsetmeye başladı. Hastayı kendi ayrılma zorlukları ve kendi bağımlılığını kabullenme zorluğuyla yüzleştirdim. Bunun üzerine hasta kendi finansal belirsizliklerinden bahsederek ayrılma korkularının ekonomik nedenlerden kaynaklanan korkular olduğunu söyledi. Başkalarına bağımlı olma korkusunun çok büyük olduğunu ve ilişkilerine zarar verdiğini kabul etti.

Hasta evliliğini kırılması gereken bir kafes olarak gördüğünü söyledi. Ona, kadının sadece onun ihtiyaçlarını karşılamak üzere orada bulunacağı uzak bir ilişki lazımdı. Evliliğini bitirmesi gerektiğini biliyordu. Hastayı eyleme vurma planı ile yüzleştirdim ve yakınlık kurma korkusunun sadece kafasında olduğunu ve kaçarak veya kaçınarak bunu çözemeyeceğini söyledim. Aynı zamanda yaptığı değersizleştirmeye ve yukarıdan bakan kibirine de kızgındım. Hasta tüm ilişkilerini kendi şartlarına göre ayarlayabilecek kadar zengin olduğunu söyleyerek direnç gösterdi. Tüm ilişkilerinde, özellikle de iş hayatındaki ilişkilerinde üstün olmalıydı çünkü ancak bu şekilde suistimal edilmeyi önleyebilirdi. Üzerinde hakimiyet kurulması konusunda hassas olduğunu ve terapötik anlaşmamıza da bu tavırla yaklaştığını söyledim. Terapiye bakış açısının çarpık olduğunu ve belki de tüm ilişkilerine bakış açısının da benzer şekilde çarpık olduğunu ve bunun da kafese kapatılmış bir hayvan gibi tepki vermesine neden olduğunu söyledim. Hasta korkularından kaçınmak için yüzeysel ilişkiler kurduğunu söyledi. Ona, kendisinden hiçbir şey talep etmeyen bir kadın lazımdı. Kadından gelecek herhangi bir talebin dengeyi bozacağını, taleplere karşılık verirse ilişkiye daha derinlemesine girerek zarar görme riskini göze alması gerekeceğini söyledim. Hasta asla kendisinden bir şeyler istenen bir ilişkide kalamayacağını söyledi. Karısını bırakırsa kafesten kurtulacağını biliyordu (terapiye atıfta bulunuyordu). Kafesin kendi yoğun yakınlık kurma korkularına dayandığını ve evliliğini bitirerek bu korkularından kaçamayacağını söyledim. Hasta haklı olduğumu ama karısını bırakıp bunun doğru olup olmadığını görmesi gerektiği-

ni söyledi. Ayrıca muhtemelen sevgilisini de kaybedeceğinin çünkü kadının istediklerini asla veremeyeceğinin de farkına vardı.

Özet. Hasta seansa vergi ödeyenleri değersizleştirerek ve karısının bağımlılığına olan kızgınlığını ifade ederek başladı. Hastaya kendi bağımlılığı ile ilgili yüzleştirme yaptım, ki bu narsisistik kişilik bozukluğu için fazla yüzleştirmeci bir müdahaleydi ve benim hastanın hor görme davranışlarına karşı kızgınlığımdan kaynaklanmıştı. Benim ve diğer vergi ödeyen vatandaşların budala olduğumuzu söylemişti. Neden karşı saldırıya geçip onu bağımlılığıyla vurmayayım? Kendini yetersiz hisseden ben değilim, asıl hasta kendini bağımlı hissediyor. Hasta bağımlılığını ekonomik sorunlara bağlayarak dışsallaştırdı ve savunma yaptı, yani narsisistik kişilik bozukluğu hastalarının yüzleştirmeye karşı verdikleri tipik dışsallaştırma tepkisini verdi. Daha sonra aktarımsal anlam taşıyan şekilde evliliğinin bir kafese benzer sınırlayıcılığına odaklandı. Bir kadını sadece hizmet tedarik eden bir kişiye indirgeme ihtiyacı terapide hükmedilme ve derinlemesine ilişki kurmak zorunda kalma korkularına bağlıydı. Kaçınma davranışı ve evliliğinden kaçması ile ilgili yüzleştirme yaptım ama seyahatlerini kullanarak terapide de aynı davranışları gösterdiğine dikkat çekmedim, böylelikle hastanın patolojik savunmacılığını kabul etmiş oldum.

Hastanın hükmedilme konusuna odaklanmasını uygun bir tepkiyle karşıladım; bir ilişkide sorumluluk alma korkusunu suistimal edilme ihtimaline bağlayan empatik bir yorum yaptım. Hasta kendi korkularını kabul etti ama evliliğini bitirme konusunda ısrar etti (yakın gelecekte terapiden de kaçacağının göstergesi). Onun korkularını doğru şekilde anlamama rağmen bunları terapiden kaçmasıyla, iş seyahatleriyle ve bu eyleme vurumların terapisine yapacağı yıkıcı etkilerle daha doğrudan bağlantılandırmalıydım. Seansın başında yaptığım aşırı yüzleştirmeyi telafi etmek için bu konuyla ilgili yüzleştirmekten kaçındım. "Kötü bir insan" olarak algılanmak istemiyordum. Bir kez daha kızgınlık (ki aşırı yüzleştirme şeklinde orta-

ya çıktı) ile hastayı sakinleştirmek ve kaçınma eyleme vurumu ve bu kaçınmanın terapisine yapacağı yıkıcı etkiler konusunda yapmam gereken yüzleştirmeden kaçmak arasında gidip geldim. Bu tarz hastalarla yapılan yüzleştirmelerin konusu sadece hastanın terapiyi olumsuz etkileyen eyleme vurum davranışlarıyla sınırlı kalmalıdır ve hastanın kendilik tasarımının uzaklaştırılmış ve değersizleştirilmiş yönlerini kabul etmeye zorlanması için kullanılmamalıdır, özellikle de terapi sırasında.

Onuncu Seans

Seansın başında hasta kendisiyle ilgili büyüklenmeci bir imaj göstermeye devam etti ve "iradeyle acıdan kurtulabilme" kabiliyetinden bahsetti. Karısının tek başına kalmaktan korktuğunu iddia etti. Karısının sorunlarını "deli doktorunun" kendisine yaptığı gibi analiz ederek onunla dalga geçtiğini anlattı. Karısını terk ederse ona acı çektirmekten korkuyordu ama bunun kendi ayrılma korkusundan kaynaklanan bir mazeret olup olmadığını da merak ediyordu. Bir arkadaşının karısını terk ettiğini, kadının da bunun üzerinde intihar ettiğini anlattı. Karısına zarar vermek istemiyordu. Karısı hakkındaki endişelerinin kendi ayrılma korkularından kaçmak için bir mazeret olarak kullanıldığı konusuyla onu yüzleştirdim. Hasta iyi olacağını, sorun yaşamayacağını söyledi. Bunların onu hiç de rahatsız etmeyeceğini söyledi ve yorumlarına güldü. Boşanırsa tek ihtiyacının iyi bir hizmetçi olacağını söyledi.

Hasta hiçbir zaman gerçek bir ilişki kuramayacağından korktuğunu söyledi. Yakınlık kurmaktan kaçınma nedeninin bu korkusu olduğunu söyledi. Korkuları azaldıkça yakınlık kurmakla ilgili sorunlarının da azalacağına onu temin ettim. Hasta karısının boşanmak istediğini, kendisininse sadece bir ayrılma denemesi yapmak istediğini söyledi. Kapıyı açık tutmak istiyordu. Bir kez karısını bıraktığında mazeretlerinin de biteceğini düşünüyordu. Sevgilisinin kendisine benzediğini söyledi. Ne ona bir şey verebiliyor, ne de ondan bir şey talep ediyordu. Belki de karısını bırakmaya cesaret edemeyeceğini söyledi. Nihayet iki hafta sürecek iş seyahatinden sonra geri geleceğini söyleyerek seansı bitirdi. Sonra iyileşse iyi olacağını

çünkü 120 yaşına kadar yaşamayı ve sonuna kadar cinsel olarak aktif kalmayı planladığını ekledi. Muhtemelen kıskanç bir koca tarafından öldürüleceğini de söyledi.

Hasta bir daha terapiye dönmedi ve yazılan bir mektuba da cevap vermedi.

Özet. Hasta, muhtemelen bir evvelki seansta yaptığım aşırı yüzleştirmelere tepki olarak büyüklenmeci savunmacılığını tekrar ele aldı. Özetle "acının ona bir tehdit oluşturmadığını" söyledi (yani yüzleştirmenin de bir tehdit olmadığını ifade etmeye çalıştı). Karısını korku dolu ve zayıf, kendisini de bütün bunlardan hiç etkilenmemiş şekilde anlatarak aynı çizgide devam etti. Ben bununla ilgili yüzleştirme yapınca değersizleştirme (yani terapiste gülme) ve korkularını tümgüçlü bir şekilde inkâr etme yoluyla cevap verdi. Yaptığım yüzleştirme doğru olsa da gereksizdi ve hasta tarafından bir eleştiri olarak algılandı. Yaptığım yüzleştirmenin kaynağı hastanın büyüklenmeciliğine olan kızgınlığımdı ve hastayı kendi bozulmuş kendiliğini incelemeye zorlamak amacıyla yapılmıştı. Bu noktada hasta sorunlarıyla asla başa çıkamayacağı ile ilgili korkularını dile getirdi. Alışılmadık şekilde hastaya güven verdim ve ona korkusu üzerinde çalışması gerektiğini ve korku ortadan kalkınca yakın ilişkiler kurabileceğini söyledim. Bu tavrım muhtemelen fazla yüzleştirme yapmaktan dolayı duyduğum suçluluk duygusundan kaynaklanıyordu. Hasta seansı 120 yaşına kadar yaşayacağı ve cinsel olarak aktif kalacağına dair büyüklenmeci bir beyanla bitirdi ve sevgilisiyle yüzeysel ve talepkar olmayan bir ilişkiye ihtiyacı olduğunu ekledi.

Bu söylem muhtemelen hastanın daha derin bir ilişkide hakim olunmak ve saldırıya uğramak korkularını ve bu korkulardan kaçmak için başka insanları narsisistik şekilde suistimal etme ihtiyacını (yani karısı sadece bir hizmetçi) yansıtan bir söylemdi. Bu söylem ayrıca terapiden kaçacağının bir göstergesi olarak da görülebilir: "Terapistle bir ilişkiye girmeyi tolere edemem. Narsisistik korumayı tercih ederim". Bir rakip tarafından ölümcül bir saldırıya uğrama ifadesi ise muhtemelen

aktarımdaki düşmanlık ve anksiyete seviyesinin onun için dayanılmaz olmaya başladığına işaret eden bir göstergeydi.

Sonuç

Bu hasta tüm ilişkileri bir hakimiyet ve teslimiyet olayı olarak görüyordu. Saldırıya uğrama korkularından narsisistik geri çekilme ile kaçınıyordu, bu tavrı da terapi sırasında gösterdiği mükemmel aynalanma talepleri ve davranışlarının yıkıcılığını görmekteki başarısızlığıyla gösteriyordu. Bu nedenle spor programı, trafik ve iş hayatı ile ilgili düşünce ve endişeleri ilişkilerin (yani terapinin) önüne geçiyordu. Hasta bir ilişkinin (terapötik anlaşmanın) gerekliliklerini (taleplerini) kabul ettiği takdirde koşulsuz şartsız onu tatmin eden aynasını kaybedeceğinden korkuyordu. Böyle bir şey olduğu takdirde ilkel korkular, yoğun öfke ve dehşet verici çaresizlik ve ümitsizlik duygularına karşı savunmasız kalacaktı ("kızgın yetersiz öksüz" olacaktı).

Bu hastayla çalışırken duygularım saldırıya uğramışlık, eleştirilmek ve değersizleştirilmek arasında gidip geldi. Terapist rolümde kendimi yetersiz hissettim ve kendimi ispat etme ihtiyacı duydum. Bunun sonucunda hastanın taleplerini karşılamaya çalışan sakinleştirici, hoş tutan rolden "hastayı yerine oturttuğum" kızgın "yüzleştirici" role kaydım.

Kızgınlığım genellikle hastanın büyüklenmeci kendiliğinin bir uzantısı gibi davranılmaktan ve özerk bir insan olarak varlığımın hükümsüz kaldığı duygusundan kaynaklanıyordu. Kafamda hastayı değersizleştirmem hastanın psikoterapiden fayda göremeyecek kadar yaşlı ve katı biri olduğu düşüncesi şeklinde ortaya çıktı. Zaman zaman hastanın trajik ve boş hayatıyla ilgili ümitsizliğinden zevk aldım. Zaman zaman da bu düşüncelerimden dolayı suçluluk hissederek ve hastanın boşluğunu tümgüçlü bir şekilde doldurmayı başaracağımı düşünerek hastayı sakinleştirmeye ve hoş tutmaya çalıştım. Hastanın yansıtmalarıyla özdeşleşerek onun bozulmuş kendiliğini başarılı bir şekilde bana yansıtmasına izin vermiş oldum. Ben "kendini ispat etmesi gereken", "yetersiz terapist" olmuştum ve becerile-

rimi ve terapötik niyetimi anlamadığı ve kabul etmediği için hastaya öfkeleniyordum.

Oysa bunun yerine daha tutarlı bir yaklaşım içinde olsaydım hastayla yıkıcı eyleme vurumlarıyla ilgili yüzleştirme yapıldığı, büyüklenmeci taleplerinin incelendiği ve bu taleplerin yerine getirilmemesi üzerine yaşadığı hayal kırıklıklarının yorumlandığı bir terapötik çerçeve oluşturmam gerekirdi. Bunu etkili bir şekilde yapabilmek için tümgüçlü olma fantezimi bir yana bırakmalı ve bir terapist "olmalıydım".

Eyleme vurum yapan narsisistik hastalar çok sayıda terapötik sorun arz edebilirler. Yüzleştirmeye karşı düşük tolerans eyleme vurumla birleşince ortaya bir terapötik ikilem çıkar. Yüzleştirme borderline hastalarla çalışılırken çok güçlü bir araç olmasına rağmen, narsisistik hastalarla çok az kullanılmalı ve hastanın yıkıcı davranışları ve bu davranışların tedavi üzerindeki olumsuz etkileri konuları ile sınırlı kalmalıdır. Buna ek olarak hastanın yüzleştirmeye verdiği tepkiler sürekli takip edilmeli ve sorgulanmalıdır. Aşırı yüzleştirme terapistin kızgınlığının bir ifadesi olabilir.

Narsisistik talepkarlık ve aklileştirme, terapisti hastanın bir uzantısı gibi davranılma durumunda bırakır ve kendi ayrı kimliğinin hükmü kalmaz. Bu durum terapist tarafından kendi ayrılık ve özerkliğine bir tehdit gibi algılanabilir. Terapist bu yansıtmalara uyum sağlar ve bu talepleri karşılamakla kızgınlık içinde geri çekilmek arasında gidip gelebilir. Terapistin sinirlenmesi ve tepkisel davranması hastanın büyüklenmeci kendiliğinin bir uzantısı gibi davranılmaya bir cevap olarak görülebilir.

Narsisistik hastalar birçok sebepten dolayı hor görme ve değersizleştirmeyi savunma aracı olarak kullanırlar. Terapist bunlara yaralanmışlık veya kendine verilen değerin azalması gibi duygularla cevap verebilir. Bu durum terapistin kızgınlıkla cevap vermesine veya geri çekilmesine ve net bir terapötik anlaşma oluşturmayı reddetmesine neden olabilir; veya terapist bunlara hastayı hoşnut ederek ve narsisistik bir ittifak kurarak da cevap verebilir. Bu durumda hem hasta hem de terapist bu

ittifakın oluşturduğu halin içinde hoşnut bir şekilde kalırlar ve bozulmuş kendilikle bağlantılı duygulardan kaçarlar. Terapötik anlaşma her zaman tehlikededir çünkü bu anlaşma hasta tarafından mükemmel aynalamayı ihlal eden ve yok eden bir şey gibi algılanır. Oysa terapötik anlaşma bir yandan hastanın tepkileri takip edilerek muhakkak muhafaza edilmelidir.

Bu nedenlerle terapist narsisistik taleplere uyum sağlamamaya, terapiye zarar veren eyleme vurumlar konusunda yüzleştirme yapmaya ve hastanın bu yüzleştirmelere verdiği tepkileri sürekli olarak takip etmeye dikkat etmelidir. Narsisistik talepler ve hastanın hayal kırıklığına karşı aşırı hassasiyeti tekrar tekrar sorgulanmalıdır. Uygun ve doğru bir empatik ve yorumlayıcı duruşu muhafaza edebilmenin tek yolu terapistin hastanın taleplerine uyum sağlamaktan kaçınmasıdır.

V. KISIM
YENİ PERSPEKTİFLER

Bu son kısımda terapistlerin Masterson Yaklaşımı'nı çalışmalarına entegre ederek bu klinik ve kuramsal bilgileri kendilik bozuklukları alanındaki çalışmalarında yeni araştırma ve uygulama yolları aramak ve bulmak için ne şekilde kullanabilecekleri gösterilmektedir.

22. Bölümde Dr. Klein ilaç tedavisi ile psikoterapinin entegre şekilde uygulanması konusunda bir gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı sunmaktadır. Bunu yaparak borderline kişilik bozukluğu hastaları ile çalışan klinisyenlerin kafalarında gittikçe daha karmaşık hale gelen bir soruyu da cevaplamaktadır. Dr. Nagel ise 23. Bölümde bu yaklaşımın tekniklerini bağımlılık davranışları ile ilgili sorunlara bağlamakta ve bu şekilde klinisyenlerin terapötik strateji birikimine katkıda bulunmaktadır.

24. Bölümde Dr. Orcutt Masterson Yaklaşımı'nı psikodinamik kuramcılar için hayati önem taşıyan bir konu olan Oedipus Efsanesi'ne uygulamaktadır. Dr. Orcutt pre-ödipal ve ödipal temaları birbirine bağlayarak heyecan verici ve orijinal bir klinik öykü yaratmıştır. Son olarak 25. Bölümde Dr. Clark ve Dr. Orcutt Masterson Yaklaşımı'nı karmaşık bir alan olan klinik denetleme konusuna uygulama görevini üstlenmektedirler. Bu bölümde klinik uygulamalarla klinik denetleme arasındaki farklar ve benzerlikler detaylı olarak anlatılmaktadır.

Bu bölümün Masterson Yaklaşımı'nın dinamik kuram, denetleme süreci, klinik uygulamalar gibi çok geniş kapsamlı bir yelpazeye uygulanabildiğini göstererek okuyuculara sadece burada sunulan konularda yeni içgörüler kazandırmakla kalmayıp, aynı zamanda onları Masterson Yaklaşımı'nı orijinal kuramlar ve yeni klinik uygulamalar bulmak için bir temel olarak kullanmaya teşvik edecek bir model oluşturmasını umuyoruz.

James F. Masterson, M.D.

22

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU'NUN FARMAKOTERAPİSİ

Ralph Klein, M.D.

İlk bakışta soru basit görünmektedir: Borderline kişilik bozukluğu (BKB) hastalarının tedavisinde farmakoterapinin rolü nedir? Bu soru hem tıbbi hem de psikoterapistler için aynı önemi taşımaktadır.

Aslında hem sorunun kendisi hem de cevapları son derece karmaşıktır. Bu karmaşıklık hem borderline kişilik bozukluğunun tanısı hem de çeşitli ilaçların kullanımı konusundaki araştırmalarla ilgili literatürün artmasıyla günden güne daha da derinleşmektedir.

Bu bölümde, borderline hastanın tedavisinde ilaç kullanılması niyeti ortaya çıktığında göz önüne alınması gereken bazı önemli sorunlarla ilgili bilgi vermeye çalışacağız. Bölümde dört ana konuya değinilecektir:

1. Doğru tanının önemi hakkında bir tartışma: Hem borderline olduğu düşünülen hastalarda ilaç kullanımının ne kadar etkili olduğuyla ilgili literatürün değerlendirilmesinde hem de belli bir hastada ilaç kullanıp kullanmama kararı verilirken doğru tanının önemi.
2. Borderline hastaların ilaç tedavisine tabi tutulması hakkındaki yazıların gözden geçirilmesi ve eleştirisi.

3. Borderline hastada ilaç kullanımı hakkında, kişilik bozukluklarının nesne ilişkileri ve gelişimsel modeli çerçevesi dahilinde hazırlanmış bir rehber.
4. Klinik rehber bilgilerin uygulanışını gösteren vaka örnekleri.

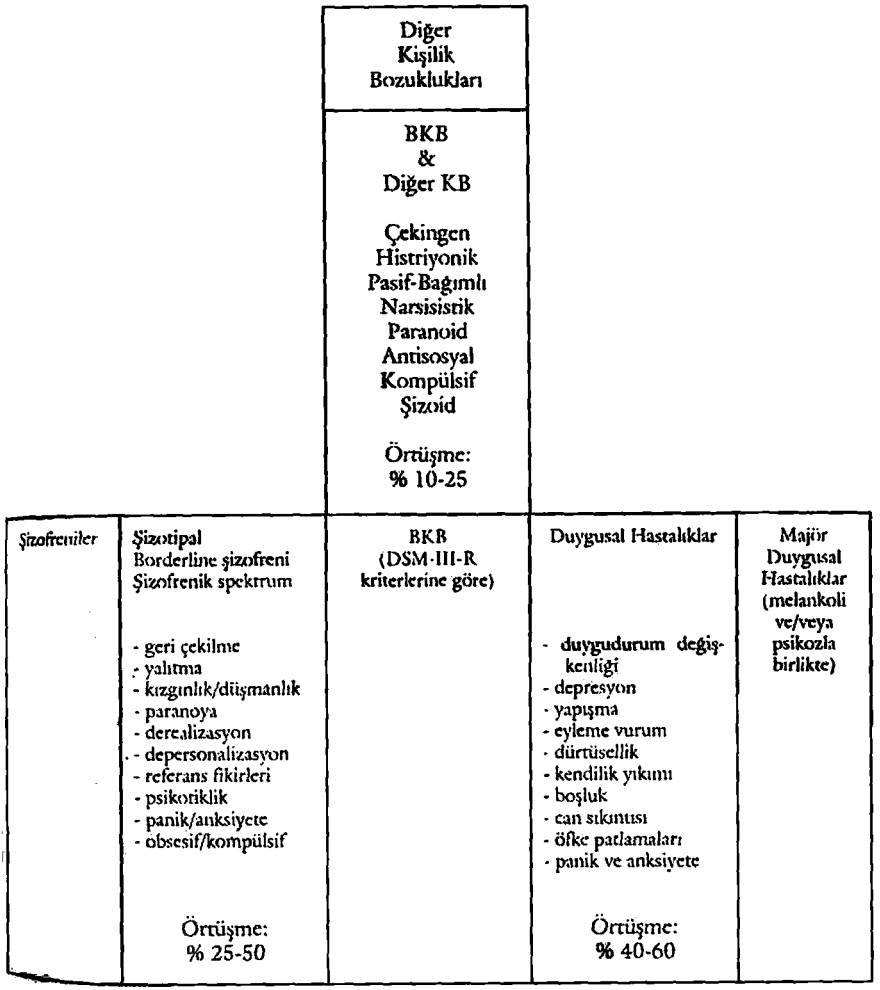
TANI SORUNU

İlaç tedavisinin borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde oynadığı rolü değerlendirmeden evvel borderline kişilik bozukluğunun tanısı için kullanılan tanımlamada bir fikir birliğine varılması gerekmektedir. DSM-III'te sunulan spesifik tanısal kriterlere rağmen borderline kişilik bozukluğunun tanımlanması problemi hala çözülmüş olmaktan çok uzaktır. İlaç kullanımı konusunda yaşanmakta olan karmaşanın, çelişkili araştırma bulgularının ve birbirinden farklı klinik tavsiyelerin büyük bölümü de bu sorundan kaynaklanmaktadır.

Borderline kişilik bozukluğunun ve ilaç kullanımının tanımlanmasında karşılaşılan temel sorunlardan biri esas olarak betimleyici veya fenomenolojik olan DSM-III'ün kuramsal desteğinde yatmaktadır (Spitzer, Williams & Scodol, 1980). İlk bakışta DSM-III ve DSM-III-R borderline kişilik bozukluğu kavramını kalıcı bir kişilik yapısı olarak sunar gibi görünmektedir. Bu intiba, borderline kişilik bozukluğunun ergenlik çağında başladığı, uzun vadeli işlevselliği etkilediği ve sosyal işlevsellikle çalışma işlevselliği sorunlarına hem neden olduğu hem de bunları yansıttığına dair açık beyanlarla iletilmektedir (DSM-III-R).

Ancak daha sonra DSM-III-R en istikrarsız ve değişken tanı işaretleri olan semptomlar üzerine odaklanmaktadır. Üstelik odak noktası ağırlıklı olarak yatan hasta ve ayakta tedavi gören hastaların bulunduğu hastane ve kliniklerdeki hastaların semptomlarıdır, dolayısıyla tanı kategorisindeki en düşük düzey işlevselliğe sahip hastalara odaklanılmaktadır.

Resim 1



DSM-III-R tarafından göz önüne alınmayan bir "Borderline patolojisi" yelpazesinin var olduğu açıktır. Masterson (bu kitap, 1. bölüm) eğer kendisine gelen hastalara DSM-III-R'nin kriterleri uygulansaydı bu hastaların ancak birkaçının borderline kişilik bozukluğu tanısına uygun çıkacaklarını söylemiştir. DSM-III-R'nin çeşitli klinik çalışmalara istatistikî güvenilirlik kazandırmak gibi bir avantajı olsa da, bu rehber aynı zamanda nispeten dar bir hasta grubundan elde

edilmiş olan bulguların daha geniş bir topluluğa uygulanmasının geçerliliği ve genelleştirilebilir olması ile ilgili soruların ortaya çıkmasına da neden olmaktadır. Terapi uygulamaları açısından bu konu özel bir önem arz etmektedir. Paralel bir örnek vermek gerekirse, bir şeker hastası arz ettiği durumun şiddetine göre insülinle, ağızdan alınan ilaçlarla veya sadece kilo vermek ve diyet yapmak gibi daha hafif müdahalelerle tedavi edilebilir.

Genelleştirilebilir olma sorununa ek olarak sadece semptomlar veya semptom gruplarına dayalı bir tanının yaratacağı ikinci bir sorun da Resim 1'de özetlenmektedir. Ne zaman ağırlıklı olarak tanımlayıcı ve nicel kriterler kullanılsa, klinisyen veya araştırmacı kaçınılmaz olarak azımsanmayacak bir örtüşme ile karşı karşıya gelecektir; bu da yanlış tanıya ve karmaşaya yol açabilir. Birbirinden oldukça farklı kategorilerin birçok ortak özelliği olabilir ("kadın" ve "erkek" hemen akla gelen örneklerden biridir) ve bu da terapi açısından önemli sonuçlar doğuracaktır. Örneğin ilaç tedavisine cevap verecek olan bir hastalıktan muzdarip bir hastaya yanlışlıkla borderline kişilik bozukluğu tanısı konulabilir ve dolayısıyla hastaya doğru tedavi uygulanamaz; ya da tam aksine bir borderline kişilik bozukluğu hastasına ilaç tedavisine uygun bir hastalık tanısı konulabilir, ilaç kullanımı hastanın ve terapötik ilişkinin gereksiz bir risk altında kalması ve potansiyel olarak zarar görmesine neden olabilir.

Resim 1, klinik örtüşmelerin en sık rastlandığı alanları göstermektedir. Bazı araştırmacılar borderline sendromu ile duygusal sendromların tanısı arasında % 40'la % 60 arasında değişen oranda örtüşmeler olduğunu söylemektedirler (Gunderson & Elliott, 1985). Başka araştırmacılarsa hem borderline kişilik bozukluğu hem de Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞKB) tanısına uyan hastaların sayısının ne kadar yüksek olduğuna odaklanmaktadırlar. Bu örtüşmenin oranı yapılan çalışmaların büyük bölümünde % 25'le % 50 arasındadır (Frances ve diğ.; 1984; Spitzer ve diğ.; 1979). Bazı klinisyenler borderline kişilik bozukluğunun psikotik yönlerine odaklanmakta, "Şizofrenik

spektrum"la gözle görülür ortak noktalar bulmakta ve borderline kişilik bozukluğu hastasını "Borderline Şizofren" olarak görmektedirler (Kohut, 1971). Son olarak, Eksen II'deki diğer tanı kategorileri ile de gözle görülür örtüşmeler vardır; borderline kişilik bozukluğu ile diğer kişilik bozuklukları (Şizotipal kişilik bozukluğu haricindekiler) arasındaki çifte tanı oranı % 10'la % 25 arasındadır (Kass ve diğ., 1985).

Klinisyen bu sayılardan ne anlam çıkarabilir? Buradaki sorunumuz yanlış tanı mıdır, yoksa borderline kişilik bozukluğu kavramı net olmayan ve şüpheli kuramlara dayalı gereksiz ve faydasız bir kurgu mudur? Borderline kişilik bozukluğu, bir keresinde saygın bir psikiyatrın iddia ettiği gibi, daha çok psikanalitik kurumların ve opera salonlarının bulunduğu büyük şehirlerde ortaya çıkan bir tanı mıdır? (Vaillant, 1984) En önemlisi, diğer tanı kategorilerinden birine dahil edilebilecek ve edilmesi gereken ve dahil edildiği kategori ile aynı şekilde tedavi edilmesi gereken bir tanı mıdır?

Fikrimce BKB diğer tanı kategorilerinden ayırabileceğimiz ve de ayırmamız gereken ayrı bir klinik durumdur. Birçok klinisyen tarafından sözü edilen ve Resim 1'de gösterilen örtüşmeler ve rakamlar geçersizdir ve yanlış tanıyı temsil etmektedirler. Aşağıda bu örtüşme alanları, karmaşa ve yanlış tanı ile ilgili bilgiler verilmektedir.

BKB ve Duygusal Sendromlar Arasındaki Örtüşmeler

"Duygusal bozukluk" veya "duygudurum bozukluğu" gibi geniş tanı kategorilerinin veya terimlerin kullanılması hatalı ve kafa karıştırıcıdır. Tanı, araştırma ve tedavi ile ilgili nedenlerden dolayı, daha hafif distimiler, atipik ve histeroid depresyonlar ve melankolik (bitkisel) ve psikotik özellikler taşıyan veya taşımayan daha ciddi majör depresif rahatsızlıklar arasında her zaman bir ayırım yapılmalıdır. Birçok çalışmada bu ayırt etme olayı mevcut değildir ya da her tipten "depresyon" tek bir kümede toplanmıştır, bu da çok yüksek örtüşme rakamlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Stone ve diğ., 1981; Carroll ve diğ., 1981; Akiskal, 1981; Pope ve diğ., 1983).

Bu çalışmaların iki tanesinde majör depresif bozukluğun BKB ile örtüştüğü özellikle belirtilmişti. Ancak benim deneyimlerime göre DSM-III-R'de verilen majör depresif hastalık kriterleri fazla geniştir ve diğer duygudurum bozukluklarının kriterleriyle klinik olarak karışma ve bulanıklaşma eğilimi göstermektedir. Barash ve meslektaşları tarafından 1985 yılında yapılmış olan bir çalışmada da benzer sonuçlara varılmıştır. Bu çalışmada borderline hastaların % 40'ının, üç yıllık bir takip süreci içinde bir majör depresyon epizodu yaşadıkları görüldü. Ancak çalışmaya dahil edilen ve farklı kişilik bozukluklarına sahip hastaların da % 40'ı majör bir depresyon epizodu yaşamıştı. Çalışmanın yazarları ya BKB'nin duygusal hastalıklarla herhangi bir spesifik bağlantısı olmadığı, ya tüm kişilik bozukluğu hastalarının duygusal hastalıklara eğilimli oldu ya da DMS-III-R'nin majör depresyon kriterlerinin fazla geniş olduğu sonuçlarına vardılar. Bu üçüncü alternatif en mantıklı ve farklı çalışmaların bulgularının çeşitliliğiyle en tutarlı alternatif gibi görünmektedir. Duygusal bozukluğun tanımını ya çift kutuplu/bipolar ya da melankolik tek kutuplu/unipolar hastalık olarak kısıtlayan çalışmalarda BKB ve duygulanımsal hastalıklar arasındaki örtüşme oranı % 3 ile % 13 arasında çıkmaktadır (Frances ve diğ., 1984; Pope ve diğ., 1983; Charney ve diğ., 1981; Gaviria ve diğ., 1982). Bu rakamlar insanların geneli için bulunan tahmin rakamlarından sadece hafifçe daha yüksektir (Weissman ve diğ., 1981). Eğer gelişimsel bir model kullanılıyorsa bu sonuçlar mantıklı gelir çünkü bir borderline hastanın bir fizyolojik depresyonda (hastalık) incinebilir olma oranı istatistikî olarak diğer tüm insanlarınki kadar olmalıdır.

BKB ile ŞKB Arasındaki Örtüşmeler

BKB ile ŞKB arasındaki ilişki veya örtüşme, çok ilgi çekici ve de önemlidir. Spitzer ve meslektaşları (1979) yetmişli yılların sonunda Şizofreniyle (Ş) fenomenolojik ve biyolojik bağlantıları olan ama tam psikotik belirtiler göstermeyen, yani Şizotipal kişiliğe sahip olan bir grup hastayı borderline spektrumdan ayırıp, istikrarlı, ilkel ama psikotik olmayan bir ego yapısına sahip olan hastaları, yani borderline kişiliği ayrı bir

grupta tutarak bu konuda öncü olmuşlardır. Daha yakın zamanlarda yapılan genetik, biyolojik çalışmalar ve takip çalışmaları bu ayırımın mantığını desteklemişlerdir (Kendler ve diğ., 1981; Stone, 1983; Baron ve diğ., 1983; Kendler ve diğ., 1984; Torgessen, 1984; Siever ve diğ., 1983, 1984; McGlashan, 1986).

Bu iki olgunun ayırt edilmesi veya tam aksine birleşik bir kavramın muhafaza edilmesinin önemi tarihi veya akademik ilginin çok ötesindedir. Bu önem özellikle ilaç deneyleri için hasta seçerken ve sonra çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken ortaya çıkmaktadır çünkü birçok sonuç ölçümünde (istatistiki ölçüm) ŞKB'nin Eksen I Şizofreni tanısı ile Eksen II BKB tanısı arasındaki sınırda kaldığı görülmektedir. Dolayısıyla ŞKB ve BKB'nin ayırım yapılmadan dahil edildiği çalışmalarda sonuçlar daha zayıf, ilaç tedavisi cevapları ise daha yüksek çıkmakta, oysa ŞKB'yi hariç tutan çalışmalarda sonuçlar daha iyi ve ilaca verilen cevap da daha düşük çıkmaktadır.

Benim çıkardığım sonuç, tipik olarak DSM-III-R'nin ŞKB kriterlerine uyan hastaların iki alt kategoriye ayrılmasının gerekli ve klinik olarak faydalı olduğudur. Gruplardan biri (BKB/şkb olarak gösterilen) psikotiklik, düşmanlık ve paranoid düşünce, fobik anksiyete, referans fikirleri ve obsesif-kompülsif semptomlar gibi belirgin Şizotipal semptomlar arz eder; bu semptomlar başka tipik BKB semptomlarının mevcudiyetinin yanında bir küme olarak nispeten daha ayrıdırlar. İkinci grupsa (Ş/şkb olarak gösterilen) en belirgin Şizotipal özellikler olarak en çok yalıtma, duygudurum azlığı ve kişilerarası uzak ilişkiler arz eder ve Şizofrenik spektrumla daha fazla bağlantısı olabilir. Bu ayırımın farmakolojik ve psikoterapötik sonuçları üzerinde ise daha sonra durulacaktır.

BKB ve "Borderline Şizofreni" Arasındaki Örtüşmeler

Borderline tanısının gelişim geçmişi psikoz "sınırında" olan, ama onları Şizofreni çeşitlerinden ayıran istikrarlı bir karakter yapısı arz eden bir grup rahatsızlığı diğerlerinden ayırt etme çabaları ile başlar. Bu görüşte olan birçok klinisyen

psikotik veya psikotik-benzeri deneyimleri BKB'nin merkezi bir özelliği olarak kavramlaştırmışlardır. Gunderson ve meslektaşları tarafından geliştirilen (1981) borderline Hastalarla Tanı Görüşmesi'nin beş içerik alanından biri psikozdu. DSM-III-R'de kısa psikotik epizotlardan söz edilmekte ve bunlar bağlantılı özellikler olarak tanımlanmaktadır. Psikotik semptomlar arz eden hastaların dahil edilmesi veya hariç tutulması, yine ilaç çalışmalarının sonuçlarının anlaşılması ve değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Yaşadığım klinik deneyimlerde borderline kişilik bozukluğu hastalarının yaşadığı psikotik epizotlar neredeyse her zaman alkol veya uyuşturucu kullanımı ile bağlantılandırılmış veya psikotik bir majör depresif rahatsızlığın parçası olarak ortaya çıkmıştır. Birçok klinisyen kısa psikotik epizotların sadece ayrılma stresinden bile kaynaklanabileceğini söylemişlerse de, ben buna nadiren şahit oldum. Pope ve meslektaşları tarafından yapılan bir çalışma (1985) bu konuyu aydınlatmaktadır. Araştırmacılar borderline kişilik bozukluğunda hastalarının arz ettiği psikotik semptomların niteliği üzerine sistematik bir çalışma yaptılar. DSM-III-R'nin borderline kişilik bozukluğu kriterlerine uygun olan 33 hasta hem "kısıtlı" (DSM-III-R) hem de "geniş" (Borderline Hastalarla Tanı Görüşmesi) psikoz tanımları kullanılarak gözden geçirildi. Hastalardan sadece 8'i DSM-III-R'nin "kısıtlı" tanımına uygun psikotik semptomlar arz ediyordu. Bu 8 vakanın hepsinde semptomlar, hastada borderline kişilik bozukluğu ile aynı anda mevcut olan ağır uyuşturucu kullanımı veya bir majör duygulanımsal hastalığa bağlantılandırılabiliyordu. Hastaların geri kalanı ise sadece "geniş tanımlı" psikotik semptomlar veya istemli şekilde kontrol edilebilir görünen semptomlar arz ediyorlardı. Çalışmayı yapan araştırmacılar psikotik semptomların tek başına borderline kişilik bozukluğunun bir özelliği olarak kabul edilmesinin uygun olmayacağı sonucuna vardılar. Diğer yandan DSM-III-R tarafından "yapay" psikotik semptomlar olarak tanımlanan semptomlar borderline kişilik bozukluğunun bir özelliği gibi görünmektedir.

BKB ve Diğer Kişilik Bozuklukları Arasındaki Örtüşmeler

BKB ile diğer kişilik bozuklukları arasındaki örtüşmeler BKB'nin hangi kişilik bozukluğu ile karşılaştırıldığına bağlı olarak değişir. Bu, DSM-III-R'deki tüm Eksen II tanıları için geçerli genel bir sorundur çünkü bir kişilik bozukluğu tanısı konulmuş olan ayakta hastalardan üçte ikisi aynı anda iki veya daha fazla tanının kriterlerine uymaktadırlar (Kass ve diğ., 1985). İlaç tedavisi konusunda karar vermek açısından bu problem acil bir problem değildir; ancak ilaç tedavisi deneyleri kaçınılmaz olarak kaçınmacı, histriyonik, paranoid, kompülsif ve antisosyal kişiliklerle bağlantılı semptomlar için yapılacaktır.

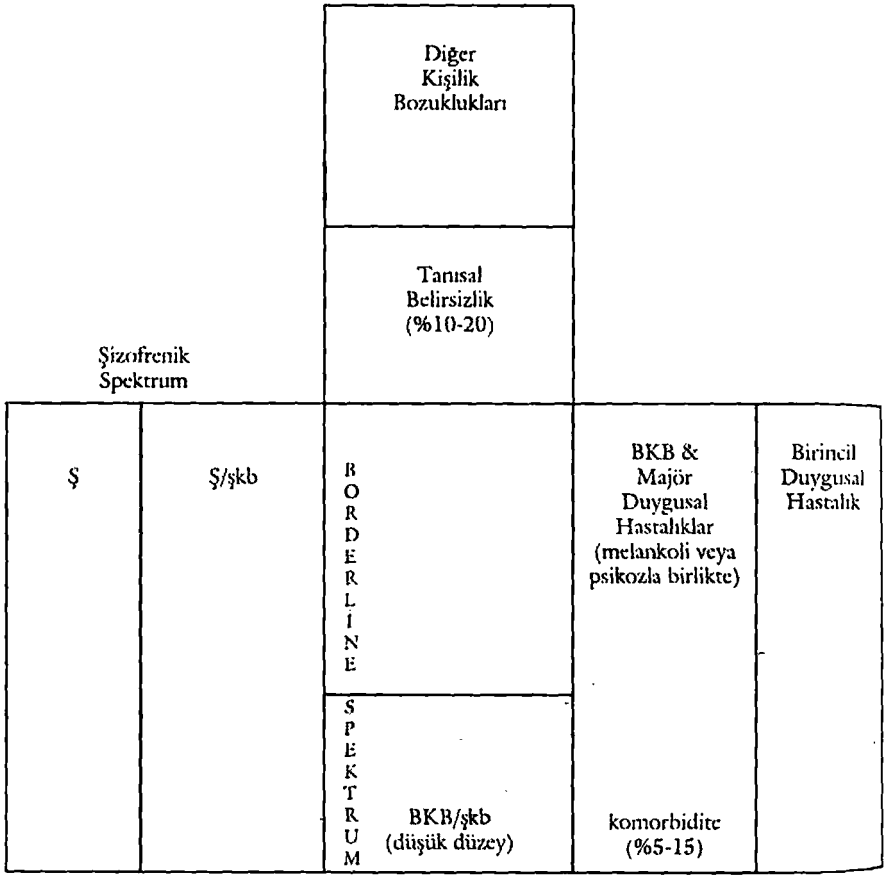
Şimdi orijinal şemayı tekrar çizebilir ve uygulamaya daha uygun ve daha hatasız bir modelle değiştirebiliriz (Resim 2). Bu şema özenli ayırıcı tanı sanatının şu andaki halini yansıtmaktadır; bu şemayı kullanarak sunulacak olan klinik çalışmaların ve tavsiyelerin değerlendirilmesi daha kolay bir şekilde yapılabilir.

Bu şemada BKB tanısı, DSM-III-R tarafından gösterilen kriterlere ilave kriterler kullanıldığı zaman konulmaktadır. İlave kriterler egonun güçlü yanlarının, savunmaların, gelişimsel düzeyin, intrapsişik yapının, aktarım eyleme vurumunun ve aktarımın niteliğinin ve hastanın terapötik müdahalelere verdiği cevapların sistematik değerlendirmesine dayalıdırlar. Çok boyutlu yapısal tanı süreci Masterson tarafından başka kitaplarda tarif edilmektedir (1976).

Burada tarif edilen "Borderline spektrumu", bir borderline hastalığın çerçevesi içinde Şizotipal semptomlar olarak görülebilecek semptomlar veya semptom grupları (psikotiklik, referans fikirleri, paranoid düşünce vb.) gösteren hastaları (BKB/şkb) içermektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ile hastalıkların duygusal spektrumu arasındaki arayüz % 5 ile % 15 arasında bir örtüşme veya komorbidite ile temsil edilmektedir. Bu, borderline kişilik bozukluğu ve melankoli veya psikotik özellikler taşıyan majör bir depresif hastalık tanısı konmuş hastaları temsil etmektedir.

Resim 2



Borderline kişilik bozukluğu ile Şizofrenik spektrum arasındaki arayüz ise herhangi bir örtüşme veya komorbidite göstermemektedir. Borderline özellikler taşıyan şiddetli kişilik bozukluklarından muzdarip, belirgin duygusal eksiklik, yalıtma ve kişilerarası ilişkilerde uzaklık gösteren ama Şizofreni kriterlerine tam uymayan bireyler Şizofrenik spektrumun bir kısmını temsil etmekte ve Ş/şkb olarak tanımlanmaktadırlar.

Son olarak, borderline kişilik bozukluğu ile diğer kişilik bozuklukları arasındaki arayüz genellikle dikkatli bir değerlendirme veya psikoterapi denemesiyle çözülen bir tanısal belir-

sizlik alanından müteşekkildir. Benim deneyimlerime göre bu tanısal belirsizlik alanının oranı % 10 ile % 20 arasındadır.

Dolayısıyla, borderline kişilik bozukluğunun diğer Eksen I veya Eksen II tanılarıyla arasındaki arayüzün önemli bir örtüşme veya komorbidite gösterdiği tek alan bağlantılı melankolik veya psikotik özellikler taşıyan majör depresif hastalıklar alanıdır. Bunun dışında, ister psikoterapi ister farmakoterapi olsun, doğru tedavi kararlarını almak için özenli tanısal uygulamalar ve ayırıcı tanı uygulamalarına bağlı kalmak gerekmektedir.

Literatürün Gözden Geçirilmesi ve Eleştirisi

DSM-III-R'nin kategorik sınıflandırma sisteminin kullanılmasından doğan karmaşa ve çelişki klinik uygulamalarda ilaç değerlendirmesini ve araştırma sonuçlarının değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak, kontrollü araştırmalar daha yeni başladı ve tedavi kararlarının dayandırılacağı veri miktarı henüz çok az. Mevcut veriler üzerinde yaptığım çalışma aşağıdaki ilaç kategorilerini içermektedir:

1. Antidepresanlar
2. Nöroleptikler (antipsikotikler)
3. Kaygı Dindiriciler (anksiyolitikler)
4. Antikonvülsanlar

Antidepresanlar

Antidepresanlar borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde, borderline kişilik bozukluğunun iki farklı kavramına tekabül eden iki tedavi amacı için kullanılmıştır.

Bu amaçlardan biri borderline kişilik bozukluğunun esas (çekirdek) özellikleri olarak görülen duygusal semptomları ve istikrarsızlığı (depresyon, boşluk, can sıkıntısı ve dürtüselliği içeren) tedavi etmekti. Bu görüşe göre borderline kişilik bozukluğu duygusal bozukluğun hafifçe farklı bir başka şekli olarak kabul edilmektedir ve duygusal bozukluk tedavi edilerek borderline kişilik bozukluğu da tedavi edilmiş olmaktadır.

İkinci amaçta duygusal semptomların borderline kişilik bozukluğu ile eşzamanlı olan bir duygusal bozukluğun özellikleri olarak tedavi edilmesine odaklanmıştı. Bu görüşe göre borderline kişilik bozukluğu ve duygusal bozukluk birbirinden bağımsızdır ve aynı anda var olabilir veya olmayabilirler.

Bölümün başında ileri sürülen görüşle tutarlı olarak, birçok kontrollü araştırmanın sonuçları borderline kişilik bozukluğu ile *eşzamanlı mevcut olan bir duygusal bozukluğu olan* hastaların sadece BKB olan hastalara göre ilaç tedavisine daha fazla cevap verdiklerini göstermektedir (Pope ve diğ., 1983; Charney ve diğ., 1981; Cole ve diğ., 1984). Bu sonuç şaşırtıcı değildir. Hatta Pope ve meslektaşları (1983) sadece borderline kişilik bozukluğu olan hastalarının hiçbirinin ilaç tedavisine net bir cevap vermediğini göstermişlerdir. Gunderson ve Elliott (1985), borderline kişilik bozukluğu ve duygusal bozukluklar üzerine yaptıkları geniş bir araştırmada antidepresanların ancak borderline bozuklukla *eşzamanlı* mevcut olan bir duygusal bozukluk varsa faydalı olduğu sonucuna varmışlardır; ayrıca antidepresanlar faydalı oldukları zaman bile ve majör duygusal bozukluk kriterlerine uygun olan hastalarda bile tepki oranının beklenenden düşük olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar benim klinik deneyimlerimle ve Barash ve meslektaşlarının (1985) önerdiği varsayımla tutarlıdır: DSM-III-R'nin majör depresyon kriterleri fazla geniştir. Melankoli, psikotik özellikler veya her ikisinin de mevcut olduğu majör duygusal bozuklukları olan hastaların ilaç tedavisine verdiği cevapsa beklenen orandadır.

Bunlara ilave olarak, kısa zaman önce yapılan çalışmalardan iki ilginç sonuç çıkmıştır. Birincisi, birçok araştırmacı (Pope ve diğ., 1983; Cole ve diğ., 1984; Soloff, 1981; Soloff ve diğ., 1986) BKB tanısı konulmuş olan hastaların depresyona karşı ilaç tedavisine verdikleri tepkinin (*DSM-III-R'nin majör duygusal bozukluk kriterlerine uyan hastalar dahil*) düzensiz (heterojen) olduğu sonucuna varmıştır: Bazı hastaların depresyonu antidepresanlara, bazılarının ki ise antipsikotik ilaçlara cevap vermektedir. Bu sonuçlardan bir anlam çıkarmaya çalışan

Soloff ve meslektaşları (1986) tepki oranının temel bir tıbbi etkiden çok semptomların şiddetinin azaltılmasına atfedilebileceği yorumunu yapmaktadırlar. Bu araştırma sonuçlarının, hastaları majör duygusal bozuklukla bağlantılı melankolik veya psikotik özellikler gösterip göstermediklerine göre ayırmadıklarını da eklemeliyim. Bence bu tarz bir ayrım terapötik özgüllüğü (spesifikliği) pekiştirir.

Elde edilen ikinci ilginç ve klinik olarak önemli sonuç da antidepresanların (özellikle de trisiklik olanların) bazı hastalarda davranışsal kontrolsüzlüğü kolaylaştırdığıdır (Soloff ve diğ., 1986). Dolayısıyla bir ilaç deneyine verilen cevabın bir ayırıcı tanı aracı olarak kullanılması uygulaması rutin olarak yapılmamalı ve ciddiye alınmalıdır. Antidepresanların daha bilinen yan etkilerinin yanı sıra, ciddi davranışsal kontrolsüzlük potansiyeli de göz önüne alınmalıdır.

Nöroleptikler

Nöroleptikler yıllar boyunca geniş ve sık sık da nevi şahsına münhasır şekilde tanımlanmış borderline kişilik bozukluklarında çeşitli dozlarda kullanılmıştır. Yakın zamanlarda yürütülen sadece birkaç araştırmada, çift kör dizaynlar ve standartlaştırılmış sonuç ölçümleri kullanılarak kritere dayalı şekilde tanımlanan borderline hastalar üzerinde durulmuştur (Soloff ve diğ., 1986; Leone, 1982; Serban & Siegel, 1984; Goldberg ve diğ., 1986). Leone, Serban ve Siegel plasebo kontrollü olmayan çalışmalarda düşük nöroleptik dozlar kullanan geniş tanımlı borderline hastaların dikkate değer düzelme gösterdiğini bildirmişlerdir.

Goldberg ve meslektaşları, DSM-III-R'ye göre BKB, ŞKB veya her ikisinin tanısı konulmuş olan ayakta tedavi gören hastalar üzerinde yapılan plasebo kontrollü çift kör nöroleptik ilaç araştırmasını rapor etmişlerdir. Bu çalışmada nöroleptik ilaçlar lehine çıkan ilaç-plasebo farkları psikotiklik, yanılsamalar, referans fikirleri, fobik anksiyete ve obsesif-kompülsivite alanlarındadır. Çalışmada kullanılan hasta örneklemesi Şizotipal özellikler açısından açıkça önyargılıydı; hasta grubu sadece saf

ŞKB hastalarını dahil etmekle kalmıyordu, ayrıca dahil etme kriterleri arasında 'en az bir psikotik özelliğin mevcut olması' vardı. Çalışma sırasında ortaya çıkan oldukça kuvvetli plasebo etkisi ise klinik açıdan önem taşımaktadır:

> Dikkat çekmeye değer bir başka nokta da hasta plasebo alırken nispeten kalıcı kişilik özellikleri gibi görünen sorunlara karşı verilen tepkidir. Çalışmaya dahil olan bazı hastalar öylesine yüksek bir pozitif değişim düzeyi gösterdiler ki, çoğumuz onlara aktif ilaçlar verildiğini düşündük, ancak daha sonra bu hastaların plasebo alıyor olduklarını gördük... İlacı alırken meydana gelen değişimin ilaç nedeniyle meydana gelen değişimle aynı olmadığını, çünkü ilk değişimin plasebo etkisini de içerdiğini göz önünde bulundurmak gerekir. Klinisyen, hastanın ilaç alırken verdiği cevapların plaseboya bağlı kısmını çıkaramayacağı (ayıramayacağı) için hastanın ilacı alırken verdiği cevabı ilaç nedeniyle verilmiş bir cevap olarak yanlış şekilde yorumlayabilir. (s. 686)

Klinik araştırmalarda karşılaşılan bu denli güçlü bir plasebo etkisinin kanıtları, anekdotsal ve plasebo kontrollü olmayan raporları değerlendirme işiyle karşı karşıya kalan tüm klinisyenler için bir uyarı teşkil etmelidir.

Son olarak, Soloff ve meslektaşları (1986) bir antidepresan (amitriptilin) ve bir nöroleptik (haloperidol) üzerine kontrollü rastlantısal bir çalışma yaptılar; çalışmada DSM-III-R kriterlerine göre borderline kişilik bozukluğu olan ve borderline Hastalarla Tanı Görüşmesi'nde 7 veya daha fazla puan almış olan hastalar kullanıldı. Haloperidol, anksiyete, düşmanlık, paranoid düşünce ve psikotikliğe karşı hem amitriptilinden, hem de plasebodan üstündü. Buna ek olarak hastalar farmakoterapinin gerekli görüleceği kadar şiddetli semptomlar göstermelerine rağmen, taranan hastaların % 20'sinde terapiye başvurduktan bir hafta sonra semptomatik resim artık farmakoterapiye gerek görülmeyecek kadar çözülmüştü. Bu bulguları özetleyen Soloff ve meslektaşları aşağıdaki açıklamaları yapmışlardır:

> Düşük dozda nöroleptik terapinin, akut hastalıkların kısa süreli tedavisindeki etkililiğini gösterdik. Kısa süreli çalışmaların, borderline kişilik bozukluğu hastalarının epizodik dekompansasyona (savunma işlevlerinin kaybedilmesi) karşı kronik incinebilirliklerini değil, sadece tepkisel durum bozukluklarını ele aldığı da tartışma konusu olabilir. Şu anda borderline bozukluklarda, nöroleptik ilaçların koruyucu kullanımının etkili olduğunun kanıtları veya bu konuda rehber olabilecek deneysel sonuçlar mevcut değildir (s. 697)

Gunderson (1986), Soloff ve Goldberg gruplarının çalışmaları üzerinde yorum yaparken, benim de düşüncelerimi yansıtan aşağıdaki sonuca varmıştır:

> Benim görüşüme göre... bu çalışmalardan çıkan sonuç, nöroleptik ilaçların BKB ve ŞKB hastalarında sık görülen bazı semptomların tedavi edilmesinde oynadığı sınırlı ama gerçek rolün, kişilik bozukluğunun kendisinin tedavi edilmesiyle karıştırılmaması gerektiğidir. (s. 699)

Kaygı Dindiriciler (Anksiyolitikler)

Benzodiazepin ve diğer sözde hafif trankilizanların genel nüfus ve borderline kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından yanlış ve aşırı kullanılması potansiyeli muazzamdır. Bunların etkileri genellikle öznel olarak zevk vericidir ve bırakılması çok zordur. Faaliyet profili bu ilaçların belirli BKB özelliklerinin, özellikle de karma anksiyete, depresyon ve öfke ile birlikte arz eden hoşnutsuzluk epizotlarının tedavisinde kullanılmasına neden olmuştur ama alprazolam (Xanax) dahil olmak üzere benzodiazepinlerin çeşitli hastalarda düşmanca patlamalar, agresif davranışlar ve intihar düşüncesi ve girişimi gibi kontrol dışı davranış hadiselerini artırdığına dair sürekli raporlar gelmektedir (Ryan ve diğ., 1968; Gardos ve diğ., 1968; Gaind & Jacoby, 1978; Gardner ve Cowdry, 1985). Bildiğim kadarıyla buspiron (BuSpar) ile BKB üzerine yapılmış kontrollü rastlantısal çalışma yoktur.

Alprazolamın fobik ve panik bozukluklarda ki faydası (BKB hastaları dahil) kuvvetli şekilde gösterilmiştir (Sheehan

ve diğ., 1984; Chouinard ve diğ., 1982). Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda eş zamanlı olarak mevcut olan panik ve fobik bozuklukları değerlendiren klinisyenler, borderline kişilik bozukluğu ile duygusal bozukluklar arasındaki karmaşa ve örtüşmenin yerini alacak yeni bir "gri alan" yaratmamak için özenli bir şekilde tanımlanmış kriterlere sıkı sıkıya bağlı kalmalıdırlar.

Antikonvülsanlar

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda kontrolsüz davranışlarla ilgili bir mekanizma varsayımı da, limbik sistem yapılarının aşırı epileptoid faaliyetidir. Bu varsayım, kompleks kısmi nöbetler geçiren hastaların arz ettiği semptomlarla borderline kişilik bozukluğu hastalarının semptomları arasındaki benzerlikten dolayı (Cowdry ve diğ., 1980) ve borderline kişilik bozukluğu hastası ergenlerde gittikçe daha sık görülen kafa travması, ansefalit ve nöbet hastalıkları olaylarından dolayı (Andrulonis ve diğ., 1981) önerilmiştir.

Literatürde bildirilen bir çift kör, çapraz çalışmada (Gardner & Cowdry, 1986b) karbamazepin (Tegretol) 11 borderline kişilik bozukluğu hastası kadının kontrol dışı davranışlarını plaseboya göre önemli ölçüde azalttı. Çalışmayı yapanlar bulgularının başlangıç niteliğinde olduğunu ve daha büyük çaplı plasebo-kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurguladılar. Aynı kişiler daha sonra deneklerin % 18'inin karbamazepin kaynaklı melankoliden de muzdarip olduklarını bildirdiler (Gardner & Cowdry, 1986a). Bu alanda yapılan araştırmaların henüz çok yeni olduğu ve şu anda bu çalışmalara dayanarak herhangi bir klinik sonuç çıkarılamayacağı açıktır.

Bir sonraki bölümde klinik uygulamalara şu anki bilgi ve araştırma durumu dahilinde rehber olabilecek bazı sonuçlara varılmaktadır.

KLİNİK UYGULAMALAR İÇİN REHBER BİLGİLER

Yukarıda sözü edilen çalışmalarda elde edilen sonuçlar ve kendi klinik deneyimlerime dayanarak aşağıdaki klinik rehber bilgileri önermekteyim:

1. Tanısal kesinliğe özen ve dikkat gösterilmelidir.
2. Mümkün olduğu zaman ilaç kullanımı sadece öznel raporlara (semptomlar) değil, objektif kriterlere (işaretler) dayalı olmalıdır.
3. Hem ilaç vermenin, hem de vermemenin terapötik ilişkiyi riske sokabileceğine dair farkındalık olmalıdır.

Bu üç rehber bilgiyi gerçek vakalara uygulamadan önce her birini gözden geçirmek istiyorum.

Tanısal Kesinlik

Doğru tedavi için doğru tanı gereklidir. Bu yazının ilk bölümünde üzerinde durduğum gibi, borderline tanısının doğru şekilde konulması için kaldırılması gereken birçok engel mevcuttur. Kapsamlı ve dikkatli bir tanı sürecinde DSM-III-R tarafından formüle edilmiş olan semptomların da göz önüne alınması gerekliliğine rağmen, bu bilgi ancak ayırıcı tanı sorgulamasını şu veya bu yöne yönlendiren bir işaret noktası teşkil etmektedir.

Borderline kişilik bozukluğunun tanısı, çok düzeyli ve çok boyutlu olmalıdır. Borderline kişilik bozukluğunun kanıtları hastanın tüm hayat geçmişinde fark edilebilir olmalıdır. Ayrılma stresi geçmişi özellikle önem taşımaktadır. Hastanın hayatı boyunca gösterdiği ayrılma ve bağlanma, bireyleşme ve kendilik organizasyonu kapasitelerinin dikkatle gözden geçirilmesi, hastanın gelişimsel duraklamasının ve genel ego savunmaları ve kusurlarının değerlendirilmesine yardımcı olur. Ayrıca, geçmişle ilgili verilerine dayanarak yapılan varsayımların tasdik edilmesi için yapısal bir görüşmenin hayati önemi vardır. Yapısal görüşme hastanın gerçeklik testi kapasitesinin, kendilik ve nesne temsillerinin niteliğinin ve kendiliğini kabul etme ve aktive etme kapasitelerinin değerlendirilmesini sağlar.

Yapısal görüşme sırasında ayırıcı tanı koyabilmek için dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta hastanın yüzleştirmeye karşı tepkisidir. Örneğin borderline hasta bir anlık bir şaşkınlıktan sonra büyük ihtimalle yüzleştirmeyi entegre edecek ve yüzleştirme dahilinde işlev görecektir; Şizofrenik bir hasta ise düzensizleşecek ve anksiyeteye boğularak gerçeklik testinde zorlanacak veya bunu tamamen kaybedecek noktaya gelecektir. Narsisistik hastanın tipik tepkisi soğuk bir umursamazlık ve değersizleştirme olacaktır; paranoid hasta güvensizlik ve öfke ile tepki verecektir; Şizoid hastanın tepkisi kaygılı bir geri çekilme veya kopma, psikopatik bir hastanın ki ise saldırı veya manipülasyon olacaktır.

Burada tavsiye edilen tanısal süreç hızlıca bitirilebilecek bir şey değildir. Ayırıcı tanı sabır ve bilgi isteyen zaman alıcı bir süreçtir. Sadece borderline kişilik bozukluğu tanısına değil, herkes kadar borderline hastada da olması ihtimali olan diğer Eksen I tanılarına da dikkat edilmesi gerekmektedir. Özellikle tanı karmaşasına neden olabilecek durumları değerlendirirken, bu dikkat konusu daha da önem kazanmaktadır çünkü bu durumlarda semptom örtüşmesi veya örneğin melankolili majör bir duygusal bozukluk ve panik bozukluk gibi eş zamanlı bozukluklar olması ihtimali mevcuttur.

Objektif İşaretlerin Değerlendirilmesi

İlaç kullanımının faydalı olup olmayacağını belirlerken öznel raporlar yerine nesnel gözleme önem verilmesinin hayati önemi vardır çünkü bu tarz bir yaklaşım klinisyenin genellikle ilaç tedavisi gerektirmeyen kişisel ve dinamik olarak belirlenen duygusal durumları, genellikle ilaç tedavisine cevap veren kişisel olmayan ve dinamik olarak belirlenmeyen duygusal durumlardan ayırt etmesine yardımcı olur. Örneğin, bir borderline hastaya "kendini daha iyi hissetmesi" hedefiyle "depresyon" tedavisi uygulanmamalıdır. Onun yerine, depresyon veya melankolinin spesifik semptomları veya tanısal kriterleri (kilo kaybı, anoreksiya, enerji kaybı, sabahları erken uyanma ve belirgin psikomotor gerilik veya psikomotor heyecan gibi), has-

taya spesifik semptomatik ve gözlemlenebilir rahatlama sağlamak hedefiyle tedavi etmelidir.

Kullanılacak objektif kriterler hem seanslar sırasında hasta hakkında oluşturulan gözlemler, hem de hastanın seanslar dışında yaşadığı bildirilen duygusal, davranışsal ve bilişsel sorunlara dayalı olmalıdır. Bu iki gözlem düzeyi birbirini pekiştirmeli ve desteklemelidir. Duygulanımla ilgili olarak, hastanın seans sırasındaki davranış ve fikirleri seans dışındaki davranış ve fikirlerinden belirgin şekilde farklı ise ilaç tedavisinin faydalı olma ihtimali düşüktür çünkü bunlar muhtemelen adinamik ve statik değil, dinamik ve çatışmalıdır.

Herhangi bir hastanın depresif semptomatolojisinin değerlendirilmesinde kullanılacak bir diğer "nesnel işaret" de hastanın ailesinde duygusal bir rahatsızlık olup olmadığıdır. Birincil duygusal rahatsızlıklar ailevi rahatsızlıklardır (Winokur & Clayton, 1967; Perris, 1982). Buna ek olarak, ailevi genetikle eş anlamlı olmasa da, yapılan birçok araştırmada artan ailevi vakaların genetik faktörlerden kaynaklandığını gösteren oldukça fazla kanıt bulunmuştur (Mendelewics ve Rainer, 1977; Cadoret, 1978; Gershon ve diğ., 1971).

Pozitif bir aile geçmişinin varlığı hastayı değerlendiren klinisyen için bir kırmızı bayrak olmalıdır. Bu tarz vakalar bir ailede ne kadar sık görülürse, bu faktöre verilen önem de o kadar artmalıdır. Borderline kişilik bozukluğu genetikle ilgisi olmayan nedenlerden dolayı da aynı ailede birden fazla kişide görülme eğilimindedir. Dolayısıyla, klinisyenin diğer aile üyelerine konulmuş olan tanıları da mümkün olduğu kadar hatasız bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmenin ilk elden yapılması ancak çok nadiren mümkün olabildiğinden, hastadan veya ailedeki başka kişilerden aile üyelerinin spesifik semptomlarıyla ve gördükleri tedavilerle ilgili mümkün olduğu kadar çok detaylı bilgi toplanmalı, bu bilgilere, bu kişilerin tedaviye verdiği cevaplar da dahil edilmelidir.

Herhangi bir tanıda kullanılabilecek en nesnel işaret biyolojik bir işarettir. Şu anda borderline kişilik bozukluğu için belirlenmiş bir biyolojik varsayım veya işaret mevcut değildir. Dep-

resyon veya Şizofreni işaretleri olarak kullanılması önerilen klinik testler ideal araştırma araçları veya klinik araçlar olacak kadar hassas veya spesifik değildirler. Bu tarz spesifik veya hassas işaretlerin bulunması için araştırmalar devam etmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu tanısı konulduktan ve ilaç kullanımı için gerekli kriterler bildirilmiş ve gözlemlenmiş olduktan sonra bile, ilaç tedavisi özenle tanımlanmış sınırlar dahilinde uygulanmalıdır. Şimdi çeşitli psikotropik ilaç kategorilerinin doğru kullanımlarını inceleyeceğiz.

Nöroleptikler. Antipsikotik ilaçların etkililiği, borderline kişilik bozukluğunda uzun dönemli kullanılmasını tavsiye etmek için henüz yeterli oranda belirlenememiştir.

Antipsikotikler, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda psikotik epizot veya durumların tedavi edilerek heyecanın azaltılması veya hastanın ve etrafındakilerin güvenliğinin sağlanması amacıyla kısa süreli olarak kullanılabilir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda görülen bu tarz nispeten kısa psikotik epizotlar veya durumlar genellikle uyuşturucu kullanımı veya entoksikasyona bağlıdır veya genellikle melankoli ile bağlantılı şiddetli majör bir duygusal bozukluğa eşlik ederler.

Antipsikotiklerin kısa süreli kullanımı heyecan seviyesi yüksek olan ve bir grup "yapay (düzmece)" psikotik-benzeri semptom arz eden düşük düzeyli borderline hastalarda kullanılması haklı gösterilebilir. Bu semptomlar: Düşmanlık, paranoid düşünce, referans fikirleri, panik-anksiyete ve geçici (duruma bağımlı) olmayan obsesif-kompülsif özelliklerdir. Bu hastaları muhtemelen Şizofrenik spektrumun bir parçası olan Şizotipal özellikler gösteren hastalardan (Ş/şkb) ayırmak amacıyla BKB/şkb olarak tanımlıyorum. Her iki hasta grubuna da nöroleptik tedavisi uygulanabilmesine rağmen, bu ayırımın faydalı olduğu fikrindeyim. Aslında bu ayırım, semptomla kişilik organizasyonu arasındaki temel farkın anlaşılabilmesi için hayati önem taşır; bu farkın anlaşılması tedavi müdahaleleri ile ilgili verilecek kararları da etkiler. Bir BKB/şkb hastası belli semptomların hafifletilmesi için nöroleptik ilaç kullanımından fayda görebilir, ama altta yatan kişilik bozukluğunun

psikoterapötik tedavisi yüzleştirmeye ağırlık veren Masterson Yaklaşımı olmalıdır. Ş/şkb hastası nöroleptik kullanımından fayda görebilir ama tedavide Masterson Yaklaşımı uygun olmayacaktır. Onun yerine ego sınırlarının gerçeklik testi, tavsiye, yönlendirme, danışmanlık, sosyal beceri eğitimi ve mesleki eğitim seçilmesi gereken terapötik müdahaleler olmalıdır.

BKB/şkb hastalarında uzun dönemli nöroleptik kullanımının etkinliği henüz araştırılmamıştır; ancak kendi klinik deneyimlerim böyle bir kullanımın meşru *olma ihtimali olduğunu* göstermektedir.

Antidepresanlar. DSM-III-R'nin melankoliyle majör depresyon veya psikotik özellikler veya her ikisi ile ilgili kriterlerine uyan borderline kişilik bozukluğu olan hastaların ilaç kullanması gerekmektedir.

DSM-III-R'nin sadece majör depresyon kriterlerine uyan borderline kişilik bozukluğu hastaları ise tartışmalı bir gruptur, ama ilaç tedavisine ihtiyaç duymamaları kuvvetle muhtemeldir çünkü kronik karakterolojik depresyon (Borderline kişilik bozukluğu hastasında olduğu gibi) ile majör depresif hastalık arasındaki ayırım nitel olmaktan çok nicel gibi görünmektedir. Kronik karakterolojik depresyon kriterleri ile ilgili tartışmalarda (DSM-III-R'de distimik rahatsızlık olarak geçer) "Distimi ile Majör Depresyon'un sınırlarının net olmadığı" vurgulanmaktadır (s. 230). Kronik karakterolojik depresyon hastaları ilaç tedavisine iyi cevap vermezler. Akiskal'a göre (1983):

> Karakterolojik depresyonlar erken yaşlarda başlar ve ya aralıklı ya da aralıksız bir şekilde sürerler. Tipik olarak hastalığın başlangıcı çocukluk veya ergenliğin erken döneminde sinsi ve belirsizdir ve daha sonra müzmin hale gelir... Erken yaşlarda başlayan karakterolojik depresyon hastalarımızın üçte ikisi trisiklik, MAOI ve lityumla ilgili klinik araştırmalarda tedaviye elle tutulur bir cevap vermediler (s. 17).

Dolayısıyla terapist, majör depresyon semptomları gösteriyor gibi görünen bir borderline hastayla karşı karşıya kaldı-

ğında melankolik ve psikotik özellikler (veya ailede hastalık geçmişi) olmadığı zaman ve semptomlar kronikse (iki yıldan fazladır devam ediyorsa) hastanın ilaç tedavisine cevap verme ihtimalinin ancak üçte bir olduğunu unutmamalıdır. Bu durumda altta yatan karakterolojik patolojiyi hedef alan dinamik tedavi seçilmesi çok daha muhtemel tedavi şeklidir. Melankolik, psikotik özellikler veya bir majör depresif hastalıkla bağlantılı özelliklerin arz edildiği aile geçmişinin (iki yıldan daha az bir süredir devam eden) varlığı tedaviye verilen cevabı büyük ölçüde arttıracaktır. Ancak BKB ve duygudurum bozukluğunun bir arada var olduğu vakalarda bile başarılı bir ilaç tedavisi borderline kişilik yapısı ile bağlantılı (depresyon dahil) hoşa gitmeyen duygudurumunu tedavi etmeyecektir.

Kaygı Dindiriciler (anksiyolitikler). Şu anda borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde kaygı dindirici ilaçların bilinen bir rolü yoktur. Tüm hastalarda panik hastalıkların tedavisinde alprazolam'ın (Xanax) faydasına dair gittikçe artan kanıtlar elde edilmektedir ve bu hastalara panik hastalık kriterlerine de uyan borderline kişilik bozukluğu olan hastalar da dahildir.

Antikonvülsanlar. Şu anda borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde antikonvülsanların (birincil olarak karbamazepin) kanıtlanmış bir etkisi yoktur.

İlaçlar ve Terapötik İlişki

Borderline bir hastayla karşı karşıya olan terapist hem ilaç vermenin hem de vermemenin terapötik ilişki üzerinde yaratacağı risklerin farkında olmalıdır. Tabip olmayan terapistler için bu sorun, hastayı ilaç tedavisi için sevk etmesi veya etmemesinin yaratacağı risklerden ibarettir.

İlaç kullanımı borderline kişilik bozukluğu tarafından; davranışlarından sorumlu olmadığı veya acı verici duygulanımları yönetme ve ketleme sorumluluğunun kendisinde bulunmadığının ifadesi gibi algılanır. Buna ek olarak terapist "ödüllendirici birim" rolünü üstlenme ve terapötik çerçeveye belki de kalıcı olarak zarar verme riski ile karşı karşıyadır. Bir hastaya kendisine verilen ilaçların duygu ve davranışlarıyla ilgili so-

rumluluğun kendisine ait olmasını sağlamak için verildiğini, ilaçların hastanın bu duygu ve davranışlarla ilgili sorumluluğunu ortadan kaldırmak gibi bir işlevi olmadığını izah etmek üzerinde yürünmesi zor bir terapötik cambaz ipidir. Bu yazıda önerilen dikkatli tedavi kriterlerine bağlı kalmak, ilaç kullanımının terapötik ilişkiyi ihlal etmesi ve terapötik çerçeveye zarar vermesini asgari seviyeye indirecektir.

İlaç kullanımı konusunda şüpheleri olan bir terapistin ilaç vermeme kararı da belli bir risk içermektedir çünkü hasta terapiste sürekli "geri çekilen birim" yansıtması yapacak, üstelik terapist "doğru olanı yapma" arzusunun doğurduğu baskıya da maruz kalacaktır. Başka bir deyişle terapist "hastanın acısını hafifletmeye faydası olabilecek bir yardımı vermemekle hata mı ediyorum, zalimce mi davranıyorum" şeklinde düşüncelere kapılabilir. Bu hassas durumda kalan bir terapist, ilaç kullanımı dışındaki bazı alanlarda ödüllendirici birim rolünü üstlenmeye daha eğilimli olabilir.

Bu bölümün son kısmında karmaşık ve tipik Klinik Tablolar sunan hastalarla ilgili vakaları tartışacağız. Bu vakaları gözden geçirirken tedavi sürecinde ilaç kullanımının rolünü yukarıda saydığım rehber bilgiler ışığında değerlendireceğim.

Klinik Uygulama Rehberi

Aşağıdaki vaka örnekleri bir klinisyenin karşısına çıkabilecek çeşitli Klinik Tabloları ve alınması zor terapi kararlarını göstermektedir. Her vaka kısaca sunulacak, daha sonra da sunmuş olduğumuz üç rehber bilgi çerçevesinde tartışılacaktır.

Vaka 1: Bay A.

Klinik Tablo. Bay A., intihar düşünceleri ve girişimleri yüzünden, ayrıca yönetici olarak çalıştığı reklam şirketinde işlev görememe şikâyeti nedeniyle bir yıl içinde üç kez hastaneye yatırılmış, üçüncü hastaneye yatırılma olayından sonra bize sevk edilmişti.

İlk görüşmede Bay A hayatının dağıldığını, parçalandığını hissettiğini söyledi. İkinci evliliği "yıkılmak üzereydi" ve artık

işiyle ilgili olarak kendini becerikli ve yetkili hissetmiyordu. Bazı "sihirli" cevaplara ihtiyacı olduğunu ve Tanrı'nın veya terapistinin, yakarışlarını duyup ona yardım edeceklerini umduğunu, çünkü mevcut durumda tamamen başkalarına bağımlı halde olduğunu söyledi. Ayrıca kendini çaresiz hissettiğini, depresyon duyguları ile boğulduğunu, bu kadar aşağılık bir yaratık olduğu için utanç duyduğunu ve geçmişteki incitici ve duyarsız davranışlarından dolayı suçluluk duyduğunu da anlattı. Hastanedeki terapi grubu majör depresyonla bağlantılı olası bir borderline kişilik bozukluğu tanısında hemfikir olmuşlardı.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Hasta DSM-III-R'nin borderline kişilik bozukluğu kriterlerine uymasına rağmen dikkatli bir geçmiş incelemesi ve hastayla yaptığım yapısal görüşme narsisistik kişilik bozukluğu ihtimalini düşünmeme neden oldu. Majör depresif bozukluk tanısına rağmen hastayı ilk kez konsültasyon amaçlı (muhtemel elektrokonvülsif terapi için) olarak gördüğüm yer olan hastanedeki tanısı koyan kişiler herhangi bir bitkisel (melankolik) semptom gözlemlememişlerdi: Hastanın iştahı iyiydi ve uyku ve faaliyet düzeni normaldi; hasta depresyonunu tarif ederken birincil olarak öz saygı kaybı ve çaresizlik hakkında konuşmuştu. Dolayısıyla ECT veya antidepresan kullanımı için yeterli sebep yoktu. Nitekim daha önce haftalar boyunca ağır antidepresan dozlarına tabi tutulmuş ama rutin kan düzeyi kontrolünde sonuç sıfır çıkmıştı, yani bu, tedaviye uyumsuzluğu işaret ediyordu. Son olarak daha fazla ilaç tedavisi ve ECT önerisini bunun hastanın intrapsişik yapısına yapacağı etki açısından değerlendirdim. Bana bu tarz bir tedavi hastanın çaresizliğini eyleme vurma amaçlı manipülasyonları ve çabalarına itaat etmek olacakmış gibi geldi; ya ben ödüllendirici birim rolünü üsteleniyor olacaktım (hasta borderline ise) ya da değersizleştirilmiş idealize edilmiş bir nesne gibi işlev görecektim (hasta narsisistik ise). Hastane personeline ve hastaya tavsiyem hastanın taburcu edilmesi ve hastaya farmakoterapi yerine psikoterapi uygulanması oldu.

Takip. Hasta dört yıl terapi gördü. Bu süre içinde hastaya hiç ilaç verilmedi. Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı teyit edildi. Altta yatan patolojik kişilik yapısı terapi yoluyla çözümlendikçe depresif semptomlar da hafifledi.

Vaka 2: Bayan B.

Klinik Tablo. Bayan B., bir konsültasyon için ilk kez görüldüğünde 24 yaşındaydı. O sırada hastanede yatan bir hastaydı ve kendisine ECT uygulanması planlanıyordu. Konsültasyonum sırasında "hastalığının" iki yıl önce, üniversiteden mezun olmasına tekabül eden dönemde başladığını söyledi. O zamandan beri ailesi ile beraber yaşıyordu ve kendini depresyon ve anksiyete duyguları içinde boğulmuş hissediyordu. Depresyon, intihar girişimleri ve histerik-şiddetli patlamalarla karakterize olan gittikçe daha düzensizleşen davranışlar sergiliyordu. Bayan B.'ye manik depresif veya Şizofren tanısı konulmuş ve çeşitli ilaç tedavileri uygulanmıştı.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Hastanın erken yaşlardaki geçmişine bakıldığında ayrılma anksiyetesi ve stresi yaşadığına dair çok fazla kanıt bulundu; hastanın kendisinin de hatırladığı gibi bu durum 4 yaşındayken başlamış ve devam etmişti. Buna ek olarak biraz daha araştırdığımızda hastanın ergenlik yaşlarının başından bu yana eyleme vurum yaptığı ve oldukça fazla uyuşturucu kullandığı da ortaya çıktı. Uyuşturucu kullanımı önceden sözünü ettiğim düzensiz davranışlarla doğrudan bağlantılı gibi görünüyordu. Değerlendirme görüşmeleri iyi bir gerçeklik testi kapasitesi ve "çaresiz, budala ve yetersiz" bir kendilik temsili ile karakterize olan bozulmuş bir gerçek kendiliğin varlığını ortaya çıkardı. Bölünmüş kendilik ve nesne temsillerinin yanı sıra, hasta yüzleştirmeleri entegre etme kapasitesi olduğunu gösterdi ve sersemlikten ciddiyete ve yıkıcılıktan depresyona hızla geçebiliyordu.

Borderline üçlü teması hayatı boyunca devam etmişti. Hastanın borderline kişilik bozukluğu olduğuna dair bir ön tanı konuldu. Soru ve değerlendirmeler yoluyla yürütülen ilave değerlendirmeler herhangi bir melankolik veya psikotik özellikler

taşıyan depresyon işareti olmadığını gösterdi. Örneğin hasta günler boyunca yataktan çıkmasa da annesiyle babasının ona getirdiği yemekleri gayet güzel yiyordu.

Hasta şizofrenik resimle tutarlı hiçbir işlev bozukluğu göstermiyordu. Anksiyetesinin, paranoid düşüncelerinin ve diğer geçici psikotik özelliklerin ya uyuşturucu kullanımı ya da çatışmadan kaynaklandığı belliydi. Son olarak, hastanın geçmişi ve ailesiyle olan etkileşimi de göz önüne alındığında ilaç tedavisi uygulanmasının ödüllendirici birim rolünü üstlenmek olacağı ve hastanın daha da bebeksi hale gelmesine neden olacağı ve bunun terapötik çerçeveye zarar vereceği görülüyordu. Bu vakada borderline kişilik bozukluğu tanısı o kadar netti ki, acaba hastanın ihtiyacı olan ilaç tedavisini esirgiyor muyum gibi bir iç çelişki pek yaşanmadı. Buna ek olarak daha önce uygulanmış olan ilaç tedavilerinin sunduğu kanıtlar da ilaçların hasta üzerinde etkili olmadığını gösteriyordu.

Takip. Hastanın zaman zaman yeni ve daha önce bilinmeyen (benim bilmediğim) eyleme vurma şekilleri icat etme becerisine rağmen, dört yıllık terapi sırasında ilaç kullanımına hiç gerek duyulmadı. Bu süreçte hastaya konulan borderline kişilik bozukluğu tanısı onaylandı. Hastayı terk depresyonu üzerinde derinlemesine çalışma yapılabilecek kadar sık görememiş olmama rağmen,hasta terapiyi, ego tamiri için ve adaptif ve işlevsel bir hayat sürdürmek için kullanabildi. Terapinin sonunda uyuşturucu kullanmayı çoktan bırakmış, lisansüstü eğitimini tamamlamıştı; saygı gören bir sosyal görevli olarak çalışıyordu, tek başına yaşıyordu ve nispeten istikrarlı ilişkiler sürdürebiliyordu.

Vaka 3: Bay C.

Klinik Tablo. Hasta bana sevk edildiğinde 19 yaşındaydı. Kısa zaman önce ciddi bir intihar girişiminden sonra hastaneye yatırılmıştı. Evden ayrılıp üniversiteye gittiği 16 yaşından beri şiddetli semptomlar sergiliyordu. En ciddi eyleme vurum şekilleri arasında damardan uyuşturucu kullanımı ve antisosyal davranışlar vardı. Üniversitedeki ikinci yılında okulu bırakmış

ve ondan sonraki bir yılı California'da uyuşturucu bağımlısı kız arkadaşıyla yaşayarak geçirmişti; kız arkadaşına inatla yapışmıştı. İntihar girişiminin ve eve dönüşünün en belirgin nedeni kız arkadaşının aşırı dozdan ölmesi ve kendisinin de "deliriyor olduğuna" dair korkusuydu; bu korkusunun temelini kronik paranoya semptomları, referans fikirleri, panik-anksiyete, derealizasyon ve depersonalizasyon, obsesif-kompülsif özellikler ve kuruntu-benzeri düşünceler oluşturuyordu. Kendini boğulmuş ve boğucu biri şeklinde sunuyordu ve kendimi gerçek bir ayırıcı tanı ikilemi ile karşı karşıya buldum. Üstelik hastanın 9 yaşından beri başvurduğu dokuzuncu psikiyatrist olmam ve o ana kadar ne kesin bir tanı ne de tedavi planı belirlenememiş olması da beni pek rahatlatan bir durum değildi.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Başta ayırıcı tanı Şizofreni, BKB, ŞKB, psikotik özellikler taşıyan majör depresyon ve atipik depresyon seçeneklerini içeriyordu. Kafam karışıktı. Ancak birkaç aylık sürede ortaya çıkarılan hastanın gelişimsel geçmişi, egosunun kuvvetli yönlerinin ve kusurlarının değerlendirilmesi, kendilik ve nesne temsillerinin niteliği ve terapötik müdahalelere verdiği tepkiler birleşik bir borderline kişilik bozukluğu resminin ortaya çıkmasını sağladı.

Borderline üçlü kademeli olarak gelişti ve hasta eyleme vurum eğilimini sınırlayarak, duygularını eyleme vurmak yerine onları tespit edip kısıtlayarak ve duygularını çözümlenebilecekleri bir ortam olan seanslara taşıyarak Masterson Yaklaşımı'nın yüzleştirme müdahalesine cevap vermeye başladı. Ancak başlangıçtaki Şizotipal özellikler, özellikle de referans fikirleri, paranoid düşünce, fobik anksiyete, kompülsif düşünceler, derealizasyon ve depersonalizasyon ilk aylarda sürekli ve kesintisiz olarak devam etti; bu özellikler sanki tipik bir borderline kişilik bozukluğu hastasının intrapsişik yapısına paralel bir boyutta mevcuttu. Vardığım nihai tanı BKB/şkb oldu. Bu durumda alınan tedavi kararı da iki yönlüydü: ŞKB'ye özgü semptom grubunu nöroleptiklerle tedavi ederken BKB'ye özgü intrapsişik yapıyı da Masterson Yaklaşımı ile tedavi etmek.

Şizotipal özelliklerin hepsi düşük dozda nöroleptik uygulamasına gözle görülür tepki verdiler, böylece hasta da ben de bozulmuş gerçek kendilik üzerinde çalışmak için serbest kalabildik. Yüzleştirmeler kendilik ve nesne temsillerindeki çarpıtmalar (bölünme gibi) ve gerçek kendiliğin bozulmuş yönleri (kendilik aktivasyonundaki kusurlar gibi) üzerine odaklandı. Zaman zaman hastaya ilaçlarla ilgili açıklamalar yapmak ve ilaçlara düşen görevle hastaya düşen görevlerin neler olduğunu netleştirmek de gerekli oldu.

Takip. Hasta halen terapi görmekte. İki kez nöroleptikleri kesme girişiminde bulunuldu ama bu girişimler Şizotipal semptomların ağırlaşması ile son buldu. Buna paralel olarak yapılan çalışmalarda ise hasta ego tamiri, adaptasyonu ve ego yapısının inşası konularında gözle görülür ilerleme kaydetti. Bir terapötik ittifak kuruldu, bölünme azaldı, depresyon ve yıkıcı eyleme vurum davranışları önemli ölçüde azaldı ve hasta üniversiteyi bitirdi.

Ego kusurları tamir edildikçe, son derece düşük düzeyli borderline hastalarda görülen ego kusurları örüntüsünü yansıtan Şizotipal semptomlar kümesinin ilaç tedavisine ihtiyacı kalmayabilir. Bu varsayım bu hastada henüz kanıtlanmamıştır. Terk depresyonunun derinlemesine çalışma kapasitesi ancak ego tamiri iyice ilerledikten sonra değerlendirilebilecektir.

Vaka 4: Bay D.

Klinik Tablo. Hasta, iki yıl psikoterapi gördükten sonra hala depresyonda olduğu şikâyetiyle gelen 29 yaşında bir adamdı. Terapi insanlarla ilişkilerinde ona çok faydalı olmasına ve birçok zorluğu çözmesine yardımcı olmasına rağmen depresyon, hastanın sözleriyle "her zaman orada beni bekler haldeydi". Daha evvel gittiği terapist taşınmış, terapi de böylece sona ermişti; ama o da zaten terapiyi kesmeyi planlıyordu çünkü çatışmalarından birçoğunun çözümlendiğini düşünüyordu. Masterson'un çalışmalarından bazılarını okumuştu ve kendi depresyonunun da belki bir "terk" depresyonu olabileceğini ve bu nedenle bu kadar uzun süre devam ettiğini düşünmüştü.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Hastanın güncel işlevselliği dikkatlice gözden geçirildiğinde borderline kişilik bozukluğuna veya herhangi bir kişilik bozukluğuna dair bir işaret bulunamadı. Daha önceki terapinin gerçekten de faydalı olduğu, ödipal ve triyadik sorunlar gibi görünen sorunlarını çözmesine yardımcı olduğu görülüyordu. Mesleki ve sosyal işlevselliği bütün kendilik ve nesne temsilleri olduğunu gösteriyordu. Hastanın değerlendirme seansları sırasındaki davranışları da bu izlenimimi teyit etti.

Değerlendirme esnasında birçok ilave ve önemli bilgi ortaya çıktı. Bay D., depresyonda *olmamanın* nasıl bir duygu olduğunu bildiğinde ısrar ediyordu. Son iki yıldır mevcut olan duygular daha önce hayatında deneyimlediği herhangi bir şeye benzemiyordu; bu duygu normal üzüntü veya yas tutmak gibi de değildi. İkisini de yaşamıştı ve aradaki farkı biliyordu.

Son iki yılda yaşadığı depresyona benzer bir depresyon dönemini daha önce sadece bir kez yaşamıştı; o sırada üniversitenin birinci yılındaydı ve bu olay yüzünden bir sömestre boyunca okulu bırakmak zorunda kalmıştı. Sonra o depresyon kendiliğinden çözülmüş ve yok olmuştu.

Şu anda yaşadığı depresyonsa ona sanki kendini sürekli bir yerden diğerine sürüklüyormuş gibi hissettiriyordu. Hastanın kendi sözleriyle "Sanki sürekli devam eden bir yorgunluk hissi gibi, bir kapana kısılmışlık duygusuna, bir duvarı itiyormuş duygusuna benzer" bir haldi. Bu duygular genellikle sabahları daha ağır oluyor ve her şeyin, hatta en fazla zevk aldığı şeylerin bile tadını bozuyordu. Son olarak amcasının depresyondan muzdarip olduğunu ve antidepresanlarla başarılı şekilde tedavi edildiğini de söyledi.

Melankolik bir majör depresyona işaret eden veriler tam olarak mevcut olmasa da, hastada belirli bir kişilik bozukluğunun olmaması, hastanın tarif ettiği depresyonun niteliği ve aile geçmişi ile birleştirilince, duygusal bir bozukluk tanısına varıldı.

Takip. Hastaya deneme amaçlı olarak antidepresan yazıldı. Hasta iki hafta içinde depresyonunun kaybolduğunu bildirdi.

Depresyonsuz bir yıl geçirdikten sonra ilaç almadan geçireceği bir deneme dönemi üzerinde hemfikir olduk. Depresyon bir ay içinde tekrar ortaya çıktı. Antidepresanları tekrar almaya başladığında depresyon yine hafifledi. Hasta son üç yıldır ilaçları almaya devam ediyor. Üç ayda bir hastayla konuşarak ilaçlarla ilgili olası sorunları gözlemliyorum. Hasta psikoterapi görmüyor.

Vaka 5: Bayan E.

Klinik Tablo. Bayan E., bana ilk geldiğinde 31 yaşındaydı. Bir yıl boyunca başka bir terapistle tedavi görmüş ancak bu süre içinde durumu kötüleşmiş, bana da annesinin ısrarıyla gelmişti. Bayan E., kendini işten, ailesinden ve arkadaşlarından gittikçe daha fazla yalıtmaya başlamıştı, diğer yandan da can sıkıntısından şikâyet ediyordu. Annesine bakılırsa hasta gittikçe daha "tuhaf" davranıyordu. Bayan E.'nin bir evvelki terapisti hastanın annesini ona fazlasıyla karışan, burnunu her işe sokan bir insan gibi tarif etmiş ve anneyle kızın arasında kötücül bir sembiyotik ilişki varmış gibi göründüğünü beyan etmişti. Terapist hastaya mesafe koyan düşük düzeyli borderline tanısını koymuştu.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Hastanın geçmişini öğrenirken her zaman belli bir dereceye kadar geriye dönük çarpıtmalar olması kaçınılmazsa da, genel izlenimim hastanın aşağı yukarı normal çocukluk, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleri geçirmiş olduğuydu. Ancak yirmili yaşlarının ortasında değişmeye başlamıştı. Arkadaşlıklarını sürdürmesi zorlaşmış, kariyer hedefleri dağılmaya başlamıştı. Yetişkinlik döneminin çoğunu sürekli iş değiştirerek geçirmiş, her seferinde can sıkıntısından veya işin ilgisini çekmediğinden yakınmıştı. Erkeklerle flört etmeye pek meraklı değildi, onun yerine ailesiyle vakit geçirmekle ve eski işlerinden birinde tanıştığı bir adamla ciddi olmayan (ama fantezi düzeyinde aşk ilişkisi olan) bir arkadaşlık sürdürmekle yetiniyordu.

Hastanın güncel işlevselliği hakkındaki değerlendirmem bir psikotik Şizotipal tablonun (büyülü düşünme, tuhaf konuşma,

şüphecilik) yanı sıra sosyal anksiyete, izolasyon, kişilerarası mesafe ve duygulanım eksikliği ile tutarlıydı. Tanı Ş/şkb olabilirdi, başka bir deyişle hasta Şizofrenik spektruma bağlı olabilecek izole edilmiş, duygulanımsız bir ŞKB olan hasta tipi gibi görünüyordu. Dolayısıyla nöroleptiklerle bir deneme yapmamızın gerektiğine karar verdim.

Bu uygulamanın terapötik ilişkiyi nasıl etkileyeceği konusundaki endişem minimaldi çünkü hasta zaten ilgisiz, soğuk ve uzaktı. Hatta aslında ilaç tedavisinin ona ulaşmamı sağlayabileceğini umuyordum.

Takip. İlaçlar faydalı oldu. İki hafta içinde hasta daha spontane bir biçimde iletişim kurmaya başladı, duygulanımda ve hedefe odaklı konuşma konusunda iyileşme görüldü. Konu dışına çıkmak, üstü kapalı, bulanık ve mecazi ifadeler kullanma eğiliminde önemli iyileşme sağlandı. Sosyal izolasyonu hasta sosyalleşme çabalarına girdikçe (zorlukla da olsa) biraz azaldı. Tekrar çalışmaya başladı ve hakikaten daha mutlu görünüyordu, ama hala can sıkıntısı ve boşluk duygularından yakınıyordu. Bu dönem boyunca haftada bir kez problem çözme konusuna odaklandığımız seansa geliyordu.

Tavsiyeme uymayarak altı ay sonra ilaç almayı kesti. Bunu takiben semptomlar hızlı bir şekilde yeniden ortaya çıktı. Tekrar ilaç almaya başlayınca bir kez daha iyileşme görüldü. Bir yıl sonra yine ilaçları bıraktı. Bu kez tam gelişmiş ve uzun bir psikotik dekompansasyon yaşadı; gösterdiği özellikler (kuruntular, çağrışımların kopması ve tutarsızlık - dikişsiz konuşma) ve olayın süresi Şizofreni tanısının kriterlerine uyuyordu.

Vaka 6: Bayan F.

Klinik Tablo. Hasta 35 yaşında bir doktordu. Annesinin ölümünden ve kendisinin bir düşük yapmasından sonra artan şiddetli fobik semptomlar ve hipokondrik endişeleri vardı. Hayatı boyunca her tür ayrılmanın kendisi için zor ve duygusal açıdan travmatik olduğunu anlattı. Bunlara ilave bir sorun da aşırı derecede obez olmasıydı, kilosu olması gerekenden yaklaşık 50 kilo fazlaydı.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Hastanın geçmişi ve güncel işlevselliği en üst düzeyden orta düzeye doğru olan borderline kişilik tanısına işaret ediyordu. Hasta kariyerinde iyi işlev görebilmesine rağmen insanlarla ilişkileri borderline kişiliğin ikiz korkuları olan boğulma ve terk edilme korkularının hakimiyeti altındaydı. Bu korkular bir yandan yakınlık kurmakla ilgili sorunlar (özellikle evliliğinde) diğer yandan da ayrılma stresi ve son derece yoğun ve yapışkan ilişkiler şeklinde ortaya çıkıyordu.

Hasta bir yandan borderline kişilik bozukluğu tanısına birçok seviyede uyarken, diğer yandan da DSM-III-R'nin panik atak ve ona bağlantılı agorafobi kriterlerine de uyuyordu. Hastanın yoğun ve yapışan ödüllendirici birim yansıtmalarına rağmen fobik ve panik sorunları için ilaç tedavisi başlatmaya hazırdım. Ancak hastanın hipokondrik endişeleri nedeniyle ilaç almayı reddetmesi bu ikilemi de ortadan kaldırdı.

Takip. Üç yıllık bir süre boyunca Masterson Yaklaşımı kullanılarak yapılan terapi hastanın temel kişilik bozukluğunda çok önemli iyileşme elde edilmesini sağladı; ayrıca hastanın ayrılık stresini tolere etme becerisi, insanlarla ilişkileri ve yakınlık kurma kapasitesinde büyük ölçüde ilerleme kaydedildi ve hasta dramatik şekilde kilo verdi (terapinin ilk yılında 40 kilo verdi).

Kaçılması zor yerlerde (trafik sıkışıklıkları, tüneller, tiyatro salonları, uçaklar) panik atak geçirmeye eğilimli olması sorunu terapinin ikinci yılının sonlarında bile hala çözülememişti; sonunda ilaç almaya gönüllü oldu (bu vakada bir monoamin oksidaz inhibitörü olan Natrol kullanıldı). Terapinin bu noktasında ilacı denemeyi kabul etmesi gerçek kendiliğini daha fazla aktive etme isteğini temsil eden bir davranıştı. İlaç tedavisi semptomların hızla azalmasını sağladı.

Vaka 7: Bayan G.

Klinik Tablo. Bayan G., bir psikotik epizodu takiben iki ay bir psikiyatrik hastanede yatmıştı. Taburcu olup bana sevk edildiğinde 23 yaşındaydı. Hastanede konulan tanı muhteme-

len uyuşturucudan kaynaklanan psikozla birlikte borderline kişilik bozukluğuydu.

Hasta psikiyatrik geçmişinin üniversitedeki ilk yılında başladığını söyledi. O yıl okuldan ayrılmıştı. Eve dönmüş ve üniversiteyi bitirinceye kadar ailesiyle yaşamıştı. Mezun olduktan sonra çeşitli işlerde çalışmayı denemişti ama can sıkıntısı ve aralıklı olarak ortaya çıkan depresyondan yakınıyordu. Maaşının çoğunu çılgın ve rastgele cinsel ilişkilere girdiği sosyal hayatına ve uyuşturucuya harcıyordu. İlişkileri düzensizdi ve kendini "çapkın, talepkar ve kolayca kırılan" biri olarak tarif ediyordu. Erkekler hariç devamlı ilgisini çeken bir şeyler olmamasından ve başladığı hiçbir şeyi bitirememekten şikâyet ediyordu.

Rehber Bilgilere Göre Değerlendirme. Dikkatli bir değerlendirme BKB tanısını teyit etti. Ama bunun yanı sıra hastanın geçirmiş olduğu psikotik epizodun şiddetli bir Bipolar Manik Depresif rahatsızlığın ilk açık belirtisi olduğu da netlik kazandı. Onu tedavi ettiğim beş yıllık süre içinde hastaneye yatırılmasını gerektiren ve ne yazık ki lityum tedavisine cevap vermeyen çok sayıda şiddetli manik ve depresif epizotlar yaşadı.

Borderline kişilik bozukluğunun yönetimi neredeyse duygusal bozukluğunun yönetimi kadar zordu. Bölünme veya diğer patolojik savunmaları üzerinde yapılan terapötik çalışma zaman zaman manik öfkesinin hiddeti veya içine girdiği derin depresyonların ağırlığı tarafından kesintiye uğruyordu. Örneğin bazen çaresizliği, altta yatan kişilik yapısının bir ifadesi oluyor ve yüzleştirmeye cevap veriyordu; ama diğer zamanlarda çaresizliği altta yatan biyolojisindeki hemen algılanması zor kaymaların bir ifadesi olabiliyor ve sadece (ve büyük değişimlerle) ilaçlarda yapılan değişikliklere cevap veriyordu.

Takip. Bu hastada borderline kişilik bozukluğu ve bir duygusal bozukluğun aynı anda mevcut olması, bu tarz durumların basit bir iki hatlı tedavi planı ile halledilemeyip tedavisi iki kat zor durumlar teşkil edebileceğini göstermektedir. Beş yıllık tedavi bu hastanın daha istikrarlı ve adaptif bir kişilerarası yaşam tarzı elde etmesini sağladı; bununla beraber duygusal bo-

zukluğunun yönetilmesi konusu halledilemedi. Tedavinin sonunda hasta tedaviye cevap vermeyen şiddetli duygusal bozuklukların yönetimi üzerine bir araştırma protokolüne katılmak üzere bir üniversite hastanesi merkezine sevk edildi.

SONUÇ

Borderline hastalarda ilaç tedavisinin rolü karmaşık bir sorudur. Bu konuda yazılmış olanlar ve benim kendi klinik deneyimlerim sonucunda bazen ne kadar borderline hasta varsa bu soruya verilecek o kadar da cevap var diye düşünüyorum! Terapist, ilaçların ancak semptomları tedavi ettiğini unutmamalıdır. İlaç tedavisi intrapsişik yapıyı inşa etmez. Terapist ilaç tedavisinin sadece faydalarının değil, sınırlarının da farkında olmalıdır.

REFERANSLAR

Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

Akiskal, H.S. (1983). Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressed subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 140, 11-20.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrulonis, P.A., Glueck, B.C., Stroebel, C.F., et al. (1981). Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 47-66.

Barasch, A., Frances, A., Hurt, S., et al. (1985). Stability and distinctness of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1484-1486.

Baron, M., Gruen, R., Asnis, L., & Kane, J. (1983). Familial relatedness of schizophrenia and schizotypal states. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1437-1442.

Cadoret, R.J. (1978). Psychopathology in adopted-away offspring of biologic parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 35, 176-184.

Carroll, B.J., Greden, J.T., Feinberg, M, ve diğ. (1981). Neuroendocrine evaluation of depression in borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 89-99.

Charney, D.S., Nelson, J.C., & Quinlan, D.M. (1981). Personality traits disorder in depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1601-1604.

Chouinard, G., Annable, L., Fontaine, R., et al. (1982). Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorders: a double-blind, placebo-controlled study. *Psychopharmacology*, 77, 229-233.

Cole, J.O., Salomon, M., Gunderson, J.G., ve diğ. (1984). Drug therapy in borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 249-262.

Cowdry, R.W., Pickar, D., & Davies, R. (1980). Limbic dysfunction in the borderline syndrome. *New Research Abstracts*, 133rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Washington, DC içinde.

Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M., ve diğ. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1080-1083.

Gaind, R. & Jacoby, R. (1978). Benzodiazepines causing aggression. R. Gaind & B. Hudson (Eds.), *Current Themes in Psychiatry*, Cilt 1. London: Macmillan içinde.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1985). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 98-100.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986a). Development of melancholia during carbamazepine treatment in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 236-239.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986b). Positive effect of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 519-522.

Gardos, G., DiMascio, A., Salzman, C., ve diğ. (1968). Differential actions of chlordiazepoxide and oxazepam on hostility. *Archives of General Psychiatry*, 18, 757-760.

Gaviria, M., Flaherty, J., & Val, E. (1982). A comparison of bipolar patients with and without a borderline personality disorder. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 7, 190-195.

Gershon, E.S., Dunner, D.L., & Goodwin, F.K. (1971). Toward a biology of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 25, 1-15.

Goldberg, S.C., Schulz, S.C., Schulz, P.M., et al. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene versus placebo. *Archives of General Psychiatry*, 43, 680-690.

Gunderson, J.G. (1986). Pharmacotherapy for patients with borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 698-700.

Gunderson, J.G., & Elliott, G.R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 277-288.

Gunderson, J.G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.

Kass, F., Skodol, A.E., Charles, E., ve diğ. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 627-630.

Kendler, K.S., & Gruenberg, A.M. (1984). An independent analysis of the Danish adoption study of schizophrenia: VI. The relationship between psychiatric disorders as defined by DSM-III in the relatives and adoptees. *Archives of General Psychiatry*, 41, 555-564.

Kendler, K.S., Gruenberg, A.M., & Strauss, J.S. (1981). An independent analysis of the Copenhagen sample of the Davish Adoption study of schizophrenia: II. The relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38, 982-984.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of the narcissistic disorder*. New York: International Universities Press.

Leone, J.F. (1982). Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 148-150.

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner / Mazel.

McGlashan, T.H. (1986). Schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 329-334.

Mendelewics, J., & Rainer, J.D. (1977). Adoption study supporting genetic transmission in manic depressive illness. *Lancet*, 268, 327-328.

Perris, C. (1982). The distinction between bipolar and unipolar affective disorders. E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*, pp. 45-48 içinde . New York: Guilford Press.

Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I., ve diğ. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.

Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I., ve diğ. (1985). An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1285-1290.

Ryan, H.F., Merril, F.B., Scott, G.E, et al. (1968). Increase in suicidal thoughts and tendencies, association with diazepam therapy. *Journal of the American Medical Association*, 203, 1137-1139.

Serban, G., & Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1455-1458.

Sheehan, D.V., Coleman, J.H., Greenblatt, D.J., ve diğ. (1984). Some biochemical correlates of panic attacks and their response to a new treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 4, 66-75.

Siever, L.J., Coursey, R.D., Brody, L., ve diğ. (1983, May). Eye tracking and schizotypal personality. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.

Siever, L.J., Klar, H.M., Runden, I.E., ve diğ. (1984, May). Schizotypal and borderline personality. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles.

Soloff, P.H. (1981). Pharmacotherapy of borderline disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 535-543.

Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., ve diğ. (1986). Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 691-697.

Spitzer, R.L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into the borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.

Spitzer, R.L., Williams, J., & Skodol, A. (1980). *DSM-III*: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 151-164.

Stone, M.H. (1983, May). Family data and therapy of schizotypal patients. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.

Stone, M.H., Kahn, E., & Flye, B. (1981). Psychiatrically ill relatives of borderline patients: a family study. *Psychiatric Quarterly*, 53, 71-84.

Torgessen, S. (1984). Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 41, 546-554.

Vaillant, G.E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141, 542-545.

Weissman, M.M., Myers, J.K., & Thompson, D. (1981). Depression and its treatment in a US urban community—1975-1976. *Archives of General Psychiatry*, 38, 417-421.

Winokur, G., & Clayton, P. (1967). Family history studies: I. Two types of affective disorder separated according to genetic and clinical factors. J. Wortis (Ed.), *Recent advances in biological psychiatry*. New York: Plenum Press, içinde.

23

BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARI: BORDERLİNE HASTALARIN TEDAVİSİNDEKİ SORUNLAR

Shelly Barlas Nagel, Ph.D.

Terapistler, bağımlılık davranışları olan borderline hastaların tedavisinde az sayıda başarı ve çok sayıda sorunla karşı karşıya kalırlar. Bağımlılıkların doğru şekilde tespit edilememesi, bunların altında yatan patolojinin tam olarak anlaşılmaması ve terapi sürecinin uygun şekilde yönetilememesi sık görülen sorunlardır. Ne yazık ki aşırı yemek, kompülsif cinsel davranışlar ve örneğin alkolizmden literatürde ayrı ayrı bahsedilmektedir. Bu alanlarda çalışan araştırmacıların ancak birkaçı tarafından bilgi toplama ve paylaşma veya bağımlılık konusunda genel kuramlar formülleştirme yönünde çaba gösterilmiştir (Miller, 1979). Bu durum bu alanda yaşanan karmaşa ve entegrasyon eksikliğine katkıda bulunmaktadır.

Bu bölümde bağımlılık davranışları, bunların altında yatan psikopatoloji ve gerekli terapötik yaklaşım üzerinde durulacak, bağımlılık davranışları gösteren borderline hastaların tedavisi ile ilgili sorunlar irdelenecektir.

BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARI İLE İLGİLİ FARKLI GÖRÜŞLER LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Bağımlılıkla ilgili görüşlerden biri bağımlılığı bir hastalık, kendine özgü işaret ve semptomları olan patolojik bir durum olarak görmektedir. Bu görüşü destekleyen çok sayıda klinik kanıt ve araştırma sonucu mevcuttur. Smith ve meslektaşları (1985), uyuşturucu ve alkolden bahsederek, birey bunları kullanmaya devam ettiği takdirde bağımlılığın prognozunun önceden tahmin edilebileceğini beyan etmektedirler. Smith bağımlılığı, kompülsiyon, kontrol kaybı ve ters etkilere rağmen madde kullanımına devam etmenin bir bileşimi olarak görüyor.

Jellinek (1952, 1960) alkolizmin, giderek artan, öldürücü olma potansiyeli taşıyan ve kontrol kaybını da içeren bir bozukluk, olduğunu ortaya atarak bağımlılık hastalığı kavramının oluşmasına öncü olmuştur. Jellinek aşağı doğru inen ve belirli kötüleme etapları olan bir tespit edilebilir semptomlar ve davranışlar spektrumu tarif etmiştir. Bu hastalık konsepti eleştirilmiştir ve profesyoneller arasında halen tartışmalı bir konudur (Khantzian, 1980; Szasz, 1974). Bazıları biyolojik mekanizmalar üzerinde durularak psikolojik sorunlara yeterince önem verilmediğini ve hastalık kavramının bağımlılık davranışlarının gelişiminde insani ve sosyal sorumluluğu minimize ettiğini söylemektedirler.

Silber, (1974) alkolizmi sürekli veya aşırı içki içmekle nitelendirilen bir semptom olarak görmekte ve alkolizmin genellikle bir bağımlılık olarak görüldüğünü, alkolik bir bireyin, alkole acıdan kaçmasına yardımcı olması ve bir tatmin ve rahatlama duygusu sağlaması ümidiyle bağımlı hale geldiğini söylemektedir. Vaillant, (1983) alkol kullanımının istemli kontrolü, bireyin sosyal, psikolojik ve fiziksel açılardan kötüleşmesinde (bozulmasında) majör bir faktör haline geldiğinde alkolizmin bir hastalık olduğunu söylemektedir.

Jellinek'in araştırmasından bu yana hastalık konsepti, Adsız Alkolikler, Ulusal Alkolizm Konseyi, Ulusal Alkol Bağımlılığı

ve Alkolizm Kurumu ve Amerikan Tıp Birliği tarafından kabul edilmiş ve yayılmıştır (Marlatt, 1983). Alkolizm konusundaki tartışmalara ve daha kesin sonuçlar elde edilmesi gerekliliğine rağmen bağımlılığın hastalık olarak görülmesi, yani hastalık modeli, bağımlılık uzmanlarının büyük bölümü tarafından sosyal, ekonomik veya sağlıksal işlevlerin giderek artan bir şekilde kötüleşmesine neden olan kronik madde bağımlılığı örüntülerini anlamak için kullanılabilecek en iyi paradigma olarak kabul edilmektedir. Smith, Milkman ve Sunderwirth, 1985).

Bağımlılık davranışlarının tanımına sadece uyuşturucu ve alkolü değil, aşırı yemek yeme, cinsel aşırılık ve aşırı kumar gibi davranışların da eklenmesi gerektiği fikrindeyim. Dramatik duygudurum değişimlerinin yanı sıra bu aşırı davranışların kontrol kaybı, zorlama gibi hastalık-benzeri özellikleri de vardır ve birey bariz kendilik yıkıcı sonuçlara rağmen bu davranışlara devam eder.

Bazı faaliyetlere yoğun ve sık bir şekilde katılmakla kompülsif ve kontrolsüz olmak arasında ince bir çizgi vardır. Örneğin Vaillant (1983, s. 309) "alkol kullanımının alkolizm sayılma seviyesine geldiği kesin nokta, sarı rengin renk spektrumunun hangi noktasında yeşile döndüğü konusu kadar belirsizdir ve her zaman öyle olacaktır" açıklamasını yapmaktadır. Vaillant normal şekilde içki içen bir bireyin fizyolojik ve psikolojik açıdan içkiye bağımlı hale geldiği tetikleyici noktayı belirlemenin imkânsız olduğunu söylüyor. "İçki içmeye başladığınız ve içmeyi kestiğiniz zamanın sürekli sizin kontrolünüz altında olmadığı durumda bir alkoliksiniz demektir" (O'Reilly, 1983). Aynı mantık aşırı yemek yeme, cinsel aşırılık, kumar ve başka birçok bağımlılık davranışına uyarlanabilir.

İçki ve uyuşturucu bağımlılığı benzer farmakolojik temellere dayandıkları için literatürde birbirleriyle bağlantılandırılmıştır. Psikiyatristler, sosyal görevliler, danışmanlar, psikologlar ve diğer zihinsel sağlık profesyonelleri genellikle tek bir bağımlılık davranışı üzerinde uzmanlaşmışlardır; bunlardan çok azı terapi ve araştırma çalışmalarını, bu hastalıkların bir veya

iki tanesinden fazlasını kapsayacak şekilde genişletmişlerdir. Buna ek olarak bu alanda çalışan uzmanlar birbirlerinden izole şekilde çalışmışlar ve terapi ve araştırma konularında nadiren iletişim kurmuşlardır. Bağımlılık davranışları ile ilgili ortaya çıkan kavramsa, bu görünürde farklı olan sorunların bazı muhtemel ortak noktaları olabileceğine işaret etmektedir. İçki, uyuşturucu, kumar, cinsel aşırılık, aşırı yemek yeme, aşırı para harcama, mağaza hırsızlığı ve bağımlılık içeren ilişkiler arasında bazı paralel özellikler bulunabilir.

Bağımlılık davranışı kendine ait bir "yaşamı" geliştirdiği için giderek artan bir hastalık olarak görülebilir. Ancak hastalığın altında yatan patolojinin de göz önüne alınması gerekmektedir. Bağımlılık davranışları gösteren hastalar çeşitli tanı kategorilerine dahil edilebilirler. Bu hastalardan büyük bir çoğunluğu Masterson (1972, 1976, 1981) ve Kernberg'in (1975) de belirttiği gibi borderline kişilik bozukluğu arz etmektedir. Borderline hastaların aşırı davranışları çok çeşitli olsa da, hepsinin altında yatan patoloji veya yapı aynıdır. Hem Masterson (1976) hem de Kernberg (1975) borderline patolojinin alkolizme etkisinden bahsetmişlerdir. Bu tarihlerden daha öncesinde Otto Fenichel'in (1945) öncü çalışmaları ile, çatışmalarını alkol ve uyuşturucu kullanımı ile eyleme vuran ama aynı zamanda "madde kullanımı içermeyen bağımlılıklardan" da muzdarip olabilen (aşırı kumar, kleptomani, aşırı yemek yeme ve "sevgi bağımlılığı") bireylerden oluşan bir "içgüdü sürümlü karakterler" tanı kategorisi tanımlama girişimde bulunmuştu.

Vaillant bağımlılıkla ilgili vaka yazılarında (1983) sosyopatinin ve buna bağlı davranışsal sorunların, bu bireylerin acı verici duygulanımları, özellikle de depresyon ve anksiyeteyi tolere etmekte yaşadıkları büyük zorluklara işaret eden savunmalar ve semptomlar olduğu sonucuna varmaktadır. Khantzian'ın vardığı sonuçlar da Vaillant'ınkilere benzerdir (1974, 1975). Khantzian hem kompülsif davranışların hem de bağımlılığın saldırganlık, anksiyete ve özellikle de depresyon sorunlarına yakından bağlı oldukları sonucuna varmıştır; eroin bağımlılarını tanımlarken anne-çocuk ilişkisindeki yok-

sunluk veya aşırı müsamahanın erken yaşlarda ego bozulmalarına neden olabileceğini ve bunun ileride bağımlılık sorunlarına yol açabileceğini söylemiştir. Khantzian ayrıca (1980) birçokları için aşırı alkol kullanımının ego kusurlarının belirtilerinden biri olduğunu ve dürtü kontrolü eksikliği içerdiğini söylemektedir.

Khantzian (1980), Tyndel tarafından yapılan 1.000 alkolik hastanın psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulduğu çalışmayı anlatmaktadır. Tüm hastalarda ya psikiyatrik bozukluklara, ya kişilik bozukluklarına ya da her ikisine rastladı ve alkolizmin psikopatolojik süreçlere ve bunlarla bağlantılı sosyal zorluklara bağlı uzun süreli rahatsızlıklarla başa çıkma girişimlerinden doğduğu sonucuna vardı.

Borderline hastaların dürtü kontrolü eksikliği ve engellenmeye karşı zayıf tolerans gibi ego kusurları vardır ve bunlar sık sık yemek yeme bağımlılığı şeklinde ortaya çıkar. Aşırı yemek yemek çok karmaşık bir obsesif-kompülsif bağımlılıktır. Yemek uyuşturucular, alkol, tütün veya kumardan daha fazla bağımlılık yaratabilir ve en az onlar kadar da yıkıcı olabilir. İnsanlar yemek yemeden yaşayamayacakları için yemek yeme bağımlıları her yemek yediklerinde bağımlılığa geri dönme tehlikesi içindedirler.

Rubin (1978) aşırı yemek yiyen kişilerin kendinden nefret, çaresizlik ve kızgınlık sorunları yaşadıklarını söylemiştir. Kızgınlık ile başa çıkmaktaki zorluğun hem aşırı yemek yiyenler hem de alkoliklerin ortak sorunu olduğunu (1970), her iki grubun da belirgin şekilde kızgın fakat kızgınlıkları veya bununla nasıl başa çıkılabileceği ile ilgili çok düşük farkındalığı olan bireylerden oluştuğunu ifade etmektedir. Her iki grup da duyguları uyuşturmaya çalışmakta, bir grup bu amaçla alkol kullanırken diğeri yemek kullanmaktadır. Rubin, bastırılmış kızgınlığın, bağımlılıkta önemli bir rol oynadığını ve durumun kökeninin genellikle erken yaşlarda deneyimlenen karmaşık aile ilişkilerine dayandırılabileceğini düşünmektedir.

Obezitenin duygusal yönleriyle ilgili bir tartışmada Hamburger (1951) dört aşırı yemek yeme tipi bildirmiştir. Bir grup

yalnızlık, anksiyete ve can sıkıntısı gibi spesifik olmayan duygusal gerginliklere tepki olarak aşırı yemek yer. Bir diğer grup kronik gerginlik ve engellenme hallerinde aşırı yemek yiyerek tepki vermekte, yemeği hoş olmayan veya tolere edilemeyecek durumlarda bir tatmin (gratifikasyon) nesnesi olarak kullanmaktadır. Üçüncü gruptaki bireylerde aşırı yemek yemek altta yatan duygusal bir rahatsızlığın semptomuyken, dördüncü grupta ise aşırı yemek yeme oranları artık bağımlılık denebilecek kadar yükselmiştir ve bağımlılığa özgü kompülsif ve yoğun yemek yeme arzusu mevcuttur.

Stunkard (1959) aşırı yemek yeme sendromunu, çok miktarda yemeğin kısa bir zaman içinde ani ve kompülsif şekilde tüketilmesi şeklinde tanımlamaktadır; bunu genellikle heyecan ve bireyin kendi kendini kınaması ve yargılaması izler. Bruch'un (1973) vardığı sonuçsa obezitenin kişilik ve gelişimsel sorunlara doğrudan bağlı olduğudur; Bruch bu hastaların sürekli bir yalnızlık duygusundan muzdarip olduklarını ve duygusal durumların aşırı yemek yemeye başlamak için birer tetik teşkil ettiklerini söylemektedir.

Browning (1985) Bulimia hastalarını tanımlamakta ve aşırı yemek yeme gibi obsesif semptomların ikincil şekilde otonom olmaya eğilimli olduklarını, yani hasta başlangıçta aşırı yemek yemeye, bir çatışmaya çare olması umuduyla başvurmakta ama daha sonraları aşırı yemek yeme o çatışmadan bağımsız şekilde devam etmektedir. Tüm bağımlılık faaliyetlerinde olduğu gibi aşırı yemek yeme aktivitesi sırasında bilinç durumu değişir ve içsel gerilim azalır. Yemek yeme faaliyeti ve bunun o anda ürettiği duygu bir anestezi etkisi yapar. Kısa bir süre için duygular kaybolur, sadece bir hissizlik ve rehavet mevcuttur. Sonra kompülsif arındırma başlar, hasta kusar, kendini aç bırakır, müshil veya diüretik ilaçlar kullanır ve kendini daha rahatsız hisseder, bunu utanç, kendinden nefret, pişmanlık duyguları ve muhtemel fizyolojik komplikasyonlar takip eder.

Aşırı yemek yeme obeziteye neden olduğunda kısa süreli kilo değişiklikleri elde etmek nispeten kolaydır. Ancak asıl sorun bu kilo kaybının kalıcı bir iyileşmeyi temsil edip etmediği-

dir. Kilo yönetimi ile ilgili neredeyse tüm çalışmalarda iyileşmenin ileri dönemlerinde problemler yaşandığı bildirilmektedir. Kilo kontrolü ile ilgili literatürde en çok atıfta bulunulan beyanlardan bir tanesi şudur: "Obez bireylerin çoğu obezite terapisine devam etmezler. Terapiye devam edenlerin çoğu ise kilo kaybetmezler, kilo kaybedenlerinse çoğu kiloları geri alır" (Stunkard & McLaren-Hume, 1959, s.79).

Bruch (1973) psikoterapinin yanı sıra psikolojik desteğin de her türlü rejimin gerekli bir parçası olduğunu ve bunun en iyi şekilde Weight Watchers (Kilo Nöbetçileri -Amerika'daki obezite destek gruplarından biri) ve diğer gruplar gibi grup yaklaşımlarında uygulanacağını önermektedir. Adsız Alkolikler organizasyonunun başarılı prensiplerini uygulayan bir kendi kendine yardım grubu olan Adsız Aşırı Yiyenler aşırı yemek yemeyi bir hastalık olarak kabul etmekte ve iyileşme için bireylere destek ve ümit vermektedir (Adsız Aşırı Yiyenler, 1980).

Duygudurum değişikliği sağlayan ve genellikle zarar verici ve yıkıcı olan aşırı cinsel davranışlar dürtü kontrolü eksikliğini gösteren ego kusurlarının bir başka belirtisidir; bu davranışlar birincil olarak hoş olmayan duygulanımlar, çatışmalar, acı verici hatıralar ve terk depresyonundan kaçmak ve bunları maskelemek amacıyla yapılır. Carnes (1983) cinsel bağımlılığın terk edilme korkusunun temelinde yatan davranış olduğunu belirtmektedir. Carnes bu hastaları inkâr eden, gerçeği çarpıtan, sorunları görmezden gelen ve kendilik yıkıcı, dürtüsel hareketlerde bulunan bireyler olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlar Masterson'un borderline hastalarla ilgili açıklamalarıyla (1976) benzeşmektedir.

Diğer bağımlılık davranışlarında olduğu gibi bu faaliyet de zamanla bağımsız hale gelir ve kişilerarası ilişkilerde zorluklar, anksiyete, depresyon ve daha fazla komplikasyon gibi ilave sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Kumar oynamak, mağaza hırsızlığı ve aşırı para harcamak gibi her tür kompülsif davranış sık sık cinsel bağımlılık senaryosuna dahil olurlar (Miller, 1980). Fiziksel şiddet de bastırılmış gerilimi boşaltmanın bir

yoludur ve Carnes'ın (1983) bildirdiğine göre cinsel tacizin mevcut olduğu ailelerde sık sık uygulanır.

Alkol bir alkolik için veya eroin bir uyuşturucu bağımlısı için ne kadar kendinden geçirici ve bağımlılık yaratıcı ise cinsel ilişki ve duygudurum değişikliğine yol açan deneyim dahil olmak üzere bütün cinsel epizodun ritüeli, uyarılma ve heyecanı da savunmacı cinsel davranışlar gösteren hastalar için o kadar kendinden geçirici ve bağımlılık yaratıcıdır. Hastalar "Hızlı bir düzelme" aramaktadırlar. Bu deneyimin tümünün çekiciliği, cinsel bağımlının ümitsizlikten kısa süreli neşe ve mutluluğa giden döngüden geçmek için ihtiyacı olan şeyi sağlamasıdır. Bağımlı kişi bir başka insanla bağlantı kurmak, onunla birleşmek, kaynaşmak ve bir olmak, bu şekilde de içsel duygusal uçurumunun boşluğunu doldurmak ve acıyı ortadan kaldırmak istemektedir. Peele ve Brodsky (1975) ilişkiler ve sevgiyle ilgili bağımlılıklar üzerinde durmuşlardır. Kişilerarası sevgi, yani "insan bağımlılığı", en yaygın ama en az tanınan bağımlılık türlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalar ilişkilerini sanki alkol veya uyuşturucuymuş gibi kullanırlar. Bazı hastaları içmeye veya uyuşturucu kullanmaya iten ihtiyaçlar sevgi bağımlılığını da güden ihtiyaçlardır ve bu bağımlılığın sonucu da sık sık acı verici ve yıkıcı olur.

Carnes (1983) birden fazla bağımlılığı olan ve cinsel bir aşırılıktan hemen sonra depresyondan kaçmak için bu kez de aşırı yemek yiyen hastalardan bahsetmektedirler. Cinsel eyleme vurumun neden olduğu ilave duygular ve çatışmalar uyuşturucu, yemek, alkol veya kompülsif para harcama gibi başka bağımlılıklara yol açabilir. Genellikle inkâr edilen yıkıcı döngü, rahatsızlık ve stresle ateşlenerek tekrar tekrar yinelenir.

Şu ana kadar bilinen en yaygın bağımlılık kombinasyonu cinsel bağımlılıkla alkol veya uyuşturucu bağımlılığı kombinasyonudur. Birçok araştırmacı cinsel aşırılığı, hatta ensesti alkolizme dayandırmaktadır.

"Alkolizm ensest yapan deneklerde yaygın olan bir başka özelliktir ve sık sık ensest davranışlar ile bağlantılandırılır" (Herman, 1981, s. 76). İşin aslı şudur ki alkolizm, bağımlılığın

nedeni olmaktan çok bağımlılıkla eş zamanlı olarak yaşanan bir hastalıktır. Birçok alkolik bir bağımlılığın tedavi edilmesinin diğer bağımlılığı da tedavi etmediğini fark etmiştir. İki bağımlılık arasındaki etkileşimi kanıtlayan sayısı gittikçe artan belgeler (Carnes, 1983) mevcuttur. Alkolizmin ve diğer bağımlılık davranışlarının tekrarlamasına neden olan en önemli ama henüz tam olarak farkına varılmamış ve kabul edilmemiş etkenlerden biri birden fazla bağımlılığı tedavi etmeye yönelik tedavi yaklaşımlarının ve programlarının başarısız olmasıdır. Bağımlılıktan kurtulma yolunda olan birçok alkoliğin bildiği gibi alkolden vazgeçen birey genellikle bu bağımlılığın yerine bir başka bağımlılığı koymaktadır. Alkol bırakıldığında aşırı yemek yeme ve başka kompülsif faaliyetler başlayabilir.

BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARININ ALTINDA YATAN BİR ETKEN: ENSESTİN ÖZEL ÖNEMİ

Terapistler zaman zaman borderline hastaların bağımlılık davranışlarının altında yatan önemli bir etkeni hastanın çocukluğunda yaşadığı cinsel taciz deneyimlerini gözden kaçırmaktadırlar. Borderline hastaların çocukluklarında sık sık çocuk tacizi ve enseste maruz kaldıkları görülür; bu durum gelişimsel süreçlerine daha da zarar vermiş ve aksamasına yol açmıştır. Dolayısıyla zaten problematik olan borderline bireyin psişik yapısına ilave yaralar, zedelenmeler ve acı verici pekiştirme ve suçu yükleyecek günah keçisi arama deneyimleri yüklenir. Carnes'ın (1983, s. 77) dediği gibi "Herhangi bir cinsel kompülsiyonun mevcudiyetinin çocuklar üzerinde bir etkisi vardır ve bağımlılığa karşı bir incinebilirlik yaratır."

Sayısız araştırma, çocukluk yaşlarında maruz kalınan cinsel tacizin yıkıcı sonuçlarını desteklemektedir. Butler (1978) ergenlik çağındaki alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı, intihar ve evden kaçma davranışlarının daha derin ve daha acı verici bir sorunun semptomları olduğu sonucuna varmıştır. Butler, geriye dönük yapılan birçok çalışmanın ergenlik çağındaki eyleme vurumların büyük bölümünün gözden kaçırılan veya görmezden gelinen bir acıdan kaynaklandığına işaret ettiğini söy-

lemektedir. Benward ve Densen-Gerber (1975, s. 6) bu konuda hemfikir olarak New York City'de yürütülen bir uyuşturucu programın sonuçlarından bahsetmektedirler. Bu sonuçlara göre: Rehabilitasyon merkezine gelen kadın bağımlıların %44'ü ensest saldırısına uğramışlardı. Weber (1977, s. 65) tarafından Minneapolis'te yürütülen bir çalışmanın sonuncuna göre hayat kadını olarak çalışan kadınların % 75'inin ensest saldırıların kurbanı oldukları ortaya çıkarılmıştı.

Herman (1981) ensest kurbanlarının % 60'ının yetişkin yaşamlarında majör depresif semptomlardan şikâyetçi olduklarını ve % 20'sinin de alkolik veya uyuşturucu bağımlısı oldukları dönemler geçirdiklerini ortaya çıkaran bir çalışmayı rapor etmektedir. Bu bireylerden çoğu uyuşturucu kullanma epizotlarını yalnızlık ve depresyon duygularından kaçmak için yapılmış etkisiz girişimler olarak tanımlamışlardır.

Bugün artık çocuk cinsel taciz vakalarının daha önce sanıldığından çok daha fazla olduğu anlaşılmış durumdadır. Butler (1978, s. 15), California'nın San Jose şehrinde başlatılan Çocuk Cinsel Taciz Tedavi programının kurucusu olan Dr. Henry Giaretto'nun çocukların aile bireyleri ve diğer akrabalar tarafından cinsel tacize uğraması olayının salgın hastalık oranlarında yayılmakta ve artmakta olduğuna inandığını bildirmiştir. Butler (1978, s. 16) ayrıca ensestin yayıldığını destekleyen Landis ve Peters'in çalışmalarına atıfta bulunmaktadır. Landis, bir anketi cevaplayan 1.800 üniversite öğrencisinden üçte birinin hayatlarının belli bir yerinde cinsel tacize uğradıklarını bildirmektedir; Peters ise cinsel tacize uğrayan çocukların yarısının tanıdıkları ve güvendikleri bir yetişkin tarafından taciz edildikleri sonucuna varmıştır.

Çocukluk yaşlarında cinsel tacizin yaygın olmasına rağmen, terapistler sık sık bu tacizin farkına varmamaktadırlar. Bu farkındalık olmadan bazı bağımlı borderline hastaların tedavisi sınırlı olabilir. Terapistler sık sık enseste, tacize veya fiziksel şiddete maruz kalmış fazla hastayla karşılaşmadıklarını söylerler. Bunun nedeni hastaların bu tacizlere maruz kalmamış olmaları değil, terapistlerin bu sorunları gözden kaçırmaları, in-

kâr etmeleri veya görmezden gelmeleri de olabilir. Terapistler bu konularla ilgili rahatsızlık verici hislere sahip olup konudan kaçınıyor veya gerekli eğitimi almadıkları için kendilerini hastaya yardımcı olmaya hazır hissetmiyor olabilirler.

Terapistler sık sık hastanın geçmişini öğrenirken bu konuyu dahil etmeyi ihmal ederler. Bazen hastanın verdiği ipuçlarını kaçırabilir veya terapinin ilerleyen evrelerinde geçmişteki ensest deneyimlerine işaret eden göstergeleri tanımayabilirler. Birçok terapist bu konunun içerdiği utanç, suçluluk, bastırma ve inkâr duygularının dinamiğini anlamıyor olabilir. Ayrıca yıllarca süren gizlilik ve izolasyonun hastayı bu deneyimler ve bağlantılı duygularla ilgili konuşmaya -hatta bunları hatırlamaya - isteksiz veya aciz hale getirdiğini anlamazlar. Bu hastalar bu deneyimleri kendiliklerinden hatırlamadıkça aynı deneyimleri tekrar tekrar yineleme kompülsiyon hissedecekler ve acı verici hatıraların eşdeğerlerini davranışsal olarak eyleme vurmaya devam edeceklerdir.

Hasta ensestin sonuçları ile özdeşleşmeyen veya bunları anlamayan bir terapiste görünmeye başladığında bu ihanet, acı ve güvensizlik deneyimleri pekişir. Bağımlılık davranışları, sık sık hastanın acı verici deneyimlerden kaçınmak ve bu olaylarla bağlantılı duyguları hissetmemek için kullandığı inkâr araçlarıdır. Terapistlerin bu hastaların alkol veya uyuşturucu kullanımı, aşırı yemek yeme, aşırı derecede az yemek yeme, bulimiaya bağlı boşaltma hareketleri veya bir veya daha fazla partnerle girdikleri kompülsif cinsel davranışlarla geçmiş bir cinsel travmayı bir yandan tekrar canlandırıp diğer yandan inkâr edip etmediklerini kendi zihinlerinde sorgulamaları gerekmektedir.

Ayrıca birçok vakada kilo sorunu geçmişteki ensest deneyimlerinin merkezi fiziksel belirtisidir. Terapi sırasında hastalar şu düşünceleri ifade etmişlerdir: "Yağlarım beni koruyorlar. Beni cinsel duygularımdan, anılarımdan ve korkularımdan ayırıyorlar. Kendimi şişman ve cazibesiz halde muhafaza edebilirim ve geçmişten gelen korkularımla uğraşmak zorunda kalmam". Bağımlılık davranışları gösteren borderline hastalar için geçmişte maruz kaldıkları cinsel tacizi hatırlama ve buna bağlı

duyguları hissetmeye karşı kendini savunma ihtiyacı bir terk depresyonunu hissetmek ve hatırlamaya karşı savunma yapma ihtiyacı ile bağlantılı hale gelir.

Birçok terapist, gerçek bir cinsel ilişki yaşanmasa bile bu hastaların deneyimlediği başka birçok zarar verici cinsel etkileşimler, davranışlar ve belirgin olmayan örüntüler olabileceğini anlamamaktadırlar. Örneğin Butler (1978, s. 5) ensestin sözlük tanımı olan "evlenmeleri yasak olan yakın aile bireyleri arasında meydana gelen cinsel ilişki" tanımını kullanmamakta, onun yerine ensesti çocuğa dayatılan ve duygusal, fiziksel veya cinsel travmaya neden olan herhangi bir cinsel faaliyet olarak tanımlamaktadır.

Bu deneyimler hastanın gelişimi, kendilik imgesi, kendine olan saygısı, cinselliği ve gelecekte yakın ilişkiler kurma potansiyeline nüfuz eden kötücül tohumlar ekerler. Yetişkinler dürtülerini kontrol edemeyip çocuklarını korumadıkları, onun yerine cinselliklerini çocuğa dayattıkları zaman çocukla anne baba arasındaki güven harap edici, yıkıcı ve geri alınamaz şekilde kaybolur. O noktada çocuğun psişesine yaralayıcı bir etki dağlanmış olur ve bu da sağlıklı kendiliğin gelişimini engeller ve aksatır. Tacizciyle çocuk arasında rehineyle onu tutsak eden kişi arasındakine benzeyen ama daha temel ve etkileri çok daha harap edici ve uzun süreli olan çok kompleks bir bağ oluşur.

Çocuklar uğradıkları ihanetin gerçekliğini algılamaktan acizdirler. Yetişkinin davranışını anlayamaz veya değiştiremezler. Çocuk kavramlaştırma yaparak güvendiği tacizcinin hasta, bencil ve sadece kendi çıkarını düşünen, sömürücü, acımasız ve sevmekten aciz biri olduğu sonuçlarına varamaz. Onun yerine duygusal olarak hayatta kalabilmek için bu çocuklar gerçeği çarpıtırlar ve kendilerinin kötü olduğuna ve bu tacize kendilerinin neden olduğuna inanırlar. Suçun, kusurun ve sorumluluğun kendilerinde olduğuna inanırlar. Kurbanlar iyileşmemiş yaralar ve acı, korku, utanç, aşağılanma ve saklanan sırrın yükü ile baş başa kalırlar. Kendinden nefret etme, şüphe duyma ve kınama duyguları ile boğulurlar.

Bu hastalar, "Neden bunların olmasına izin verdim? Bunlar gerçekten oldu mu? Yoksa bunları uyduruyor muyum? Neden itiraz etmedim? Benim suçumdu. Ben kötü, kusurlu, farklı, hasarlıyım" gibi acı verici sorgulamalarla dolu kendilerine ait bir içsel dünyada yaşarlar.

Kendilerinden nefret dolu halde, kendilerini yalnız ve değersiz hissederler. Çifte hayat sürmeye, geçmişleriyle ilgili konuşmayıp olanları saklamaya mecbur kalırlar, bu nedenle günlük hayatlarında kendilerini uyumsuz ve yalancı, dürüst olmayan biri gibi hissederler. Farklı iç ve dış görünüşler gelişmeye başlar, bu şekilde gerçek kendiliğin gelişmesi ihtimali de gittikçe azalır.

Kendilerine ihanet edenlere duydukları inancın kaybı, onları korumakla görevli olan kişiler tarafından terk edilmek, deneyimlenemeyecek kadar acı vericidir ve çatışmalı duygulara karşı ümitsizce bir savunma yapılmaya başlanır. İlkel savunmalar güçlenir ve eyleme vurma, bölünme ve gerçekler yerine bir fantezi dünyasında yaşamaya doğru bir baskı başlar. Çocuğun ihanete uğrama ve terk edilme duygusu derinleşir ve varsa borderline dinamikleri yoğunlaşır.

Bu yetişkin hastalar için çocukluklarında yaşadıkları acı verici deneyimler yetişkinlik hayatlarının içine örülüdür. Terapistler bağımlı borderline hastaların gizli duygusal yara izlerini ve berelerini görmeyi, sadece konuşulan sözcükleri değil, dile getirilmeyen daha derin mesajları duymayı öğrenmek zorundadırlar. Ancak o zaman hastaya, bağımlılık davranışlarına katkıda bulunan o bulanık ve gömülü acı verici anıları ve duyguları ifade etmesi ve bunları çözümlemesi için yardımcı olabilirler.

BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARI İÇİN TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Ego kusurları, terk depresyonu ve terk depresyonuna karşı geliştirilen savunmalar, özellikle de inkâr, genellikle sorunun temelini oluşturan öğelerdir ve bu öğeler borderline hastalarını bağımlılığa daha eğilimli hale getirirler. Bağımlılık sorunu

olan hastalar sıklıkla inkâr taktiğini kullanırlar, bazıları da bunu yaparken oldukça ikna edicidir. Terapistlerin bağımlılık davranışlarını tespit etmek, bunların farkına varmak ve tanılamak konusunda zorluk yaşamalarının sebeplerinden biri de budur. Hastaların terapiste başvurup "Ben bir alkoliğim. Lütfen bana yardımcı ol" dedikleri çok nadirdir. Bazen hasta aşırı içki içmenin neden olduğu uykusuzluk, ishal, mide bozukluğu ve huzursuzluk gibi semptomlardan şikâyet eder ama terapist semptomlarla bunlara neden olan kaynak arasında her zaman bağlantı kuramayabilir. Hastanın kendi durumunu doğru ve açık bir şekilde anlatması beklentisi içinde olan terapistler genellikle hastanın sakladığı bilgilerden dolayı kandırılır. Terapist hastanın kendisine sunduğu bilgilerin ötesine bakmalı, daha derine inmelidir. Bu hastalar gerçeği inkâr etmekte, işlevselliği bozuk, uyumsuz hayatlarını ve bu hayatın onlara getirdiği acıları görmekten kaçınmaktadırlar. Terapistler, bu hastaların anlatımlarının tamamen doğru ve eksiksiz olmadığını, yalan söylüyor veya durumlarını inkâr ediyor olduklarını ve semptomlarını anlatma konusunda güvenilir olmadıklarını anlamak için son derece uyanık ve kuşkucu olmalıdırlar. Birçok hasta acı verici duyguların farkında değildir, çünkü zaten davranışlarının amacı bu duygulardan kaçmaktır. Eyleme vurum davranışlarının amacı hastanın içgözlem yapmaktan, anılarından ve duygularından kaçınmasını sağlamaktır.

Birçok hasta terapiye geldiklerinde bağımlılık davranışları henüz tamamen gelişmiş veya aleni değildir, bu yüzden hastanın durumunun farkına varılması ve hastaya tanı konulması ilk evrelerde zor olabilir. Doktorlar tarafından muayene edilen alkoliklerin yarısından fazlasına tanı konulmamaktadır (Vaillant, 1983, s. 295). Alkolizmin doktorlar, psikologlar veya başka profesyoneller tarafından tanılanması ihtimali yüksektir (Brown, 1985, s. ix). Bu profesyonel kişilerden birçoğu ancak çok bariz alkolik stereotiplerini tanı koyabilmekte ve alkolikliği daha az bariz olan kişiler söz konusu olduğunda terapistin alkol kullanımı hakkındaki inançları veya davranışları da yapılan değerlendirmeyi etkilemektedir. Sadece alkolikler üzerinde ça-

lışan Tiebout (1951) psikiyatrinin alkol sorunları ile ilgili olarak başarısızlığa uğradığını ve semptomların sebeplerini araştırmanın uygun olmadığını söylemiştir. Dürtüsel sorunlara en faydalı terapötik yaklaşım, hastanın içki içmemesi yoluyla kontrol elde etmek amacıyla semptomların kuvvet derecesine odaklanmaktır.

Tam olarak zirveye ulaşmamış olanlar dahil, tüm bağımlılık davranışları terapistler tarafından ciddi, problematik ve yıkıcı bir olgu olarak görülmelidir. Hastalar "sadece birkaç kadeh içtim"; "bir tane marihuana içtim"; "perhizden azıcık şaştım"; "Valium gerçekten de yardımcı oluyor" gibi söylemlerde bulundukları zaman birçok terapist naif davranarak bunlara inanmaktadır.

Psikiyatristler bazen hastanın anksiyetesini veya depresyonunu hafifletmek için bağımlılığa çok eğilimli bir kişiye,alkol veya uyuşturucu kullanıp kullanmadığını sorgulamadan bağımlılık yapan ilaçlar vermektedirler. Hastalar örneğin amfetamin, sakinleştirici veya hipnotik ilaçlar alabilirler ve bunlara bağımlı hale gelebilirler veya bu ilaçlar zaten var olan bir bağımlılığın daha kötü hale gelmesine neden olabilirler. Aşırı içki içen bir hasta bu tarz bir ilaç aldığı zaman alkol alımı azalmaz ama onun üzerine ilaç bağımlılığı da oluşabilir. Bu şekilde terapist hastanın kendilik yıkıcı davranışlarını, inkâr ve patolojisini desteklemiş olur.

Kernberg (1975), merkezi sinir sistemine etki yapan herhangi bir ilacın uzun vadeli psikanalitik psikoterapiye uygun olmayacağına dikkat çekmektedir. Kernberg hastaların, özellikle de alkol ve uyuşturucu sorunu olan hastaların, semptomları kendi başlarına kontrol etmeyi öğrenme, anksiyete ve depresyon seviyelerini idare etme, bu sorunlara uygun şekilde tepki verme ve psikolojik açıdan dikkatli ve tetikte olma konularında sorumluluk almaları gerektiğini söylemektedir. İncelediği borderline hastaların çoğunda sakinleştirici ilaçların gerekli görülmediğini de eklemektedir.

Eyleme vurum davranışları terapistler için rahatsızlık verici olabilir ve terapistin karşı aktarım duygularını tetikleyebilir.

Terapist sinirli, saldırgan davranarak veya geri çekilerek hastaya karşı eyleme vurum davranışlarında bulunabilir. Aşırı içki içen hastalarda terapistin saldırganlığı terapiye zarar verecek derecede harekete geçebilir (Silber, 1959). Terapist, yaşadığı engellenme duyguları nedeniyle hastanın eyleme vurumuyla başa çıkmak için daha uygun bir teknik olan yüzleştirme tekniği yerine *kendi* duygularıyla başa çıkmak için yorumlama tekniğini kullanır hale gelebilir.

Bazı terapistlerin kendi bağımlılık sorunları da olabilir ve hastanın davranışlarının yıkıcılığını inkâr edebilirler. Terapist kendi aşırı davranışlarını inkâr etmekte olduğu için bu davranış örüntülerinde yatan yıkıcılığı görmekte zorluk yaşayabilir ve hastanın eyleme vurumuna katılabilir veya buna göz yumabilir.

Bu hastalar, bağımlılık davranışlarını kesene kadar sorunlarıyla başa çıkamayacaklardır. Terapinin başında bağımlılık davranışları ilk odaklanılması ve önem verilmesi gereken konudur ve hastanın içki içmemesi ve ayık kalması terapötik sürecin birincil hedefi olmalıdır. Daha önce de bahsedildiği gibi, bu alanlardaki sorunlardan biri alkolizmi bir hastalık olarak görenlerle psikiyatrik medikal modeli savunanlar arasındaki görüş farkıdır. Psikiyatrik medikal modeli savunan grup bir semptomun nedenlerini araştırır ve bunun sonucu olarak içki içmek veya uyuşturucu kullanımı gibi semptomların kuvvetini azaltabilir.

Birçok klinisyen bu konuya siyah beyaz yaklaşımı göstermekte, ya bir tarafta ya da diğer tarafta olmaları gerektiğini düşünmektedirler. Benim görüşüme göre bu probleme gri tonlarda bakılmalı, böylece sorunun içerdiği tüm yönler görülmelidir. Alkolizm belirgin olmayan semptomlar ve adım adım ilerleyen bir gidişatı olan bağımlılık hastalığıdır ve bir süre sonra kendi başına, bağımsız bir mevcudiyet geliştirir. Depresyona, evliliklerin dağılmasına ve bireyin işsiz kalmasına neden olur. Ancak alkolizm gibi bağımlılık davranışları aynı zamanda daha derin sorunlara, altta yatan saklı psişik acılara işaret eden semptomlardır. Yapılan çalışmalarda elde edilen

sonuçlar ve kanıtlar önemli ego zedelenmeleri ve başka psikopatolojilerden şikâyetçi hastaların alkol sorunları yaşamaya daha eğilimli olduklarını göstermektedir. Ancak bu davranışların altında yatan acılar olduğunu anlamak ve bunu kabul etmek bu dürtüsel sorunların idare edilmesi için kullanılacak bir terapötik yaklaşımın gerekliliğini ortadan kaldırmaz. Bağımlılık davranışı, birincil odak noktası olarak görülmelidir. Aşırı içki içen bir borderline hastanın, veya aşırı içki içen herhangi bir hastanın tedavisinde yapılabilecek bir hata da, altta yatan psikolojik problemler tedavi edildikçe alkol bağımlılığının kendiliğinden azalacağını varsaymaktır.

Daha derin konular üzerine odaklanmak için bağımlılık davranışları semptomlarının ciddiyeti görmezden gelinmemelidir. Rahatsızlık verici, tekrarlanan ve aşırı davranışlarla terapinin başında, doğrudan ve kararlı bir şekilde yüzleşilmelidir. Terapinin başında, asıl sebepler birincil odak noktası olamazlar çünkü hasta eyleme vurum davranışlarını kesinceye kadar daha derin seviyedeki çatışmaları keşfetmeyi zaten başaramayacaktır. Ancak hasta eyleme vurmayı kestiği zaman daha önce bağımlılık davranışları tarafından maskelenen diğer karakterolojik ve semptomatik sorunlara cevap olacak müdahaleler kullanılması düşünülebilir. Bu yetişkin hastaların çocukluklarındaki acı verici deneyimler hayatlarının içine örülüdür. Terapi sırasında, terapist ancak aşırı kullanım davranışları durdurulduktan sonra bu davranışların arkasında yatan acı verici duygu ve geçmiş deneyimleri kabul etmesi ve keşfetmesi için hastaya yardımcı olabilir. Hastalar bu duygularla başa çıkmaya başladıkları zaman, bu süreç çok acı verici bir süreç de olsa, artık geçmişlerini tekrar tekrar canlandırmak ve yaşamak yerine o anın gerçeklerine dayalı sağlıklı, bilinçli seçimler yapabilmeye başlarlar. Zamanla hasta dürtü, düşünce ve hareket arasındaki farkları anlamaya başlar.

Bu terapötik yaklaşımda Masterson (1972, 1976, 1981) terapinin başında savunmacı davranışların ele alınmasına öncelik vermektedir. Empatik ve ısrarlı yüzleştirmelerin hedefi bu davranışları durdurmaktır. İnkâr edilen yıkıcılığa, sorunların geç-

mişine, davranışların sonuçlarına ve hastaların kendilerini nasıl tehlikeye soktuklarına dikkat çekilir. Yüzleştirmeler ve dürtülerin yıkıcı şekillerde ifade edilmesine konulan sınırlar hastaların yaptıkları aklileştirmelerin, inkâr davranışlarının ve o ana kadar farkına varmadıkları yıkıcı örüntülerin farkına varmasını sağlar.

Bağımlılık davranışları gösteren borderline hastaların terapinin erken evrelerinde terapiyi bırakması sık görülen bir durumdur. Birçok terapist terapötik bir ittifak sağladıklarını sanırlar ama aslında bu ittifak sağlanamamıştır; bazı terapistlerse bu ittifakı kurmanın imkânsız olduğuna karar verirler. Bazıları ise hastaların geleneksel bir terapötik ittifak kurmaya olan motivasyonlarını ve kapasitelerini göstermek için bağımlılık davranışlarını kesmelerini ve birincil savunmalarını ortadan kaldırmalarını beklerler, oysa borderline hastaların çoğu başlangıçta bu kapasiteye sahip değildir. Bu hastaların karşılarındakine duydukları güven seviyesi çok çok düşüktür, nesne ilişkileri zayıftır ve birincil savunmalarından biri de bölünmedir. Terapide karşılaşılan en büyük sorunlardan ve terapinin başarısız olmasının da birincil nedenlerinden biri, terapistlerin bir terapötik ittifakı başlatma, kurma ve bunu muhafaza etme sürecini anlamıyor olmalarıdır (Masterson, 1978, 1981).

Terapötik ittifak terapinin başında kırılgan ve hassas olduğu için psikoterapinin ilk hedefi bu ittifakı kurmak, kuvvetlendirmek ve terapi boyunca bunu muhafaza etmektir (Masterson, 1978, 1981). Masterson borderline hastanın kusurlu ayrılma-bireyleşme sürecini tamir etmeye yönelik spesifik bir psikoterapi yaklaşımı geliştirmiştir (1972, 1976, 1980, 1981, 1985). Bu yaklaşım bağımlılık davranışları sorunları olan borderline hastaların tedavisinde hastanın Adsız Alkolikler gibi grupların toplantılarına katılması ile birlikte son derece olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır.

Vaillant (1983), alkoliklerin genellikle alkolün yerine koyabilecekleri Adsız Alkolikler destek grubu gibi bir şeye ihtiyaçları olduğunu söylemektedir. Vaillant, "AA alkolizm tedavisinde en etkili yöntemlerden biridir ve Harvard'da okumuş so-

fistike müzmin yalnızlardan sosyal mavi yakalı çalışanlara kadar herkese faydası olmaktadır" demiştir. Vaillant alkoliklerin hayatlarının kontrolünü ele almalarının sadece gerekli değil, aynı zamanda mümkün de olduğunu ikna edici şekilde savunmaktadır.

Birçok terapist AA ile ilgili ayrıntılı bilgiye sahip değildir. AA'nın otoriter, bilimsel olmayan, yüzeysel ve aşırı dinci olduğunu ileri sürmektedirler. Hellman (1981), genellikle önyargılı olan bu düşüncelerin AA programının kompleks yapısını yansıtmadıklarını ve profesyonellerin AA'yı değersizleştirmelerinin ciddi bir sorun olduğunu, çünkü bu olumsuz yargıların zamanla hastalara da aktarıldığını söylemektedir. (Objektif olma amacıyla bazı AA savunucularının da psikoterapiye benzer bir önyargı ile yaklaştığını belirtmek gerekir. Alkoliklerin sorunlarına yeterli dikkat ve önem verilmesi sorunu ise her halükarda aynı kalmaktadır).

AA programının çerçevesi içinde sorumluluğun geliştirilmesi, özerk olmaya doğru ilerleme, duygusal büyüme ve adaptasyon üzerinde durulmaktadır. Brown (1985), alkolizm üzerine yapığı araştırmada Adsız Alkolikler'le psikoterapiyi birleştiren bir tedavi modeli tarif etmektedir. AA içki içme konusunda endişe duyan ve içki içmeyi kesmek isteyen herkese tavsiye edilmektedir. Hellman (1981), AA ile psikanalitik yönelimli terapi arasında temel bir karşıtlık olmadığı sonucuna varmıştır. Birçok vakada terapist AA'nın alkolizm ve bağımlılıklar konusunda öğrettiklerini başarıyla terapiye entegre etmekte, böylece hastalara savunmalarında kademeli değişimler elde etmeleri ve adaptasyonlarını geliştirmeleri için yardımcı olmaktadır.

Bağımlılık davranışlarının ayrı olgular olarak görülmek ve tedavi edilmek yerine daha geniş bir çerçevede değerlendirilmeleri gerekmektedir. Kronik bağımlılık oldukça fazla acıya neden olan bir şeydir. Terapist, yıkıcı davranışların kesilmesine yardımcı olabilir, hastanın bir destek grubuna katılmasını teşvik edebilir, uygun terapi metotlarını kullanabilir ve zamanla altta yatan çatışmalar ve depresyonun çözümlenmesini sağla-

yabilir. Tüm bu müdahaleler faydalı olma potansiyeli yüksek bir sonucun yolunu açar. Bağımlılık sorunları olan borderline hastaların terapi yolculuğu, hem terapist hem de hasta için zaman zaman zorlanma, zaman zaman başarılar içermesine rağmen, sonuçta değişim, büyüme ve iyileşme getirebilir.

REFERANSLAR

Benward, J., & Densen-Gerber, J. (1975). *Incest as a causative factor in antisocial behavior: An exploratory study.* New York: Odyssey Institute.

Boyer, L., & Giovacchini, P. (1967). *Psychoanalytic treatment of characterological and schizophrenic disorders.* New York: Science House.

Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery.* New York: John Wiley.

Browning, W. (1985). Long-term dynamic group therapy with bulimic patients: a clinical discussion. S. Emmett (Ed.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia.* New York: Brunner/Mazel içinde.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within.* New York: Basic Books.

Butler, S. (1978). *Conspiracy of silence: The trauma of incest.* San Francisco: Volcano Press.

Carnes, P. (1983). *The sexual addiction.* Minnesota: Comp Care Publications.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: W.W. Norton.

Frosch, J. (1967). Severe regressive states during analysis. *Journal of the American Psychiatric Association, 15,* 641-685.

Gunderson, J., & Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry, 132,* 1-10.

Hambifrger, W (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America, 35,* 483-499.

Hellman, J. (1981). Alcohol abuse and the borderline patient. *Psychiatry, 44,* 307-317.

Herman, J. (1981). *Father-daughter incest.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jellinek, E. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13,* 673-684.

Jellinek, E. (1960). *The disease concept of alcoholism.* New Haven, CT: College and Universities Press.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychiatric Association, 15,* 641-685.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Aronson.

Khantzian, E. (1975). Self-selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest, 36,* 19.

Khantzian, E. (1980). The alcoholic patient: An overview and perspective. *American Journal of Psychotherapy, 32* (1), 4-19.

Khantzian, E., Mack, J., & Schatzberg, A. (1974). Heroin use as an attempt to cope. *American Journal of Psychiatry, 131,* 160-164.

Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant.* New York: Basic Books.

Marlatt, G. (1983, October). The controlled-drinking controversy: A commentary. *American Psychologist,* pp. 1097-1110.

Masterson, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach.* New York: John Wiley; Brunner/Mazel, 1985.

Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1978). The borderline adult: Therapeutic alliance and transference. *American Journal of Psychiatry,* 135 (4), 437-441.

Masterson, J. with Costello, J. (1980). *From borderline adolescent to functioning adult: The test of time.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1981). *Narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1985). *The real self: A developmental, self, and objects relations approach.* New York: Brunner/Mazel.

Miller, P. (1979). Interactions among addictive behaviors. *British Journal of Addiction,* 74, 211-212.

Miller, W. (1980). *The addictive behaviors.* New York: Pergamon Press.

O'Reilly, J. (1983, April 25). New insights into alcoholism. *Time,* pp. 88-89.

Overeaters Anonymous. (1980). *Overeaters Anonymous.* Torrance, CA: Over-eaters Anonymous.

Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction.* New York: New American Library.

Rinsley, D. (1965). Intensive psychiatric hospital treatment of adolescents: An object relations view. *Psychiatric Quarterly,* 39, 405-429.

Rubin, T. (1970). *Forever thin.* Berkeley, CA: Berkeley Publishing Corporation.

Rubin, T. (1978). *Alive and fat and thinning in America.* New York: Coward, McCann & Geoghegan.

Sandler, J., Holder, A., & Dare, C. (1970). Basic psychoanalytic concepts. II: The treatment alliance. *British Journal of Psychiatry,* 116, 555-558.

Silber, A. (1959). Psychotherapy with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 129, 477-485.

Silber, A. (1974). Rationale for the technique of psychotherapy with alcoholics. *International Journal of Psycho-Analytic Psychotherapy,* 3 (1): 28-47.

Smith, D., Milkman, H., & Sunderwirth, S. (1985). Addictive disease: Concept and controversy. H. Milkman & H. Shaffer (Eds.), *The addictions: Multidisciplinary perspectives and treatments.* Lexington, MA: D.C. Heath, içinde.

Stunkard, A. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly,* 33, 284-292.

Stunkard, A., & McLaren-Hume, M. (1959). The results of treatment of obesity: A review of the literature and report of a series. *Archives of Internal Medicine,* 103, 79-84.

Szasz, T. (1974). *Ceremonial chemistry.* New York: Anchor Press/Doubleday.

Tiebout, H. (1951). The role of psychiatry in the field of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 12, 52.

Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism: Causes, patterns and paths to recovery.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Weber, E. (1977, April). Incest: Sexual abuse begins at home. *Ms.*

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-378.

24

OEDİPUS EFSANESİNDE SEMBOLİZE EDİLEN AYRILMA-BİREYLEŞME EVRESİ

Candace Orcutt, Ph.D.[*]

Tek bir sesi olan ama dört ayaklı ve iki ayaklı ve üç ayaklı hale gelen şey nedir?

Sfenks'in bu bilmecesi bize psikanalizin merkezine oturtulmuş olan benzetmenin, yani Oedipus Efsanesi'nin, insanın çeşitli yaşları ile ilgili bir yorum olduğunu dolaylı olarak açıklamaktadır. Burada yapmayı amaçladığım şey bu efsanenin daha derinlemesine anlaşıldığı zaman anlamının, Freud tarafından ana hatları çizilmiş olan Oedipus'la Jocasta'nın karşılaşmasının ötesine geçeceğini ve Oedipus'un Sfenks'le (farklı bir anne figürü) karşılaşmasına uzanacağını, bu şekilde de daha da erken yaşlardaki pre-ödipal çocuğun psişik hayatını aydınlatacağını göstermektir.

Freud bu efsaneyi ile kez *Rüya Yorumları* (1900) kitabında kavramlaştırmıştır. Freud, sanatçıların, rüya gören kişilerde olduğu gibi, bilinçaltına doğrudan ulaşabildiğine inanmıştır:

---

[*] Bu bölüm, Uluslararası St. Cristopher Üniversitesi Klinik Sosyal Çalışma alanında Felsefe doktora derecesi yeterliliği için yazılmış olan tezin bir kısmından bir takım düzenlemeler yapılarak adapte edilmiştir. (W.I., 1983.)

> Şair, geçmişi açığa çıkarırken Oedipus'un suçunu ortaya çıkarıyor ve aynı zamanda bizleri kendi zihinlerimizin içini tanımaya itiyor. Şairin anlattığı dürtülerin aynısı, bastırılmış olsalar da, zihnimizde mevcuttur. (s. 263)

Truva'nın yerini bulan Schliemann gibi, Freud da yeni bir yol açma dehasına sahipti ve onun ardından gelen bizler onun keşiflerini yeni seviyelere çıkarabiliriz.

Benim tezime göre, Oedipus'un Sfenks'le karşılaşıp bilmeceyi çözmesi; ilkel anne imgesi pahasına bebeklikteki ayrılma-bireyleşme deneyiminin ve kendilik duyusunun aktüalize edilmesinin efsanevi bir canlandırmasıdır. Oedipus ancak Sfenks'i geçerek baştan çıkarıcı Jocasta'ya kavuşabilirdi.

Nasıl Oedipus'un Jocasta'yla ilişkisinin temelinde annesiyle evlenmek isteği yatıyorsa, annesini öldürme (ve bunun sonucu olarak çocuğu öldürme) fantezisi de Sfenks'le karşılaşmasının temelinde yatmaktadır. Eğer çocuk ilkel anne algısını "öldüremez" ve psişik büyümesine devam edemezse, anne tarafından "yutulacaktır". Bu fantezi çocuğun bağımsız olma isteği ve annenin de onu serbest bırakmama isteği gibi temel-arzulardan kaynaklanmaktadır. Bu fantezi ayrıca, ayrılma anksiyetesinden kaynaklanan misilleme amaçlı öfke ve bu öfkenin anne imgesine yansıtılması gibi karmaşık mekanizmalardan da kaynaklanmaktadır.

Freud nasıl çocuk, anne ve baba üçgeni arasındaki ilişki ile bağlantılı yıkım ve arzu fantezilerinin yoğunluğu ve evrenselliğini göstermek için Oedipus efsanesini kullandıysa, efsanenin bu daha başlardaki kısmı da ilkel yıkım fantezilerinin benzer kuvvet ve önemini anne ile çocuk arasındaki ikili ilişki açısından göstermek için kullanılabilir. Her iki sahne de en eski ve derin fantezilerimizi hem unutmaya hem de hatırlamaya duyduğumuz çatışmalı ihtiyacı göstermektedir. Çözüm bir benzetmedir (metafordur).

Freud'un kendisi Sfenks'in bilmecesinin üzerinde pek de ısrarlı şekilde durmamıştır, hâlbuki gençliğindeki hayali üzerinde Sofokles'in Oedipus hakkındaki "Ünlü bilmeceyi çözdü ve

çok güçlü bir adamdı" yorumunun yazılı olduğu bir büstle ölümsüzleştirilmekti (Jones, 1955, s. 13-14). Kendilerini Oedipus kompleksinden evvelki en eski evreleri ve durumları anlamaya adamış ve her ikisi de "bireyleşen, yaratıcı kendilik" kavramının savunucusu olan Jung ve Rank ise enteresan şekilde Sfenks'e geçici bir ilgi göstermişlerdir. Jung (1911-1912) Sfenks'i "korkunç" veya "yok edici" Anne'nin kişilikleştirilmesi olarak tanımlarken (s. 181), Rank (1929), Sfenks'in adının "Boğarak Öldüren" anlamına geldiğine dikkat çekerek kahramanın üstesinden gelmesi gereken doğum anksiyetesini temsil ettiğini savunmaktadır (s. 144-145). Neumann (1949), Fromm (1948) ve Grotjahn (1949) Sfenks'i arkaik Büyük Ana Tanrıça'nın bir sembolü olarak görmekte ve onun efsanenin kahramanıyla olan ilişkisini bu görüşe göre yorumlamaktadırlar. Grotjahn şöyle demektedir:

> Freud anaerkillik fenomeni, dişi tanrılar, Sfenks'in sembolü ve insanın kendisine hayat veren kadına karşı düşmanlığından kaynaklanan sorunların tam olarak farkındaydı... Freud daha eskilere gitmektense Oedipus seviyesinde durmayı ve zamanlama açısından anneyi öldürme isteğinin babayı öldürme isteğinden önce geldiği konusundaki derin yorumunu yapmayı tercih etti.

YUNANLI DİŞİ SFENKS'İN SOSYO-DİNSEL BAĞLAMI

Sfenks Büyük Ana Tanrıça'nın negatif yanının sembolüdür. Salgın hastalıklar ve ümitsizlik yayar, gençleri yok eder ve mezarlarla bağlantılandırılır. Sfenks'in yaydığı kasvet Sofokles'in zamanında artık pek de revaçta olmayan eski anaerkil toplumu temsil etmesinden dolayı artmış olabilir. Kabile bağları ve sihirli bir doğayla bir olma duygusu etrafında toplanan o tarih öncesi toplumun yerini daha sonra ataerkil bir toplum aldı. Ataerkil toplumda vurgulanan şeyler bireysel girişkenlik (kendini ortaya koyma), tarafsız adalet ve farklı kişiliklere ve sorumluluklara sahip bağımsız ve uzak bir Olimpik tanrılar grubuydu. Gerçekleşmesi asırlar süren bu sosyal değişim Yunanlılar tarafından son derece çatışmalı bir geçiş olarak algılanmıştı.

Bu algı, bir çatışmanın çözümlenememesinin sonucunda Tebai'nin çöküşünün anlatıldığı Sofokles'in *Antigone*'si gibi oyunlarda dile getirilmektedir. Aeschylus tarafından yazılan *Oresteia*'da ise Atreus'un şehri de benzer şekilde tehdit altında kalmakta ve trajik kahramanın, suçu annesini öldürmek olan Oedipus'a oldukça benzeyen bir şekilde, nihayet affedilmektedir. Olimpik tanrıların dünyanın doğal afetlerine ve kuvvetlerine üstün gelmesini anlatan efsanelerde kanunlara tabi ataerkil bir toplumun kurulmasının kozmik yansıması görülmektedir. Bu şekilde Apollo Python'u öldürür ve Delfi Kâhini'nin kralı olur. Sofokles'in kahramanının buna paralel hikâyesinde Oedipus Sfenks'i yok eder ve bilmeceler hakimi ve kral olur.

Genellikle Sfenks gibi korku verici bileşik varlıklar (örneğin Sfenks'in yarı kardeşleri Kerberos, Hydra ve Kimera) ilkel Toprak Ana Gaya'dan gelmekteydi ve eski dinle bağlantılandırılıyordu. Yunan toplumu geliştikçe bu yaratıklar, Oedipus, Bellerophon ve Herakles gibi kahramanlara erkekliklerini ispat etmeleri için fırsat sağlayarak geçiş sürecinde rol oynamışlardır. Dünyanın her yerinde benzerleri bulunabilen bu canavarı öldürme efsaneleri sadece kahramanın bireyleşmesini değil, aynı zamanda akrabalık (kabile) bağlarına bağımlı olmaktan tarafsız kanunlarla yönetilen bir toplum olmaya geçiş sürecindeki kültürel değişimi de yansıtmaktadır.

Dolayısıyla Oedipus efsanesi hem kültürel hem de psişik gelişmeyi (evrimi) temsil ediyor gibi görünmektedir. Kendilik nasıl anne-çocuk ikiliğinden çıkıp evrimleşiyorsa, toplumun da Büyük Tanrıça'nın etkisinden çıkarak bireyleştiğini söylemek kuşkusuz olayı fazlasıyla basite indirgemek olacaktır. Bir insanın geçmişinin psikanalitik yeniden inşası gibi, tarihsel kuramlar da geriye dönük fantezilerle renklendirilmektedir. Bununla birlikte, Oedipus efsanesi, Yunanistan'da en güçlü ifadesini M.Ö. 5'inci yüzyılda buldu; bireysellik ve kendini tanımaya adanmışlıkla tanımlanmış olan bu altın dönem daha sonra tüm Batı dünyasını ve Hindistan'a kadar Doğu dünyasını etkiledi. Oedipus efsanesi Batı'yı hem sanat hem de bilim açısından etkiledi ve fikrimce efsanenin bireysel ve kolektif psişenin geli-

şimi için bir benzetme olarak kullanılma potansiyelinin büyük bölümü hala dokunulmamış olarak durmaktadır: "Kökleri Hades'e kadar uzanır" (Vergil, IV, satır 446).

OEDİPUS VE SFENKS

Sfenks, Oedipus efsanesinin başlarında, Oedipus yolculuğuna yeni başladığında ortaya çıkar. Nereden geldiğini ve kökenlerini bilmeyen Oedipus,Delfi Kâhini'ne danışır ve kâhin onun babasını öldüreceği ve annesiyle evleneceğine dair korkutucu bir kehanette bulunur.

Korint'teki evine dönmemeye kararlı olan Oedipus kaderinden kaçmak için yola çıkar ama neredeyse anında kaderiyle karşı karşıya gelir. Bir yol kavşağında babası olacak yaşlarda bir asille karşılaşır; adam ona kabadayılık taslar, Oedipus da bir öfke patlamasıyla onu öldürür. Yolculuğuna devam ederken yolu Tebai ovasından geçer ve orada aslan vücutlu, kartal kanatlı ve kadın çehreli bir yaratık olan Sfenks tarafından durdurulur.

Sfenks oradan geçen tüm yolculara bilmeceler sorarak ve doğru cevabı bilmeyenleri, yani o ana kadar oradan geçen herkesi, yiyerek Tebai ovasına dehşet salmaktadır. Oedipus'a şu soruyu sorar: "Tek bir sesi olan ama dört ayaklı ve iki ayaklı ve üç ayaklı hale gelen şey nedir?" (Apollodorus, 1939, s. 347-348).

Oedipus cevap verir: "İnsan; çünkü insan bebekken dört ayağının üzerinde emekler, yetişkinken iki ayaklıdır ve yaşlandığında baston kullanarak üç ayaklı olur" (s. 349).

Sfenks bu doğru cevap üzerine intihar eder, Oedipus da Tebai'ye doğru yoluna devam eder. Tebai'ye vardığında Sfenks'e karşı gösterdiği kahramanlık için ona kral payesi verilir. Ayrıca Tebai'nin kralının yolda hırsızlar tarafından öldürüldüğü haberi alındığı için Oedipus kraliçeyle evlendirilir. Yolda öldürdüğü asil adamı veya kâhinin kehanetini aklına getirmeyen Oedipus Jocasta'yla evlenmeyi kabul ederek kadere boyun eğmiş olur.

Sfenks'le Oedipus'un karşılaşması çocuğun anneden ayrılması ve bireyleşmesini ne şekilde canlandırmaktadır?

İlk ipucu, daha önce de belirttiğim gibi Sfenks'in kendisidir. Sfenks anneyi sembolize etmektedir. Buna ek olarak Sfenks tamamen algılanamayan, kısmen hayal edilen, tam olarak insan olmayan, hayvani içgüdüler ve arzulara sahip olan ilkel annenin de sembolüdür (Jung, 1911-1912, s.181; Rank, 1929, s. 144-145).

Bebeklerin ilk evrelerindeki anne gibi, Sfenks'in de en fazla ulaşılabilir olan yönleri yüzü ve sesidir, kalan kısımları ise bir sihirle kuşatılmıştır.

Sfenks'in sorduğu bilmece yaratığın efsanede ne anlama geldiğinin de anahtarıdır. Bilmece insanın geçirdiği değişimle ilgilidir (çocukluk, olgunluk, yaşlılık) ve, daha spesifik olarak, ayrılma-bireyleşme evresinin gelişimsel görevlerini sembolize etmektedir. Bilmecede kullanılan sembol "yürümektir"; bilmecenin şekli birbiriyle yarışan sözcüklerdir; ve bilmecenin doğru cevabını bulmak için bireyin bir kimlik duygusuna sahip olması gerekmektedir. Oedipus, Sfenks'in sunduğu zorluğun üstesinden tek bir kelimeyle gelmiştir ve bu kelime sözlü ifade hakimiyetini, hareketliliği ve kendini tanımlama becerisini göstermektedir.

Buna ek olarak, bilmece kahramanla canavar arasında görmeye alışık olduğumuz kanlı mücadelenin yerini almakta, bu mücadeleyi zararsız görünen bir sözcük oyununa indirgemektedir. Hatta bazı Yunan vazolarının üzerindeki resimlerde Oedipus'la Sfenks birbirlerine iç görü yansıtan şekilde bakarken tasvir edilirler. Bu resimlerde ikisi sanki aralarında düşmanlıktan çok bir yakınlık varmış gibi görünmektedirler. Sözlü savaşın tuhaf ve manidar bir yönü de kahramanla Diğer'in arasında kişilerarası (ya da taraflar arası diyelim) bir bağlantı kurulmasına yol açmasıdır. Oedipus ve Sfenks bir ikilidirler (diyad) ve yerine getirmeleri gereken gizemli görev kaçınılmaz şekilde ikisi tarafından paylaşılmaktadır.

Bu konuda daha ileriye gitmeden önce Margaret Mahler'in (1972a) ayrılma-bireyleşme, özellikle de barışma alt evresi kav-

ramlaştırmasının üzerinden kısaca geçmek istiyorum. Daha sonra efsaneye geri döneceğim ve ikisini karşılaştıracağım.

Mahler (1972a), "bireyin biyolojik doğumu ile psikolojik doğumunun zaman açısından kesişmediğini çünkü psikolojik gelişmenin yavaş yavaş ilerleyen intrapsişik bir süreç olduğunu" söylemiştir. Bu süreç her ne kadar, Mahler'in dediği gibi "bireyin hayatı boyunca yankılanacak" bir süreç olsa da, "bu süreçteki birincil psikolojik başarılar" dördüncü veya beşinci ay ile 30'uncu veya 36'ıncı aya kadar olan süre içinde olagelir (s. 120).

Ayrılmanın en erken evresinden (bebeğin annesi ile olan sembiyotik yörüngeden çıkmaya başladığı evre) uygulama alt evresine geçilir; bu alt evrede çocuk özerkliğinden zevk almaya başlar. "Kendi becerileri ve dünyasının büyüklüğü ile büyülenmiş olan" bebek "majör sevinç, mutluluk veya en azından coşku" dönemlerini deneyimler. Bu coşku artık dik olarak hareket edebilmekten, egonun kademeli olarak artan olgunlaşmasından ve "annenin yörüngesinin içine çekilmekten kaçmaktan" kaynaklanır (s. 126-127).

Bebek yeni özgürlüğünün zevkini çıkarırken, aynı zamanda anneyle "spesifik bir bağ" kurmaktadır; uzaktan anneye bakmaktan zevk alır ve "duygusal ikmal" için anneye döner. Görme ve işitme duyularının "mesafe uzaklık modaliteleri"nin önemi artar ve geçici nesne ilk kez ortaya çıkarak anneyle çocuk arasındaki mesafeye köprü olur ve devamını sağlar (s. 124-125).

Ayrılma-bireyleşmenin zirve noktasında uzlaşma alt evresi yaşanır. Bu evreyi başlatan şey hareket etme becerisinin kazanılması ve geliştirilmesidir ve bu noktada lisan kazanımı ve sembolik oyun başlar. Aynı zamanda fiziksel ayrılık duyusu hem iyi hem de kötü bir olgu haline gelir ve ayrılma anksiyetesi artar. Bebeğin "elde ettiği her beceri ve deneyim gelişimini annesiyle *paylaşma* ihtiyacı ve isteği artar" ve bir evvelki alt evredeki "ikmal yapma" davranışları bu alt evrede "aktif yaklaşım davranışına" dönüşür. Kendilik ve nesne farkındalığı netleştikçe, özellikle de dünyayla 'üç aşağı beş yu-

karı' kendi başına başa çıkması gerektiğini fark ettiği zaman çocuk gerçek dünyanın büyüklüğünü ve kendi küçüklüğünü anlamaya başlar. Artık o eski sihirli anne kuvvetini çağıramamakta ve o kuvveti paylaşamamaktadır. Mahler'in "uzlaşma krizi" olarak tanımladığı bu "yol ayırımında" çocuk "anne babanın tümgüçlü olduğu kuruntusunu" terk etmeli, ve bu kuruntuyu terk ederken "kendi görkemlilik kuruntusundan" da vazgeçmelidir. Bu kriz sırasında genellikle "anneyle yapılan dramatik kavgalar" meydana gelir (s. 128-130).

Uzlaşma alt evresini nihai, ama sonu belli olmayan alt evre takip eder. Mahler (1972b) bu alt evreyi "*nesne değişmezliğine giden yol*" olarak tanımlamaktadır(s. 132).

Oedipus Korint'teki anne ve babasını ve evini bırakarak asıl kimliğini aramaya çıkar. Korint Kralı'nın gerçek oğlu olmadığına dair söylentiler duymuştur, o nedenle Delfi'deki Kehanet Çemberi'ne danışmaya gider. Bu noktadan itibaren kendini keşfetmek ve keşfettikleriyle barışmak amacıyla neredeyse kesintisiz bir yolculuk yapar. Yolculuğunun her adımında Ulu Anne'nin etkisi görülür: Önce Delfi (kehanet çemberi Apollo tarafından gasp edilmeden evvel Ulu Anne'nindi), sonra yol kavşağı (Ulu Anne'nin şeytani yönü olan Hecate için yol kavşakları kutsaldır), sonra Tebai Ovası (Ulu Anne'nin negatif yönü olan Sfenks tarafından nöbet tutulan ve geçit verilmeyen), sonra Tebai şehri (gerçek annesi Jocasta ile), sonra Colonnus (Ulu Anne'nin intikamcıları olan 'Furies-Öfkeliler'; bunlar Oedipus sonunda kendi doğasına razı olunca İyi Huylu Yaratıklar haline gelmişlerdir). Bu örüntü, Mahler'in uygulama alt evresi ile ilgili olarak tarif ettiği "ikmal" için ara ara anneye dönme davranışını, ama özellikle de ayrılma-bireyleşmenin alt evresi olan uzlaşma evresini hatırlatmaktadır.

Ve Mahler'in tanımında olduğu gibi, burada da her bir harekete bir özlem ve hoşnutsuzluk (tiksinti) karışımı tarafından gaz verilmektedir. Mahler'in uzlaşma alt evresindeki "arama ve paylaşma" (1984) hakkında söylediği gibi bu dürtü karışımı "insanın aynı anda hem füzyon (birleşme) hem de yalnız kalmaya karşı verdiği ebedi savaşın asıl ateşleyicisidir" (1972a, s.

130). Buna ek olarak, psişik doğumun "uzaklaşarak büyüme süreci" (ki zirve noktasına uzlaşma evresinde ulaşır) "hayat boyu sürecek bir yas sürecini de" başlatır çünkü "*bireysel işlevselliğe doğru atılan her yeni adımda minimal bir nesne kaybı tehdidi de vardır*" (s. 120). Bu olgu Oedipus'un her başarısının, elde ettiği her şeyin acıya dönmüş olmasında, sonunda o acıyı başarıya dönüştürmeyi başarmasında görülebilmektedir.

Ama Sfenks'le karşılaşması Oedipus'un gücünün zirvesinde genç bir kahraman olduğu zamana denk gelir. Oedipus kendini sınamakta ve tehlikeyle başa çıkmakta başarılı oldukça kendine güveni artmaktadır. Fazla zaman geçmeden bu dönem onun Tebai Kralı olmasını sağlayacaktır. Oedipus bir insanın kimliğini bulma özlemini deneyimlediği ve bu konuda zaten bir şeyler bildiği için Sfenks'in bilmecesini çözmeyi başarır. Hala hevesli olduğu ve henüz hayal kırıklıklarıyla gözü açılmamış olduğu için Sfenks'le oynadığı bilmece oyunundan zevk alır ve oyunu kazandığına inanır: Oedipus Sfenks'i, olayı fazla ciddiye almadan ve daha sonra deneyimleyeceği üzüntü ve izolasyondan bihaber olarak yok eder. Sfenks'ten "ayrılmasının" onu kaçınılmaz olarak Jocasta ile yapacağı evliliğe götüreceğini bilmemektedir. Ayrıca kaçınılmaz olarak yaşayacağı bir başka şey de, kendi kanunlarına göre işleyen bir dünyada kendi bireysel iradesine fazla yüksek bir değer biçtiğini anlamaktır.

Oedipus Efsanesi, ödipal ensest arzusunun hayal kırıklığı evresinden evvelki tamamen gerçekleştirilmiş ve zevki çıkarılmış halini sunmaktadır. Benzer biçimde Sfenks'le karşılaşması, gelişimin ayrılma-bireyleşme evresindeki anneyi "öldürmek"; kişinin varlığı veya var olmaması konusunda güce sahip sihirli bir varlıkla etkileşme yoluyla muzaffer bir şekilde kendine ortaya koymayı başarma arzusunu temsil eder. Sfenks'le karşılaşması Oedipus'un çıktığı yolculuğun başında meydana gelir. Bu nokta arzunun spontane tatmini ile ilgilidir. Yolculuğun daha sonraki bölümü ise insanın kendini tanıma tutkusunun kaçınılmaz sonuçlarını ortaya koymaktadır; bu süreç kendilik bilmecesinin sert ama nihai olarak bireyi kurtaran çözümünden ibarettir.

Sfenks ve Delfi Kâhini hem tarihsel olarak hem de Oedipus Efsanesi'nde birbirlerine bağlıdırlar. Kısaca açıklamak gerekirse, Sfenks burada kâhinin tersidir ve Oedipus'un sorusunu ona geri yönlendirir. Böylece Oedipus arayışının başında kendini tanımak için harici bir kuvvetten yardım bekler ama Sfenks'in ortaya çıkması Oedipus'un, ölüm tehdidi altında, kendi kimliğini belirlemek için sorumluluk almasını gerektiren bir dönüm noktasını teşkil eder. Oedipus bunu yapmayı başardığı anda sihirli sorgucu da ilkel anne imgesinin bilinçsizlikte kaybolmasını yansıtır şekilde ölür (aynen Jocasta'nın ölümünün "ödipal" anne figürünün çöküşünü temsil etmesi gibi). Bu dönüm noktası uzlaşma krizi için bir benzetme olarak kullanılabilir. Uzlaşma krizinde anneyle çocuk arasındaki ilişkide meydana gelen önemli değişim çocuğun "anne babanın tümgüçlülüğü kuruntusunu" kaybetmesine ve dünyayla "kendi başına" idare etmesi gerektiğinin farkına varmasına yol açar.

Ancak bütün bu alt akıntılara rağmen Sfenks'le karşılaşması bir bireysellik duygusunun sihirli, tümgüçlü bir nöbetçinin gözleminden fazla da uzak olunmadan peşine düşülebildiği erken ve coşkulu yılları sembolize etmektedir. Oedipus, hayatın ilk yıllarında öğrenilen seyahat etme, konuşma ve dünyayı keşfederken kendini bulma işlerinde ustalaşan evrensel kahramandır (yani hepimizin içindeki inatçı, yılmaz çocuk). Sfenks'i yendiği zaman bunu sözlüklerle yapar ve kahramanımız - bireyleşen çocuk gibi- oyunun ustası haline gelir. Sfenks'in bilmecesi çocuğun sembolik oyun vasıtasıyla bireyleşmeyi kabul etmesine benzeyen özel bir mücadele çeşidini temsil etmektedir.

Bilmece, barışma "anı" gibi, efsanede Oedipus'un uzun etkçe kanatlarını kapatır ve kalçalarının üzerine çöker. Kahramanımız da, gözlerini yaratıktan ayırmadan, uygun bir kaya bulup oturur. Seyredip dinledikçe korkusu azalır çünkü yaratığın şarkısının kendisine yönelik olduğunu ve kendisi hakkında olduğunu anlar. Yaratık gizemli bir şekilde gülümseyerek şarkısını bitirip Oedipus'un cevabını beklerken, o uyanık ve hazırdır. Oedipus ve Sfenks karşılıklı bakışmaları ve Sfenks'in

şarkısı ile birleştikleri sırada harici arayıştan içsel keşfe doğru geçiş gerçekleşmiştir. Oedipus o noktada "insan" cevabını verir ve kendini güneş ışığı altında tek başına Tebai'nin kapısının önünde bulur.

Bilmece ile ilgili son bir yorum da D.W. Winnicott'un geçiş alanı kavramı üzerine temellendirilmektedir. "*Kültürel Deneyimin Yeri*" ("*The Location of the Cultural Experience*") kitabında (1966) Winnicott, oyunun nasıl kendilik ve nesne ayırımı sürecinde oluşan kişilerarası "mesafeden" kaynaklandığını anlatır:

> Bebek en başından beri *öznel nesne ile nesnel olarak algılanan nesne arasındaki potansiyel mesafede*, ben-uzantısı ve ben-olmayan arasında son derece yoğun deneyimler yaşar. Bu potansiyel mesafenin yeri 'benden başka hiçbir şey yok' ile 'tümgüçlü kontrolün dışında kalan nesne ve olaylar var' arasındaki etkileşimdir (s. 381).

Hem Winnicott hem de Mahler anneyle çocuk arasında kademeli olarak artan ayrılmanın ardında bıraktığı "mesafe"nin öneminden bahsetmektedirler: Önce o mesafenin aralıklı olarak kapatılması ihtiyacı vardır, sonra o mesafeye köprü olacak veya tamir edecek olaylar veya şeyler, sonra da kademeli olarak artan şekilde yeni içselleştirilmiş devamlılık duygusu oturuncaya kadar o mesafeyle oyun oynama ihtiyacı ortaya çıkar.

Winnicott'un (1951) dikkati çektiği gibi bu üçüncü "boyutsal" alan, öznel ve nesnel algıların dengesinden oluşan yetişkin kültürel deneyime benzeyen öncü bir deneyimdir:

> İnsanın hayatının üçüncü bölümü, görmezden gelemeyeceğimiz bir bölümdür ve bir *deneyimleme* 'ara alanıdır'. Hem içsel gerçeklik hem de dışsal hayat bu alana katkıda bulunur. Bu alan, içsel ve dışsal gerçekliği ayrı tutmak ama bunların birbirleriyle bağlantılı olmasını da sağlamak gibi sürekli bir görevi olan bireyin dinlenme yeridir (s. 230)

Ayrılma-bireyleşme geçişinde eski, sihirli ve tümgüçlü düşüncenin yerini eşzamanlı gerçeklere esnek şekilde hakim olma

alır. Winnicott şöyle devam etmektedir: "Bu nedenle çocukların sahip olmasına izin verilen ve yetişkinlikte sanat ve dinde görülen *yanılsamanın* içeriğini ve özünü inceliyorum" (s. 230).

Oedipus efsanesi evrensel "gereklilik" ve bireysel gurur arasında var olan gerginliğin sürekli bir yorumudur; bunların arasındaki etkileşim her birinin tam ölçüsünü gösterir ve aralarında bir birlik olduğuna dair yanıltıcı bir intiba uyandıran anlara yol açar.

Tanrısal varlıkla kahraman arasındaki "oyun", oyunun kişilerarası yönünü yansıtmaktadır. Oyunun şekli olan bilmece ise oyunun değişken yönünü temsil etmektedir.

Sfenks'in bilmecesi, Oedipus'u yeni bir kendilik duygusuna varmak için farklı algı seviyeleri oluşturması ve bunları entegre etmesi için zorlamaktadır. Tanımı gereği, içgörünün gerçeğin çoklu algılanması olmaksızın edinilmesi imkânsızdır. Ayrılma-bireyleşme evresi bireyi içsel ve dışsal gerçeklikleri ve bunların arasında köprü görevi gören geçiş gerçekliğini kararlı ve kesin bir şekilde algılar hale getirir. Sfenks'in bilmecesi yaşantısal anda paradoksları çözen geçiş gerçekliğini temsil etmektedir. Bilmece, belirgin olmayan bir parça nesnenin ilkel algılanması (dört ayak? iki? üç?) ile mi ilgilidir yoksa (Freud'un dediği gibi) cinsel ilişkinin tam nesne-yönelimli algısı ve erkekle kadın arasındaki farka dolaylı bir atıf mıdır? Oedipus Sfenks'in sorduğu soruya bu bakış açılarından herhangi biri ile cevap verebilirdi ama o zaman hiçbir içgörü deneyimi veya büyüme yaşamamış olurdu. Bir anlık bir ilhamla Oedipus tüm değişken ihtimalleri içerebilecek cevabı bulur: İnsan. Bizler de Oedipus gibi çocuklukta yaşanan bu keşif hissini değişimsel oyun vasıtasıyla, yani şakalar ve bilmecelerle ve efsanenin çoklu seviyelerini çözerek tekrar yakalarız.

Referanslar

Apollodorus. (1939). *The library* (J. G. Frazer, Ed. and Trans.) (Cilt 1). Cambridge: Harvard University Press.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams* (J. Strachey, Ed. and Trans.). New York: Basic Books, 1953.

Fromm, E. (1948). *The Oedipus complex and the Oedipus myth.* New York: Harper and Brothers.

Grotjahn, M. (1949). The primal crime and the unconscious. K. Eissler (Ed.), *Searchlights on delinquency.* New York: International Universities Press içinde.

Jones, E. (1955). *The life and works of Sigmund Freud* (Cilt 2). New York: Basic Books.

Jung, C. (1911-1912). *Symbols of transformation* (R. F. C. Hull, Trans). Princeton: Bollingen, 1952.

Mahler, M. (1972a). On the first three subphases of the separation-individuation process. *The Selected Papers of Margaret S. Mahler* (Cilt 2). New York: Jason Aronson, 1979 içinde.

Mahler, M. (1972b). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Selected Papers.*

Mahler, M. (1984). *The psychological birth of the human infant.* Franklin Lakes, NJ: The Mahler Research Foundation Film Library içinde.

Neumann, E. (1949). *The origins and history of consciousness* (R. F. C. Hull, Trans.). Princeton: Bollingen, 1954.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth.* New York: Harcourt, Brace.

Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. *Through paediatrics to psycho-analysis.* New York: Basic Books, 1958 içinde.

Winnicott, D. W. (1966). The location of cultural experience. *International Journal of Psycho-Analysis,* 48. 369-372.

25

MASTERSON YAKLAŞIMI VE SÜPERVİZYON SÜRECİ: ÖĞRETME VE ÖĞRENME EVRELERİ

Karla Clark, Ph.D.
Candace Orcutt, Ph.D.

Kişilik bozukluklarının tedavisinde Masterson Yaklaşımı eğitimi alan terapistler bir dizi öğrenim ödevleri ve bu ödevlere tekabül eden süpervizyonlu uygulamalarla karşı karşıya kalacaklardır. Bu bölümde süpervizyon evreleri açıklanmakta ve terapistin her evre sırasında yerine getirmesi gereken birincil öğrenim ödevleri ve duygusal tepkileri tanımlanmaktadır. Bu görevler terapistin kendi ayrılma-bireyleşme sürecinin ve kendi narsisistik incinebilirliğinin tekrar aktive edilmesine odaklanmıştır.

Ayrılma- bireyleşme ve narsisistik incinebilirlik konularının süpervizyon sırasında tekrar aktive edilmesinin nedeni nedir? Eski alışkanlıklardan vazgeçilmesi ve yenilerinin öğrenilmesi hem terapistin hem de hastanın gelişimsel görevlerinden biri olan ayrılma-bireyleşme sürecinin çözümlenmemiş latent yönlerinin açığa çıkmasına yol açar. Bu eğilim kişilik bozukluklarını tedavi eden bir kişide daha da kuvvetlidir çünkü ayrılma-bireyleşme sorunları borderline ve narsisistik hastaların temel sorunlarıdır. Bu sorunlar, hastanın hayatının merkezini oluş-

turduğu için, hastanın ayrılma-bireyleşme sorunlarının üstesinden gelmek üzere her an uyanık ve dikkatli olmak zorunda olan terapist için de merkezi sorunlar haline gelir. Bu sürekli odaklanma, terapistin kendi ayrılma-bireyleşme süreciyle ilgili var olması muhtemel tamamlanmamış sorunlarının veya bunların kalıntılarının tekrar aktive olmasına neden olur. Bunun yanı sıra, hastanın terapistte duygusal tepki uyandıracak olan yansıtmalı özdeşim savunmasını kullanması da terapistte ayrılma-bireyleşme ile ilgili karşı aktarım duyguları uyandırabilir.

Ayrılma-bireyleşme sorunlarının tekrar aktive edilmesi hem terapist hem de süpervizör için sorun yaratır. İşler yolunda gittiği zaman daha önce çözümlenmemiş olan çatışma konularının çözümlenmesi terapiste daha sağlam bir profesyonel kimlik duygusu kazandırır, terapistin ayrıca becerileri ve yaratıcılığı pekişir. Genellikle denetlenen kişi önceden öngörülebilen evrelerden ve bu evrelerle bağlantılandırılan görevlerden oluşan bir süreçten geçerek bunu başarır.

Bu evreleri detaylı olarak açıklamadan önce bu süpervizyon deneyimini bir bütün olarak nasıl gördüğümüzü, yani işimizin ne olduğunu ve bu işin ne şekilde başarılmasını önerdiğimizi açıklamak gerekmektedir. Bugüne dek süpervizyon süreci birçok bakış açısına göre tanımlanmıştır. Örneğin Austin (1952), sosyal hizmet uygulamalarının eğitimi sırasında bireyselliğin önemini vurgulamakta ve süpervizyon sürecinde en gerekli becerinin bireyselleştirilmiş eğitim üzerine temellendirilen bir öğretim metodu seçilmesi olduğunu öne sürmektedir. Diğer önemli sosyal hizmet eğitimcilerinin (örneğin Towle, 1954) süpervizyonun işlevleri ile ilgili yaptıkları tanımlar da süpervizörle denetlenen kişinin ortak ve birincil amacının, denetlenen kişiyi mesleki olarak geliştirmek olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu görüşe göre süpervizyonun temel hedefi denetlenen kişinin mesleki açıdan ilerlemesi ve gelişmesidir. Bu nedenle bu bakış açısına sahip kuramcılar süpervizyon sürecinin eğitimsel ve gelişmeyi teşvik edici yönleri üzerinde durmaktadırlar. Buna karşılık Eckstein ve Wallerstein (1972) öğrenme süreçleri ve evrelerinin sırası ve ilerlemesi üzerinde durmak ye-

rine, daha çok öğrenmeyi engelleyen dış kaynaklara ve öğrenen kişinin kendisinden kaynaklanan öğrenme dirençlerine odaklanmaktadır.

Bu bölümde bu yaklaşımları birleştirerek hem süpervizyon sürecinin belirli evrelerden ve bu evrelerde yerine getirilmesi gereken belirli görevlerden oluşan normal, gelişimsel ilerleme, hem de her evrede ortaya çıkabilecek öğrenme dirençleri veya spesifik öğrenme sorunları üzerinde durmaya çalışacağız.

Gözlemlerimizi beş bölüme ayırdık: İlk bölüm süpervizyonun genel hedefleri ve süpervizyon işinin niteliği ile ilgilidir; ikinci bölümden beşinci bölüme kadarsa süpervizyon sürecinin farklı evreleri üzerinde durulmaktadır.

I. Süpervizyonun Amacı

Bağlam

Süpervizyon, idari gerekliliklerin formel olarak yerine getirilmesinden, bir bireyin bir diğeri ile gönüllü olarak eğitim ve öğrenim amaçlı işbirliği yapmasına kadar çeşitli amaçlarla ve çeşitli durum ve ortamlarda uygulanır. Süpervizyonun yapıldığı ortam ve şartlar doğal olarak bu etkileşim sırasında neler olup bittiğini belirleyen en önemli etkenlerdir (Eckstein ve Wallerstein, 1972).

Burada sözü edilen süpervizyon tipinin bağlamını etkileyen başlıca iki faktör vardır. İlk faktör, genellikle konferanslara katılmış veya konuyla ilgili literatürü okumuş ve bu şekilde bu yaklaşımı öğrenmeye karar vermiş deneyimli klinisyenleri denetliyor olmamızdır. Denetlenen bu kişilerin çoğu oldukça fazla klinik deneyime ve profesyonel kendilik duygusuna sahip olan, uyguladıkları tedavi yöntemleriyle ilgili belli bir tatminsizlik duyan ve bunu değiştirmek isteyen kişilerdir. İkinci faktör ise süpervizyon anlaşmasının tamamen gönüllü olması ve denetlenen kişinin kariyerini olumsuz yönde etkilemeksizin istendiği anda durdurulabilmesidir; süpervizyonun kesilmesi denetlenen için herhangi bir klinik veya idari sorumluluk içermemektedir. Süpervizörün tüm sorumluluğu denetlenen

kişiye karşıdır ve amaç kişilik bozukluğu olan hastalar ile çalışılırken daha etkili olunmasını sağlayacak olan bazı kuram ve tekniklerin öğrenilmesi yoluyla profesyonel kişinin becerilerinin ve beceri duygusunun artırılmasıdır.

Süpervizyonun Amacı

Masterson Yaklaşımı'na iki düzeyde bakılabilir. Kapsamlı düzeyde bu yaklaşım, insan gelişimi ve patolojisine birbirinin içine örülü iki kuram açısından bakılmasından oluşur. Önce kişiyi gelişimsel geçmişinin özelliklerine dayanarak anlar ve değerlendiririz (gelişimsel kuram). İkinci olarak da, bu geçmişin bireyin kendi içsel süreçleriyle nasıl birleştiğine ve bireyin içsel kendilik duygusunu, içsel nesneleri nasıl algıladığını ve bu kendilik ve nesne temsillerinin birbiriyle kurduğu bağlantıyı (nesne ilişkileri kuramı) nasıl etkilediğine odaklanırız.

Bu iki kuramın, yani gelişimsel ve nesne ilişkileri kuramlarının kombinasyonu, bireyin iki deneyim düzeyini nasıl entegre ettiği, bireyin gelişimi ve gelişimi hakkındaki kendi içsel yorumu ile ilgili bir kuram teşkil eder. Bizler bu kişisel entegrasyon veya yorumun bireyin hayatındaki üretkenlik ve yakınlık kurma konusundaki zorluklara yaklaşım şeklini önemli ölçüde etkilediğini düşünüyoruz. Üretkenlik ve yakınlık da bireyin gerçek kendiliğinin gelişimini ve ifade edilmesini destekler (Masterson, 1985). Dolayısıyla bu kapsamlı ve geniş boyutta kişinin terapide karşılaşılan çeşitli sorunlara yaklaşımına uygulanabilecek bir kendilik aktivasyonu, kendilik gelişimi ve kendilik psikopatolojisi kuramı elde etmiş oluruz.

Bu noktada bu kuramı spesifik hasta gruplarının sorunlarına, yani borderline ve narsisistik bozukluklardan şikâyetçi bireylere uygularız.

Dolayısıyla bu kuram hem spesifik olarak bu bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır, hem de başka klinik sorunlara veya alanlara kuramsal olarak yaklaşılabileceğini gösteren bir örnek-

tir.[1] Bu kuramın zaman içinde bizler ve eğitim verdiğimiz kişiler tarafından daha kapsamlı bir potansiyelde kullanılabileceğini umuyoruz. Ancak süpervizyon sürecinde odak noktamız spesifik bir psikoterapötik tekniğin şu ana kadar derinlemesine incelemiş olduğumuz belirli bir klinik hasta grubuna, yani kişilik bozukluğu hastalarına uygulanması ile ilgili bilgilerin verilmesinden ibarettir. Dolayısıyla hedefimiz eğitim görmekte olan bireye kuramın kişilik bozukluğu olan hastalara uygulanmasının ayrıntılarını ve tekniğini öğreterek bu kişiyi, kuramı kapsamlı ve yaratıcı şekillerde uygulamaya hazırlamaktır.

Yaklaşımımız, narsisistik ya da borderline hastaların yaşadığı karakterolojik sorunların temelinde spesifik gelişimsel duraklamaların yattığı varsayımına dayanmaktadır; aynı zamanda bu hastalar hayatlarında yaşadıkları önemli deneyimleri ne şekilde yorumladıkları ve analiz ettiklerine bağlı olarak kendilerine özgü kendilik, diğer ve ilişkilerle ilgili içsel imgeler oluşturmuş bireylerdir. Bu varsayımlara dayanarak bu hastalara yaklaşmak için kullanılacak olan spesifik ve özel terapötik teknikler geliştirdik. Bu tekniklerin uygulanmasının psikoterapi sürecinde, hastanın kendilik duygusunun geliştirilmesinde ve yaşam kalitesinde kısa ve uzun vadeli etkiler yapacağı öngörüsünde bulunuyoruz. Dolayısıyla denetlenen kişi sadece insani sorunlara yardımcı olacak bir yaklaşımı öğrenmekle değil, aynı zamanda belli klinik gruplarla alakalı çok spesifik ve kesin kuram ve tekniklerden oluşan bir bütünü öğrenmekle yükümlüdür. Alacağı eğitim hem kuramsal hem de teknik açıdan daha önce öğrendiklerinden farklı olacaktır. Kişinin bu yeni bilgilerde ustalaşması için biz süpervizörler, ona spesifik beceriler kazandırmakla yükümlüyüz.

Bu becerilerin en önemlisi klinik müdahaleler yoluyla belirli bir hastada kullanılacak klinik materyalle ilgili hipotezlerin formülleştirilmesi ve test edilmesidir. İkincisi bu müdahalelerin sonuçlarına göre yaklaşımını değiştirebilme becerisidir.

---

[1] Aslında kitabın bu bölümü kuramsal yaklaşımın yeni bir alana uygulanmasına bir örnek teşkil etmektedir: Gelişimsel, kendilik ve nesne ilişkileri üzerine dayalı bir 'psikoterapi öğretme ve öğrenme modeli'.

Masterson Yaklaşımı kapsamında hasta belli bir hareket tarzı başlatır, terapist de bu hareket tarzının kendilik aktivasyonunu teşvik edip etmediğini, bu aktivasyonla bağlantılı duygulanımların ifade edilmesine yardımcı olup olmadığını veya kendilik aktivasyonuna ve duygulanımlara karşı geliştirilen savunmaları yansıtıp yansıtmadığını anlamaya çalışır. Hastaya müdahale edilip edilmeyeceği, ediliyorsa ne şekilde ve ne zaman edileceği gibi soruların cevapları terapistin yaptığı bu değerlendirmeye bağlıdır. Terapist bir müdahalede bulunduğu zaman sonucunun ne olacağını bilmez ve müdahale sonrası olanların kafasındaki hipotezi doğrulayıp doğrulamadığını görmek için durumu yakından ve dikkatle izler. Eğer sonuçlar kafasındaki tahminlere uyuyorsa, devam eder; uymuyorsa, bunun nedenlerini sorgular.

Dolayısıyla klinisyen, hasta durumunu düzeltmek için ne yapmalıdır, terapist hastaya bunları yapması için nasıl yardımcı olmalıdır ve belli bir müdahale beklenen sonucu vermezse ne yapılmalıdır gibi, beklentilerle ilgili net bir fikir oluşturmayı öğrenmelidir. Süpervizyonun hedeflerinden biri klinisyeni, hipotezi formülleştirme, müdahale, gözlem ve hipotez değişiklikleri becerilerini özerk ve entegre bir şekilde açık fikirli bir yaklaşımla uygulamaya hazırlamaktır.

Ancak bunun yanı sıra süpervizyonun daha temel bir hedefi de vardır. Hastalara faydalı olmanın ve bu alanda gelişmeler elde etmenin en etkili yolu becerilerle açık fikirli yaratıcılığı birleştirmekten geçer. Klinisyenin kendisine öğretilen teknikleri kullanmanın yanı sıra bu yaklaşımla çalışabilmesi için özerk ve sürekli gelişen bir profesyonel kendilik geliştirmiş olması gerekmektedir. Bu son nokta bu meselenin özünü oluşturmaktadır: Süpervizyonun hedefi iyi terapi becerileri kazandırmanın ötesine geçmektedir. Kazandırılan becerilerin ifadesi, profesyonel kendiliğin geliştirilmesi ve pekiştirilmesine dayanmaktadır. Dolayısıyla hedeflerimiz terapistin becerilerini ve bilgisini pekiştirmenin yanı sıra, kendisinin kendilik aktivasyonu süreçlerini desteklemektir.

Süpervizyon sürecinin sonunda terapist kuramsal modeli öğrenmiş ve bu kuramın klinik materyallere uygulanmasını da gözlemlemiş olmalıdır. Yapısal açıdan bir tanı koyabilmelidir; bu tanıyı koyabilmek için hastanın içe yansıtmalarını, savunmalarını, gerçeklik testi kapasitesini, kendilik aktivasyonu sorunlarını ve hastanın semptomlarının kişiliğinin bu yönlerini nasıl etkilediğini görebilmelidir.

Terapist herhangi bir anda herhangi bir hastaya baktığı zaman olup bitenleri o hasta için kafasında oluşturduğu tanısal tabloya oturtabilmelidir. Gözlemlediği olgulara göre, daha önce kafasında oluşturmuş olduğu hipotezde değişiklikler yapabilmelidir. Daha sonra tüm bunları tanısal hipotezlerine dayandırdığı spesifik müdahalelere dönüştürebilmelidir.

Buna ek olarak terapist hastayı sadece entelektüel seviyede değil, empatik olarak da anlayabilme kapasitesine sahip olmalıdır; ayrıca kendi tepkilerini de anlayarak ve gözlemleyerek bunları klinik materyalle bağlantılandırmalıdır. Bunun için oldukça yüksek düzeyli bir kendini-gözleme kapasitesi gerekmektedir. Kendini-gözleme, terapötik kendiliği nesnel olarak gözlemleme, hataların farkına vararak gerekeni yapma ve kendi karşı aktarımının genel hatlarını anlayarak bunları tespit ve kontrol edebilme ve bunları terapide yıkıcı değil, etkili bir şekilde kullanabilme kapasitelerinden oluşmaktadır.

Bu iki faktör, yani modelle ilgili ustalık ve pekiştirilmiş kendini-gözleme ve kendini-kontrol kapasiteleri, birlikte terapistin özerk şekilde işlev gören kendiliğinin temelini oluştururlar. Bu şekilde terapist terapötik süreç içinde kendini yaratıcı bir şekilde kullanabilecektir. Süpervizyonun da hedefi budur. Bu hedeflere ulaşabilmek için süpervizör belirli spesifik görevleri yerine getirmeye hazır olmalıdır.

Süpervizörün İşlevleri

Süpervizörün işlevlerini tanımlamanın en iyi yolu, öğretilen psikoterapi modelinden örneklemeler yapmaktır. Örneğin Fleming ve Bedenek (1966) psikanalizi öğrenme ve öğretme hakkındaki kuramlarını, öğrencinin içgörü, empati ve yorum-

lama araçlarını kullanma kapasitesinde meydana gelen gelişme üzerine kurmuşlardır; onlar bu üç beceriyi bağımsız psikanaliz uygulamasının temeli olarak görüyorlardı. Bu üç beceriye, denetlenen kişinin muhtemelen tam olarak aşina olmadığı bir takım yeni kuramsal bilgilerin öğrenilmesini ve anlaşılmasını da ekleyebiliriz. Ayrıca, öğrenciye yorumlamanın yanı sıra gerekli olacak olan üç terapötik teknikle ilgili becerilerini geliştirmesinde de yardımcı olunması gerekmektedir. Bunlar; yüzleştirme, aynalama ve iletişimsel örtüştürmedir ve yine muhtemelen öğrenci bunlara tam olarak aşina değildir veya bunları hiç bilmemektedir. Son olarak, süpervizörün belki de en önemli görevi denetlediği kişide mevcut olabilecek majör karşı aktarım incinebilirliklerini tespit etmek ve öğrencinin terapötik verimliliğini etkilemelerini engellemek amacıyla, öğrencinin bunların farkına varmasını sağlamaktır.

Süpervizör denetlediği kişinin Masterson Yaklaşımı'nın altında yatan bilgileri yeterince anlayıp anlamadığını kontrol etmekle görevlidir. Süpervizör hem nesnel bilgiler vermeli (gerektiği zaman), hem de bu bilgilerin edinilebileceği kaynakları işaret etmelidir (kitap veya kurslar gibi). Süpervizör ayrıca denetlenen kişinin söz konusu bilgileri uygulayıp uygulayamadığını izlemeli, bunları uygulama kapasitesini test etmeli ve öğrencinin modeli bağımsız olarak kullanma kapasitesinin gelişmesini desteklemelidir.

Süpervizör terapötik süreçleri ve bunların kullanımını öğretmelidir. Bunun için öğrencinin müdahalelerin bağlamına, yani müdahalelerden önce ve sonra neler olduğuna bakma ve bunları genel terapi planına oturtma kapasitesini yükseltmek gerekmektedir.

Süpervizör teknikleri öğretebilmeli ve öğrencinin teknik sorularına spesifik örnekler ve rehberlikle cevap verebilmelidir.

Hem bilgi verme, hem de yukarıda sayılan müdahalelerde bulunmanın amacı denetlenen kişinin kendi başına işlev görecek hale getirilmesidir. Bu nedenle teknik materyalleri öğretmeye ne zaman son verileceğini bilmek, ne zaman başlanacağını bilmek kadar önemlidir. Süpervizör teknik eğitimin artık

terapiste bir fayda sağlamadığı noktayı fark etmeli ve denetlediği kişinin kuramsal çerçevenin sınırları içinde kendine özgü bir müdahale stili geliştirmesine destek vermelidir.

Benzer şekilde denetlenen kişinin dikkatini karşı aktarıma çekme işi de belli evrelerle yapılır. Öğrencinin kendilik-bilinci kapasitesi ve bunu kullanma becerisi ortaya çıkarılmalı ve kendilik-bilincini uygun şekilde geliştirmesine yardımcı olunmalıdır. Örneğin, duygularının son derece farkında olan ama bunları terapiye katkıda bulunacak şekilde nesnel ve entelektüel biçimde kullanma yollarını bilmeyen bir öğrenciye, tepkilerinin entelektüel öğesini çerçeveye dahil etmesi için yardımcı olunmalıdır; veya entelektüel olan bir öğrencinin entelektüelliği, duygulardan kaçınmak için hastayla işbirliği yapmasına neden olduğu zaman duygularının farkına varması için yardım edilmesi gerekir.[2]

Denetlenen kişi teknik ve kuramlarda ustalaştıkça, terapide yapılan hatalar gittikçe artan oranda karşı aktarım yansımaları olarak görülebilir. Bu noktada süpervizör öğrencinin dikkatini bunlara öyle bir şekilde çekmelidir ki, sonuçta öğrenci tepkilerinin kontrolünü ele almalı ve süpervizyon süreci terapiye dönmemelidir. Hedef intrapsişik çatışmanın çözümlenmesi değil, terapistin kendilik-bilinci ve kendilik-kontrolü elde etmesidir.

---

[2] Öğrenme süreci ile ilgili daha da geniş bir genelleme yapılabilir; öğrenme süreci sezginin büyük rol oynadığı becerilere uygulanmaktadır. Birçok terapist yaptıkları işi belli bir oranda (sık sık da yüksek oranda) bir sanat olarak algılamaktadır. Sağ yarımküreye/hemisfere bağlı düşünme kapsamında duygusal/sezgisel becerilerine dayanan terapistler genellikle sol yarımküre tipi sistematik/mantıklı öğrenme şekline direnç gösterirler. Sezgisel kapasitelerini kaybedeceklerinden endişe ederler. Hakikaten de, terapist hem sol hem de sağ yarımküre işlevlerini geliştirmek ve sentezlemekle meşgulken sezgisel kapasiteleri geçici bir süre için kaybolmuş gibi de görünür. Genellikle öğrenmeye karşı antipati duyulan geçici bir karmaşa dönemi yaşanır. Buna benzer şekilde, sırtlarını entelektüel sol yarımküre yaklaşımlarına dayayan terapistler de sağ yarımküre işlevlerini kullanmakta sık sık zorluk çekerler. Bu duygusal/sezgisel özellikler bu kişiler tarafından savruk ve rasyonellikten uzak olarak algılanır ve savunmacı bir şekilde işin dışında bırakılırlar. Beyin kapasitelerinin daha kapsamlı sentezi ve kullanımı hem "sanatçı", hem de "bilim adamı" tipindeki terapistlerin becerilerini zenginleştirecektir.- *C.O.*

Tüm bu görevler kendine özgü gelişim etaplarına sahip bir süpervizyon ilişkisinin çerçevesi içinde yerine getirilir. Bu evreleri açıklarken, her evrede yerine getirilmesi gereken ve hem süpervizör, hem de denetlenenin belli duygu ve davranışları ile tanımlanan majör öğrenme ödevlerini de açıklayacağız.

II. SÜPERVİZYON SÜRECİ

Miller (1977), klinik öğrenmenin beş evresini tanımlayan Bertha Reynolds'tan alıntı yapmaktadır: (1) Öğrencinin enerjisinin bir insan olarak kendisine zarar verebilecek tehlikelere karşı harekete geçirildiği akut bir öz-bilinç evresi. Reynolds'a göre bu noktada öğretmenin rolü öğrenciye, güvenlik tedarik etmektir; böylece sıkıntılı dönemleri atlatmak için öğrencinin geçmişinde bir dayanma noktası bulunacaktır. (2) "Ya batarsın ya yüzersin" evresi; bu evrede öğrenci eğitime zorlukla ayak uydurabilmektedir ve kendini iyi hissetmek için ustaların ve kendisinden daha bilgili kişilerin görüşlerine bağımlıdır. Bu noktada öğrenci, ustalığın gerektirdiği sözcük dağarcığına sahiptir ama buna hakim olacak yeteneği henüz edinmemiştir. Burada öğretmen öğrencinin daha önce edindiği bilgi ve becerileri harekete geçirerek öğrencinin güvenlik duygusunu artırır ve öğrenciyi spontane davranması için teşvik eder. (3) Bu evrede öğrenci durumu anlamaktadır ama bu durum dahilindeki kendi faaliyetini kontrol etme gücü yoktur. Kendisiyle ilgilenmekten dışsal durumla ilgilenmeye bir geçiş yapar. Öğrenci yapılması gerekeni anlamaktadır ama bunu yapmaktaki becerisi düzensizdir. Bu evrede öğretmen eleştiri yapma eğilimi gösterebilir ama doğru süpervizyon tekniğini izlediği zaman yapması gereken şey öğrencinin kendi analizini ve öz-eleştiri yapmasını hareket geçirmektir. (4) Nispi ustalık durumu. Bu evrede bilinçli zekâ ve bilinçaltı tepkiler entegre bir bütünlük içinde işlerler. Öğrenci kendisi ile ilgili yeni, nesnel bir bakış açısı kazanır. Bu noktada yeni veya devam eden öğrenme, rekabet, araştırma başlatma, diğer alanlardan faydalı ve ilgili bilgiler edinme çabası vs. ile gerçekleşir. (5) Öğretmeyi öğrenme evresi. Bu beceri bireysel öğrenciye yaklaşabilme ve öğrencinin

öğrenmesi ve ustalaşması gereken durumun tümünü görme ve kavrama kapasitelerini içermektedir (s. 355).

Yukarıda belirtilen bu görüşler bizim süpervizyon süreci ile ilgili kavramlaştırmamıza oldukça paraleldir. Bu eğitimi alan ve süpervizyona tabi tutulan kişiler zaten bir süredir kendi alanlarında çalışan deneyimli yetişkinler oldukları için, bu süreç, öğrencilerin daha önceden öğrendikleri ve alıştıkları davranışlardan ve eski özerk profesyonel kendilik duygusundan vazgeçmelerinin getirdiği kayıp ve sıkıntı duyguları nedeniyle karmaşık hale gelmektedir. Tüm yeni öğrenme durumları bir vazgeçme, çözülme (dezentegrasyon) ve tekrar bütünleşme (reentegrasyon) süreci gerektirmesine rağmen, bu süreci daha önce yaşamış ve bitirmiş olduğunu düşünen kişilerin aynı süreci baştan yaşamak zorunda kalmaları onlar için bir sorun teşkil etmektedir. Deneyimli Masterson Yaklaşımı süpervizörlerinin uyguladığı süpervizyon süreci, yukarıda anlatılan özel süreçle (öğrencilerin profesyonel yetişkinler olmaları ve yukarıda belirtilen sorunları içeren bir süreçten geçmeleri) Miller'ın tanımladığı "yeni şeyler öğrenme" sürecinin bir birleşiminden oluşmaktadır.

Birinci Evre: Süpervizyonel Otoritenin Kurulması

Süpervizyon sürecinin ilk evresi, öğrencinin, öğrenmesi gereken bir kuramsal ve teknik bilgiler bütünü olduğunu anlaması, kabul etmesi ve bunu öğrenmek için zaman ve çaba harcamayı göze almasını içerir; öğrenci aynı zamanda süpervizörünün bu bilgileri öğretmek için gerekli yetilere sahip olduğunun da farkındadır ve bunu kabul eder. Süpervizörün odak noktası terapiste, onun klinik çalışmalarını detaylı bir şekilde inceleyerek, bu modeli uygulaması için gereken kuramsal ve teknik becerileri geliştirmesi adına yardımcı olmaktır. Süpervizörle öğrenci arasında öyle bir çalışma ilişkisi gelişmelidir ki öğrenci, uyguladığı müdahalelerin süpervizör tarafından yargılayıcı olmayan bir şekilde incelenmesine izin vermelidir; uzun süredir böyle bir ilişki kurmamış olan yetişkin bir öğrencinin bunu yapması zordur. Bu nedenle otorite ve özerklik konuları bu evrede ön plana çıkmaktadır. Miller'ın tanımında gördü-

günümüz ilk iki evredeki öğrencinin tersine, Masterson Yaklaşımı konusunda eğitim alan öğrenci daha önceden çaba gösterip ve zorlukları atlatıp öğrendiği bilgileri unutmak ve yine aynı şekilde büyük çabalarla ve çok çalışarak elde ettiği profesyonel özerklikten de vazgeçmek zorundadır. Bu durum süpervizyon sürecinin ilk evrelerini zorlaştırmaktadır.

Terapistin Masterson Yaklaşımı eğitimine başlarken gösterdiği heyecan ve isteğin, kısa bir süre sonra belli bir tedirginlik duygusu ile hızlı bir şekilde azaldığını gözlemledik. Psikoterapistlerin denetlenmesi sık sık olması gerekenden daha hafif ve eksik şekilde yapılmaktadır. Terapistin çalışmaları nadiren direkt bir inceleme altına alınır. Bu tarz bir yaklaşımın, gizliliğin korunması ve süpervizyona ayrılan saatin en verimli şekilde kullanılması için içerik üzerinde durulmaması gibi haklı nedenleri de vardır. Kısmen bu yaklaşımın bir sonucu olarak birçok terapist kendilerine özgü stiller geliştirir ve yaptıkları müdahaleleri, bir başkasından gelen uyarılardan çok, kendi gözlem ve değerlendirmelerine göre değiştirmeye alışır.

Ancak Masterson Yaklaşımı kuramsal ve teknik olarak kesin özelliklere sahiptir. Örneğin terapist, borderline üçlüsünü takip eder[3] ve sadece egonun savunmacı kapasitesinin yanlış kullanılması durumunda hastayı bununla yüzleştirmek için müdahale eder. Bütün iyi teknikler gibi, bu teknik de basit ve nesnel incelemeye açıktır; terapist bunu ya yapmaktadır ya da yapmamaktadır, bu iki seçenekten başka gözlemlenecek veya tartışılacak bir şey yoktur.

Çalışmalarının bu şekilde nesnel olarak incelenmesi, sık sık öğrenci durumundaki terapistin eski deneyimlerine ters düştüğü için, bu uygulamaya karşı neredeyse hastanın kendisine gösterdiği dirence eşit bir direnç gösterir. Birçok klinisyen müsamahakâr süpervizyon sürecini deneyimlemiştir. Bu ileri seviye eğitime katılan terapistin daha önce "Bana ne yapacağımı söyleme; sadece bana fikirlerini nasıl kullanabileceğimi

---

[3] Bireyleşme depresyona, depresyon da savunmaya yol açar (Masterson, 1981, s. 140-145).

göster, ama bu fikirleri ne şekilde uyguladığını sistematik olarak inceleme" tarzı bir eğitim almıştır. Bu nedenle eğitimin başlarında karşılaşılan bu sorunun "kültürel" bir sorun olduğunu söyleyebiliriz: Terapist eski çalışma tarzını bir yana bırakacak öz-disiplini geliştirmeli, yerine yeni çalışma tarzını koymalı ve bu değişikliğin yakından gözlemlenmesini kabul etmelidir. Normalde alışık olduğu çalışma şekli bu değilse bile, bunu başarabilmelidir.

Bu ilk evrede ortaya çıkan dinamik sorun öğrencinin bir terapist olarak kendilik duygusu ile bağlantılıdır. Terapist denetlenmeye gelmiştir çünkü Masterson Yaklaşımı'nı öğrenmesinin faydalı olacağına inanıyordur. Terapist, çeşitli konferanslarla sunulan eğitim fırsatlarının ötesine geçerek kendini bu eğitime adamaya karar vermiştir ama genellikle beklentisi kuramsal eğitimi öznel olarak filtreleyerek terapi seviyesine indirmektir. Oysa Masterson Yaklaşımı çerçevesinde denetlenen terapisten, seansları sırasında aldığı notlar hakkında rapor vermesi istenir ve yaptığı müdahaleler spesifik kurallara bağlıdır (örn. müdahalede bulunduğu zaman bunu kafasında bir hedefle yapmalıdır).

Çok az sayıda klinisyen bu tarz bir eğitim almayı ister; bunu isteyenler de zor hastalarla sorun yaşayan ve bu hastalarla birkaç değişik çalışma yöntemini denemiş ama istedikleri başarıyı elde edememiş olanlardır. Klinisyenin her şeye yeni baştan başlama ihtiyacı ve bu süreci ispat etmek ve hesaplamak zorunda olması bir terapist olarak kendilik duygusunu zora sokan bir süreçtir. Daha da kötüsü, itibarlı çalışma geçmişine rağmen klinisyen, kendini tekrar işe yeni başlayan bir acemi statüsünde hisseder. Searles'ın analitik aday hakkında yazdığı gibi: "Eğitim alan terapist, kendini yıllar süren gayretli ve meşakkatli klinik deneyimlerle edinilen ve çok değer verdiği profesyonel kimliğini, sadece farklı olmakla kalmayıp, kendi gözünde sınırlayıcı da olacak olan bir başka kimlikle değiştirme tehdidi altında hisseder" (s. 274).

Örnek 1. Bir öğrenci dördüncü süpervizyon saatinde süpervizörüyle arasında meydana gelen bir duruma atıfta bulundu;

bahsettiği olayda süpervizör kavramlarla ilgili daha global bir tartışmaya geçmek yerine öğrencinin belli bir tema üzerinde durmaya devam etmesi ve süreç notlarında bu temayı tespit edebildiğini göstermesi konusunda ısrar etmişti. Öğrenci: "Sanırım direnç gösteriyorum; bu süreç acı verici ve sanırım acı verici olmasının nedeni özerklikle ilgili sorunlar içermesi. Bu eğitime 'öğrenmek istediğim şeyler var ve ne yaptığımla ilgili geri bildirim almak istiyorum' yaklaşımıyla başladım. Sanırım bu sürecin içinden geçme tarzımız böyle, yani mesela birkaç kez sen bir şey söyledin ben de anladığımı söyledim ve başka bir konuya geçmek istedim ama sen o konuya devam etmekte ısrar ettin. Ama o durumda o konuya devam edersem bunu kendim için değil senin için yapıyor oluyorum. Özerklik sorunları derken bunu kast ediyorum" dedi.

Süpervizör bu yetenekli ve deneyimli terapistin kendi yaklaşımı nedeniyle yaşadığı zorluğu anladı ve kabul etti; süpervizörün yukarıda anlatılan yaklaşımı, öğrencinin deneyimli bir terapist değil de yeni başlayan bir acemi olduğunu ima eder gibidir, ancak tabi ki bu yanlış bir intibadır. Süpervizör ayrıca aşırı titiz davranıyor olabileceğini de kabul etti. Ancak diğer yandan öğrencinin özerklikle ilgili duygularını da zaman zaman öğrenme hedefleri ile ters düşecek şekilde yönettiğine de dikkat çekti.

Örneğin öğrenci aynı vaka üzerinde durup hem kendisine hem de süpervizörüne müdahalelerinin sonuçlarını izleme fırsatı tanımaktansa, her buluşmada farklı bir hastayla ilgili sunum yapıyordu: Bu davranışı onun "özerkliğini" koruyordu ama bunu eğitiminin verimliliğini düşürmek pahasına yapıyordu. Süpervizör, öğrencinin bu davranışının hastalarının terapötik süreçlerinin detayları yerine onlarla ilgili majör temalarla ilgili genel global konuşmalar yapmanın özerkliğini koruyacağı düşüncesiyle bağlantılandırdı. Süpervizör, öğrencinin bu davranışının öğrenme sürecini olumsuz etkilediğine çünkü bu şekilde öğrencinin çalışmaları ve düşünceleri ile ilgili incelemelerden kaçındığına dikkat çekti. Öğrenci süpervizörün

haklı olduğunu kabul etti ve süpervizyon seanslarında tek bir vakaya odaklanmaya başladı.

Bu olay süpervizyonun ilk evrelerinde usta ve deneyimli bir öğrenci ile Masterson Yaklaşımı süpervizörü arasında sık sık yaşanan olaylara bir örnek teşkil etmektedir; ilk evrelerde eğitim alan terapist, öğrenmekte olduğu yeni modelin kesin kuralları ve beklentilerine karşı kendini tehdit altında hisseder. Yukarıda anlatılan öğrenci duygularını açıkça tartışmaya gönüllü olduğu için bu sorun uygun bir şekilde çözülebildi. Ne yazık ki bu evrede özerklikle ve öğrencinin profesyonel kendilik duygusuyla ilgili çatışmalar sık sık açıkça tartışmaya açılmamakta, bu sorunlar farklı şekillerde ifade bulmaktadır.

Bu evrede en sık görülen iki tarz yaklaşım vardır. Bunlardan biri, yeni modeli öğrenmeye karşı hevesli ve algılamaya açık olmaktır. Bu hevesin temeli belki de öğrencinin bu konuda eğitim almaya kararlı olması olabilir. Bazen bu tarz öğrenciler eski bilgi ve davranışlarından oldukça kolay bir şekilde vazgeçerler ve yeni bilgileri ve uygulamaları benimserler. Örnek 1'deki öğrenci buna bir örnektir. Bu öğrenci kendi tepkilerini öğrenme sürecini tıkayan bir engel olarak gördü, tartışmaya açtı ve tartışma sonrasında işleri düzeltmek için harekete geçti.

Ancak açıklık ve görünürdeki 'algılamaya hazır olma' durumu, bir çeşit idealize edilmiş, gerçekçi olmayan ve pasif "öğretmen en iyisini bilir" varsayımının habercisi olabilir; bu varsayım öğrencinin yüzeysel bir şekilde itaatkâr ve uyumlu olması şeklinde ortaya çıkabilir. Bu tipteki öğrenciler çalışmalarının incelenmesine izin vermek konusunda neredeyse sıfıra yakın zorluk yaşarlar çünkü bağımlılıklarını eyleme vuruyor durumdadırlar; bu öğrencilerin asıl sorunu özerk şekilde işlev görme konusunda hissettikleri anksiyetedir. Bu sorun, eğitimin ileri evrelerinde, öğrenci artık kendi çalışmalarıyla ilgili daha bağımsız sorumluluklar almaya ve kendi başına, bağımsız eleştiriler yapıp çalışmalarını bunlara göre düzeltme görevlerini üstlenmeye başladığında yüzeye çıkar (6 ve 8'inci örneklere bakınız). İstekli ve işbirliği yapmaya hevesli bir öğrenciyle çalışan

süpervizör yüzeyin altında var olabilecek kaçınma ve zorluk akıntılarına karşı uyanık olmalı ve bunları tespit edebilmelidir; veya böyle bir direnç tespit edilmemişse, o zaman da öğrencinin itaat savunması yapıp yapmadığına dikkat etmelidir.

İkinci bir öğrenci grubu vardır ki, bunlar yukarıdaki öğrenci grubu kadar açıkça ve samimiyetle iş birliği yapmaya eğilimli değildirler. Bu öğrenciler, yukarıda anlatılan öğrenci gibi bağımsız olma/olmama konusunda zorluk yaşayan kişilerdir ancak bu sorunları çözmekte yukarıdaki öğrenciden daha fazla zorluk çekerler veya entelektüel veya duygusal şüpheciliklerinden dolayı "ispat et" tarzı bir yaklaşımları olabilir. İşbirliği gibi şüpheciliğin de birçok anlamı olabilir: Şüphecilik, bağımsız bir yetişkinin sağlıklı eleştirel düşünme sürecinin bir parçasına, öğrencinin profesyonel bağımsızlığından vazgeçmekten kaçınma girişimine veya öğrencinin öğrenme ile ilgili daha yerleşik bir problemine işaret ediyor olabilir. Belli bir öğrencide bu motivasyonların hangisinin var olduğunu tespit etmenin en iyi yolu öğrencinin öğrenmeyi engelleyen duygularını kendilik-yıkıcı şekilde idare etmekten vazgeçerek bu davranışlarını değiştirmeye ne kadar açık olduğuna bakmaktır.

Süpervizörün bu sorunla ne şekilde başa çıktığı hayati önem taşımaktadır. Aniden karşısında kaçınmacı veya açıkça düşmanlık gösteren bir öğrenci bulan süpervizörün ilk yapması gereken şey bu öğrencilerin, eğitime başlanırken yapılan anlaşma bu olsa bile, ne yapacaklarının söylenmesine alışık olmadıklarını hatırlamaktır. Süpervizör öğrenci ile yaşanan sorunu bilinçli bir şekilde tespit etmeli, bu sorunu öğrenci ile konuşmanın bir yolunu bulmalı ve öğrencinin dikkatini öğrenme sürecini engelleyen davranışlarına çekmelidir. Öğrencinin işbirliğine ters yaklaşımının çeşitli kaynakları ancak bu şekilde açıkça tespit edilebilir.

Kendini kuşatma altında gibi hisseden terapist eğitimin başında yaşadığı sıkıntının bağımsız bir şekilde işlev görmesi üzerine verilen kişilerarası bir mücadeleden kaynaklandığını düşünür; yeni bir model öğrenme sürecinin o ana kadar sahip olduğu bağımsızlık ve profesyonel ustalık duygularına karşı

oluşturduğu tehditleri ve sıkıntısının aslında bundan kaynaklandığını fark etmez. Bu evrede süpervizörün hem denetleyici otoriteyi kurması, hem de bunu olgun bir terapisti çocuk yerine koymayan bir şekilde yapması çok önemlidir. Aksi takdirde çatışma hakikaten de kişilerarası bir çatışmaya dönecek ve süpervizyon süreci zarar görecek, hatta başarısızlığa uğrayacaktır.

Otoritenin birincil işlevi büyümenin sağlanmasıdır. Margaret Mahler'in çocukluktaki uzlaşma evresi hakkında söylediği gibi, paylaşma ve paylaşmayı isteme sağlıklı olgunlaşmada gerçek bağımsızlığın ortaya çıkmasını belirleyen davranışlardır (1965, s. 39). Yetişkinlerde, bağımsız bir ruh hali kimin daha güçlü olduğu gibi problemlerin ötesine geçebilmelidir. Ancak en sağlıklı yetişkinler bile bunu tam olarak başaramamakta, sürekli bu konuda mücadele vermektedirler. İdeal olarak süpervizyon, deneyimi paylaşmaktan ibarettir. İki sorumluluk sahibi klinisyen öğretmek ve öğrenmek amacıyla bir araya gelirler ve bu işi tamamlamak için gerekli rolleri üstlenirler. Gerçekte ise bu sürece girerek ve bu rolleri üstlenerek, bu iki kişi çocukla ebeveyn arasındaki ilişkiyi hatırlatan bir ikili oluştururlar. Bu ortamda bireyin bağımsızlığı ile ilgili çözümlenmemiş sorunları zamansız olarak yüzeye çıkabilir ve öğrenme işi, kimin yetkili olduğu ile ilgili itirazlar ve bildirimler yüzünden geçici olarak kesintiye uğrayabilir.

Örnek 2. Hastanın iç çatışmalarını terapiste saldırarak dışsallaştırması gibi, öğrenci de terapötik zorlukları süpervizyon süreciyle ilgili sorunlar gibi görebilir. Süpervizör, öğrencisiyle bahsetmekte oldukları hastanın, terapiye olan güveninin kaybolmakta olduğunu ve yeni teknik kullanılırsa zarar bile görebileceğini duymaya başlar. Bu ima, daha sonra büyük çaplı bir süpervizyon çatışmasına dönüşebilir.

Deneyimli ve algısı açık terapistlerden biri, süpervizyon sürecini "depresyon kavramı ile ilgili yeni bilgiler" edinebileceği bir "amaç noktası" olarak tanımlamıştı. Bu terapist üç buçuk yıllık tedaviden sonra terapötik çıkmaza saplanan bir hastasını sunmuştu. Sorunları ile ilgili derinlemesine çalışma yapmak ve

onları çözümlemek yerine rahatlama aradığı konusunda hastasını yüzleştirmeye başlamıştı.

Hasta ilk olarak yüzleştirme etrafında entegre olmuş, daha sonra da (ödüllendirici birim savunması bozguna uğradığından) geri çekilen birim savunmasına geçmişti; geçiş sırasında da annesinin uzak ve soğuk bir insan olduğunu ve onu yeterince dikkate almadığını söylemişti. O noktada terapist terapötik olarak 'doğru hedefi vurduğunu' algılamasına rağmen *kendini* uzak ve soğuk biri olarak görmeye başlamıştı.

Hasta terapisti test etme davranışını ilerleterek eyleme vurmaya başladı. Seanslara geç geliyor, para ödemiyordu. Terapist özellikle hasta onu empati göstermemekle suçladığı zamanlarda hastanın aktarım eyleme vurumundan kendini sorumlu hissetmeye başladı. Terapist karşı aktarımsal bir tepki ile ödüllendirici birim kesintiye uğradığı zaman bir ayrılma hissetmeye başladı ve hastanın kullandığı manevralardan birine paralel şekilde kendi içindeki çatışmayı süpervizörüyle yaşadığı bir anlaşmazlığa taşıdı.

Süpervizörün tavsiyelerinin hastasıyla arasındaki "uyuma zarar vereceğinden" ve hastanın terapiden vazgeçeceğinden korktuğunu söyledi. Süpervizör bu karşı aktarım tepkisine karşı yüzleştirme yaptı ve yedi seanstan sonra öğrenci terapist süpervizöre aşağıdaki mektubu gönderdi:

> Süpervizyon anlaşmamızı bitiriyorum.
>
> Şikâyetlerimi sizin süpervizyon tarzınızla ilgili beyanlar yerine yapılan çalışmaya gösterilen direnç olarak değerlendirmenizden rahatsızım.
>
> Hastamla ilgili olarak kendi yargılarımı kullanmama yeterince izin vermiyorsunuz ve bu metodu öğrenmeye olan isteğime ve samimiyetime yeterince şans tanımıyorsunuz.
>
> İhtiyacım olan yardım, tam olarak anlaşılmamış ve muğlâk materyallere dayanarak belli davranışlara yönlendirilmek değil, tedavi sorunlarını tespit etmeyi ve öncelik sırasına koymayı öğrenmektir. Bir kez materyali tam olarak anladıktan sonra ne şekilde hareket edeceğimi çok iyi biliyorum.

Süpervizör, hem hastanın hem de öğrencinin sorunlarını bir paralele oturttuğu bir iç değerlendirme yaptıktan sonra, aşağıdaki cevabı gönderdi:

> Süpervizyonu sona erdirmek istediğinizi bildiren mektubunuzu aldım ve bu kararı vermeden önce konuyu benimle görüşmediğiniz için üzüldüm.
>
> Fikrimce kendi tepkileriniz yerine benim süpervizyon tarzım üzerine odaklanmanız eğitiminize zarar vermektedir. Süpervizyon altında olan hastanız kullandığınız yüzleştirme müdahalesine cevap verdi. Hasta sizin yeni çalışma stilinizi test etmeye başladığında siz hastanızı yüzleştirmeyi kestiniz ve bununla eş zamanlı olarak süpervizyon sürecini sorgulamaya başladınız.
>
> Her öğrenci aktarım ve karşı aktarım sorunlarıyla karşılaşır ve eğitimin devam edebilmesi için bunların çözümlenmesi gerekmektedir.

Bu cevap kendisine ulaştığında öğrenci de kendi karşı aktarımsal eyleme vurumunu sorgular haldeydi ve süpervizyon sürecini devam ettirmeye karar verdi. İki seans sonra hastasının direncinin uyandırdığı suçluluk ve kızgınlık ile ilgili kendi kendini sorgulamasının kişisel bir içgörünün yolunu açtığını söyledi.

Bu örnekte görüldüğü gibi, bu etkileşime hakim olan şey bireyleşme sorunlarıydı ("Karışma!"). Ancak bu sorunlar çözümlendiğinde, ayrılma sorunları ("Hastam ve ben yeni ve yabancı bir yerdeyiz ve birbirimizi kaybedeceğimizden korkuyoruz") yüzeye çıkabildi. Genellikle birinci evrede bireyleşme sorunları en sık görülen sorunlardır. Terapist kendini, işinin bağımsız kontrolünü başkalarına teslim ederek bireyselliğini kaybeden biri gibi görür. Bu bireysellik, ayrıca yeni beceriler ve bilgiler edinmekle de tehdit edilmektedir (ve tehdit altında hissedince bireyselliğini daha da kuvvetle korumaya çalışır).

Süpervizyonun birinci evresinde ayrılma sorunları da hiç yok değildir. Örnek 2'de görüldüğü gibi, bu sorunlar öğrencinin hastasıyla kurduğu ilişki ile ilgili fantezilerinden ayrılması

ile harekete geçer (bu evrede süpervizörden ayrılma konusu öğrenci için pek de önemli bir konu değildir çünkü henüz süpervizörle öğrenci arasındaki bağlantı yeni kurulmaktadır ve güçlü değildir).

Deneyimlerimize göre ciddi öğrenciler bu ilk evrenin etkisini atlatmayı başarıyorlar. Onlar hastalarının iyiliği için "psişik" riskler almaya alışık profesyonel kişilerdir ve işlerinin karşılarına çıkardığı oldukça ağır zorluklarla başa çıkabilmek için bu şekilde davranmaya da devam edeceklerdir. Öğrencilerden birinin ifade ettiği gibi: "Burada öğrencinin karşısına çıkan sorun yeni metodu denedikten sonra eğitime geri dönüp dönmemektir. Bu tedavi, insanların terapiden bekledikleri yatıştırıcı etkiyi yapmamaktadır. Bazı başka terapistler sizi aşırı uca gitmekle itham ederler. Üstelik neredeyse her şeye baştan başlamak durumundasınızdır. Çamura saplanmak gibi bir durum".

Terapist süpervizörün otoritesini kabul edip, kuramsal ve teknik bilgileri öğrenip entelektüel düzeyde ustalaştıkça ve hasta ile ilgili iş birliği yapmaya başladıkça durum değişir. Odak noktası hala bireyleşme sorunları olmasına rağmen, terapist yaklaşımın işe yaradığını görür, kabul eder ve daha çelişkisiz bir şekilde uygulamaya başlarken süpervizyon sürecinin İkinci Evresi başlar.

İkinci Evre: Eski Profesyonel Kendilik Duygusunun Kaybedilmesi

Süpervizyon sürecinin ikinci evresi öğrenci, modelin işe yaradığını ve süpervizyon sürecinin de verimli olduğunu fark edip kabul ettiğinde başlar. Bu farkındalık öğrenciye bir heyecan ve tatmin duygusu kazandırsa da, tipik olarak öğrenci kısa zaman sonra eskisinden daha depresif ve durgun olur.

Bu durumun kökeninde terapistin eski profesyonel kendilik duygusunun yasını tutması yatmaktadır; bu duygu terapistin kendi ayrılma-bireyleşmesine karşı harekete geçirdiği ve terapist olarak çalışırken eyleme vurduğu savunmaları da içerebilir. Bu tarz bir eyleme vurum sık sık terapistin hastayla çalışırken

ödüllendirici birim rolünü üstlenmesi şeklinde ortaya çıkar. Terapistler bunu çeşitli sebeplerden dolayı yaparlar. Bu nedenler arasında "ihtiyaç duyulma" yoluyla terk edilme duygularına karşı savunma yapma, bir başka insanı "değiştirme" fantezisinden vazgeçmekten kaçınma ve büyüklenme davranışlarında bulunma sayılabilir. Dolayısıyla eyleme vurumu kısıtlama ve kontrol altına alma çabaları güçlü duyguların ortaya çıkmasına neden olur. Öğrencilerden birinin dediği gibi: "Seanslardan depresif bir şekilde çıkıyordum... Artık ödüllendirici birim değildim... Bu duygularla ilgili yorumlarım yalnız kalmakla bağlantılı korku duyguları ile ilgili çok eskide kalmış ve unutulmuş çocukluk anılarımın tekrar ortaya çıkması ile doğrulanıyordu."

Deneyimli terapist için rahatsızlık kaynağı olabilecek bir başka konu da, yeni çalışmalarını eski girişimleri ile karşılaştırdığında kendi hatalarını bulup bunları kabul etmek durumunda kalmaktır. Hastalarıyla yaşadığı eski başarısızlıklar ortaya çıkıp hatırlandıkça terapist sık sık öz-saygı kaybı, utanç, suçluluk ve üzüntü gibi acı verici duygular deneyimler.

Bu noktada süpervizörün görevi empatik ve destek verici olmaktır ancak aynı zamanda terapistin bu duyguları süpervizyon sürecini engelleyebilecek hareket veya savunmalara dönüştürme ihtimaline karşı da uyanık olmalıdır. Bu kritik dönemde süpervizörün görevi, öğrencinin yeni bilgiler konusundaki ustalığını ve bu işi yapabilme kapasitesinin olduğu beklentisini pekiştirmektir. Buna ek olarak süpervizör öğrencinin karşı aktarımına dikkat çekmeli, böylece bunun psikoterapiyi engellemesini veya bozmasını engellemelidir.

Bu son görev, psikoterapötik bir çerçeveden çok süpervizyonel bağlamda yerine getirilmelidir. Borderline ve narsisistik hastalarla çalışan terapistlerin bu meslekteki en zor işlerden birini yaptığı herkesçe malumdur. Hasta genellikle korkunç bir duygusal stres altındadır ve bunun mümkün olduğu kadar büyük bir kısmını terapiste yüklemeye çalışır. Terapistin işi bu duyguları kısıtlamak, bunları kendi asıl duygularından ayırt etmek ve hastaya duyguları ile ilgili sorumluluk alması için yardım etmektir. Süpervizörün işi ise terapistin kı-

sıtlama çalışmasını belli sınırları aşmadan ve terapistin terapisti haline gelmeden desteklemektir.

Öğrenciler sık sık süpervizörün kendi terapistleri haline gelmesini arzu ederler. Bu istek kısmen öğrencinin hastaları yüzünden ve Masterson Yaklaşımı'nı kullanması nedeniyle yüzeye çıkan çözümlenmemiş çatışmaların varlığını kabul etmesinden kaynaklanır. Kısmen de öğrenmeye karşı gösterilen dirençtir. Psikoterapinin aksine, süpervizyon süreci bireyin kendi cevaplarını ve tepkilerini nesnel performans kriterlerine göre değerlendirmesi ve kontrol etmesini gerektirir. Süpervizyonu psikoterapiye dönüştürmek bireyin kendi hatalarını değerlendirmesi ve kontrol etmesi gerekliliğini ortadan kaldıracaktır. İkinci evre süresince süpervizör, süpervizyon ile terapi arasındaki ayırımın sabit kalmasını ve öğrencinin kendi duygusal tepkilerini hastasının lehine olacak şekilde kısıtlaması için desteklenmesini sağlamalıdır. Öğrencinin duyguları sadece; öğrencinin hastalarına uyguladığı psikoterapiye engel teşkil edecek duygularını tespit etmesi ve bu duyguları psikoterapinin uygulanmasında pozitif bir kuvvet haline dönüştürmesi için öğrenciye yardım edilmesi amacıyla incelenmektedir.

Örnek 3. Oldukça uzun zamandır Masterson Yaklaşımı'nı kullanmakta olan ve süpervizyon sürecine devam eden bir terapist karşı aktarım konusunda bir konferansa katılmıştı. Bir sonraki süpervizyon seansında hastasıyla ilgili bilgilere verdiği tepkilerden, çok kişisel bir şekilde bahsetmeye başladı. Süpervizör ne olduğunu anlayıncaya kadar terapist kendi çocukluğu, annesi ve bu bağlantının uyandırdığı duygulardan bahsetmeye başlamıştı bile.

Süpervizyon ilişkisinin sınırlarının bulanık hale gelmesinden dolayı endişe duyan süpervizör öğrencinin dikkatini bu değişime çekti ve bu anlattıklarının hastasıyla ilgili konuyla tam olarak ne alakası olduğunu sordu. Öğrenci kızdı ve konferansta edindiği bilgilere göre süpervizyon süreci içinde ilgilenilecek şeyin kendi duyguları olması gerektiğini anladığını söyledi. Buna cevap olarak süpervizör, süpervizyonun odak noktasının terapistin duygularının yaptığı işe nasıl bir etkisi oldu-

ğunu ve sorulan asıl sorunun süpervizyonun amacının terapistin duygularının derinlemesine çalışılması değil de terapistin bu duyguları kısıtlayıp kısıtlamadığı sorusu olduğunu söyledi. Süpervizör ayrıca son zamanlarda terapistin bu hasta ile ilgili sunum yapmakta zorluk çektiğini, bu zorluğun terapistin "kendi işini kendi yapmak istediği" söyleminden kaynaklandığını da ekledi; terapistin hastası yerine kendi sürecini tartışmaya açmasının nedeni de kafasındaki bu kendi işini kendi yapma konusundaki karışıklıktı. Terapist bir yandan işini başkasıyla tartışması bağımsız olmasını engelliyormuş gibi davranırken, diğer yandan süpervizyon sürecini psikoterapi sürecine dönüştürmeye çalışarak işi *yapamadığını* ima etmeye çalışıyordu. Her iki yaklaşım da eğitim hedeflerini engelleyen yaklaşımlardı.

Terapist süpervizörün bu yorumunu kabul etti ve hastası üzerinde odaklanmaya başladı; kendi materyallerini değerlendirmekte ve öğrenmekte olduğu kuramın entegre edilmesi konusunda da ilerleme kaydetti. Kısa süre içinde hastasının sorunlarıyla ilgili bağımsız olarak bir şeyler yapmakta, kendi başına sorumluluk alarak çalışmakta zorlandığı için, kendisine son derece kızdığını ve gücendiğini, bu duygularını da çaresiz ve suçlayıcı bir hale bürünerek eyleme vurduğunu fark etti. Buna karşılık kendisi kendini bu durumla başa çıkmak için yetersiz görmüş ve bu yetersizlik duygusuna bir tepki olarak süpervizyon sırasında yapışkan ve suçlayıcı bir şekilde davranmıştı. Kendi davranışını kontrol altına aldığında kendi tepkisinin kısmen hastanın yansıtmalı özdeşiminden kaynaklandığını anladı ve bu yeni anlayışını, hastayla etkili olarak yüzleştirme yapmak için kullandı.

Bu örnek süpervizyon sürecinin bu evresinde yaşanan tipik bir durumu göstermektedir. Denetlenen terapist eski bağımsız profesyonel kendiliğini kaybetmekten doğan depresyon ve anksiyete hisseder ve yeni kuramsal modelin entegre edilmesine dayanan yenilenmiş profesyonel bağımsızlığını elde etmek için gerekli adımları atmaya direnç gösterir. Buna ek olarak hastanın yansıtmalı özdeşim saldırılarına da maruz kalır ve bunları sık sık kendi tepkileri ile karıştırır. Bu duygularla doğ-

rudan ilgilenmek yerine, süpervizyon sırasında eyleme vurabilir.

Örnek 4. 3'üncü örnekte denetlenen terapist, süpervizyon sürecini psikoterapiye dönüştürmeye çalışmıştı. Bu yaklaşımla dönüşümlü olarak terapist süpervizöre karşı aşırı itaatkâr olduğu bir çeşit sahte kendilik edinerek ödüllendirici birim rolünü üstlenebilir. Bu tutum, birinci evre boyunca ve ikinci evrenin başlarında hissettiklerini açıkça göstermemiş olan terapistlerde görülür. Bu tutum karşısında süpervizör, daha terapötik bir tutum benimsemek zorunda kalabilir ancak aşağıdaki örnekte de görüleceği gibi, süpervizörün benimsediği tutum süpervizörle öğrenci arasındaki eğitim anlaşmasının niteliğini her zaman ön planda tutmalıdır. Hedef, öğrenciye psikoterapi uygulanması değil, öğrencinin ustalığının ve profesyonel bağımsızlığının ilerletilmesidir.

Öğrenciler bu döneme özgü depresyon ve karmaşa duygularına farklı şekillerde tepki verirler. Bazıları bu duyguları tespit ederek eğitimlerine büyük bir engel teşkil etmemeleri için bunları kontrol etmeyi başarırlar. Bazıları da, bu örnekte göreceğimiz gibi, süpervizyon sürecini psikoterapiye dönüştürerek veya başka itaatkâr davranışlarla direnç göstermeye çalışırlar. Bağımlı veya itaatkâr olarak kayıp, yetersizlik ve tereddüt duygularından kaçınmaya çalışır ve farkında olmadan yeni becerilerinin gelişmesini engellerler.

Üç yıldır süpervizyon altında olan bir terapist başkalarına örnek olacak şekilde ilerleme sağlamıştı: Hastalarının öfke ve kendini ortaya koyma duyguları ile yüzleşmesine yardımcı olmak için kendi duyguları ile yüzleşmiş; konferanslara katılmış; süpervizörün kendi kuruluşunda konuşma yapması için davet etmiş; bir vakayı süpervizörüne sevk etmiş ve hastaneden ayrılıp bireysel psikoterapi uygulamak üzere kendi muayenehanesini açarak önemli bir bireyleşme girişiminde bulunmuştu. Süpervizör terapistin gittikçe artan kişisel ve profesyonel olgunluğundan etkilenmişti ancak bütün bu değişimlerin süpervizyon alanında herhangi bir rahatsızlık ve dalgalanma

yaratmadan gerçekleşmiş olmasından dolayı bir rahatsızlık hissediyordu.

Terapist aniden iki hastasını kaybetti (bunlardan biri süpervizyon sürecinde inceleme altına alınmış olan hastaydı) ve geliri düştüğü için artık süpervizyona ayıracak parası kalmadığına karar verdi. Süpervizör maddi durumdaki değişikliklerin gerekliliklerini kabul etti ama bu kararın ardında başka nedenler olup olmadığını da sorguladı. Öğrenci, süpervizöre karşı çok verici davrandığını ama karşılığında bazı noktalarda hayal kırıklığına uğradığını söyledi. Örneğin o ana kadar süpervizör terapiste hiç hasta yollamamıştı. Süpervizör, terapistin bu kadar verici olması karşılığında "ödüllendirilmiş" olmadığı için gücenmiş olup olmadığını sordu. Terapist bir sonraki süpervizyon seansına geldiğinde verici olma ihtiyacı ve karşılığında bir şeyler alma beklentisi konularında önemli içgörüler edindiğini söyledi. Daha açık olmaya, kendini daha fazla ortaya koymaya başladı ve yapılan çalışma devam etti.[4]

Bu dönemde süpervizör, öğrencinin savunmacı bir itaatkârlık içinde olabileceği ihtimaline karşı uyanık olurken, aynı zamanda vakaların idaresi konusunda öğrencinin becerilerinin gelişmesi için gerekli olan gerçekçi destek ve tavsiyeleri vermelidir. Süpervizör gerçekten destek ve yardım gerektiren durumlarla terapistin duygularından kaçınmak ve bağımsız işlevselliği geciktirmek için kullandığı yapışma tarzını ayırt etmelidir. Bu evre sırasında terapist artık eski profesyonel kendilik duygusunu bıraktığı ve becerileri konusunda kendine pek de güvenmediği için stresli zamanlarda gerçekçi bir şekilde süpervizörüne başvurarak yönlendirme ve yardım isteyecektir. Süpervizör bu yardım ve desteği sağlamalıdır.

---

[4] Terapistin öznel sorunlarının süpervizyon sürecinden hariç tutulması gerekmez. Süpervizyon ile psikoterapi arasındaki çizgi bazen çok ince bir çizgi olabilir. Buradaki sorun öncelik sorunudur, bu nedenle terapistin klinik becerilerinin pekiştirilmesi amacıyla seanslar sırasında ifşa ettiği kişisel konuların terapinin gerekliliklerıyle hizalanması gerekmektedir. Bu vakada terapötik gerekli-lik, klinik çalışmanın etkili bir şekilde devam ettirilebilmesi için sorunu tespit etmek ve sorunun kaynağını bulmaktı. Sorun üzerinde derinlemesine çalışma yapmak ve çözümlemek süpervizyon sürecinin parçası değildir.

Örnek 5. Aşağıdaki örnek, süpervizyon sürecinin bu evresinde aktif tavsiye ve desteğin önemini göstermektedir.

Hasta, ilk seansta fazla dozda ilaç aldığını iddia edip hastaneye kaldırılmayı talep ederek, terapinin başından itibaren terapisti şiddetle test etmişti.

Daha sonraki seanslardan birinde, seansın kendi istediğinden daha erken bitirilmesine sinirlenen hasta kendini terapistin banyosuna kilitlemiş ve çıkmayı reddetmişti. Terapist süpervizöre telefon açmıştı. Süpervizör hastanın terapi sırasındaki taleplerinin gittikçe tırmandığını ve artık terapistin terapötik sorumluluk sınırlarını hastaya göstermesinin zamanı geldiğini söylemişti. Bunun sonucunda terapist, hastaya polisi aramaktan başka çaresi kalmadığını söyledi ve hasta kendi sorumluluğunu tekrar üstlenerek banyodan çıktı.

Terapistin eskiden hastalarına müdahale etmek için seçtiği yollardan aldığı savunmacı tatminden vazgeçmesiyle ortaya çıkan, eski profesyonel kendiliğinin ardından tuttuğu yas ve depresyon duyguları zaman içinde azalır. Terapist yeni uygulamalarla ilgili olarak kendini gittikçe daha usta ve kontrollü hisseder ve öyle de davranır. Artık bir vaka ile diğeri arasında genelleştirme yapabilmeye başlar ve her hastayı süpervizörüyle tartışma ihtiyacı hissetmez. Bu evrede süpervizör kendi işlevinin uğraması gereken değişikliğe karşı uyanık olmalıdır: Artık gittikçe daha az aktif tavsiye vermeli ve sadece psikoterapiyi engelleyecek olan karşı aktarım sorunlarına odaklanmalıdır.

Aktif öğretme ve yeni bilgilerin sindirilmesinden terapistin yeni bağımsızlığını desteklemeye yapılan bu geçişle birlikte süpervizyon sürecinin Üçüncü Evresi başlar. Bu evrede başrolde karşı aktarım vardır ve süpervizyon ilişkisinin psikodinamik temeli bireyleşme sorunlarından ayrılma sorunlarına kayar.

Üçüncü Evre: Karşı Aktarıma Odaklanma

Bu evreyle ilgili yazıyı hazırlarken bu evreye, gayri nizami bir şekilde, "Bunu yapan benim!" adını verdik. Bu başlık, bu evrede karşılaşılan duygudurumları ve yerine getirilmesi gere-

ken görevleri çok iyi özetlemektedir. Öğrenci artık yaklaşıma daha hakimdir ve yaklaşımı iyice öğrenmiştir. Bir hata yaptığı zaman bunun bilgisizlikten kaynaklanmadığını bilir. Ayrıca artık eski profesyonel kimliğinden vazgeçmekle ilgili sorun ve endişe yaşamamaktadır. Bu noktada hastalarıyla ve süpervizyon süreciyle ilgili sorunlar iki şeyle ilgilidir. Bunlar: Psikoterapiye konu olan ve kendi çözümlenmemiş çatışmalarının ortaya çıkmasına neden olan konular ve süpervizyona konu olan kendi ustalaşması ile ilgili duygularına dair konular.

Bu evre sırasında süpervizörün görevi gereksiz destek ve tavsiye vermekten kaçınmak ve terapistin bağımsız şekilde işlev görmesini gittikçe artan şekilde desteklemektir. Bu dönem sırasında süpervizyon müdahaleleri karşı aktarım üzerine odaklanır.

Örnek 6. Süpervizyon sürecinin üçüncü yılında olan bir terapist saat ayarlaması "idaresini" nasıl yapacağı sorusuyla süpervizöre başvurdu. Daha önce Salı ve Perşembe günleri gelen bir hastasının programında değişiklik olmuştu ve hasta artık Pazartesi ve Salı günleri gelebilecekti. Terapist, süpervizörün böyle bir talebe nasıl cevap vereceğini soruyordu. Süpervizör bu soruya doğrudan cevap vermek yerine terapiste böyle bir program değişikliğini değerlendirmek için hangi kriterleri kullanacağını sordu. Ayrıca bu program değişikliğine izin verdiği takdirde beklentisinin ne olacağını da sordu. Terapist önce savunmacı bir cevap verdi ve tabi ki hastanın regrese olacağı ve savunmaya geçeceğini beklediğini söyledi. Süpervizör (terapistin bu cevabının klinik durumla ilgili kendi başına karar vermeye gösterilen direnç olduğunu anlayarak) soruyu tekrarladı ve bu hasta ile ilgili bilgilere dayanarak program değişikliğine izin verilmesinin hasta üzerinde nasıl bir etki yaratacağını düşündüğünü sordu. Terapist konuyu düşündü ve bu değişikliğe izin verebileceği kararını verdi. Hastaya neler diyeceğini ve kararını nasıl değerlendireceğini de kendi başına düşündü ve kararlaştırdı.

Bu vakada süpervizör, asıl sorunun terapistin kendi başına, bağımsız profesyonel kararlar almasıyla ilgili olduğunu anladı

ve müdahalesini bu karara dayalı olarak seçti. Bu olaydan evvel hem terapist hem de süpervizör terapistin profesyonel ve bağımsız kendiliğini kabul etmekte zorluk yaşadığını tespit etmişlerdi. Bu nedenle terapist süpervizörün tutumunu daha önce tespit edilen sorun bağlamında anladı ve süpervizörün müdahalesi terapistin yaşadığı sorunun çözümlenmesinde bir adım daha atılmasını sağlamış oldu.

Bu etkileşimlere Üçüncü evrede sıkça rastlanmaktadır. Buna karşılık terapist tarafından tekrar tekrar yapılan bariz ve göze batan bir hata edinilen bilgilere karşı, karşı aktarım yapıldığını işaret ediyor olabilir ve bu anlayışla halledilmelidir.

Örnek 7. Bir terapist hastalarından birinin yaptığı bir yoruma uygunsuz bir cevap verdi. Yapışan ve uzaklaşan bir borderline hasta olan bu kişi, yetişkin çocuklarından birinin yaşadığı zorlukların dışında kalmaya karar vermişti. Bu karar hasta için doğru bir karardı, ayrıca geçmişte hasta bu tarz kararları alabilmek konusunda çok da zorluk yaşamıştı. Geçmişte genellikle yaptığı şey, oğlunun yaşadığı sorunlara gereksiz ve uygunsuz şekilde müdahale etmek, kontrolü eline almak, sonra da oğlunun sorunlarının altında ezildiğinden dolayı öfkelenip oğluna çıkışmaktı. Bu kez oğlunun sorunlarına karışmama kararını aldığında terapist hastanın, oğlunun işlerine karışmama kararının uygunluğunu destekleyeceğine, hastanın "sorumluluktan kaçma" sorunu ile ilgili yüzleştirme yaptı. Terapist, bir hata yaptığının farkında değildi. Bu hatasına dikkat çekildiği zaman durdu, konuyu düşündü ve müdahalede bulunduğu andaki duygusunun hastaya duyduğu öfke olduğunu söyledi. O anda hissettiği şey: "Bir anne çocuğuyla ilgilenmelidir" duygusuydu. Süpervizyon seansının kalanı boyunca terapistin hasta yetişkin çocukları ile olan ilişkisinden bahsederken dürtülerini kontrol etme konusunda dikkatli olması gerektiğine odaklandı. Ayrıca terapistin bu konu konuşulurken ortaya çıkan kendi duygularını gözlemlemesi gerekiyordu. Bir sonraki seansta terapist bu konuyu kendi terapistiyle konuştuğunu ve ortaya önemli kişisel sonuçların çıktığını anlattı.

6 ve 7'inci örnekler süpervizyonun bu evresinde ortaya çıkan tipik durumlardan bazılarını göstermektedir. Süpervizör ve öğrenci arasında sağlam bir çalışma ittifakı vardır. Süpervizyonun sınırları anlaşılmıştır ve bunlara saygı gösterilmektedir. Üzerinde çalışılması gereken sorunlar konusunda fikir birliği vardır. Terapist bu sorunlar üzerinde gittikçe artan ustalık, kendine güven ve modeli kendi başına uygulama kapasitesi ile çalışmaktadır.

Öğrencinin kendi deneyimlerini ve klinik fikirlerini ifade edebilme kapasitesi gittikçe artar. Artık süpervizyonun ne kadar sürmesi gerektiği, süpervizyonun sona erdirilip periyodik konsültasyonlara geçilip geçilmeyeceği konuları konuşulmaya başlanır. Böylece süpervizyonun son evresi başlar.

Dördüncü Evre: Ayrılma, Kendilik ve Yaratıcılık

Süpervizyonun, iki hedefi vardır. Birincil hedef hastaların doğru ve iyi tedavi görmesini sağlamaktır. Ancak bu hedefe, ikincil hedefi yani terapiste yeni bilgileri entegre edecek şekilde profesyonel bağımsızlığını tekrar kazandırmadan ulaşmak mümkün değildir. Bu metodu öğrenirken kısmen de olsa feragat edilmiş olan profesyonel bağımsızlığın tekrar kazanılması kapsamında terapist kariyeri boyunca zor vakalarda konsültasyon yapacağını ve bunun kendi bağımsız işlevselliğiyle çatışmayacağını kabul eder. Dolayısıyla öğrenci ile süpervizör arasındaki ayrılık, öğretmen ve öğrenci rollerinin bırakılmasından ve bundan sonra profesyonel meslektaş rollerinin üstlenilmesinden ibarettir. Süpervizyon sürecinin gerektirdiği son görev hem süpervizörün hem de öğrencinin aralarındaki ilişkiyi kaybederken bunu bağımsız ve yaratıcı kendiliklerini güçlendirerek yapmalarıdır. Tüm olgunlaşma süreçleri gibi bu da aslında bir üzüntü sürecidir. Ustalaşmanın getirdiği sevincin yanında keder de vardır.

Son evre başlarken süpervizörün işlevi, terapistin bu kayıptan dolayı geliştireceği muhtemel regresif savunmaları tespit etmek, bu sürece dahil olmaktan kaçınmak ve öğrencinin ustalığını desteklemek ve teşvik etmektir.

Örnek 8. 6'ıncı örnekteki öğrenci süpervizyonu iki haftada bir yapılacak seanslara indirmeyi önerdi. Süpervizör bu kararın öğrenciye ait olduğunu ama kendi görüşüne göre öğrencinin süpervizyon süreci sırasında ele almadığı bazı eğitim alanları olduğunu söyledi. Bu öğrencinin öğrenme konusundaki kararlılığını bilen süpervizör, öğrencinin henüz ele alınmamış alanlar üzerine odaklanmaktansa süpervizyon süresini azaltmayı seçmesini sorguladı. Bu öğrenci kısa süre önce bazı bireyleşme girişimlerinde bulunmuş, örneğin bir lisans sınavını geçmiş ve lisansüstü eğitimlere de yazılmıştı. Süpervizör, ustalaşma konusunda sorun yaşayan, ustalığının gelişip fark edilir hale gelmesine izin vermekte zorluk çeken bu öğrencinin süpervizyonu azaltma kararının süpervizörle öğrencinin o ana kadarki statülerinin değişiyor olması ile ilgili olabileceğini düşündü; o ana kadar ki ilişkide terapist kendini bağımlı bir öğrenci gibi görüyordu ve bu ilişkide meydana gelecek değişiklikle doğrudan yüz yüze gelmemek için bu kararı vermiş olabilirdi. Süpervizör, ayrıca öğrenci-öğretmen yerine meslektaş olunan bir ilişkide de en az eskisi kadar çok bilgi edinilebileceğini, ama kendi tahminine göre öğrencinin bu değişikliği kabul etmenin getireceği anksiyeteyi yaşamamak için süreci bıraktığını söyledi. Öğrenci, süpervizörün söylediklerini kabul etti ve oldukça duygusal bir şekilde kendini bir öğrenci olarak algılamaktan vazgeçmesinin onda yarattığı kayıp duygularından bahsetti; ayrıca yeni becerilerini açıkça kabul eder ve onları süpervizyon sırasında kullanırsa saldırıya ve kayba uğrayacağına dair korkularını anlattı. Kendisini karanlık bir ormanda yürüyen biri olarak düşündüğünü ve süpervizörün de onun elini tutarak yol gösterdiğini, şimdi ise aynı yolda yan yana yürümek düşüncesinin ona sıkıntı verdiğini anlattı. Bu açıklamalar süpervizyondaki gerginliğin kalkmasını ve ortamın daha eşit ve meslektaşlar arası bir buluşma haline gelmesini sağladı.

Bu bölümün yazarları olarak, bir öğrencinin süpervizyon sorunlarını aşarak yeni teknikle ilgili ustalıklarını ve hastanın gelişimine yaptıkları katkıyı göstermelerine birçok kez zevkle şahit olduk. Her ikimiz de önce öğretmen ve lider rollerini

üstlenip, daha sonra bu ilişkiyi meslektaş ilişkisine dönüştürme deneyimini tekrar tekrar yaşadık. Öğrencinin profesyonel gelişiminin bir parçası olmak için kayıp duygularını aşma sürecini yaşadık. Hem süpervizör hem de öğrenci bu son değişimi doğru şekilde idare etmeyi başardıkları zaman, o ana kadar yapılan çalışma her iki taraf için de pekişmiş olur. Bu yol ayırımı noktasında süpervizyon süreci sırasında yaşanan zorlukların önemi kalmaz (zaten süreç sırasında da birincil önem bu zorluklarla ilgili değildir). Ümidimiz sürecin sonunda hem süpervizörün, hem de öğrencinin kendilerini ayrı, bireysel ve eşit iki kişi olarak bulmalarıdır. Eğitim ve öğrenme uğruna bir süre için otoriter ve bağımlı rollerini üstlenen iki yetişkin sonunda bu rolleri ve bu rollere bağlı fantezi izlerini bırakırlar. Bu süreç içinde geçmişi başkaldırı, itaat, hakimiyet veya müsamaha ile düzeltme ümitlerinden vazgeçilmek zorunda kalınmıştır. Ustalık ve kimlikle ilgili eski görüşler, arkalarından yas tutularak bırakılmıştır. Belirsizlik dönemlerine katlanmak zorunda kalınmıştır. Yeni beceriler ve yeni bir kimlik edinmek ve bunları kabullenmek zorunda kalınmıştır. Bu hedeflere ulaşıldığı zaman süpervizör ve öğrenci kendilerini iki meslektaş konumunda bulma tatminini yaşarlar. Hastaları anlamak ve onlara yardımcı olmak, bu amaçla yeni bilgiler edinmek ve başkalarını eğitmek yolunda birbirlerine destek vermeye devam edeceklerini bilirler.

REFERANSLAR

Arlow, J.A. (1963). The supervisory situation. *Journal of American Psychoanalysis*, 11, 576-594.

Austin, L. (1952). Basic principles of supervision. *Social Casework*, 33, 411-419.

Blitzsten, N. L., & Fleming, J. (1953). What is a supervisory analysis? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 117-129.

Eckstein, R., & Wallerstein, R. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: International Universities Press.

Feldman, Y., Spotnitz, H., & Nagelberg, L. (1953). One aspect of casework teaching through supervision. *Social Casework*, 34, 150-155.

Fleming, J., and Benedek, T. (1966). *Psychoanalytic supervision: A method of clinical teaching*. New York: Grune & Stratton.

Grotjahn, M. (1954). About the relation between psychoanalytic training and psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 254-262.

Grotjahn, M. (1955). Problems and techniques of supervision. *Psychiatry*, 18, 9-15.

Mahler, M., with La Perrier, K. (1965). Mother-child interaction during separation-individuation. *Selected Papers of Margaret S. Mahler, Cilt 2*. New York: Jason Aronson içinde.

Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. (1985). *The real self: A developmental, self, and object relations approach*. New York: Brunner/Mazel.

Miller, R. R. (1977). Clues from the past about clinical learning: Reynolds and Towle revisited. *Clinical Social Work Journal*, 5, 351-362.

Schlessinger, N. (1966). Supervision of psychotherapy: A critical review of the literature. *Archives of General Psychiatry*, 15, 129-134.

Searles, H. (1962). Problems of psychoanalytic supervision. *Collected Papers*, pp. 257-276. New York: International Universities Press içinde.

Towle, C. (1954). *The learner in education for the professions: As seen in education for social work*. Chicago: The University of Chicago Press.

Zetzel, E.R. (1953). The dynamic basis of supervision. *Social Casework*, 34, 143-149.

DİZİN

A

adaptif işlevsellik, 31, 135, 154, 214, 220
Adsız Alkolikler, 445, 527, 539
Akademik Yeterlilik Testi, 274
akıl hastalığı, 61, 234, 326
aklileştirme, 337, 395, 477
aktarımsal eyleme vurum, 216, 259, 457, 468
akut eyleme vurma, 60
Alkolizm Kurumu, 523
alt evre, 165, 173, 184, 185, 189, 196, 208, 215, 258, 548, 549, 550
Amerikan Tıp Birliği, 523
analog, 201
anksiyete, 19, 39, 42, 174, 214, 299, 306, 403, 437, 509, 527, 535, 579
anksiyolitikler, 493, 504
Anna Freud, 21, 164
anne-çocuk ikilisi, 186
Antisosyal, 34, 46, 56, 68
Apaçi savaşçısı, 119
aşırı doz, 226, 235, 263, 265, 322, 442, 509
Atena, 13
atipik, 487, 509
ayırıcı tanı, 11, 38, 41, , 43, 45, 46, 47, 491, 493, 495, 499, 500, 509
aynalama, 41, 52, 77, 104, 112, 193, 194, 195, 209, 210, 290, 468, 564
ayrılma-bireyleşme, 21, 22, 23, 170, 251, 348, 416, 538, 557, 576
Aziz Sebastian, 80

B

bağımlılık, 42, 146, 216, 226, 233, 305, 481, 534, 537, 538, 539
baltalama, 104, 105
bebeksi, 45, 52, 57, 58, 61, 70, 169, 197, 198, 214, 308, 508
bilişsel, 299, 311, 423, 501
borderline kişilik bozukluğu, 22, 76, 140, 213, 303, 497, 515, 524
borderline üçlüsü, 44, 70, 205, 243, 316, 326, 365, 568
boş/agresif birim, 157
bölünme, 148, 151, 216, 227, 253, 279, 293, 329, 330, 415, 510, 533
bulanıklaşma, 488
büyüklenmeci, 45, 54, 120, 121, 130, 191, 194, 293, 459, 475, 477

Ç

çarpık, 70, 151, 198, 201, 204, 285, 383, 471, 472
çatışma, 39, 52, 63, 247, 279, 299, 305, 338, 362, 377, 401, 558, 573
çözülme, 46, 172, 567

D

dairesel psikoterapi, 142
davranışsal, 20, 123, 131, 214, 323, 326, 368, 415, 495, 501, 524, 531
davranışsal bozukluk, 20
Delfi Kâhini, 546, 547, 552
depersonalize, 52
depresif, 21, 47, 109, 200, 235, 397, 448, 454, 503, 576, 577
derealizasyon, 79, 214, 221, 509
dışsallaştırma, 279, 337, 381, 473
didaktik, 461
direnç, 18, 19, 109, 175, 177, 302, 305, 327, 386, 440, 472, 580, 583
disforik, 39, 48
DSM-III, 31, 33, 40, 112, 213, 214, 225, 484, 499, 503, 517, 518, 519
duygu-durum bozukluğu, 38
duygulanım, 21, 90, 114, 131, 175, 182, 208, 219, 344, 430, 513
dürtü, 42, 164, 411, 439, 527, 550

dürtüsel, 214, 308, 314, 527, 537
dürtüsel eylem, 308

E

ego kusurları, 220, 230, 240, 510, 525, 527
ego psikolojisi, 164
ego-uyumsuz, 78, 141, 217, 452
Eksen I, 37, 38, 487, 491, 493, 500
Eksen II, 37, 487, 489, 491, 493
entegrasyon, 521, 560
epizot, 502
ergenlik çağı, 48, 56, 132, 158, 172, 221, 322, 484, 529
Erik Erikson, 164
evlilik terapisi, 279, 281, 282, 286, 287, 288, 294, 295
eyleme vurma, 12, 19, 98, 199, 205, 230, 256, 358, 371, 376, 377, 455, 459, 472, 506, 537, 574

F

fenomenolojik, 137, 484, 488
flurazepan, 265

G

gelişimsel duraklama, 184, 193, 197, 207, 215, 258, 409, 499, 561
gelişimsel paradigma, 167, 193
gerçek dışılık, 36
gerçek kendilik, 27, 31, 135, 137, 198, 209, 305, 362, 412, 421, 510
Gerçek Kendilik, 5, 13, 27, 63, 67
geri çekilen parça birim, 87, 197, 204, 244, 405
geri çekilme, 54, 114, 216, 264, 410, 461, 500
gizli narsisistik bozukluk, 34
GNİP, 44, 45, 88, 89, 90, 91, 92, 107, 108, 149, 381, 385, 393
grandiyöz, 45, 54, 459

H

Heinrich Racker, 414
hiperaktif, 237
hipotez, 167, 208, 562
histeroid, 487
histriyonik, 491

İ

içe yansıtma, 64, 108, 173, 194, 252, 255, 331, 563
içgörü, 13, 201, 207, 266, 282, 287, 310, 371, 378, 429, 554, 563
içgözlem, 301, 310, 377, 534
içsel nesne, 57, 91, 93, 171, 254, 258, 416, 429, 560
içselleştirme, 64, 219, 326
idealleştirme, 39, 53, 112, 126, 129, 130, 159, 161, 182, 186
ikilem, 115, 137, 180, 181, 201, 286, 395, 477
iletişimsel örtüşme, 41, 143
ilkel, 59, 70, 155, 172, 181, 205, 216, 330, 348, 476, 488, 544, 552, 554
imge, 74, 80, 411
incinebilirlik, 113, 137, 192, 375, 529, 557
intihar, 150, 221, 225, 275, 322, 361, 376, 442, 497, 505, 529, 547
intrapsişik, 11, 18, 19, 112, 125, 139, 140, 216, 217, 379, 381, 417, 428, 506, 509, 549, 565
işlevsellik, 35, 38, 51, 171, 183, 233
izole olma, 152, 442

J

John Bowlby, 164
Jung, 545, 548, 555

K

kaçınma, 49, 108, 191, 248, 267, 279, 323, 327, 422, 423, 572, 577
kaçınmacı, 48, 333, 343, 491, 572
kaos, 214, 326
karakterolojik, 43, 503, 537, 561
karbamazepin, 498, 504
karşı aktarım, 93, 136, 187, 198, 200, 218, 376, 377, 379, 391, 405, 406, 465, 535, 575, 577, 584
katalizör, 23, 131, 279, 282, 293
Katolik, 98, 253, 254, 333, 420, 462
kaynaşmış, 45, 54, 76, 78, 112, 136, 185, 189, 192, 194, 197
kaynaşmış nesne temsili, 185
kendiliği destekleme, 260

kendilik aktivasyonu, 39, 85, 92, 122, 241, 243, 333, 406, 510, 563
kendilik gelişimi, 13, 21, 73, 560
kendilik psikolojisi, 14, 63, 164
kendilik yıkıcı, 54, 132, 138, 217, 225, 304, 423, 445, 523, 527, 535
ketlenme, 61, 179
kişilik entegrasyonu, 111, 210
klinik kuram, 164
klostrofobi, 349
komplikasyon, 527
konferans, 16, 26
kopukluk, 422
Korint, 547, 550
Kötü Rahibe, 98, 99, 253, 254
kuram, 63, 85, 139, 481, 560, 561
kuruntu, 509

L

latent şizofren, 213
limbik sistem, 498
liyakat duygusu, 111
lorazepam, 284

M

madde kullanımı, 253, 522, 524
Mahler, 21, 64, 65, 163, 164, 165, 166, 210, 211, 330, 541, 548, 549, 550, 553, 555, 573, 588
manik, 38, 41, 42, 507, 515
manipülatif, 38, 151, 158, 228, 229, 235, 362, 437, 443, 447, 451
Masterson Enstitüsü, 5, 15, 16, 26, 28
Masterson Grup, 15, 16, 26, 115, 117, 178, 203, 283, 286, 399, 463
Masterson Yaklaşımı, 31, 163, 256, 287, 400, 514, 557, 571, 578
materyal, 104
melankolik, 48, 487, 488, 493, 495, 504, 506, 507
Mental Bozukluk, 31
mercurial, 284
metodolojik, 17, 19

N

Napolyonik Kompleks, 126
narsisistik öfke, 138, 460, 466
narsisistik takviye, 282
nesne ilişkileri, 11, 12, 49, 52, 164, 217, 232, 380, 406, 415, 538, 561
nesne sürekliliği, 64, 151, 196, 201, 210, 241, 258, 311
nevrotik, 42, 51, 54, 61, 63, 139, 201, 214, 279
nevroz, 11, 31, 47
New York City, 264, 333, 530
nöroleptik ilaç, 41, 495, 497, 502

O

obsesif-kompülsif savunma, 178
Oedipus, 9, 481, 543, 545, 546, 547, 548, 550, 551, 554, 555
Oedipus Efsanesi, 9, 481, 543, 551, 552
onaylanma, 209
otistik, 49, 165, 167
otizm, 164, 165

Ö

ödipal, 60, 62, 164, 209, 210, 481, 511, 551, 552
öfke patlamaları, 347
ÖNİP, 44, 45, 87, 88, 92, 98, 149, 380, 381, 384, 385
örüntü, 44, 52, 70, 97, 193, 217, 243, 420, 550
öz yönetim, 222

P

paralize olma, 45, 390
parazitik, 168, 170
pasif-agresif, 59, 200, 216, 237, 344, 376
patolojik, 20, 67, 68, 75, 77, 78, 175, 186, 198, 199, 201, 208, 217, 372, 394, 473, 507, 515, 522
patonomonik, 214
Payne Whitney Clinic, 15, 20
plasebo, 495, 496, 498
pre-ödipal, 60, 64, 186, 207, 209, 411, 481, 543
primitif korku, 215
progresif, 43, 196
provakatif, 105

psikanalitik psikoterapi, 11, 20, 24, 85, 114, 115, 372, 535
psikodinamik, 18, 21, 33, 167, 224, 225, 481, 582
psikojenik, 167
psikonevroz, 48, 51, 60, 61, 62
psikopatoloji, 12, 37, 215, 300, 521
psikoz, 11, 31, 167, 237, 489, 490
psişe, 168, 169, 173, 210

R

reddedilme, 111, 122, 292, 392, 463
regresif, 39, 50, 52, 56, 87, 149, 236, 239, 244, 308, 323, 342, 585
regresyon, 167, 168, 169, 174, 223
rehabilitasyon, 239
Retrospektif, 420, 425
Rüya Yorumları, 543

S

sadist, 147, 317, 370, 429, 463
sado-mazoşistik savunma, 370
saldırgan, 12, 49, 96, 121, 177, 204, 238, 294, 300, 349, 387, 418, 536
savunma mekanizması, 21, 416
savunmacı uzaklaşma, 120, 176
Searles, 173, 211, 414, 435, 569, 588
sembiyoz, 21
Sendrom, 21
Sfenks, 9, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 550, 551, 552, 554
sınır koyma, 50, 55, 127, 179, 180, 196, 226, 236, 306, 307, 311, 329
Sofokles, 544, 545
Spitzer, 484, 486, 488, 518
suistimal, 94, 119, 134, 216, 247, 282, 334, 461, 469, 472, 473, 475

Ş

şantaj, 317

T

tanısal, 38, 41, 51, 59, 210, 484, 492, 493, 500, 563
tepkisel, 92. 122, 168, 477, 497
terapötik çaça dansı, 310
terapötik çerçeve, 153, 230, 231, 329, 395, 397, 415, 477, 504, 508
terapötik döngü, 292
terapötik ilişki, 37, 126, 186, 216, 231, 355, 385, 397, 499, 505, 513
terapötik ittifak, 61, 72, 121, 153, 190, 217, 299, 304, 441, 510, 538
terapötik müdahale, 70, 112, 115, 126, 163, 317, 440, 491, 503, 509
terk depresyonu, 22, 34, 143, 151, 157, 276, 303, 371, 400, 527, 533
teşhirci, 34, 36, 38, 112
tümgüçlü, 54, 135, 136, 194, 459, 460, 462, 469, 477, 553

U

Ulu Anne, 550
Ulusal Alkolizm Konseyi, 522

V

Valium, 362, 369, 445, 447, 535

W

Winnicott, 65, 67, 164, 165, 170, 185, 211, 261, 412, 553, 555

X

Xanax, 284, 497, 504

Y

yalıtma, 489, 492
yansıtma, 35, 46, 288, 293, 310, 312, 379, 381, 382, 386, 389, 395
yansıtmalı özdeşim, 98, 108, 151, 431, 432, 433, 438, 558, 579
yapışma, 12, 39, 48, 54, 146, 199, 234, 300, 350, 351, 420, 581
yoksunluk, 39, 233, 369, 426
yorumlama, 41, 55, 71, 115, 135, 137, 209, 287, 291, 320, 422, 536
yüzleştirme, 22, 70, 118, 129, 137, 221, 226, 305, 319, 448, 450, 478, 500, 564, 579, 584

KENDİLİK BOZUKLUKLARININ PSİKOTERAPİSİ

Bu kitap, Masterson Yaklaşımı evriminin olgunluk çağı kitabıdır ve kuramın klinikteki sağlaması özelliğini taşımaktadır. 1970'lerin başından itibaren James F. Masterson'a katılan Ralph Klein, Karla Clarck, Richard Fischer, Karen Dean Fritts, S. Barlas Nagel, Candace Orcutt gibi çok değerli akademisyen ve klinisyenlerin, klinik çalışmalarıyla Masterson Yaklaşımı'nı zenginleştiren çok değerli bireysel katkılarından oluşmaktadır.

Masterson Yaklaşımı, kendilik gelişimi ve nesne ilişkileri konularına birleşik bir bakışla, kendilik gelişimi bozukluklarının tüm klinik görünümlerine benzersiz bir [illegible] açısı kazandırmıştır. Kişilik [illegible]luklarının psikanalitik [illegible]erapisinde Masterson Yaklaşımı'nın başarısı yalnızca kuramsal alanda yapılan teorik çalışmaların değil, kapsamlı klinik deneyimlerin bir sonucudur.

Bu önemli çalışmanın, okuyuculara sadece yeni içgörüler kazandırmakla kalmayıp, yeni araştırma ve uygulama yolları aramak ve bulmak için bir model oluşturmasını umuyoruz.

Masterson Yaklaşımı çerçevesinde teorik ve pratik birikimin değerli yapı taşlarından biri olan bu kitabı bütün klinisyenlere önemle tavsiye ediyoruz.

LITERA
YAYINCILIK



ISBN 978-975-6329-76-4