Nancy McWilliams

Psikanalitik Tanı

Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak

3. Baskı

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI

NANCY McWILLIAMS

Nancy McWilliams, ABD Rutgers, the State University of New Jersey'nin Uygulamalı ve Profesyonel Psikoloji Doktora Programı'nda öğretim üyesidir. American Psychological Association'ın Psikanaliz Bölümü'nün başkanı ve *Psychoanalytic Review*'un eş-editörü olan McWilliams aynı zamanda *Psychoanalytic Psychology*'nin de yayın kurulundadır. McWilliams yazılarında, kişilik yapılanması ve kişilik bozuklukları, psikolojik tanı, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, travma, yoğun psikoterapi ve psikoterapide hümanist geleneğe karşı okumalar geniş yer bulmaktadır. Kitapları 12 ayrı dile çevrilen yazar, hem ABD'de hem de ABD dışında birçok üniversitede ders vermiştir. Vaka formülasyonları üzerine olan kitabı, 1999'un en iyi psikanalitik klinik kitabı seçilerek Gradiva ödülünü almıştır. 2004'te Division of Independent Practitioners of the American Psychological Association tarafından Rosalee Weiss ödülünü almaya hak kazanan McWilliams, 2006'da da American Psychoanalytic Association'ın onur üyesi olmuştur. National Psychological Association for Psychoanalysis'in mezunu olan McWilliams, New Jersey'deki Institute for Psychoanalysis and Psychotherapy ve New York'taki the National Institute for the Psychotherapies'in eğitmen kadrosundadır. Yazarın diğer eserleri şunlardır: *Psychoanalytic Case Formulation* (Guilford Press, 1999), *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide* (Guilford Press, 2004) ve *Psychodynamic Diagnostic Manual* (ed.) (Guilford Press, 2006).

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI

Nancy McWilliams
PSİKANALİTİK TANI
Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak
Çeviren Erkan Kalem

PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS
Understanding Personality Structure in the Clinical Process
Copyright © The Guilford Press, 1994

İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 259
Psikanaliz/Psikoloji Dizisi 1

ISBN 978-605-399-105-2

1. Baskı İstanbul, Eylül 2009
2. Baskı İstanbul, Haziran 2010
3. Baskı İstanbul, Şubat 2013

© Bilgi İletişim Grubu Yayıncılık Müzik Yapım ve Haber Ajansı Ltd. Şti.
Yazışma Adresi: İnönü Caddesi, No: 43/A Kuştepe Şişli 34387 İstanbul
Telefon: 0212 311 61 34 - 311 64 63 / Faks: 0212 297 63 14 • Sertifika No: 11237

www.bilgiyay.com
E-posta yayin@bilgiyay.com
Dağıtım dagitim@bilgiyay.com

Dizi Editörü Murat Paker
Düzelti Hande Özyıldırım
Yayına Hazırlayan Göksun Yazıcı
Tasarım Mehmet Ulusel
Dizin Bora Bozatlı
Dizgi ve Uygulama Maraton Dizgievi • maraton@dizgievi.com
Baskı ve Cilt Sena Ofset Ambalaj ve Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti.
Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi B Blok Kat 6 No: 4 NB 7-9-11 Topkapı İstanbul
Telefon: 0212 613 03 21 - 613 38 46 / Faks: 0212 613 38 46 • Sertifika No: 12064

İstanbul Bilgi University Library Cataloging-in-Publication Data
İstanbul Bilgi Üniversitesi Kütüphanesi Kataloglama Bölümü tarafından kataloglanmıştır.

McWilliams, Nancy Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak / Nancy McWilliams, çev. Erkan Kalem.
520 p. 16 x 23 cm.
Includes bibliographical references and index.
ISBN 978-605-399-105-2 (pbk.)

1. Typology (Psychology). 2. Personality assessment. I. Kalem, Erkan.
RC489 .T95 M38 2009

Nancy McWilliams

PSİKANALİTİK TANI
Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak

Çeviren
Erkan Kalem

Howard Gordon Riley,
Millicent Wood Riley,
Jane Ayers Riley
anısına, şükran duygularıyla

İçindekiler

xi Editörün Önsözü
xv Türkçe Baskıya Önsöz
xix Önsöz
xxiii Teşekkürler

1 Giriş
2 Terminoloji Üzerine
4 Üslup Üzerine

7 **BİRİNCİ KISIM Kavramsal Konular**

11 BİRİNCİ BÖLÜM Niçin Tanı?
13 Tedavi Planlaması
14 Prognoz (Gidişat) Açısından Tanının Anlamları
15 Tüketicinin Korunması
17 Empatik İletişim
20 Tedaviden Kaçışları Önlemek
20 Tanının Başka Yararları
23 Tanının Sağladığı Yararların Sınırları

25 İKİNCİ BÖLÜM Psikanalitik Karakter Tanısı
27 Klasik Freudcu Dürtü Kuramı
32 Ego Psikolojisi
36 Nesne İlişkileri Geleneği
43 Kendilik Psikolojisi
46 Kişilik Dğerlendirmesi Alanına Başka Psikanalitik Katkılar

51 ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Kişilik Örgütlenmesinin Gelişimsel Düzeyleri
53 Tarihsel Bağlam: Karakter Patolojisi Düzeyini Tanılama
54 Kraepelinci Tanı: Nevroz-Psikoz Ayrımı
56 Ego Psikolojisi Tanısal Kategorileri: Semptom Nevrozu, Nevrotik Karakter ve Psikoz
62 Nesne İlişkileri Tanısı: Sınırdurum Psikopatolojisi
65 Nevrotik-Sınırdurum-Psikotik Yelpazesinde Spesifik Boyutlar
66 Nevrotik-Düzey Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri
70 Psikotik-Düzey Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri
74 Sınırdurum Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri

83 DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Gelişimsel Örgütlenme Düzeylerinin Klinik Açıdan Anlamları
- **85** Nevrotik-Düzey Hastalarla Psikanalitik Terapi
  - **85** Nispeten Daha Sağlıklı Hastalarla Geleneksel Terapi Yaklaşımları
  - **87** Nispeten Daha Sağlıklı Hastalarla Başka Yaklaşımlar
- **88** Psikotik-Düzey Hastalarla Psikanalitik Terapi
  - **89** Destekleyici Teknik: Psikolojik Güvenlik Sağlamak
  - **94** Destekleyici Teknik: Hastayı Eğitmek
  - **97** Destekleyici Teknik: Rahatsızlıkları Spesifik Streslere Bağlamak
- **99** Sınırdurum Hastalarla Psikanalitik Terapi
  - **101** Dışavurumcu Teknik: Sınırları Korumak
  - **103** Dışavurumcu Teknik: Karşıt Duygu Durumlarını Seslendirmek
  - **104** Dışavurumcu Teknik: İlkel Savunmaları Yorumlamak
  - **107** Dışavurumcu Teknik: Hastadan Süpervizyon Almak
  - **109** Dışavurumcu Teknik: Bireyleşmeyi Teşvik Etmek ve Gerilemeyi Engellemek
  - **110** Dışavurumcu Teknik: Duygusal Sakinlik Dönemlerinde Yorumlamak
  - **111** Dışavurumcu Teknik: Karşı-aktarım Verilerini Önemsemek
- **113** Karakterin Olgunlaşma ve Tipoloji Boyutlarının Etkileşimi

119 BEŞİNCİ BÖLÜM Birincil (İlkel) Savunma Süreçleri
- **123** İlkel Geri-Çekilme
- **125** İnkâr
- **127** Tümgüçlü Kontrol
- **129** İlkel İdealizasyon (ve Değersizleştirme)
- **132** Yansıtma, İçe-Atma, Yansıtmalı Özdeşim
- **138** Ego Bölünmesi
- **139** Dissosiyasyon

143 ALTINCI BÖLÜM İkincil (Üst Düzey) Savunma Süreçleri
- **143** Bastırma
- **147** Gerileme
- **149** Yalıtma
- **150** Düşünselleştirme
- **151** Akılcılaştırma
- **152** Ahlâksallaştırma
- **154** Bölmeleme
- **155** Yapıp-Bozma
- **157** Kendine-Karşı-Döndürme
- **158** Yer-Değiştirme
- **160** Karşıt-Tepki Oluşturma
- **161** Tersine-Çevirme

164 Özdeşim
167 Eyleme-Koyma
170 Cinselleştirme (İçgüdüselleştirme)
172 Yüceltme

177 İKİNCİ KISIM Karakter Örgütlenmesi Tipleri

179 Bölümlerin Düzenlenmesinde Temel Alınan Bakış Açısı
181 Karakter, Karakter Patolojisi ve Durumsal Etkenler
182 Kişilikte Değişimin Sınırları

185 YEDİNCİ BÖLÜM Psikopatik (Antisosyal) Kişilikler
186 Psikopatide Dürtü, Duygulanım, Mizaç
187 Psikopatide Savunma ve Uyum Süreçleri
190 Psikopatide Nesne İlişkileri
192 Psikopatik Kendilik
194 Psikopatik Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
195 Psikopati Tanısının Terapi Açısından Anlamları
201 Ayırıcı Tanı
201 Psikopatik - Paranoid Kişilik Karşılaştırması
202 Psikopatik - Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması
202 Psikopatik - Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

205 SEKİZİNCİ BÖLÜM Narsisistik Kişilikler
209 Narsisizmde Dürtü, Duygulanım, Mizaç
210 Narsisizmde Savunma ve Uyum Süreçleri
213 Narsisizmde Nesne İlişkileri
216 Narsisistik Kendilik
218 Narsisistik Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
220 Narsisizm Tanısının Terapi Açısından Anlamları
225 Ayırıcı Tanı
225 Narsisistik Kişilik - Narsisistik Tepki Karşılaştırması
226 Narsisistik Kişilik - Psikopatik Kişilik Karşılaştırması
226 Narsisistik Kişilik - Depresif Kişilik Karşılaştırması
226 Narsisistik Kişilik - Obsesif Kompülsif Kişilik Karşılaştırması
227 Narsisistik Kişilik - Histerik Kişilik Karşılaştırması

229 DOKUZUNCU BÖLÜM Şizoid Kişilikler
230 Şizoid Kişiliklerde Dürtü, Duygulanım, Mizaç
232 Şizoid Kişiliklerde Savunma ve Uyum Süreçleri
233 Şizoid Durumlarda Nesne İlişkileri
236 Şizoid Kendilik
238 Şizoid Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
241 Şizoid Kişilik Tanısının Terapi Açısından Anlamları

244 Ayırıcı Tanı
244 Patoloji Derecesi
245 Şizoid Kişilik - Obsesif ve Kompülsif Kişilik Karşılaştırması

249 ONUNCU BÖLÜM Paranoid Kişilikler
252 Paranoid Kişiliklerde Dürtü, Duygulanım, Mizaç
254 Paranoyada Savunma ve Uyum Süreçleri
257 Paranoyada Nesne İlişkileri
260 Paranoid Kendilik
263 Paranoid Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
264 Paranoya Tanısının Terapi Açısından Anlamları
272 Ayırıcı Tanı
273 Paranoid Kişilik - Psikopatik Kişilik Karşılaştırması
273 Paranoid Kişilik - Obsesif Kişilik Karşılaştırması
274 Paranoid Kişilik - Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

277 ONBİRİNCİ BÖLÜM Depresif ve Manik Kişilikler
278 Depresif Kişilikler
279 Depresyonda Dürtü, Duygulanım, Mizaç
282 Depresyonda Savunma ve Uyum Süreçleri
284 Depresyonda Nesne İlişkileri
289 Depresif Kendilik
291 Depresif Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
294 Depresyon Tanısının Terapi Açısından Anlamları
300 Ayırıcı Tanı
300 Depresif Kişilik - Narsisistik Kişilik Karşılaştırması
302 Depresif Kişilik - Mazoşistik Kişilik Karşılaştırması
302 Manik ve Hipomanik Kişilikler
303 Manide Dürtü, Duygulanım, Mizaç
304 Manide Savunma ve Uyum Süreçleri
304 Manide Nesne İlişkileri
305 Manik Kendilik
306 Manide Aktarım ve Karşıaktar
306 Mani veya Hipomani Tanısının Terapi Açısından Anlamları
309 Ayırıcı Tanı
309 Hipomanik Kişilik - Histerik Kişilik Karşılaştırması
309 Hipomanik Kişilik - Narsisistik Kişilik Karşılaştırması
310 Hipomanik Kişilik - Kompülsif Kişilik Karşılaştırması
311 Mani - Şizofreni Karşılaştırması

313 ONİKİNCİ BÖLÜM Mazoşistik (Kendi Aleyhine İşleyen) Kişilikler
316 Mazoşizmde Dürtü, Duygulanım, Mizaç
318 Mazoşizmde Savunma ve Uyum Süreçleri
321 Mazoşizmde Nesne İlişkileri
325 Mazoşistik Kendilik
326 Mazoşistik Hastalarda Aktarım ve Karşı-Aktarım
329 Mazoşizm Tanısının Terapi Açısından Anlamları
335 Ayırıcı Tanı
335 Mazoşistik Kişilik ile Depresif Kişilik Karşılaştırması
336 Mazoşistik Kişilik ile Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

339 ONÜÇÜNCÜ BÖLÜM Obsesif ve Kompülsif Kişilikler
341 Obsesif ve Kompülsif Kişiliklerde Dürtü, Duygulanım, Mizaç
344 Obsesif ve Kompülsif Kişiliklerde Savunma ve Uyum Süreçleri
344 Dürtülere, Duygulanımlara ve Arzulara Karşı Bilişsel Savunmalar
345 Dürtülere, Duygulanımlara ve Arzulara Karşı Davranışsal Savunmalar
347 Karşıt-Tepki Oluşturma
348 Obsesif ve Kompülsif Kişiliklerde Nesne İlişkileri
352 Obsesif Kompülsif Kendilik
355 Obsesif ve Kompülsif Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
358 Obsesif ve Kompülsif Kişilik Tanısının Terapi Açısından Anlamları
362 Ayırıcı Tanı
362 Obsesif Kişilik - Narsisistik Kişilik Karşılaştırması
363 Obsesif Kişilik - Şizoid Kişilik Karşılaştırması
363 Obsesif Kompülsif Bozukluklar - Organik Bozukluklar Karşılaştırması

365 ONDÖRDÜNCÜ BÖLÜM Histerik Kişilikler
367 Histeride Dürtü, Duygulanım, Mizaç
369 Histeride Savunma ve Uyum Süreçleri
373 Histeride Nesne İlişkileri
375 Histerik Kendilik
379 Histerik Hastalarla Aktarım ve Karşı-Aktarım
383 Histeri Tanısının Terapi Açısından Anlamları
385 Ayırıcı Tanı
385 Histerik Kişilik - Psikopatik Kişilik Karşılaştırması
387 Histerik Kişilik - Narsisistik Kişilik Karşılaştırması
388 Histerik Kişilik - Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması
388 Histerik Kişilik - Fizyolojik Durumlar Karşılaştırması

391 ONBEŞİNCİ BÖLÜM Dissosiyatif Kişilikler
397 Dissosiyatif Durumlarda Dürtü, Duygulanım, Mizaç
399 Dissosiyatif Durumlarda Savunma ve Uyum Süreçleri
402 Dissosiyatif Durumlarda Nesne İlişkileri
405 Dissosiyatif Kendilik
407 Dissosiyatif Hastalarda Aktarım ve Karşı-Aktarım
409 Dissosiyatif Durum Tanısının Terapi Açısından Anlamları
413 Ayırıcı Tanı
414 Dissosiyatif Durumlar - İşlevsel Psikozlar Karşılaştırması
415 Dissosiyatif Durumlar - Sınırdurum Patolojiler Karşılaştırması
416 Dissosiyatif Durumlar - Histerik Durumlar Karşılaştırması
417 Dissosiyatif Durumlar - Psikopatik Durumlar Karşılaştırması

421 EK Önerilen Tanısal Görüşme Formatı
421 Demografik Veriler
421 Güncel Sorunlar ve Başlangıçları
421 Kişisel Tarihçe
421 Bebeklik and Yürüme Çağı
422 Gizlilik Dönemi
422 Ergenlik
422 Yetişkinlik
422 Güncel Görünüm (Ruhsal Durum)
422 Hastanın Belirtmek İstediği Son Noktalar
422 Dinamik Çıkarımlar

423 Türkçe-İngilizce Sözlük
439 İngilizce-Türkçe Sözlük
455 Kaynakça
481 Dizin

Editörün Önsözü

İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları kısa zamanda kendisini kanıtlamış ve üniversite yayıncılığı alanına Türkiye'de yepyeni bir soluk getirmiş bir yayınevi. Biz de şimdi bu kitapla İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları'nda *Psikanaliz/Psikoloji Dizisini*'ni başlatmış bulunuyoruz. Bu dizinin ilk kitabının yayınlanmasını fırsat bilerek muhtemel okuyucularımız için dizi hakkında kısa bilgi vermek isterim.

Psikanaliz/Psikoloji Dizisi başlatma fikri, dört yıl kadar önce üniversitemizde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nın kuruluşu sırasında oluştu. Titiz ve meşakkatli bir çalışma sonucu ilk planda yayınlanacak kitaplar saptandı, çevirmenler bulundu, verimli bir ekip çalışması gerçekleştirildi ve bu çalışma halen de devam ediyor. Bu sürecin her aşamasında Yayınevi ile Yüksek Lisans Programımız'ın öğretim üyesi ve öğrencileri arasında gayet üretken bir işbirliği gerçekleşti.

Psikanaliz/Psikoloji Dizisi'nin amaçlarını kısaca özetlemek gerekirse:

1. Gerek klinik gerekse de klinik-dışı alanlarda yazılmış, kısa zamanda klasikleşmiş ya da klasikleşmeye aday, dünyada ses getirmiş, görece yeni psikanalitik metinleri Türkçe'ye kazandırmak;

2. Psikolojinin özellikle klinik, sosyal, politik alt-alanlarından yerli ve yabancı kitapları Türkiyeli okuyucuyla buluşturmak;

3. Kitap seçerken ve basarken, akademik değerine ve standartlara, çevirinin kalitesine, sosyal/insan bilimlerine ve/veya psikoterapi praksisine katkısına, Türkiye'nin ihtiyaçlarına ve meselelerine yönelik olmasına özel önem vermek.

Dizimiz'de şimdiki durumda yılda iki ila dört kitap yayınlanması düşünülmektedir. Elinizdeki ilk kitabımız *Psikanalitik Tanı*'dan başka üç kitap daha yayın aşamasına yaklaşmaktadır. Ünlü psikanalist Steven Mitchell'ın *Aşk Sürebilir mi?* ve *Psikanalizde İlişkisel Kavramlar* kitaplarıyla Juliet Mitchell'ın *Kardeşler* kitabı. Bu kitaplara ek olarak, psikoanalitik psikoterapideki ilişkisel (d)evrim üzerine yüksek lisans öğrencilerimizle birlikte hazırladığımız başka bir kitap da sırada.

Çeviri kitaplarımızın sonuna bir sözlük eklemeyi bir ilke olarak benimsemiş durumdayız. Bu yolla psikanaliz/psikoloji alanında Türkçe'de varolan terimsel zayıflık ve kargaşanın giderilmesine katkıda bulunmayı umuyoruz.

Yayınladığımız kitapların akademik ve profesyonel psikanaliz/psikoloji camiasının ötesinde de ilgi uyandıracağını, bu alanlarla doğrudan ya da dolaylı ilgili herkes tarafından izleneceğini ve destekleneceğini umuyoruz.

Okurlarımızın önerileri ve eleştirileriyle bu dizinin gelişerek sürmesine katkıda bulunmalarını bekliyoruz.

İLK KİTABIMIZ: *PSİKANALİTİK TANI*

Nancy McWilliams'ın 1994'te yayınlanmış olan *Psikanalitik Tanı*'sı, son 20-30 yılda dünya psikanaliz ve psikoanalitik psikoterapi camialarında en etkili olmuş kitapların başında gelmektedir. Kapsam zenginliği, sistematikliği, sentezciliği, akıcı diliyle, kısa zamanda klasikleşmiş bu kitabında McWilliams, psikanalitik bir terapistin danışanını değerlendirirken ne tür tanısal ölçütler/eksenler kullandığını ayrıntılarıyla ve kendi klinik deneyimiyle harmanlayarak sunmaktadır. Bu kitabın en önemli bir kaç özelliğini kısaca belirtecek olursak:

• McWilliams'ın bu kitabıyla psikanalitik tanının iki eksenli kavramsallaştırılması iyice olgunlaşmış ve yerleşmiştir. O kadar ki dünyadaki resmi psikanaliz kurumlarının DSM hegemonyasına karşı daha yeni yayınladığı ansiklopedik *Psikodinamik Tanı Kriterleri*[1] kitabının güçlü bir öncülü sayılmalıdır *Psikanalitik Tanı*. Bu iki eksenin ilki, kişinin gelişimsel örgütlenme düzeyidir ve psikotik-sınırdurum-nevrotik sürekliliğinde kişinin işlevselliğinin nasıl bir aralıkta şekillendiğini gösterir. Buradaki vurgu, gelişimsel eksende insanların belli bir noktada değil, belli bir aralıkta örgütlendikleri üzerindedir. İkinci eksen, karakter tarzı eksenidir. McWilliams'ın özgün sayabileceğimiz katkılarından biri, her bir karakter tarzının, belli yoğunlaşmalar göstermelerine rağmen, gelişimsel eksenin herhangi bir düzeyinde örgütlenmiş olabileceğini ustalıkla göstermiş

1 Alliance of Psychoanalytic Organizations (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations.

olmasıdır. Kitapta tanımlanan karakter tipleri, somut bireylerde, McWilliams'ın da uyardığı gibi, çoğunlukla saf halleriyle değil, özgün bileşimler şeklinde varolurlar. Çoğu insan bir kaç karakter tarzının karmaşık bir bileşimidir. Psikanalitik terapide her iki eksende de bir formülasyon yapılmalı ve tanısal kavramsallaştırmalar/sınıflandırmalar, her bir insanın kişilik örgütlenmesinin ve bunun tezahürlerinin *biricik* olduğu gerçeğini gölgelememelidir. Dolayısıyla, psikalizde diğer klinik ekollerden farklı olarak bir hastalık iyileştirilmez, bir insan bütün karmaşıklığı ve bütünselliği içinde anlaşılmaya çalışılır.

• McWilliams'ın diğer önemli bir katkısı da iki eksen üzerine tanısal kategorileri tartışırken psikanalizin tarihsel öneme haiz dört temel ekolünün katkılarına ayrı ayrı yer vermesidir. Bu ekoller, klasik Freudçü psikanaliz, nesne ilişkileri, ego psikolojisi ve kendilik (self) psikolojisi ekolleridir. McWilliams bu tarzıyla her bir ekolün teorik ve özellikle de klinik meselelere nasıl yaklaştığını, özgün katkılarının neler olduğunu ve dolaylı olarak da hangi alanları boş bıraktıklarını göstermektedir. Esnek ve yeniliklere açık bir analist olarak McWilliams, hiç bir psikanaliz ekolünün muhafazakar bir savunucusu değildir, aksine her bir ekolün katkısını ve meşruiyetini görmeye ve göstermeye çalışan değerli bir sentezcidir.

• McWilliams'ın eserinin diğer bir önemli özelliği de bütün tanısal kategorileri ve kavramları akıcı ve görece kolay nüfuz edilebilir bir dil eşliğinde ve zengin klinik malzemeye/örneklere yer vererek aktarmasıdır. Bu özelliğiyle *Psikanalitik Tanı*, sadece tanı düzeyinde kalmamakta, her bir tanısal durumun psikanalitik psikoterapisi için değerli göndermeler ve alt-bölümler içermektedir.

McWilliams'ın Psikanalitik Tanı kitabı yayınlandığı 1994 yılından beri psikanaliz alanında dünyada en çok kullanılan ders kitabı niteliğine sahip psikanalitik metin olmuştur. On beş yıllık bir gecikmeyle de olsa bu metni Türkçeye kazandırdığımız için mutluyuz. Erkan Kalem, bu çevirisiyle ne denli yetkin ve özenli bir çevirmen olduğunu kanıtlamaktadır. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programımız'ın ilk mezunlarından olan Hande Özyıldırım, çevirinin son haline ulaşmasında redaksiyon faaliyetinin çok ötesinde bir emek ve katkı sunmuştur. Her ikisine de büyük özveri gerektiren çalışmalarından dolayı teşekkür ederim.

Bu dizinin yeni kitaplarında buluşmak dileğiyle...

Yrd. Doç. Dr. MURAT PAKER
İstanbul Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Direktörü
Haziran 2009

Türkçe Baskıya Önsöz

Psikanalitik Tanı adlı kitabımın Türkçeye çevrilmiş olmasına çok sevindim ve Türk okurların, farklı türlerdeki bireysel psikolojileri ve bunların terapötik açıdan taşıdıkları anlam ve sonuçlarını betimleme çabalarıma ilgi göstermiş olmalarından onur duydum. Kitabı kaleme aldığım dönemde kitabın hedef kitlesi olarak aklımda Kuzey Amerika'da yaşayan okurlar bulunduğundan, kitabımın uluslararası bir kabul görmesi benim için güzel bir sürpriz oldu. Bu kitabın, birbirinden oldukça farklı toplumlardaki terapistlere çekici gelmesi, çok farklı kültürlerde yaşayan, inanç sistemlerine sahip ve geçmişlerden gelen insanların paylaştıkları belirli temel psikolojik özelliklerin bulunduğu gerçeğine tanıklık eder. Ruh sağlığı çalışanları ve insan türüne ilişkin derin bir psikolojik bakış açısı olan kişiler, bu kitapta özetlemiş olduklarım dahil, Batılı psikanalitik düşünürlerin kavramlaştırmış oldukları farklı düzeylerde ve tiplerdeki kişilik örgütlenmelerini, bu düzey ve tiplere ilişkin görüşleri üretmiş olan kültürlerden oldukça farklı kültürlerde yaşıyor olsalar bile "görür ve tanırlar".

Geçmiş yıllarda iki kez Türkiye'de bulunma şansım oldu: İlkinde, turist olarak, eski öğrencim Yasemin Sohtorik'in nikâh törenine katılmak üzere; ikincisinde, Türkiyeli psikoterapistler için kişilik farkları ve bozuklukları hakkında eğitim verdiğim Boğaziçi Üniversitesi'nden Güler Fişek'in davetlisi olarak gelmiştim. On yıl önce Amerika'da ileri düzey analitik eğitim aldığı dönemde tanıştığım arkadaşım ve meslektaşım Yavuz Erten, Türk kültürü ve Türkiye'deki psikolojik hizmetler hakkındaki halen mütevazı düzeydeki bil-

gimin başka bir kaynağıdır; bana çokça vakit ayırarak İstanbul'u gezdiren, alış veriş yaparken benim için pazarlık yapan ve çok sayıda unutulmaz Türk yemeğiyle tanıştıran Nafi Mitrani'nin olduğu gibi. Bu saydığım kişiler ve başka Türkiyeli meslektaşlarım bana ülkelerinde ruh sağlığı alanında çalışırken karşılaştıkları durumların ve zorluklarının çeşitliliği hakkında belli bir fikir vermişlerdir.

İstanbul'da eğitim verdiğim dönemde, katılımcılar tarafından sunulan vakaları dinleme fırsatım olmuştu. Sundukları vakalarda, Türkiye'nin kent ve banliyölerinde çalışan bu terapist ve danışmanlar, bana, Amerika'da gördüklerimden çok da farklı olmayan danışanlardan bahsediyorlardı. Daha geleneksel yapıdaki veya merkezden uzaktaki yörelerde çalışanlar, bu kesimlerde ruhsal veya kişilerarası sorunlara ilişkin olarak yaşanan utanç veya damgalanma deneyiminden dolayı, danışanlarının, duygusal acı yerine fiziksel acıdan şikâyetle tedaviye başvurmalarının az rastlanan bir durum olmadığını söylediler. Öte yandan bu terapistler, acı çekmekte olan kişiyle bir kez sıcak bir ilişki kurmayı başardıktan sonra, bu kişinin psikolojik ihtiyaçlarının yüzeye çıktığına ve terapötik açıdan ele alınabilir bir hâle geldiğine işaret ettiler.

Ülkemde eğitim alan öğrenciler ve meslektaşlarla olsun veya Türkiye'yi ziyaretim sırasında tanıştığım bireylerle olsun, Türkiyelilerle olan deneyimlerim, onların ailelerine ve toplumlarına adanmış cömert, tutkulu ve gururlu insanlar olduklarını; beri yandan da, halen, hem bireysel hem de kolektif düzeyde, seküler ideallerle dini inançlar ve demokratik tutumlarla otoriter tutumlar arasındaki gerilimle (ki bu gerilim, ülkelerinin çekirdek değerlerine nüfuz edip onları canlandırmaktadır) mücadele eden insanlar olduklarını düşündürüyor bana. Birçok farklı yönden baskı altındaki toplumlarda psikoterapistler, danışanlarına, kimlik meseleleriyle, seküler ve manevi otoriterlerden gelen ve birbirleriyle çatışan mesajlarla, aile uyumu üzerindeki baskılarla ve son yıllarda gezegenimizdeki herkesin dayanıklılığını zorlayan hızlı sosyal ve teknolojik değişimlerin sonuçlarıyla mücadele etmekte yardımcı olmak durumundadırlar. Bu baş döndüren bağlamda, kişilik farklılıklarının değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma özellikle katkı sağlayıcı olabilir.

Hayat her zaman zor olmuştur ve insanlar her zaman duygusal acılarına hitap eden tedavicilere ihtiyaç duymuşlardır. Öte yandan, bir meslek olarak psikoterapi, hayatın kimi belirli şekillerde zor bir hâle geldiği bağlamlarda ortaya çıkmıştır genelde. Örneğin, sanayi devriminin fiziksel olgunluk ile kişinin içinde yaşadığı toplumda gerçek bir yetişkin rolünü üstlenebileceği yaş arasında bir zamansal boşluk üretmesinden önce sorun yaşayan genç kişilere

ergenlikleri (ergenlik kavramı da on dokuzuncu yüzyılın son döneminden önce ortada bile olmayan bir kavramdır) esnasında yardım etmeye yönelik bir ihtiyaç yoktu. Veya, bireylere, hızlı toplumsal değişim, teknolojik dönüşüm, tüketicilik ve kitle iletişimleri bağlamında, kendilerini tanımlamaya yönelik seçeneklerin katlanarak çoğalmasından önce, "kimlik" meseleleri hakkında yardımcı etmeye yönelik bir ihtiyaç da yoktu. Hayat ne denli karmaşık hale gelirse, her ne kadar ekonomik ve fiziksel açıdan kolaylaşsa da, o denli çok sayıda insan da her şeyi yerli yerine oturtmakta yardıma ihtiyaç duyuyor.

Türkiye, Doğu ve Batı, seküler ve manevi, kentsel ve kırsal kültürler arasında olağanüstü bir orta alanda bulunmaktadır. Başka ülkelerdeki kimi Türkiyeli göçmen toplulukları dâhil olmak üzere, daha geleneksel Türkiyeli alt-kültürler içinde çalışan terapistler, bana, çalışmalarında daha esnek, daha açık şekilde sıcak ve dostane, geleneksel ataerkil değerlere daha saygılı ve ABD'deki terapistlere nazaran daha belirleyici davranmak durumunda olduklarını belirtmişlerdir. Psikoterapinin bu tip özellikleri, bir ortamdan diğerine değişebilen başka özelliklerle birlikte (terapistin tarzı, terapötik çerçeve, terapötik ittifakın kurulma şekli) önemlidir ancak temelde esnek bir değişkenlik gösterir; bunlar, hem hastanın hem de terapistin, terapötik süreci hangi düzenlemelerin ileri doğru hareket ettireceği hakkındaki duygularına bağlıdırlar. Psikanalitik terapilerde esas niteliğindeki değişmez özellik ise, anlam arayışı, dürüstlüğe bağlılık ve her bir hastanın eşsiz öznel deneyimine derin bir saygı tutumudur.

Bu (hem terapistin hem de hastanın kişiliğindeki) bireysel eşsizliğe saygı tutumu çerçevesinde, okurların, bu kitapta bahsedilen kişilik gruplandırmalarını, gerçekte olduklarından daha fazla bir kategorik niteliğe sahiplermiş gibi ele almamaları oldukça önemlidir. Hiçbir birey bir ders kitabında betimlendiği şekliyle obsesif kişilik veya mükemmel şekilde narsisistik kişilik veya saf olarak psikotik veya sınırdurum kişilik değildir; hepimiz kendi içimizde dünyayı deneyimlemenin tüm bu yollarının kimi yönlerini tespit edebiliriz. *Psikanalitik Tanı* terapistlere katı kategoriler içeren bir etiketler elkitabı sunmak niyetiyle değil, insanlık durumunun sonsuz çeşitliliğiyle karşı karşıya geldiklerinde yaşayacakları şaşkınlığı azaltacak bazı olasılıkların bir özetini sunmak niyetiyle yazılmıştır. Terapist olarak benim tecrübeme göre, bir hastayı iyi tanıdığınızda tüm tanısal kurgular bilincinizden geri çekilir. Kişinin karmaşık bireyselliği ortaya çıktığında, etiketler incelir ve uygunsuz hale gelir.

Dolayısıyla, ümit ediyorum ki, bu kitap aracılığıyla aktarmaya çalıştığım bilgi, hem içinde bulunduğum hem de farklı mesleki çevrelerde, geçmişte

birçok psikoterapötik kavramın uygulanmasında yaşandığına benzer şekilde, katı ve hayal gücünden yoksun olarak uygulanan başka bir teorik kavramlar dizisi haline gelmeyecektir. Özellikle, bu kitaba kuluçkalık yapmış olan toplumdan oldukça farklı bir toplumda, terapistlerin, gerçek hayattaki danışanlarını, çok zaman geçmeden, benim onların varsayımsal danışanlarını tanıdığımdan daha iyi tanıyacaklarını kavramaları önemlidir. Türkiyeli okurlarımın kendilerini kitabımın bölümlerine bırakacaklarını ve sonunda bir gün kitabımı fırlatıp atabilecekleri ve kitapta bahsedilen kavramların, daha derin ve daha sezgisel içsel benlikleriyle bütünleşmiş olduğuna güvenebilecekleri bir duruma ulaşacaklarını hayal etmenin tadını çıkarıyorum.

NANCY MCWILLIAMS
Nisan 2008

Önsöz

Karakter tanısı üzerine temel bir kitap yazma arzum Rutgers Üniversitesi, Uygulamalı ve Profesyonel Psikoloji Fakültesi'nde aday terapistlere psikanalitik kavramlaştırmaları öğrettiğim uzun yıllar içinde oluştu. Klinik değerlendirme üzerine yakın dönemde çıkmış birçok iyi kitap varsa da bunların büyük kısmı klinik malzemeyi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) yayınladığı *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) adlı tanı elkitabının son baskısında* yer alan kategorilerle bağlantılı hale getirmeye çalışmaktadır. DSM'nin son baskısı, psikopatoloji tiplerini belirli bir psikoloji teorisine göre değil de betimsel bir yaklaşıma göre sınıflandırma çabasıyla hazırlanmıştır.

DSM'nin ilk iki baskısındaki psikopatoloji kategorileri belirgin bir psikanalitik eğilimi yansıtmıştı. Özü itibariyle yapısal bir nosolojiden (hastalıkların sınıflandırılması bilimi) yalnızca betimsel olmayı amaçlayan bir nosolojiye doğru yaşanan değişim psikoterapistler açısından birçok yarar sağlamıştır. Günümüzde psikolojik sorunların kavramlaştırılmasında güçlü alternatif yollar geliştirilmiş olduğundan, farklı alternatifleri kullanan psikoterapistler ortak bir kaynaktan yararlanabilme imkânını elde etmişlerdir. Ne var ki, bireysel farklılıkları psikanalitik bir modele göre anlamak isteyen öğrencileri-

(*) Nancy McWilliams'ın, yayın yılı 1994 olan bu kitabı yazdığı dönemde DSM-III-R kullanılmaktadır. DSM-IV'ün 1993'te bir ön baskısı yapılmıştır, ancak, DSM-IV 1994 yılında yayınlanmıştır; 2000 yılında ise DSM-IV'ün revizyondan geçirilmiş baskısı olan DSM-IV-TR yayınlanmıştır – ç.n. *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, çev. Ertuğrul Köroğlu, Ankara: HYB Yayıncılık, 2001.

min, bu yeni durumda, analitik yönelimli terapistlerin danışanlarını anlamakta ve tedavi etmekte kullandıkları kavramları açıklayan bir kitabın eksikliğini yaşadıklarını gördüm. Belirli kişilik tarzlarını gösteren bireyler için önerilen yaklaşımlara ilişkin genel psikanalitik bilgiyi öğrencilerime aktardığımda, bu bilgileri düzenlenmiş ve ayrıntılarıyla açıklanmış halde nerede bulabileceklerini merak ediyorlardı.

Bugün için böyle bir kaynak bulunmamaktadır. Fenichel'in klasik kitabı (1945) eğitim sürecinde olan terapistler için aşırı derecede zordur; özellikle de analitik düşünceyle lisans eğitimindeki tanışıklığın, Freud'un dürtü teorisi üzerine, bu teorinin artık eskidiğini de vurgulayan, bir veya iki dersten ve ardından Erikson'a verilen bir selâmdan oluştuğu bugünlerde. Ayrıca, Fenichel'in çalışması yayınlanalı çok uzun zaman olmuştur; ego psikolojisindeki önemli gelişmeler, nesne ilişkileri teorisi ve kendilik psikolojisi kitapta yer almamaktadır. Psikanalitik yönelimin etkisi altında yazılmış bazı Normaldışı Psikoloji ders kitapları geleneksel tanı kavramlarını içermektedir. Ancak, bunlarda da, karakter kavramına ayrı bir başlık altında yer verilmemekte ve klinik değerlendirmede tespit edilen kişilik örüntülerinin terapötik çalışmanın yaklaşımını ve içeriğini nasıl etkilemesi gerektiği üzerinde pek durulmamaktadır.

Bu kitapta, kişilik yapısına ilişkin psikanalitik görüşleri okuyucunun ilgini çekecek bir şekilde sunmayı ve iyi bir tanı formülasyonunun klinik açıdan yararlılığını göstermeyi ümit ediyorum. MacKinnon ve Michels'ın *The Psychiatric Interview in Clinical Practice* (1971) adlı kitapları benim burada giriştiğim çabaya benzer bir çabayı içeren bildiğim tek kitaptır; onlara çok şey borçluyum. Klinik çalışmalarda karşılaşılan birçok durumu aydınlatmakta halen süren önemine karşın, bu kitap da eskimiştir. Son yıllarda ortaya çıkmış karakter tanımlayıcı kavramlar, bu kitapta ele alınmamaktadır; örneğin, sınırdurum, mazoşistik (kendilik-aleyhine-işleyen), narsisistik ve dissosiyatif gibi kavramlar.

Psikodinamik eğilim taşıyan bir nosolojiden uzaklaşma, günümüzde, birçok öğrenciyi, önceki nesillerde terapist adaylarının en azından bir aşinalık edindikleri önemli kavramlarla hiç tanışamama durumunda bırakmıştır. Örneğin, DSM'nin üçüncü (DSM-III; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980) ve sonrasındaki baskılarının Kişilik Bozuklukları bölümünden "histerik" kavramının çıkarılması, yeni terapistlerin, tarihsel açıdan önemli, klinik açıdan değerli ve teknik açıdan geçerli bir kavramdan mahrum kalmalarına yol açmıştır. Bu ve buna benzer kavramların son yayınlarda yer almaması, yakın dönemde

eğitim görmüş olanlar ile geleneksel etiketlerin hala anlam taşıdığı tanı koyucular arasındaki iletişimi zorlaştırmış ve yeni terapistlerin hem uygulama hem de egitim yönünden belli imkânlardan yararlanmalarını engellemiştir.

Bu yüzden, bu kitapta, günümüz psikoterapi öğrencilerinin eğitiminde fark ettiğim bir eksikliğini telafi etmeye çalıştım. Bu kitap, kendilerini psikodinamik yönelimli gören okuyucular için, psikanalitik açıdan tanı koymaya yönelik düşünme tarzına bir giriş sağlamalıdır. Bu düşünme tarzı, terapist bir klinisyen olarak olgunlaştıkça, insanlık durumunun kompleks yapısıyla ve her bir insanın kendine özgü oluşuyla karşılaştıkça, daha ayrıntılı ve incelikli hale getirilebilir ve yeni bilgilere göre yenilenebilir. Okuyucuların bir kısmı, analitik bakış açısına temel oluşturan bazı varsayımlara itirazları olduğundan, ya da seçmiş oldukları insan ilişkileri alanı, psikanalitik kavramlara dayanarak çalışma imkânını pek vermediğinden, psikodinamik çalışma tarzlarını çekici bulmamış olabilirler. Bu okuyucular için, bu kitap, analitik yönelimli meslektaşlarının ne üzerine konuştuklarını anlamalarını sağlayacak yeterlilikte bir psikanalitik okuryazarlığın gelişmesini sağlayabilir.

Bu kitabın hedef okuyucu kitlesi, sosyal hizmet ve psikoloji alanındaki lisansüstü öğrencilerini, psikiyatrik rotasyondaki veya uzmanlık eğitimindeki hekimleri, psikiyatri hemşirelerini, dini danışmanları, evlilik ve aile terapistlerini ve analitik enstitülerdeki adayları içermektedir. Tanısal kavramları ve bunların tedavi açısından anlamlarını, kitabı daha tecrübeli uygulayıcılar için de çekici kılacak derecede özgün şekilde düzenleyip ele alabilmişsem bu beni mutlu edecektir.

Psikanalitik psikoterapinin çalışmak istediğim alan olduğuna ilk karar verdiğimde, Freud'un yakın çevresinde bulunmuş ve halen New York City'de çalışmakta olan Theodor Reik'dan bir randevu aldım ve ona terapistlik kariyerine başlayacak olan genç bir insana ne tavsiye edeceğini sordum. "Önce *analizden geçmelisin*" diye cevap verdi, çok zarif Viyana'lı aksanıyla. Bu aldığım en iyi tavsiyeydi; hâlâ da öyledir. Tanıyla ilgili meselelere bir duyarlılık geliştirmenin en kesin yolu, bireyin kendine ait tüm içsel alanları –nevrotik alanların yanı sıra sınırdurum ve psikotik alanları da– ve bir insanın karakterine yerleşebilecek süreçlere ilişkin tüm işaretleri araştırmaktır.

Bu kitap yalnızca okuyucunun psikolojisi izin verdiği oranda yararlı olacaktır. Birey kendi dinamiklerine ulaşabildiği ve bunları kabul edebildiği oranda öteki bireylerin dinamiklerine anlayış ve saygıyla yaklaşabilir. Bir ders kitabı, kişisel içgörünün getireceği derin bilginin yerini alamaz; tedavi çalışmasının etkili olduğuna dair kişisel psikoterapinin vereceği güçlü ve baş-

kalarını da etkileyecek inancı da sağlayamaz. Analitik kavramların bu kitaptaki düzenleniş ve sunuluş şekliyle, duyarlı bir görüşmecinin acı çeken bir yabancı için gösterebileceği kompleks duygulanımsal, sezgisel, duyumsal ve bilişsel tepkilerin anlaşılabilmesinde ve bunlardan yön gösteren bir sonuç çıkarılabilmesinde yararlı olacak bir yapı sağlayabildiysem çabamda başarıya ulaşmışım demektir.

Teşekkür

Bu kitap, bireyin kişilik yapısını öğrenme ve öğretmeyle ilgili olarak son 30 yılda edindiğim entellektüel birikimin, terapi, eğitim ve hayat deneyiminin bir sentezidir. Dolayısıyla, tam olarak dile getirilmesi mümkün olmayan büyük bir teşekkür borcum var; bu borç aşağıdaki kişileredir:

Öğretmenlerimden, bireysel psikoloji üzerine çoğu psikologdan daha çok şey bilen Dorothy Peavey ve artık aramızda olmayan Margaret Fardy, ben daha bir ergenken bana kişilik değerlendirmesi üzerine çok iyi bir eğitim vermeye başlamışlardı. Tez danışmanım ve daha sonra da çalıştığım bölümün başkanı olan Daniel Ogilvie, beni personoloji geleneği ve nesne ilişkileri teorisiyle tanıştırdı. Çok sevgili arkadaşım George Atwood, insanlara, formülleri bir yana bırakıp her bir insanın kendine özgü oluşunu anlayarak, merakın taze bakışlarıyla nasıl yaklaşacağımı gösterdi; ayrıca, beni, karakter kökenli alturizm* üzerine, ki kendisi bunun bir örneğidir, bir doktora tezi yapmaya ikna etmiştir. Şimdi hayatta olmayan Silvan Tomkins ilham kaynağı bir akademisyen ve düşünürdü. Iradj Siassi'den formel psikiyatrik tanı üzerine çok iyi bir eğitim aldım.

Psikanaliz için Ulusal Psikoloji Derneği'nin (National Psychological Association for Psychoanalysis) öğretim üyeleri psikanalitik eğitime ahlâki bütünlük, sanatsal incelik ve bilgelik dolu akıl katmayı başarmıştır. Michaela Babakin, Emmanuel Hammer, Esther Menaker, Milton Robin, Alan Roland, Henry Sindos ve aramızdan ayrılmış olan Doris Bernstein özellikle yetenekli öğretmenlerdi, ve Stanlay Moldawsky kendi tarzını adaya empoze et-

meyen eşsiz bir kontrol analistiydi. Klinik çalışmalardaki hocam ve arkadaşım Arthur Robbins, henüz ilişkisel kavramların güncellik kazanmadığı bir dönemde, yalnızca bilişsel becerilerimle değil, estetik, duygulanımsal, sezgisel ve duyumsal becerilerimle de tanı koymayı öğretti bana. Ona atıfta bulunmadan onun birçok fikrini alıp kullandığım için özür diliyorum. Artık, benim için, hangi klinik bilginin kimden geldiğini söylemek kolay değil; ancak, bildiklerimin büyük kısmı en temelinde onun süpervizyonlarından gelmektedir.

New Jersey Psikanaliz ve Psikoterapi Enstitüsü'ndeki (Institute for Psychoanalysis and Psychotherapy of New Jersey [IPPNJ]) meslektaşlarım bana devamlı olarak katkıda bulundular. Özellikle, Joseph Braun, Carol Goodheart, Cecele Kraus, Stanley Lependorf, Judith Felton Logue, Peter Richman, Helene Schwartzbach ve Floyd Turner'a 20 yılı aşkın arkadaşlıkları ve katkıları için, ve Jean Ciardiello'ya tek bir ricayla bu kitabı baştan sonra gözden geçirip görüşlerini belirttiği için teşekkür etmek istiyorum. Albert Shire'a ise sözcüklerle dile getirebileceğimden çok daha fazlasını borçluyum. Köklü görüş ayrılıklarına karşın, saygı duyguları içinde sürdürülen yaratıcılık dolu bir işbirliğini sağlamayı olağanüstü şekilde başarmış olan Rutgers Üniversitesi, Uygulamalı ve Profesyonel Psikoloji Fakültesi görevli ve yöneticilerine de minnettarım. Sandra Harris, Stanley Messer, Ruth Schulman ve Sue Wright birçok yıl boyu eğitimimi ve mesleki gelişimimi destekleddiler. Jamie Walkup ve Louis Sass, az rastlanır bir incelik göstererek, büyük bir özenle, bu kitabın belli kısımlarını gözden geçirip eleştirilerini belirttiler. IPPNJ ve GSAPP'deki birçok öğrencim –sıralayamayacağım kadar çok– kitap üzerine yorumlarıyla cömertçe katkıda bulundular.

Bu çalışmaya doğrudan ve dolaylı katkıda bulunmuş başka meslektaşlarım arasında şu kişileri belirtmek isterim: Neredeyse 20 yılı aşkın bir süredir fikirlerimi kitap haline getirmem için beni cesaretlendiren Hilary Hays; bu çalışmanın başlangıcında sınırlı zamanını ve büyük zekasını bağışlayan Otto Kernberg; mesleki uzmanlığının yanı sıra mesleki çalışmaların dışındaki arkadaşlığına da çok değer verdiğim Barbara Menzel; her zamanki cömert manevi desteği ve dostluğuyla bu çalışmayı destekleyen Fred Pine; beni, ilk geliştirildiği günlerde, "kontrol-hakimiyet" teorisiyle tanıştıran Arthur Raisman ve Diane Suffridge; psikopati üzerine etkileyici bir kavrayış ve derinlikteki mesleki bilgisini paylaşan ve Bölüm 7'ye ilişkin eleştirilerini belirten Nicholas Susalis; ve Bölüm 15'i gözden geçiren; ama, daha da önemlisi, beni, dissosiyatif bozukluk yaşayan danışanlar hakkındaki literatürle, ruh sağlığı çalışanlarının büyük bölümünün bu danışanları ciddiye almaya istekli olmalarından çok

daha önce tanıştıran Thomas Tudor. Tüm bu kişilerin yanı sıra, bana süpervizyon için gelmiş olan terapistlere de çok şey borçluyum; danışanlarına yardımcı olma yönündeki mücadelelerini aktararak benim kendi mücadelemin gelişimine katkıda bulunuyorlar. Ve, bana, fikirlerimi uygulama imkanlarını sağlayan, New Jersey'deki tüm ruh sağlığı çalışanlarına teşekkür ediyorum.

Editörüm Kitty Moore, bu tarz bir kitap fikrini, hep olumlu ve istekli bir tutumla karşıladı. Guilford'un kitabı ilk gözden geçiren eleştirmenleri bana büyük katkılarda bulundular: Ümitsizlik içinde olanlara, zor koşullarda yaşayanlara ve psikotiklere yardımcı olmaya yönelik gayret dolu adanmışlığı beni hep etkilemiş olan Bertram Karon kitabın iyi bir kitap olacağını düşündüğünü belirterek beni destekledi; David Wolitzky, çalışmayı sürdürmeye karşı direncimi yenen ayrıntılı ve teşvik edici eleştirel değerlendirmeler yaptı.

Terapi üzerine bildiklerimin çoğu, entellektüel nitelikte değil, derin deneyimsel niteliktedir; bu yüzden, katkıları tam olarak şudur diyemesem de birçok insanın üzerimde önemli etkileri olmuştur: Artık hayatta olmayan analistim Louis Berkowitz'e ve onun mirasını taşımış olan Edith Sheppard ve Theodore Greenbaum'a teşekkür ediyorum; onlar bana analitik gelenekteki en hakiki ve iyileştirici etkenleri kişilikleri ve ilişkilerimiz üzerinden gösterdiler. Yakın çevremdeki terapist olmayan birçok insanın da benim üzerimde her zaman terapötik etkileri olmuştur. Otuz yıl önce beni Freud'un eserleriyle tanıştırmış olan eşim Carey, mesleki çalışmalarımı sözleriyle sürekli desteklediği gibi, eşit bir eş ve tam-zamanlı bir ebeveyn olarak da etkin şekilde desteklemiştir. Kızlarımız Susan ve Helen, annelerinin tuhaf mesleğine ve bilgisayarı başında geçirdiği saatlere içtenlikle sabır göstermişlerdir; ayrıca, anlayışlarıyla bana herhangi bir teorinin öğretebileceğinden daha fazla psikoloji bilgisi kazandırmışlardır. Nancy Schwartz, kitabın belli kısımlarını, bu alanın dışındaki uzman bir okuyucunun bakış açısıyla, duyarlılık dolu bir eleştirel değerlendirmeden geçirmiştir. Zor bir öğretmen-öğrenci ilişkisini incelik ve cömertlikle üstlenen Richard Tormey, bir bilgisayar okuryazarı olmaya karşı direncimi yenmemi ve bu çalışmayı, ancak deneyimli bir öğretmen ve danışmanın gerçekleştirebileceği güler yüzlü ama kaçmaya olanak vermeyen ısrarlı tutumuyla, sürdürmemi sağladı. Cheryl Watkins, her bir adımda kendini bir yana bırakarak beni cesaretlendirdi, dönüm noktalarını aştığımızda şampanyalı kutlamalar düzenledi ve evini yazmanın ağırlıklarından kaçtığım bir mekân olarak bana açtı.

Son olarak, bu kitaba en önemli katkıları yapan kişilerden adlarını belirtmeden bahsedeceğim; umarım bana ne kadar çok şey öğrettikleri hakkın-

da bir fikirleri vardır. Psikanalitik terapist olmak çok kısa tek bir ömür içinde birden çok hayat yaşama arzumu doyurmak için bulabildiğim en iyi yol oldu. Yalnızca, alkolik veya depresif veya bulimik olmak nasıl bir deneyimdir bunlarla ilgili bir şeyler öğrenmedim, ayrıca, bir boşanma avukatı, bilim adamı, din görevlisi, kardiyolog, gey aktivisti, okul-öncesi öğretmeni, tamirci, polis, yoğun-bakım hemşiresi, yoksulluk yardımı alan anne, oyuncu, tıp öğrencisi, politikacı, sanatçı ve başka birçok meslekteki veya durumdaki insanlardan biri olmak nasıl bir deneyimdir bunları da gördüm.

İnsanın, bir voyörün imreneceği bir işi yapabilmesi, bu işi yaparken başkalarına yararlı olabilmesi ve aynı zamanda bundan para kazanabilmesi bana her zaman olağanüstü görünmüştür. Hastalarım, psikanalitik uzmanlığın bir alanını betimlemeye yönelik bu çalışmada, benim en önde gelen ilham kaynaklarım oldular. Kendi tedavilerinden alınmış hikâyeleri okumuş ve bu kitapta yayınlanmalarını onaylamış danışanlarıma: Kişisel öznelliklerinize ilişkin hikâyelerin başkalarının eğitimi amacıyla kullanılmasına izin verdiğiniz için özel teşekkürlerimi belirtmek isterim.

Giriş

Bu kitaptaki bilgilerin büyük bölümü psikanalitik geleneğin uzun yıllar içinde ulaştığı bilgi birikimini yansıtmaktadır. Ancak alanı bilen okuyucu şunu görecektir ki, kitapta aktarılanlar benim bu bilgi birikiminden yola çıkarak oluşturduğum kendi sentezimdir ve benim kendime özgü sonuçlarımı, yorumlarımı ve değerlendirmelerimi içermektedir. Örneğin, karakterle ilgili olasılıkların iki eksende düzenlenmesi benim tasarladığım bir yaklaşımdır ve bana çok açık şekilde psikanalitik kuram ve metaforlardan çıkarılabilecek bir yaklaşım olarak görünmektedir. Ancak insan kişiliğinin çeşitliliklerini başka boyutlar üzerinde, başka imgelerde gören bazı analistlere bu yaklaşım biraz uydurulmuş yeni bir kurgu olarak gelebilir. Böyle durumlarda söyleyebileceğim tek şey, bu grafik kurguların, göreceli olarak hazırlıksız öğrencileri, bir yüzyılı aşkın bir sürede geliştirilmiş analitik kavramların karmaşık ayrıntılarıyla tanıştırmaya yönelik çalışmalarımda oldukça değerli olmuş olduklarıdır.

Bu kitabın ana amacı, psikanalitik literatürde çokça tartışılan herhangi bir kavramsal veya felsefi sorunu çözmek değil, uygulamayı geliştirmektir. İlgilendiğim nokta, "haklı" olmaktan çok eğitimsel açıdan yararlı olmaktır. İzleyen bölümlerde tekrar tekrar üzerinde durulan bir konu, psikodinamik formülasyonlarla psikoterapi sanatı arasındaki ilişkidir. Ben, merak, saygı, şefkat, adanmışlık, ahlâki bütünlük, hataları ve sınırlılıkları kabul etme istekliliği gibi bazı temel terapötik tutumların aktarılmasının ötesinde, tekniğin uygulanacağı insanın nasıl bir insan olduğunun iyice anlaşılmadığı herhangi bir tekniğin öğretimine inanmıyorum.

TERMİNOLOJİ ÜZERİNE

Konuşma dilinin olumsuz algılanabilecek sözcüklerden temizlenmesi için dönem dönem harcanan çabalar, psikanalitik gelenek hakkında yaygın yanlış anlamalara da neden olmuştur. Belirli bir psikolojik terimi üretenlerin ilk niyetleri ne olmuş olursa olsun, zaman içinde, belirli durumlarla ilgili etiketler, kaçınılmaz olarak olumsuz bir çağrışım taşımaya başlamışlardır. Yalnızca betimsel olması amacıyla üretilmiş sözcükler –aslında, daha önceki değer-yüklü sözcüklerin yerini almak üzere üretilmişlerdir bunlar– değer ve yargı taşır hale gelmişler ve özellikle meslek dışı kullanıcılar tarafından bir hastalıkla bağlantılı şekillerde kullanılmışlardır. Belirli konular kaçınılmaz olarak insanoğluna rahatsız edici gelmektedir ve bunlar üzerine yargı taşımayan bir dille konuşmaya ne kadar dikkatlice çaba harcarsak harcayalım, bunu sağlamak için kullandığımız sözcükler yine de yıllar içinde olumsuz anlamlar kazanmaktadırlar.

Buna bir örnek olarak günümüzdeki "antisosyal kişilik" terimi verilebilir. Başlangıçta, 1835 yılında, kullanılan terim "ahlâki delilik"ti. Bu, sonra "psikopati", daha sonra da "sosyopati" oldu. Her değişiklik, rahatsız edici bir olguya betimsel nitelikte ve eleştiri içermeyen bir etiket verme niyetini taşıyordu. Ne var ki, bu olgunun rahatsız edici yönü sonunda onu ahlaki değerlendirme alanının dışında tutmak için üretilmiş her bir sözcüğe bulaştı. Bunun bir benzeri de "inversiyon [çevirme]"den "sapma"ya ondan "eşcinsellik"e ondan da "gey"olmaya kadar art arda gelen dönüşümlerde oldu. Geçenlerde, 9 yaşındaki bir kız çocuğunun bir düşünceyi küçümseyişine tanık oldum; çünkü bu düşünce, alaycı şekilde gülümseyerek söylediğine göre "çok gey"di. Hangi nedenle olursa olsun insanları rahatsız edebilecek her olgu, damgalayıcı olmayan bir dil peşinde bu nafile kovalamayı başlatmaktadır. Bu durum psikolojik olmayan terimlerde de yaşanır; örneğin, yakın dönemdeki politik doğruluk tartışmalarında bunu çok yaygın olarak görüyoruz. Dili temizlemeye yönelik ve sonu başarısızlık olan bu çabaların bir sonucu da, belirli bir psikolojik gelenek ne kadar eskiye gidiyorsa terminolojisinin de o kadar olumsuz, yargılayıcı ve tuhaf görülmesidir. Psikanalitik terimlerin hem ruh sağlığı meslekleri içinde hem de bunların dışındaki alanlarda hızlı tüketimi, çarpıtılması ve önyargılı uygulamaları psikanalitik gelenek için zararlı olmuştur.

Çelişkili bir şekilde, psikanaliz için başka bir yük de onun çekiciliği oldu. Kavramlar popülerleştikçe yalnızca yargı içeren anlamlar değil basitleştirici anlamlar da kazanırlar. Örneğin, psikanalizle ilgili bilgisi sınırlı olan bir okuyucunun "mazoşistik" sıfatıyla karşılaşmasını düşünelim. Bu okuyucu, büyük olasılıkla, "bu etiket kişinin acıyı ve acı çekmeyi sevdiği yönünde bir

yargı içermektedir" diye düşünecek ve "mazoşizm" etiketine böyle bakacaktır. Bu anlaşılabilir bir tepkidir, ancak bilgi eksikliğinden kaynaklandığı da ortadadır. Psikanalitik bir kavram olarak mazoşizmin tarihçesi, bazı kişilerin çoğu kez başka türlü davranmaya yönelik yoğun bilinçli çabalarına karşın kendilerini niçin tekrar tekrar kendilerine acı veren davranışların içine soktukları üzerine insancıl, içgörülü, yararlı, indirgemeci olmayan gözlemlerle doludur. Aynı şey, hem analitik olmayan klinisyenlerin hem de okur-yazar kesimlerin ele geçirip kolaya kaçan veya küçümseyici bir tutumla bahsettikleri birçok başka terim için de söylenebilir.

Kavramlar günlük kullanıma girdiklerinde de sulandırılmış olurlar. Popüler kullanımıyla "travma" kavramı ağır sonuçlar içeren bir deneyimle ilgili olma anlamlarını kaybetmiş ve artık çoğu kez "rahatsızlık" veya "yaralanma" anlamında kullanılır olmuştur. "Depresyon" kısa dönemli hüzünden ayırt edilemez hale gelmiştir. Kaygı sözcüğü kişinin bir iş yemeğinde nasıl hissettiğinden bir idam mangası karşısında nasıl hissedeceğine kadar her şeye uygulanır hale geldikten sonra, eski ve çok yararlı "kaygı nevrozu" ve "kaygı atağı" terimlerinin anlam çağrışımlarını yeniden canlandırmak için "panik bozukluğu" terimi üretilmek zorunda kalınmıştır.

Tüm bunları göz önüne aldığımda, bu kitaptaki bazı konuların nasıl sunulması gerektiği üzerinde çalışmam zorunlu oldu. Günlük hayatımda, azınlıkta kalan grupların kendilerine ilişkin tanım tercihlerinin neler olduğunu takip etmeye çalışırım. Belirli tanısal etiketlerin kullanımına karşı duyarlılıkları olan hastaların (örneğin, "bipolar" terimini "manik-depresif" teriminden daha az itiraz edilebilir bulan bireylerin) bu duyarlılıklarını saygıyla karşılıyorum. Ne var ki, akademik düzeyde, mevcut adları kullanmak yerine olgulara sürekli yeni adlar vermek bana boşa kürek çekmek gibi geliyor. Analitik yönelimle çalışmayan ve psikodinamik varsayımlar içeren terimlerden kaçınmak isteyen klinisyenler, "mazoşistik" yerine "kendi aleyhine işleyen" veya "histerik" yerine "histrionik" terimlerini kullanmayı tercih edebilirler ve bunda kendilerince haklı olabilirler. Ancak bu değişiklikler analitik yönelimle düşünen ve karakter oluşumunda bilinçdışı süreçlerin işlemlerini varsayan kişilere o kadar da anlamlı gelmiyor.

Bu kitapta nasıl bir dil kullanacağıma ilişkin kararım iki yönlü bir karar oldu: Çoğunlukla geleneksel psikanalitik terminolojiyi kullandım; ancak bazen de, mesleki jargonun sesleriyle dolu ağırlığı azaltmak ümidiyle, daha yakın dönemde ortaya çıkmış aşağı yukarı eşdeğer olan terimleri tercih ettim. Okuyucumun bilincini, bir karakter özelliğini belirtir hale gelmiş her bir eti-

ketin dayandığı mantığa ilişkin olarak genişletmeye çalıştığım için, genelde aşina olunan psikanalitik dili kullanacağım kitap boyunca ve bu dili okuyucunun zorluk yaşamayacağı bir dil hâline getirmeye çalışacağım.[1] Psikodinamik birikimi olmayan okuyucu için bu yaklaşım, kitaba kavramların zaman içindeki değişimlerini göz önünde tutmayan ve hatta yargılayıcı görülebilecek bir tarz verebilir. Bu okuyuculardan, eleştirilerini geçici olarak askıya almaya çalışmalarını ve kullanılan kavramların olası yararlarını değerlendirmeye çalışırken analitik geleneğe de farklı bir bakış açısının getirebileceklerini sağlama fırsatını vermelerini isteyebilirim ancak.

ÜSLUP ÜZERİNE

Genel bir psikanalitik yaklaşımın kabul edildiği bir bağlam içinde bile bireysel karakter örüntüleri ve anlamları üzerine söylenebilecek neredeyse her şey tartışmaya açıktır. Analitik düşüncede merkezi bir yeri olan kavramların birçoğu sistematik olarak araştırılmamış ve bu kavramların geçerlilikleri ortaya konmamıştır. Bunun yanı sıra, bu kavramlar özleri itibariyle operasyonel tanımları yapılarak üzerlerinde çalışılmaya da öyle dirençlidirler ki bunların deneysel yöntemlerle nasıl test edilebileceklerini hayal etmek bile çok zordur (bkz. Fisher & Greenberg, 1985). Birçok akademisyen psikanalizi bilimsel gelenekten çok hermanötik gelenek içine yerleştirmeyi tercih eder. Bunun bir nedeni, bu alanın konularının çağdaş bilim felsefecilerinin tanımladığı şekildeki bilimsel yöntemin kullanılarak incelenmeye gösterdiği dirençtir (bkz., örn., Grünbaum, 1979).

Karakter gibi soyut ve karmaşık bir kavramla ilgili olarak bildiğimizi düşündüğümüz şeylerin büyük kısmı, aynı metapsikolojik dili konuşan kişilerin benzer nitelikteki klinik deneyimlerinden gelmektedir. Psikanalizin, "kesin" kanıt yokluğuna ve hatta ters yönde verilerin varlığına karşın, formülasyonlarında kibirle ısrar etmesine ilişkin ününün oldukça farkındayım; dolayısıyla, kendini beğenmiş ve biraz da lütfeden bir üsluptan kaçınmaya çalıştım. Öte yandan, yazdıklarımın büyük kısmına ilişkin oldukça kapsamlı bir klinik

---

1 "Hasta" terimini –acı çeken insanların acılarını önemsizleştirici bir nesnelleştirme anlamı taşıdığı düşünüldüğü için tıp alanı dışındaki birçok uygulayıcının kullanmaktan uzak durduğu bir sözcük–, sıkça tercih edilen "danışan"la birbirlerinin yerine geçebilir şekilde kullanmakta olduğumu ve bu iki terimin hiçbirine özel veya gizli bir anlam yüklemediğimi belirtmek istiyorum. "Karakter"i "kişilik"le eş anlamlı olarak kullanmaktayım; araştırmacıların (örn., Kupperman, 1991; Brody & Siegel, 1992) bu iki kavram arasında yararlı ayrımlar yapmış olmalarına karşın. "Psikanalitik"le "psikodinamik" arasında da fark görmüyorum (bkz. Westen, 1990), özellikle teknikten ziyade teoriyi ele alırken.

uzlaşma vardır ve okuyucumu da her genelleme yaptığım durumda bir itirazlar, öneriler, istisnalar ve uyarılar listesiyle bunaltmayı istemiyorum.

Bu yüzden, kafa karışıklığına yol açmaktansa, olabildiğince yalınlaştırmayı, bazı görüşleri belki ayrıntıları her zaman göz önünde tutmadan geniş ve kapsamlı olacak şekilde belirtmeyi tercih ettim; yapmış olabileceğim hatalar bu tercihimden kaynaklanmaktadır. Ayrıntılara önem veren birçok araştırmacı ve deneyimli klinisyen bu tercihimi haklı veya geçerli bulmayabilirler. Yaptığım bu tercihi en azından buna uygun bir alçakgönüllülük içinde yapabilmiş olmayı ümit ediyorum. Bu kitap, yolun başındaki terapistlerler için yazılmıştır. Oldukça karmaşık bir bilgi birikiminden bahsederek, terapist olma sürecini kaçınılmaz olarak kaplayan kaygıyı arttırmayı istemiyorum. Terapist adayları kısa süre içinde şunu öğrenirler: Kendimizi içine kattığımız her terapi ilişkisinin tahmin edilemez ince ayrıntılarını yaşadıkça, en mükemmel ve doyurucu formülasyonlarımız bile, insan doğası denen gizem yanında çok soluk kalır. İşte bu yüzden, okuyucularımın bu kitap boyunca inşa ettiğim kurguların ötesine geçeceklerine güveniyorum.

BİRİNCİ KISIM

Kavramsal Konular

Kitabın ilk altı bölümünü oluşturan birinci kısım şu konuları içermektedir: Karakter tanısının mantıksal temeli, başlıca psikanalitik yönelimler ve bu yönelimlerin kişilik yapısı modellerine katkılarının değerlendirilmesi, farklı gelişimsel meseleleri yansıtan farklı kişilik örgütlenmelerinin incelenmesi, bu meselelerin terapötik açıdan önemi ve ele alınış şekli üzerine bazı yorumlar, son olarak da, psikanalitik savunma kavramının ve karakterin tanımlanmasında savunmaların rolünün açıklanması. Kitabın ilk altı bölümünü oluşturan birinci kısım; karakter tanısının mantıksal temeli, başlıca psikanalitik yönelimler, bu yönelimlerin kişilik yapısı modellerine katkılarının değerlendirilmesi, farklı gelişimsel meseleleri yansıtan farklı kişilik örgütlenmelerinin incelenmesi ve bu meselelerin terapötik açıdan önemi ve ele alınış şekli üzerine bazı yorumlar, son olarak da, psikanalitik savunma kavramının ve karakterin tanımlanmasında savunmaların rolünün açıklanması konularını içermektedir. Bunların tümü hep birlikte, bizim bir bireyde onun kişiliği olarak düşündüğümüz tutarlı süreç ve örüntüler hakkında bir düşünme tarzı oluştururlar.

İlk altı bölümü oluşturan bu birinci kısım, tanısal olasılıkların iki-eksenli bir hat sisteminde temsil edilmesini öne çıkarmaktadır. Bu tip bir şema hem oldukça basitleştirilmiştir hem de tanısal konulara ilişkin kendi görüşlerimi yansıtmaktadır. Bu şemayı terapistlere temel dinamik formülasyonları ve bunların klinik yararlılıklarını tanıtırken hep yararlı bulmuşumdur. Bilgim çerçevesinde, karaktere ilişkin olasılıkların bu tip bir grafikle temsiline anali-

tik literatürde başka bir yerde rastlanmaz. Böyle olsa da, bu tip bir şematik temsilin analitik literatürde dolaylı olarak bulunduğuna inanıyorum.[1]

Başka analistler, tanısal olasılıklara ilişkin başka görsel tasarımlar sağlamışlardır (örn., Kohut, 1971,* s. 9; G. Blanck & R. Blanck, 1974, s. 114–117; Greenspan, 1981, s. 234–237; Kernberg, 1984, s. 29; Horner, 1990, s. 23). Benim önerdiğim diyagram, onların düşüncelerini belirli yönlerden içinde taşırken belirli yönlerden taşımamaktadır. Amacım, gelişimle, ruhsal yapıyla ve mizaçla ilgili başka kavramların ne şekillerde ele alınıp düzenlendiğini tartışmak değil, bu kafa karıştırıcı alana yeni gelenlere, sentezlenmiş bilgiyi taşıyan ve öğrenmeyi kolaylaştıran bir şema sunmaktır.

---

1 Bu kitabın ilk müsveddelerini bitirdikten sonra meslektaşım Gene Nebels, M. Stone'nun (1980) *Borderline Syndroms* adlı kitabında yer alan benzer ancak üç-boyutlu bir çizime dikkatimi çekti (Stone genetik yatkınlığa ilişkin bir eksen daha ilâve etmişti). Stone derinliğindeki bir analistin benzer türden bir model üretmesi, tanıya yönelik bu tip bir görsel tasarımın, kişilik tanısıyla ilgili çağdaş analitik literatürün büyük bir kısmının dile getirilmemiş ve bazen de bilinçdışı kalmış olan görsel özünü oluşturduğu inancımı desteklemektedir.

(*) *Kendiliğin Çözümlenmesi*, çev. Cüneyt İşcan, Banu Büyükkal, Cem Atbaşoğlu, İstanbul: Metis Yayınları, 1998 – ç.n.

BİRİNCİ BÖLÜM

Niçin Tanı?

Bazı terapistler de dâhil, birçok kişi için tanı belâlı bir sözcüktür. Ruhsal tanı formülasyonlarının yanlış şekillerde kullanımına hepimiz tanık olmuşuzdur: Çok boyutlu insan, belirsizlikten dolayı kaygılı görüşmeci tarafından olabildiğince az boyutlu hâle indirgenir; ıstırap içindeki insan, acıyı hissetmeye tahammülü olmayan klinisyen tarafından sözcüklerle klinisyenin yaşantısından uzaklaştırılır; sorunları arasında sıkışıp kalmış insan, durumunu bir patolojiyle eşleştiren bir etiketle cezalandırılır. Nosolojinin etkisiyle, ırkçılık, cinsiyetçilik heteroseksizm, sınıfçılık ve başka birçok ön yargı kolayca güçlendirilebilmektedir (güçlendirilmiştir de). Sigorta şirketlerinin ve çeşitli sağlık işletmelerinin,* çoğu kez terapistin yargısını bir yana atarak, birçok tanı kategorisinin spesifik seyir ve sonuçlarının ne olması gerektiğini belirledikleri günümüzde, değerlendirme süreci olumsuz etkilere özellikle açık hâldedir. Böyle olduğu için, ruhsal tanı dilinin kötüye kullanıldığını göstermek oldukça kolaydır. Ne var ki, bir şeyin kötüye kullanılabilecek olması onun tamamen gözden çıkarılması için haklı bir savunma değildir. Her türlü kötülük, değerli idealler adına –sevgi, yurtseverlik, din, vb.– yapılabilir; burada hata bu ideallerde değil, bu ideallerin neye ve nasıl âlet edildiklerinde yatar. Önemli olan soru şudur: Ruhsal tanı kavramlarının özenli ve kötüye kullanımdan uzak uygulamaları, bir danışanın yardım alma şansını arttırmakta mıdır?

(*) Managed care groups – ç.n.

Yeterli bir eğitimden geçmiş olarak ve duyarlı şekilde gerçekleştirildiğinde, tanısal çalışmaların birbirleriyle ilişkili en az beş avantajı vardır: (1) tedavi plânlamasındaki yararı, (2) gidişat hakkında içerdiği bilgi, (3) ruh sağlığı hizmetleri tüketicilerinin korunmasına yönelik katkısı, (4) terapistin empatiye dayalı iletişim kurmasını sağlamaktaki değeri ve (5) bazı kolayca korkuya kapılabilen bireylerin tedaviden kaçma olasılığını azaltmaktaki rolü. Tanı koyma sürecinin içerdiği ve terapinin daha iyi gitmesini dolaylı olarak sağlayan bazı başka yararlar da vardır.

Tanı koyma süreci derken belirtmek istediğim şudur: Kriz durumları haricinde, yeni bir danışanla yapılan ilk seanslar, analitik yönelimin etkisindeki psikiyatrik eğitim ve çalışmalarda danışandan alınması kural olmuş türden bilgilerin alınmasını içermelidir (bkz. Ek).[1] Karmaşık vakalarda psikolojik test uygulaması veya yapılandırılmış görüşme yapılabilir. Bir ilişkinin gelişmesine izin vermenin, içinde ilgili tüm malzemenin en sonunda yüzeye çıkacağı bir ortam yaratacağına ikna olmuş değilim. Hastanın terapiste daha yakın hissetmeye başlamasından sonra, kişisel tarihçesinin veya davranışının belirli yönlerinden bahsetmesi *daha zor* hâle gelebilir. Adsız Alkolikler (AA) toplantıları, madde kullanımından hiç bahsetmeden veya madde kullanıp kullanmadığı *hiç sorulmadan* analizde yıllar geçirmiş veya birçok profesyonelle görüşmüş kişilerle doludur. İlk değerlendirme seansının, otoriter veya ben-senden-daha-bilgiliyim tarzı mesafeli bir tutumu içermesi gerekirmiş gibi algılama eğiliminde olanlar için şunu belirtmek isterim: Derinlikli bir görüşmenin içten bir saygı ve eşitlik duygusu içinde gerçekleştirilememesi için hiçbir neden yoktur. Hastalar genelde profesyonel çalışmanın titiz ve tam bir şekilde yapılmasından memnun olurlar. Daha önce birçok terapistle görüşmüş bir kadın danışan görüşmemizin sonunda şu yorumu yapmıştı: "Hiç kimse benimle bu kadar çok ilgilenmemişti!"

---

1 Bir hastayla ilk görüşmeyi genellikle kişiyi tedaviye getiren sorunun ayrıntılarını ve bu sorunun geçmişten bugüne nasıl geliştiğini öğrenmeye ayırırım. Bu seans sonunda, kişinin benimleyken genel olarak nasıl hissettiğini ve birlikte çalışmamız olasılığına ilişkin duygularını ve tutumunu değerlendiririm. Sonra, hastaya, sorunu daha geniş bir bağlam içinde görebilirsem daha iyi anlayabileceğimi belirtirim ve bir sonraki görüşmede tam bir kişisel tarihçe almak üzere anlaşmaya varırım. Hasta ikinci seansa geldiğinde, bu görüşmede de birçok soru soruyor olacağımı belirtirim, onunla ilgili özel ve gizli bilgileri not etmek için iznini isterim ve danışanın üzerinde konuşmaya henüz hazır hissetmediği herhangi bir şeyle ilgili bir soru sorarsam, beni cevapsız bırakabileceğini söylerim (genellikle danışan bunu yapmaz, ama kendisiyle ilgili bilgileri erken sayılabilecek bir dönemde bana anlatmasını talep etmeyeceğimi anlaması rahatlatıcı olmaktadır).

TEDAVİ PLANLAMASI

Tedavi plânlaması yapabilmek tanı koymanın genel amacıdır. Tedavi plânlaması psikoterapötik "tedavi" ile tıbbi tedavi arasında bir paralellik kurar; tıpta tanı ile tedavi arasında, ideal koşullarda, doğrudan bir ilişki vardır. Bu paralellik psikoterapide bazen kurulabilir bazen de kurulamaz. Üzerinde uzlaşılmış belirli bir tedavi yaklaşımının bulunduğu durumlarda iyi bir tanının önemi ortadadır. Örnek olarak, şunlar verilebilir: Alkol veya madde kullanımı sorunu (tedavi açısından anlamı: Bireysel terapi, ancak kimyasal bağımlılık doğrudan bir arındırma programıyla ele alınırsa yararlı olabilir); organik bir durum (tedavi açısından anlamı: Organik sorunun niteliği üzerinde durun ve hastayı ve çevresindekileri bu organik sorunun etkileriyle nasıl başa çıkacakları konusunda eğitin); bipolar hastalık (tedavi açısından anlamı: Bireysel terapi ilaçla desteklenmelidir) veya çoklu kişilik bozukluğu (tedavi açısından anlamı: Terapötik süreç tüm öteki kişiliklerin tanınması ve kabul edilmesi ve travmatik geçmişin hatırlanması gerekliliğini öne çıkarmalıdır).

Ancak daha belirsiz ve daha karmaşık bir tabiat gösteren kişilik sorunları için, genellikle, uzun dönemli bireysel terapi veya analiz haricinde bir "tedavi planı" önerilmez. Bu yüzden titiz tanısal formülasyonların gerekli olmadığı ileri sürülmüştür. Buna göre, karakterinde değişim gerçekleştirmek isteyen herkesin yoğun ve ucu açık bireysel psikoterapiden geçmesi gerekiyorsa, her türden karakter patolojisi de benzer nitelikte bir "reçete"nin uygulanmasını gerektirir. Tedavinin ne olduğu zaten biliniyorsa niçin tanı konulsun ki? Psikanalitik camianın içinde yer alanlar da dışında yer alanlar da bu noktayı ileri sürmüşlerdir. Örneğin, kendilik psikologları, etiketlerin potansiyel kötüye kullanımına ve bunların terapistin empatisini zayıflatma olasılığına özellikle duyarlı olmuşlardır. Bazıları, bir insanın yaşadığı temel sorunları doğru okuyabilmenin tek yolunun bir terapi ilişkisi kurmak ve bu ilişkinin nasıl gelişeceğini izlemek olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Buna şu gerekçeyle katılmıyorum: Uzun dönemli bireysel terapi veya analiz hastanın bireysel kişiliği nasıl olursa olsun hiçbir esneklik içermeden hep aynı şekilde gerçekleştirilen bir çalışma değildir. Klasik analize en bağlı analistler bile histerik bir hastayla kişisel sınır meselelerinde daha dikkatli olacaklar, obsesif bir hastayla duygulanımı daha çok takip edecekler, şizoid bir hastayla sessizliklere daha çok tolerans göstereceklerdir, vb. Terapistin empatik olma çabaları bu tür ayrımların otomatik olarak yapılacağını garanti etmez. Psikotik bozukluk gösteren hastalara (örn., Karon & VandenBos,

1981) ve sınırdurum hastalarına (örn., Kernberg, 1975)* ilişkin psikanalitik bilgilerin artması, klasik analiz olmayan ancak sağlam bir şekilde psikodinamik esaslara dayalı tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini sağlamıştır. Bu tedavi yaklaşımlarını kullanabilmek için öncelikle danışanın temelde psikotik olduğunu veya karakter yapısı açısından sınırdurum olduğunu görmek gereklidir. Psikanaliz ve analitik psikoterapiler, terapistin ofisine gelen bireyin kişiliği nasıl olursa olsun katı şekilde uygulanan yekpare bir yöntemler dizisi değildir. İyi bir tanısal formülasyon, ilişki tarzı, müdahale yaklaşımları ve ilk ele alınacak konular gibi çok önemli alanlarda terapistin vereceği kararlara katkıda bulunacaktır.

PROGNOZ (GİDİŞAT) AÇISINDAN TANININ ANLAMLARI

Obsesif *karakter*li bir hastadan, aniden kendini dayatan bir obsesyon geliştirmiş hastayla başarılabilecek ilerleme hızının aynısını bekleyen terapist bir düş kırıklığına doğru yol alıyordur. Kişilik sorunlarının derinliği ve kapsamlılığı açısından farklılıkların değerlendirilmesi hem klinisyen hem de hasta için yararlıdır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)** içinde yer alan kategoriler, bazen, belirli bir durumun ağırlığı ve gidişatı üzerine ipuçları vermektedir –DSM'nin eksen esasında düzenlenmesi bu yönde atılmış bir adımdı–; ne var ki, bazen de, üzerinde genel olarak uzlaşılmış sınıflandırma verilmekte ve terapi sürecinden ne beklenebileceğine dair ipucu niteliğinde de olsa bir bilgi belirtilmeden geçilmektedir.

Bu kitaptaki başlıca temalardan biri, yalnızca yüzeyde görünen sorunu temel alan bir "tanı" koyma çalışmasının boşuna yapılmış bir çalışma olacağıdır. Depresif veya narsisistik kişilik gösteren bir kişideki fobi, karakter yapısı açısından fobik olan bir kişideki fobiden oldukça farklı bir olgudur. Bazı çevrelerde ruhsal tanının kötü bir üne sahip olmasının bir nedeni, tanı koyma çalışmasının kötü bir şekilde yapılmış olmasıdır; hastanın getirdiği şikâyetlere bir etiket konulmuştur yalnızca. Ayrıca, araştırmacılık açısından bakıldığında, farklı tanısal olgular doğrudan yüzeydeki görünümleriyle tanımlanıyorlarsa, bu farklı tanısal olgulara ilişkin iyi bir istatistiki araştırma yapmak da olanaksızdır; ayrıntılı ve derinlikli olarak alınmamış bilgiden ayrıntılı ve derinlikli sonuçlar bekleyemeyiz.

(*) *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm*, çev. Mustafa Atakay, İstanbul: Metis Yayınları, 1999 – ç.n.

(**) *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, çev. Ertuğrul Köroğlu, Ankara: HYB Yayıncılık, 2001 – ç.n.

Psikanalitik geleneğin en güçlü yönlerinden biri, kişilik yapısı konusuna verdiği önemdir (bkz.,örn., Horner, 1990).[2] Aynı noktayı ısrarla tekrarlamak olacaksa da şöyle bir örnek verilebilir: Terapistin, yeme bozukluğu sorununu ailesinden ayrılıp başka bir şehirde üniversitede okumaya gittiğinde geliştirmiş ve bunu dürtüsel ve özyıkıcı olarak gören bulimik bir kadınla çalışırkenki beklentileri, ilkokuldan beri yeme-kusma döngüsü gösteren ve kadınların ince olmasına yönelik sosyal baskıyı ileri sürerek davranışını makul gören sınırdurum bir kadınla çalışırkenki beklentilerinden farklı olacaktır. Terapist, birinci danışana terapinin ilk haftaları içinde kalıcı olabilecek bir yardım sağlamayı bekleyebilecekken, ikinci danışanla terapide ulaşılması gerçekçi hedef, birkaç yıllık bir terapiden sonra hastanın bulimianın kendisine ödettiği bedeli açık şekilde görmesi ve terapiste gerçekten değişmeyi denemeye başlayacak kadar güvenir hâle gelmesi olacaktır.

TÜKETİCİNİN KORUNMASI

Vicdani kaygılar taşıyan tanısal çalışmalar, klinisyenler veya kliniklerle potansiyel danışanları arasında ahlaki değerlere bağlı bir iletişimi de öne çıkaracaktır. Bu, ruhsal sağlık alanında "tanıtımda doğruluk" anlamına gelmektedir. Titizlikle yapılmış bir değerlendirme çerçevesinde, terapist hastaya durumuyla ilgili olarak ne bekleyebileceği hakkında bir şeyler söyleyebilir ve dolayısıyla çok fazla şey vaat ediyor veya üstünkörü davranıp yanlış yol gösteriyor olmaktan kaçınabilir. Şunu gördüm ki, örneğin, tarihçeleri ve güncel koşulları göz önünde tutulduğunda, kalıcı ve içsel deneyimin bir parçası hâline gelmiş bir değişimin sağlanacağı noktaya kadar psikoterapinin uzunca bir zaman sürmesinin beklenebileceğinin söylenmesinden çok az danışan rahatsız olmaktadır. Danışanlar çoğunlukla, terapistin, yaşadıkları sorunların derinliğini görüyor ve anlıyor olmasından ve bu yolu birlikte kat etmeye yönelik bir taahhütte bulunma niyetini taşımasından güç alıyor görünmektedirler. Margaret Little (1990), danışmak amacıyla gittiği bir analist "Ama çok hastasınız!" diyerek görüşünü bildirdiğinde rahatladığını söylemektedir. Mucizevi bir tedavi talep eden ve hakiki bir değişimi gerçekleştirmek için gerekli olan taahhütte bulunma arzusu veya yeteneği olmayan az sayıdaki danışan için, tanısal değerlendirme döneminden sonra terapistten gelen dürüst geri bildi-

2 Bu her zaman böyle olmamıştır. Öyle görünüyor ki, Freud başlangıçta karakter yapısı açısından histerikler ile başka karakter tiplerinde olup da histerik reaksiyon gösterenler arasında veya bugün sınırdurum düzeyinde işleyen obsesif karakter olarak değerlendirilebilecek bir kişi ile obsesif nevroz gösteren bir kişi arasında çok az ayrım yapmıştır.

rim, uygun bir şekilde ayrılmalarına imkân verir ve kendi zamanlarını da terapistin zamanını da mucize arayışı içinde boşa harcamalarını önler.

Özel ofisinde veya bir klinikte çalışan tüm terapistler, müşterilerine onlar için hangi seçeneklerin gerçekleşmesinin mümkün olduğunu belirtme zorunluluğundadırlar. Danışana, örneğin, "Ben psikanaliz yapıyorum; denemek istersen Pazartesi başlayabiliriz" demenin ahlaki olduğu şüpheye açıktır. Bunun yerine şöyle denebilir:

> "Evliliğinizdeki bazı meseleler üzerinde sorun-çözücü bir yaklaşımla çalışmak isterseniz, çift terapisini öneririm. Ancak bana öyle görünüyor ki, kişiliğinizdeki bazı örüntüler evliliğinizdeki zorlukları arttırmaktadır. Evlilik içindeki etkileşimlerde üstlendiğiniz rolü kalıcı şekilde değiştirebilmek için psikanalitik tedavi gereklidir. Ama bu tedavi de uzun ve zahmetli bir deneyimdir ve sizin bu deneyimden geçmek için istekli olmanızı gerektirir. Sorunlarınızı ele almaya çift terapisi yaklaşımıyla başlamayı tercih edebilirsiniz; kişilikle ilgili derin ve inatçı bir tabiat gösteren meselelerin yüzeye çıkmaya başladığını görürseniz tekrar başvurabilir ve psikanalizi bir seçenek olarak değerlendirebilirsiniz."

Ekonomik gerekliliklerin yalnızca kısa dönemli terapi imkânı sunmaya zorladığı kliniklerde çalışan terapistler, kısa terapinin kurumun sağlayabildiği tek terapi seçeneği olmasından dolayı, bunun tedavide seçilmesi gereken tek seçenek de olduğuna inanma ve bunu hastalarına da böyle aktarma isteğine kapılabilirler. Aslında, kısa dönemli terapi bazen tamamen terapötik nedenlerden dolayı tercih edilen bir seçenektir, ancak insanoğlunun zorunlulukları avantaj gibi görme eğilimine karşı uyanık olmak gereklidir. İyi bir değerlendirme, görüşmeciye, kısa dönemli yaklaşımın belirli bir kişiye anlamlı derecede katkı sağlamasının ne düzeyde mümkün olacağına ilişkin bir bilgi verecektir. İki taraf için de acı verici olacaksa da, danışana şunu söylemek dürüstçe bir davranıştır:

> "Bu sorun üzerinde uzunca bir dönem çalışmanın size en çok yarar sağlayacak yol olduğunu düşünüyorum. Yaşadığınız sorun hızlı çözümlerle üstesinden gelinebilecek türden değil. Ne yazık ki, bu klinikte, size ihtiyacını duyduğunuz imkânları sağlayacak kaynaklar yoktur. Size başka seçenekler önerebiliriz burada, bunların da bazılarının size yararı dokunabilir, ancak bizim içinde bulunduğumuz koşullarda arzu ettiğiniz sonucu elde etmemiz olanaksızdır."

Öteki seçenek ise, açık kurumsal sınırlılıklara karşın mevcut koşullarda her danışanla sonuç verecek şekilde terapi yapılabileceğine kendini ve/ve-

ya danışanı inandırmaktır; ancak bu da, hem terapistin hem de danışanın kendini suçladığı durumlara yol açar ("Sınırlı tedaviyle gerçekleşmesi gerektiğine inanmaya yönlendirildiğim şu iyileşme niçin daha gerçekleşmedi? Bendeki sorun nedir? ").

Uzun dönemli terapinin gerekli bulunduğu klinik durumları da örneklendirmek oldukça kolaydır. Bazı araştırmacıların psikanalizin altın çağı dedikleri dönemde, birçok danışan, bir madde kullanımı tedavi merkezinden veya bir destek grubundan veya terapiyle birlikte ilaç kullanımından daha iyi sonuç alabilecekken yıllarca terapide kalmışlardır. Titiz bir tanısal değerlendirme, bir danışanın çok az yarar sağlayacağı veya hiçbir yarar sağlamayacağı bir profesyonel ilişkide yıllarını harcaması olasılığını azaltmaktadır.

EMPATİK İLETİŞİM

Son zamanlarda "empati" terimi neredeyse hiçbir yararlılığı kalmayacak derecede çok sulandırılmıştır. Ancak "bir duyguyu *biri için* hissediyor olmak" yaşantısından ziyade "bir duyguyu *biriyle birlikte* hissediyor olmak" yaşantısını içeren başka da bir sözcük yoktur. Bu iki yaşantı arasındaki fark, sempati (veya acıma, ilgi gösterme gibi, acı çeken insanla belli bir savunmacı mesafede durma anlamını taşıyan benzeri terimler) ile empati arasındaki ayrımı öne çıkarmanın asıl nedeni olmuştur. "Empati", çoğu kez, hasta duygusal açıdan ne iletiyor olursa olsun terapistin hastaya gösterdiği sıcakkanlı, kabul edici, cana yakın davranışlar anlamında, yanlış bir şekilde kullanılır hale gelmiştir. Bu bölümde ve tüm kitap boyunca bu terimi tam taşıdığı anlamda, danışanın hissetmekte olduklarını duygusal açıdan hissetme kapasitesi anlamında kullandığımı vurgulamak istiyorum.

Kendileri de terapist olan hastalarımın, bir danışanlarına düşmanlık veya korku duyguları içeren yaşantısal tepkiler gösterdikleri durumlarda "empati eksikliği" gösterdikleri yargısına varıp kendilerini sert şekilde eleştirdiklerine tanık olmuşumdur sıkça. Aslında söylemek istedikleri şey, böyle güçlü olumsuz duygulanımlar hissetmemiş olmayı arzu ettikleridir. Terapötik çalışmanın ilkel düzeylerdeki nefret ve ıstırap duygularını içerebileceği kapsamı anlamak ve kabul etmek pek hoş bir deneyim değildir; hele başkalarına yardımcı olmaya yönelik bir alanda çalışmaya karar verdiğimizde bunun böyle olacağı konusunda pek uyarılmadığımızı da düşünürsek. Danışanlarına güçlü olumsuz duygulanımlar hisseden terapistler düşük derecedeki bir empatiden ziyade yüksek derecede bir empatinin zorluklarını yaşıyor olarak görülebilirler; çünkü gerçekten hastalarıyla *birlikte* hissediyorlarsa hastalarının

düşmanlık, dehşet, ıstırap ve başka ağır duygularını hissediyorlardır. Terapideki bireylerin duygulanımları yoğun derecede olumsuz olabilir ve karşılarındaki kişilerde sıcakkanlı duygular dışındaki her türlü duyguyu ortaya çıkarabilirler.

Hiçbir eğitimi olmayan biri için bile, böyle olumsuz duygusal yaşantıyla tepki veren bir insanın *davranışının* bu duygulara göre olmaması gerektiği açıktır. Bu olumsuz duygusal tepkilerin çok değerli olanakları içerdiği daha az açık olsa da bir gerçektir. Terapistin bu duyguları kendi içinde gözlemlemesi durumunda; bunlar, iyi bir tanı koymaya en temel düzeyde katkıda bulunan deneyimler olacaktır. Bu deneyimleri göz önünde bulundurarak terapist, danışanın mutsuzluğuna nasıl yaklaşacağına karar verebilir. Bu duyarlılıktaki bir yaklaşımı da danışan, meslek gereği ve karşı koltukta oturan insanın kendine özgü kimliğine aldırmaksızın gösterilmiş ezbere bir anlayış olarak değil gerçekten empatik olarak algılayacaktır.

Örneğin, görüşmecinin manipülatif olarak deneyimlediği bir danışan diğer olasılıklar arasından temel olarak histerik veya sosyopatik bir karakter yapısına sahip olabilir. Terapötik iletişim klinisyenin tanısal hipotezine dayanacaktır. Histerik danışanla, terapist, danışanın duygusal yaşantısına hakim olan korku derecesini ve güçsüzlük duygusunu anladığını göstererek danışana yardımcı olabilecektir. Sosyopat danışanla, terapist, danışanın karşısındaki kişiyi yanıltabilecek izlenimler yaratmaktaki becerisini, bundan duyduğu rahatsızlığı da içerecek şekilde, gördüğünü söylemeyi ve bunu söylerken de buna kanmadığını hissettirmeyi isteyecektir. Terapist "manipülatif" etiketinin ötesine geçmemişse, elinde olguları anlamak için bu etiketten daha incelikli bir tanısal çerçeve yoksa danışana anlaşıldığına ilişkin derin bir ümit aşılayabilmesi mümkün olmayacaktır. Terapist tüm manipülatif danışanları histerik veya sosyopat, vb. gibi görerek aşırı genelleme yaparsa terapötik teması da ancak arada bir kurabilecektir. Histerik kişilik örgütlenmesi gösteren bir kişi, içindeki korkmuş çocuğun yatıştırılmasına yoğun bir ihtiyaç duyarken sinsi bir güç oyunu oynuyor olarak yanlış anlaşıldığını görürse altüst olabilir; sosyopat bir kişi "başkalarını atlatma" ihtiyacının kişiliğindeki merkezi yerini gözden kaçıran terapiste ancak küçümseme duyacaktır.

Terapistin empatik iletişimi sağlamasında tanının yararına ilişkin başka bir örnek, bir sınırdurum hastasının intihar tehdidiyle telefon açması veya bir acil servise gelmesi gibi sıkça rastlanan bir durumdan verilebilir. Acil servisteki ruh sağlığı çalışanlarının eğitimleri, ayrıntılı şekilde geliştirilmiş tanısal bir modelden ziyade genel bir kriz-müdahale modeline göre davranmala-

rına yöneliktir ve çoğu durumda da bu kriz-müdahale modeli işlerine oldukça yarar. Ancak sınırdurum hastaları söz konusu olduğunda, bu model işe yaramaz; bu hastalardan acil servise başvuranlar hakkında acil servis personeliyle görüşüldüğünde hemen dile getirdikleri tüketici nitelikteki zorlanma duygusu da bunu kanıtlamaktadır (Shinefield, 1989).

İntihar tehdidinde bulunan kişilerin çoğuna en iyi yaklaşım, genel kriz-müdahale stratejilerinde önerilen yaklaşımdır. Bu yaklaşım, intihar planı, hangi yolla gerçekleştirileceği ve bunların ölümcüllüğü hakkında danışana sorular sorarak danışanın intihara eğilim derecesini değerlendirmeyi içermektedir (Litman & Farberow, 1970). Sınırdurum kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerse, gerçekten ölmeyi istedikleri zaman değil, Masterson'un yerinde bir şekilde "terk depresyonu" olarak adlandırdığı duyguyu yaşadıkları zaman intihardan bahsetmeye başlama eğilimindedirler. Yaşadıkları panik ve ümitsizlik duygularına, ne kadar kötü hissettiklerini birilerinin umursadığı duygusuyla karşı koymaya ihtiyaçları vardır. Tipik olarak, ailelerinde, korkutucu bir olasılıkla tehdit etmedikçe kimsenin duygularına önem vermeyeceğini öğrenmişlerdir. Bu kişiler için, intihar niyetlerinin genel bir değerlendirmesinin yapılması yalnızca çok kızdırıcı bir uğraş hâline gelmektedir; çünkü hastanın çok da bilinçli olmayan öznel yaşantısı açısından bakıldığında, hasta yoğun şekilde bu tehdidin içinden çıktığı *bağlamdan* bahsetmek isterken görüşmecinin dikkati hastanın tehdidinin *içeriğ*ine kaymaktadır.

Bir klinisyenin standart kriz-müdahalesi prosedürünü (örn., Kalafat, 1984) tanısal bir duyarlılık göstermeden izlemeye çalışması, terapötik amaçlara ters ve hatta tehlikeli bir nitelik kazanabilir; çünkü böyle bir yaklaşım, bu hâldeki bir sınırdurum hastasını, intiharı konuşmak yerine duyulabilmek adına intiharı ispatlamak zorunda kalacağı bir noktaya gelecek derecede hayal kırıklığına uğratabilir.

Ayrıca, hastanın tutumları terapisti hastadan nefret eder halde getirir; çünkü hasta bir yandan yardım ister görünürken bir yandan da yardım etmeye çalışan terapistin samimi çabalarını geri çeviriyordur (Frank ve diğ., 1952). Sınırdurum danışanlarını başka danışanlardan ayırt etme üzerine eğitim görmüş acil servis klinisyenleri, bu durumdaki bir danışanla karşılaştıklarında, hemen bir intihar formu doldurma işine girişmek yerine intihar tehdidinin ardındaki acı dolu duygulanımları ele alıp bunlara yönelik bir yaklaşım geliştirmekte ustalaşırlar ve beklenilenin tersine, otomatik olarak intihar eğilimini değerlendiren meslektaşlarına göre önledikleri özyıkıcı davranışlar muhtemelen daha çok olur. Ayrıca yaklaşımlarından dolayı, "işbirliği yap-

madıkları" veya "doğruyu söylemedikleri" için danışanlarından nefret etmek gibi moral bozucu deneyimleri de daha az yaşayabilirler.

TEDAVİDEN KAÇIŞLARI ÖNLEMEK

Empatik iletişimle bağlantılı bir mesele de ürkek hastaları tedavide tutma meselesidir. Profesyonel yardım arayan çoğu birey terapiye başladıktan sonra terapiste bağlanmanın büyük bir tehlike taşıdığı korkusuna kapılır. Örneğin, hipomanik kişi, bağımlılık özlemlerini uyardığı anda ilişkilerden hızla uzaklaşır; çünkü başkalarına bağımlı olduğu erken dönem deneyimleri oldukça kötü sonuçlanmıştır. Özsaygılarını sürdürmeleri, başkalarının bakımı ve ilgisine duydukları ihtiyaçların inkârını gerektiren, bağımlılığa-karşı-direngen kişiler, ilişki içinde bir bağlanma oluştuğunda tedaviden kaçmayı akılcılaştırma eğilimi de göstereceklerdir; çünkü başka bir kişinin onlar için duygusal açıdan önemli olduğunu dolaylı olarak da olsa kabul ettiklerinde küçük düşmüş hissederler.

Tecrübeli klinisyenler, tanı koyarken genellikle ilk görüşmenin sonunda, görüştükleri danışanın, bir an önce terapiden kaçmayı dayatacak karakterde bir danışan olup olmadığını anlarlar. Terapistin hipomanik veya bağımlılığa-karşı-direngen hastalara, tedavide kalma cesaretini sürdürmelerinin bir hayli zor olacağına ilişkin yorum yapması, böyle bir yorumun içerdiği duygusal kavrayış hastaya doğru geleceğinden, yalnızca güven verici olmakla kalmaz hastanın kaçıp gitme isteğine direnmesi olasılığını da artırır.

TANININ BAŞKA YARARLARI

Danışanlar görüşmecinin gergin olmadığını hissettiklerinde çok daha rahat davranırlar. Danışan, klinisyenin danışana yönelik bir merak duygusu beslediğini, kaygıdan nispeten uzak olduğunu ve hastanın sorunlarının daha iyi anlaşılmasından sonra hastaya uygun bir tedaviye geçilebileceğine inanmakta olduğunu hissederse, terapötik ilişki büyük olasılıkla sağlam bir şekilde başlayacaktır. Hastanın dinamikleri ve karakter yapısı hakkında nihai değilse de, o noktada geçerli olan iyi bir kavrayışa ulaşmadan *terapi yapma*ya başlama baskısını hisseden terapist, tıpkı belli bir yön duygusu olsa da elinde yol haritası bulunmayan sürücü gibi, yaşanması gerekmeyen kaygılar yaşayacaktır.[3] Hasta da bunu hissedecek ve terapistin yetkinliğinden kuşku duyacaktır.

---

3 Elbette terapist bir tanısal değerlendirme görüşmesinde *terapi yapmaktadır*. Görüşme sürecinin kendisi terapötik ittifaka katkıda bulunur; bu terapötik işbirliğinin kurulmaması durumunda "tedavi" boş bir ritüelden başka bir şey olamaz. Ancak tarafların bundan sonra bu terapi ilişkisinde

Bu kendi kendini üreten döngü, hekimle bağlantılı olan her türlü soruna yol açabilir.

Belki de bazı terapistlerin tanı koymayla ilgili rahatsızlıklarının bir kaynağı yanlış tanı koyma korkusudur. Neyse ki, burada söz edilen yararların birçoğunu sağlamak için klinisyenin ilk formülasyonu "doğru" olmak zorunda değildir. Bir tanısal hipotez, daha sonraki klinik kanıtlarla desteklensin veya desteklenmesin görüşmeciye bir alana odaklı ve düşük düzeyde kaygı yaratan bir temel üstünde hareket imkânı sağlar. Dahası, bu şekilde, klinisyen terapi sürecinde bir kayba yol açmaksızın bir formülasyonu deneme niteliğinde ve geçici olarak göz önünde bulundurabilir. Çoğu kez, hasta, bilmediği bir şeyi biliyormuş gibi yapmaktan kaçınmasından ve farklı olasılıkları göz önünde bulundurmaya gösterdiği özenden dolayı klinisyene şükran duyacaktır.

Tanısal çalışma, ayrıca, danışanın soru-cevap formunun rahatlatıcı yapısı olmaksızın spontan bir şekilde kendini açacak derecede terapisti tanımasından önce, süreç içinde yer alan her iki tarafa da birlikte gerçekleştirecekleri bir şey verir. Terapistler bu "yerleşme" sürecinin önemini yeterince göremektedirler. Oysa bu süreç, çoğu kez, terapiste, tedavinin daha ileri aşamalarında hastanın güçlü aktarım tepkileri yüzünden paylaşmakta zorlanacağı bazı bilgileri edinme imkânını sağlar; tedavide güçlü aktarım tepkilerinin gelişmesi daha sonra hastanın bazı konuları serbestçe dile getirmesini ketleyebilir. Örneğin, çoğu yetişkin, pek tanımadıkları bir klinisyenle görüşürken cinsel yaşamlarıyla ilgili soruları nispeten samimi bir şekilde cevaplayabilirler. Ne var ki, bir kez terapist hasta için dar görüşlü annesi veya ahlakçı babası gibi görünmeye başladığında artık sözcüklerin dile gelmesi bin bir güçlükle olur. Daha sonra tedavide aktarım iyice yoğunlaştığında, danışana, karşısında bulunan bu terapistle, şu anda olumsuz tutumlarından korktuğu bu insanla yaptığı ilk görüşmelerin birinde her türlü kişisel konuyu sert veya onaylamayan bir tepkiye maruz kalmadan konuşmuş olduğu hatırlatılarak danışanın biraz soluk alması sağlanabilir. Hastanın, terapiste ilişkin olarak, tanı dönemiyle daha sonra terapi sürecindeki birbirinin tersi yaşantıları, aktarımın bir aktarım (bir başka deyişle, terapistin kişiliğinin tam doğru olmayan bir takım çarpıtmaları içeren şekilde algılanması) olduğunu vurgular. Bu içgörü psikanalitik terapinin nihai başarısı açısından oldukça önemlidir.

Son olarak, tanısal çalışmanın olumlu bir ikincil etkisi de, terapide gerçekçi hedefler belirlenip bunların gerçekleştirmesine yönelik bir çerçeve çiz-

nasıl hareket edecekleri, sınırların ve iki tarafın sorumluluklarının neler olacağı ve bunun gibi başka temel noktalar tanısal formülasyona dayanılarak belirlenmelidir.

mesi ve böylece terapistin özsaygını koruyabilme ve sürdürebilme becerisine katkıda bulunmasıdır. İyi terapi yapabilmek için her şeyden önce terapi yapmaya devam etmek gerekir. Ruh sağlığı alanındaki bir meslek, karşısındaki kişiyi kandırıyormuş gibi hissetmek, tedavi başarısızlıklarına ilişkin kaygılar yaşamak ve en sonunda tükenmek gibi mesleki riskler taşır. Gerçekçi olmayan beklentiler bu riskleri çok büyük oranda artırır. Klinisyenin moralinin bozulmasının ve duygusal açıdan kendini geri çekmesinin yalnızca kendisi için değil, ona bel bağlayan hastalar için de oldukça önemli sonuçları vardır.

Örneğin, terapist, depresyondaki hastasının nevrotik düzeyde bir depresif değil de bir sınırdurum hastası olduğunu bilirse, hastanın tedavinin ikinci yılında intihara yönelik bir davranışta bulunması onu şaşırtmayacaktır. Sınırdurum yapı gösteren depresif danışanlar bir kez değişmeye yönelik gerçek bir ümit beslemeye başladıklarında çoğunlukla paniğe kapılırlar ve intihara eğilimli hale gelirler; bunun nedeni, kendilerini ümit etmeye bırakır ve ardından yine hayatlarındaki önemli bir insan tarafından travmatik şekilde hayal kırıklığına uğratılırlarsa bunun sonucunda yaşayacakları yıkımdan kendilerini korumaya çalışmalarıdır. Böyle ortaya çıkan intiharla ilgili düşüncelere yol açan konular yorumlanabilir; bu da hem danışanı hem terapisti duygusal açıdan rahatlatır (yorumlamada üzerinde durulabilecek olası noktalar şunlardır: Yukarıda belirtilen ümit etme ve hayal kırıklığına uğramanın tehlikeleri; duygusal yatırımın ilk sevgi nesnelerinden terapiste aktarılmasıyla ilgili olarak, ilk sevgi nesnelerine yönelik suçluluk duyguları ve suçluluk duygularıyla bağlantılı olarak bireyin ölmeye yönelik ritüel niteliğindeki bir girişimle bunların cezasını çekmesi gerektiği şeklindeki büyüsel fantaziler).

Uzun yıllardır meslektaşlarımla yaptığım danışmanlık çalışmalarında üzülerek şunu gördüm: Temelde yetkin, kendini mesleğine adamış ve sezgisel yetenekleri olan terapistler, görünüşte intihara eğilimli sınırdurum hastalarla çalışmalarında sık sık güvenlerini kaybedip hastalarından kurtulmak için akılcılaştırmalar bulmaktadırlar; bu, tam da tedavide hastanın, tespit edilebilecek derecede açık olan kışkırtıcı sınırdurum tarzıyla, tedavinin ne kadar önemli ve etkili olmaya başladığını ifade eder olduğu noktada gerçekleşmektedir. Tipik olarak, intihara eğilimli davranıştan hemen önceki seans, hastanın güven veya ümit duygularını ilk kez dile getirdiği seanstır. Terapist zor ve sürekli karşı koyan bir danışanla bunca aydır süren çetin bir çalışmanın ardından bu durum karşısında heyecanlanır. Sonra da hastanın intihara eğilimli davranışıyla birlikte terapistin kendi ümitleri çöker. Terapist, heyecanının yanılsamalı olduğuna, kendi beklentilerine hizmet ettiğine ve hastanın daha

da kötüleşmesinin terapötik başarı şansının zaten sıfır düzeyinde oluşunun kanıtı olduğuna karar verir. (Bu noktada terapistin zihninden geçen düşüncelere şunlar örnek verilebilir: Belki de Ruh Sağlığı 101 dersindeki hocam haklıydı: Psikanalitik terapi bir zaman kaybıdır. Belki bu hastayı karşı cinsten bir terapiste göndermeliyim. Belki farmakolojik yaklaşıma yatkın bir psikiyatrist ile görüşüp hastayı almasını istemeliyim. Belki hastayı Kronikler Grubu'na aktarmalıyım.) Çoğunlukla kendileri de daha ziyade depresif bireyler olan terapistler, terapide herhangi bir açık kötüleşmeyi hemen kendilerini eleştirmek için bir fırsata dönüştürürler. Yeterli düzeydeki bir tanısal çalışma, bu eğilimi bozup mantığın baskın gelmesini sağlayabilir ve klinisyeni klinik uygulamanın siperlerinde tutabilir.

TANININ SAĞLADIĞI YARARLARIN SINIRLARI

Çoğunlukla uzun dönemli veya açık uçlu psikanalitik terapi yapan klinisyenler için dikkatli ve özenli bir değerlendirmenin değeri şu iki noktada çok büyüktür: (1) yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, tedavinin en başında ve (2) terapistin karşı karşıya olduğu kişilik yapısını tekrardan değerlendirmesinin teknikte etkili olacak değişikliği sağlamakta anahtar niteliği taşıyabileceği zamanlar olan kriz veya kilitlenme dönemlerinde. Terapist birlikte çalıştığı kişi hakkında sağlam bir "kavrayış" geliştirdikten sonra, bu arada terapi çalışması da iyi gidiyorsa, tanısal çerçevede düşünce eğilimi de bırakılmalıdır. Zihni, hastasına ilişkin en doğru tanısal kavrayışa ulaşmaya takılmış bir terapist terapötik ilişkiyi düşünselleştirilmiş bir ortamın yüküyle doldurur.

Son olarak, mevcut gelişimsel ve tipolojik kişilik kategorilerine pek uymayan bireyler bulunduğunu belirtmeliyim. Bir etiket aydınlatmaktan çok karışıklığa yol açtığında bu etiketi bir yana atmak; sağduyuya ve insanı anlama yeteniğine dayanmak daha doğrudur; tıpkı elindeki işe yaramaz deniz haritasını atıp bildiği bir kaç yıldıza göre yönünü bulan kaybolmuş denizci gibi. Ayrıca, resmi bir psikanalitik kategori belirli bir hastaya tam uyduğunda bile, bireyler arasında, gelişimsel düzey ve savunma tarzı dışındaki boyutlarda o kadar büyük farklılıklar vardır ki, empati ve tedavi en iyi bunların bazılarını görmeye gayret ederek gerçekleştirilebilir. Hangi kişilik tipinde olursa olsun, dini inançları derin olan bir birey önce güçlü inançlarına terapistin saygı gösterdiğini görme ihtiyacını duyacaktır (bkz. Lovinger, 1984); tanıya-dayalı müdahaleler, değerli olsa da terapistin hastanın dini inançlarına göstereceği saygıdan sonra ikinci sırada geleceklerdir. Benzer şekilde, en azından terapötik bir ilişki geliştirmenin başlangıç dönemlerinde, bazen bireyin yaşının, ırkının, etnik

grubunun, sınıfının, fiziksel engelinin, politik tutumlarının veya cinsel yöneliminin duygusal anlam ve sonuçlarının göz önünde bulundurulması ona uyan tanısal kategorinin tespit edilmeye çalışılmasından daha önemlidir.

Karakter yapısına ilişkin değerlendirilme, her zaman yapıldığı noktada geçerlilik taşır ve asla mutlak değildir; konulan ilk tanıyı yeni bilgiler ışığında sürekli olarak tekrar değerlendirme istekliliği, optimal düzeyde terapötik bir etkide bulunmanın da bir parçasıdır. Danışanlarımızla gerçekleştirmekte olduğumuz tedavi çalışması ilerledikçe tanısal kavramlarımızın taşıdığı aşırı yalınlaştırma, çarpıcı şekilde açıklık kazanır. İnsanlar kategorilerimizin öngördüğünden çok daha karmaşıktırlar. Dolayısıyla, en ustaca yapılmış kişilik değerlendirmesi bile, hastanın getirdiği kendine özgü ve biricik nitelikteki malzemenin taşıdığı kritik nüansları terapistin algılamasına bir engel teşkil edebilir. Tanısal sürecin avantajlarına karşın, tanısal sürece yararlılık sınırlarını aşacak derecede dayanılmaması gerekir.

İleri Okuma Önerileri

Görüşme üzerine en sevdiğim kitap, özellikle üslubundan dolayı, Harry Stack Sullivan'ın (1954) *The Psychiatric Interview* adlı kitabıdır. Yararlı bilgi ve bilgece teknik önerilerle dolu başka bir klasik çalışma Gill, Newman ve Redlich'in (1954) *The Initial Interview in Psychiatric Practice* adlı kitaplarıdır. MacKinnon ve Michels'in (1971) kitabına duyduğum beğeniyi daha önce belirtmiştim; bu yazarların dayandığı temel bakış açıları benim çalışmama da rehberlik eden bakış açılarına benzerdir. Gabbard (1990) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* adlı kitabında, dinamik ve yapısal tanı ile *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) üçüncü baskı (DSM-III-R; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1987) arasında çok ustaca bir bütünleştirmeyi gerçekleştirmiştir. Kernberg'ün (1984) *Severe Personality Disorders* adlı kitabı tanı koyma ve yapılandırılmış görüşmeler üzerine kısa ama kapsamlı bir bölüm içerir. Çoğu yeni terapist Kernberg'i okunması zor bulur, ama bu bölüm açık bir şekilde yazılmıştır ve yukarıda belirtilen klasik metinlerle kişilik yapısı üzerine geliştirilmiş daha çağdaş psikanalitik teoriler arasındaki boşluğu bir kesintiye yol açmaksızın doldurur.

İKİNCİ BÖLÜM

Psikanalitik Karakter Tanısı

Klasik psikanalitik kavram çerçeveleri, karakter veya kişilik incelemesine birbirinden oldukça farklı iki şekilde yaklaşmıştır. Bu iki yaklaşım da bireysel gelişime ilişkin daha önceki bir teorik modelden türetilmiştir. Freud'un ilk *dürtü teorisi*nin kullanıldığı dönemde teorisyenler, kişiliği saplanma temelinde anlamaya çalışmışlardır (bu kişi psikolojik açıdan hangi erken gelişimsel dönemde takılmıştır?). Daha sonra, *ego psikolojisi*nin gelişmesiyle, teorisyenler karakteri belirli savunma tarzlarının işleyişinin dışavurumu olarak gördüler (bu kişi kaygıdan kaçınmak için hangi tipik yolları kullanmaktadır?). Karakteri bu ikinci şekilde anlama çabası birincisiyle bir çelişki yaratmıyordu. İkinci açıklama, bir kişilik tipi ile ne kastedildiğini kavramak için farklı fikir ve metaforlar sağlamış ve dürtü teorisinin kavramlarına, her birimizin karakterimize özgü uyum sağlayıcı ve savunmacı örüntüleri nasıl geliştirdiğimiz hakkında bazı varsayımlar eklemişti.

Karakterin alabileceği şekiller üzerine zihnimde canlandırdığım modelin temelinde bu iki yaklaşım bir arada değerlendirilmektedir. Ayrıca, İngiliz nesne ilişkileri teorisindeki (ve bu teorinin Amerikan kuzeni olan kişilerarası psikanalizdeki) ve kendilik psikolojisi akımındaki son gelişmelerin karakter örgütlenmesinin çeşitli yönlerini ne şekillerde aydınlatabileceğini de göstermeye çalışacağım. Bu teorilerin yanı sıra, Henry Murray'in "personoloji" (bkz. 1938), Silvan Tomkins'in (1992) "senaryo teorisi" ve Weiss ve Sampson ile Mount Zion Psikoterapi Araştırma Grubu'nun (bkz. 1986) geliştirdiği ve bazen "kontrol-hâkimiyet" teorisi adı altında geçen fikirler gibi klinik

açıdan daha az etkili olmuş psikodinamik formülasyonlar da kişilik ve tanıya ilişkin anlayışımı zenginleştirmiştir.

Bilgili okuyucu; tanı koyma çalışmasına; bazı teorisyenler tarafından birbirini dışlayıcı ve özünde birbirine zıt nitelikte görülen, psikanalizdeki birçok farklı model ve teoriyi uygulamakta olduğumu fark edebilir. Bu kitap, terapistler için yazıldığından ve ben mizaç olarak bir eleştirmenden veya ayrımları tespite odaklı birinden çok sentezleyici biri olduğum için, hangi analitik modelin bilimsel, deneysel veya metapsikolojik açıdan daha savunulabilir olduğu sorusuna cevap aramadım. Bu yaklaşımı edinmemde, Fred Pine'ın (1985, 1990) çalışmalarına çok şey borçluyum; Pine'ın dürtü, ego, nesne ve kendilik teorilerini bütünleştirme çabaları klinik açıdan son derece değerli olmuştur. Tanı çalışmalarını bu bakış açısıyla ele alırken, birbirleriyle rekabet hâlindeki teorileri eleştirel açıdan değerlendirmenin önemini küçümsemiyorum. Yaklaşımım, bu kitabın özellikle *klinik* çalışmalara yönelik olarak yazılmış olmasından ve çoğu terapistin, bazı noktalarda birbirleriyle tartışmalı veya kavramsal açıdan birbirleriyle çatışmalı olsun veya olmasın çeşitli modelleri ve metaforları çalışmalarına katma arayışında olduklarına ilişkin gözlemimden kaynaklanmaktadır. Psikanalitik teorideki her yeni gelişme, terapistlerin, anlama ve yardım etme arzularını terapiye gelmiş bireylere iletme çabalarına yönelik daha önce denenmemiş bir yol sağlar. Başarılı psikodinamik terapistlerin –bunu söylerken başarılı terapistlerle parlak teorisyenlerin örtüşen ama özdeş olmayan gruplar olduklarını varsayıyorum– tercih ettikleri bir veya iki teoriyle ideolojik bir evliliğe girmektense, çoğu kez birçok psikanalitik kaynaktan serbestçe yararlandıklarını düşünüyorum. Bu terapistler mesleki kimliklerini tek bir düşünme ve çalışma tarzına bağlamış olanlara güvenmemektedirler. Bazı analistlerin katı bir şekilde belirli bir görüşe bağlanıp kaldıkları görülmektedir. Ancak bu tür katı yaklaşımların klinik teoriyi zenginleştirici bir katkısı olmamıştır. Ayrıca, bugünkü bilgi ve kavrayış düzeyimizin sınırlarını görüp alçakgönüllü bir yaklaşımı değerli bulan ve belirsizliği ve karmaşıklığı önemseyen kişilerin alanımıza atfettikleri saygınlığa da bir katkısı olmamıştır (bkz. Goldberg, 1990b).

Farklı teori veya modelleri, farklı danışanlar klinik amaçlara uygun ve yararlı hale getirir: Bir danışan, terapistin düşüncelerinde Kernberg'ün ileri sürdüğü kavramları harekete geçirir; başka bir danışan Horney'in betimlediği bir tipteki kişi olarak görünür; başka biri ise öyle klasik Freudcu bir bilinçdışı fantazi yaşamı gösterir ki terapist hastanın tedaviye girmeden önce ilk dürtü teorisini çalışıp çalışmadığını merak etmeye başlar. Stolorow ve Atwo-

od (1979) çalışmalarında, bir kişilik teorisinin geliştirilmesine katkıda bulunan duygusal süreçlere bir hayli ışık tutmuşlardır. Bu yazarlar, bir teorisyenin kişisel hayatında yaşadığı veya karşılaştığı belli başlı karakter temalarının; bu teorisyenin genel psikoloji, kişilik oluşumu, psikopatoloji ve psikoterapi teorilerinde üzerinde durulan konular hâline geldiğini ikna edici şekilde tartışmışlardır. Bu ışık altında görüldüğünde, bu kadar çok alternatif yaklaşımın bulunması şaşırtıcı değildir. Bunların bazıları birbirleriyle *mantıksal* açıdan uyuşmaz haldeyse de, *fenomenolojik* açıdan böyle bir durum içinde olmadıklarını ve her birinin farklı tipteki kişiler için uygun olduğunu düşünüyorum.

Kendi eğilim ve tercihlerimi belirttikten sonra, şimdi psikanalitik gelenek içinde yer alan ve tanı açısından önemli olan modellerin kısa ve yalınlaştırılmış bir özetini vereceğim. Bu model özetlerinin verilmesinin amacı, psikanalitik teoriyle asgari düzeyde aşina olan öğrenciye, analitik yönelime göre eğitim görmüş terapistlerin çok iyi bildikleri kategorileri kavramaları için bir temel sağlamaktır. Ayrıca, bu modelleri eleştirel bir değerlendirmeye pek girmeksizin çeşitli kişilik yapılanmalarına uygulamadan önce, bu modellerin kurgusunda bulunan bazı temel varsayımları göstereceğim.

KLASİK FREUDCU DÜRTÜ KURAMI

Freud'un ilk kişilik gelişimi teorisi biyolojik kökenli bir modeldi. Bu model içgüdüsel süreçlerin merkezi niteliğini vurguluyor ve insanların oral, anal, fallik ve genital konularla ilgili düzenli bir sıralamayı takip eden bedensel dönemlerden geçtiğini ileri sürüyordu. Teoride, bebeklik ve erken çocukluk döneminde, insanın doğal eğilimlerinin temel hayatta kalma çabaları olduğu varsayılmıştı. Bu çabalar, başlangıçta, annenin çocuğun bedeniyle ilgili bakım, besleme ve diğer etkinlikleri aracılığıyla oldukça duyumsal şekilde deneyimleniyordu. Daha sonraları ise, bu çabalar, çocuğun fantazi hayatında, doğum, ölüm ve ebeveynleri arasındaki cinsel bağla ilgili fantazilerinde deneyimleniyordu.

Bebeklerin ve yetişkinlerde varlığını sürdüren kendiliğin çocuksu yönlerinin, ketlemeye tabi olmaksızın içgüdüsel doyum peşinde koştuğu düşünülmüş, dürtülerin kuvveti açısından da bireyler arasında bazı farklılıklar olabileceği öngörülmüştü. Uygun nitelikteki çocuk bakımı, ebeveynin yerine göre takındığı tutumlarla değişen durumlar dizisi olarak yorumlanmıştı. Buna göre, bir yanda, duygusal güvenlik ve haz yaratmak için yeterli doyum ve öte yanda, gelişimsel açıdan uygun engellenme vardır. Bu değişen durumlar gelgiti içinde, çocuk, dereceli şekilde, *haz ilkesi* ("Tüm doyumları, birbiriyle çe-

lişenler de dâhil, hemen şimdi yaşamak istiyorum!") yerine *gerçeklik ilkesi*ni ("Bazı doyumları yaşamak sorunlara yol açabilir ve en büyük doyumlar da beklemeye değecek doyumlardır") nasıl yerleştireceğini öğrenecektir. Freud, hasta ebeveynlerinin, hastaların psikopatolojilerine etkileri hakkında pek az konuşmuştur. Bu konuyu açtığında da ebeveyn kusurlarını iki şekilde görmüştür. Bunların biri, ebeveynin dürtülere aşırı doyum sağlamış olmasıdır; öyle ki, çocuğu gelişimsel açıdan ilerlemek için hiçbir şeye zorlamamıştır. Diğeri de, ebeveynin dürtüleri doyumdan aşırı yoksun bırakmış olmasıdır; öyle ki, çocuğun engelleyici gerçeklikleri yumuşatarak özümseme kapasitesi işlemez hâle gelmiştir. Bu bakış açısına göre, ebeveynlik yapma, şımartma ve ketleme arasında denge sağlayıcı bir davranış dizisiydi –elbette bu model birçok anne ve babanın sezgileriyle hissettikleri bir modeldi.

Dürtü teorisi şu varsayımı ileri sürer: Çocuk, erken bir psiko-cinsel devrede aşırı engellenmiş veya aşırı doyurulmuşsa (çocuğun bünyesel donanımı ile ebeveynin çocuğa davranışlarının etkileşimi sonucu) bu evrenin meselelerine "saplanmış" hale gelecektir. Karakter bu saplanmanın uzun dönemli etkilerinin dışavurumu olarak görüldü: Yetişkin birey depresif kişilikteyse, yaşamının aşağı yukarı ilk bir buçuk yılında (gelişimin oral dönemi) ya ihmal edilmiş ya da aşırı ilgilenilmiş biri olduğu düşünüldü; birey obsesifse, yaklaşık 1 ile 3 yaş arasında (anal dönem) sorunlar yaşandığı sonucuna varıldı; birey histerikse, çocukta ilginin genital organlara ve cinselliğe kaydığı yaklaşık 3 ile 6 yaş arasında, reddedici davranış veya aşırı uyarıcı baştan çıkaran davranış ya da her ikisiyle karşı karşıya kalınmıştı (bu dönem, Freud'un erkek-yönelimli dilinde, "fallik" dönemdi; bu fallik dönemin daha sonra yaşanan kısmı, döneme özgü cinsel rekabet meselelerinin ve bağlantılı fantazilerin eski Yunan'ın Oedipus hikâyesindeki temalara benzemesinden dolayı "ödipal" dönem olarak bilinir olmuştur). Psikanalitik akımın ilk günlerinde, bir birey hakkında, karakterinde merkezi nitelik taşıdığı düşünülen meselelere bağlı olarak, oral, anal veya fallik karakter gösterdiği şeklinde bahsedildiğini duymak az rastlanır bir şey değildi. Sonraları, teori daha incelikli bir hale geldikçe, analistler, bireyin, oral bağımlı mı yoksa oral saldırgan mı olduğunu (oral etkinliğin, sırasıyla, emme veya ısırma yönlerinin baskın olarak görülmesi); anal tutucu mu yoksa anal dışa-atıcı mı olduğunu; oral, anal veya fallik dönemlerde erken aşamada mı yoksa geç aşamada mı olduğunu, vb. belirtir duruma geldiler.

Bu noktaya kadar fazlasıyla yalınlaştırarak özetlediğim teorinin tamamen hayali bir kurgu gibi görülmemesi için, teorinin Sigmund Freud'un hara-

retli imgeleminden tam geliştirilmiş hâliyle doğmadığını; teoriye yalnızca Freud tarafından değil, meslektaşları tarafından da teoriyi etkileyen ve destekleyen verilerin sürekli ilâve edildiğini vurgulamalıyım. Wilhelm Reich'ın (1933) *Character Analysis** adlı kitabında, kişilik tanılamasında, dürtü teorisi yaklaşımı doruğuna ulaşmıştır. Günümüzdeki çoğu öğrenciye dili eski gelse de, bu kitap karakter tipleri hakkında çok etkileyici içgörülerle doludur ve dile getirdiği gözlemler hâlâ duyarlı okuyucunun yaşantısında sık sık önemli noktalara dokunmaktadır. Ne var ki, en sonunda, karakteri tamamen içgüdüsel saplanma temelinde anlama çabası yetersiz görüldü. Freud'un meslektaşı Karl Abraham, güçlü zekâsını psikolojik olguları belirli evrelere ve alt evrelerle bağlantılandırma çabasına adadı; ancak bu tür bağlantılarla ilgili doyurucu sonuçlara ulaşmakta başarısız oldu. Dürtü-temelli saplanma modelini, çoğu psikanalist hiçbir zaman tamamen yanlış kavramsallaştırma olarak görüp reddetmemişse de, bu modele, karakterin anlaşılmasında daha fazla açıklayıcı güce sahip başka bakış açıları da eklenmiştir.

İlk dürtü teorisi ise terapistlerin çalışmalarında varlığını bir dereceye kadar korumuştur. Psikodinamik yönelimli terapistlerin, olgunlaşma evreleri açısından düşünmeye ve psikopatolojiyi belirli bir dönemde gelişimsel duraksama veya çatışma açısından anlamaya devam etmeleri bunu gösterir. Bugün az sayıdaki bazı analistler tüm olguları klasik dürtü kategorilerine indirgese de, çoğu analist gelişime ilişkin temel bir evre teorisini kabul eder. Daniel Stern (1985) gibi analistlerin öngörülebilir gelişimsel dönemler kavramını bir bütün olarak yeniden düşünmeye yönelik çabaları saygıyla karşılanmıştır. Ancak bu yeni düşünme şekilleri birçok klinisyeni hastalarının sorunlarını bazı tamamlanmamış gelişimsel görevler açısından ve bu gelişimsel görevlerin normal kaynaklarını da erken çocuklukta yaşanmış olan belirli dönemler olarak yorumlamaktan vazgeçirmiş görünmemektedir.

1950 ve 1960'larda, Erik Erikson'un psiko-cinsel evreleri, her bir döneme ait hem kişilerarası hem de psişe-içi görevlere göre yeniden formülasyonu oldukça büyük bir ilgi gördü. Erikson'un çalışması (örn., 1950) genellikle ego psikolojisi geleneğinin özgün bir örneği olarak görülse de, onun evre teorisi Freud'un gelişime ilişkin dürtü modelindeki birçok varsayımı içermektedir. Erikson'un Freudcu teoriye yaptığı en dikkat çekici katkılardan biri (Erikson kendi kavramsallaştırmalarını Freud'unkilerin yerine geçecek kavramsallaştırmalar olarak değil onları tamamlayıcı ilaveler olarak görmüştür)

(*) *Kişilik Çözümlemesi*, çev. Bertan Onaran, İstanbul: Payel Yayınları, 1997 – ç.n.

erken evreleri Freud'un yaklaşımındaki biyolojik vurguyu azaltmak amacıyla yeniden adlandırmasıdır.

Erikson'un katkılarıyla, oral dönem tümden bağımlılık hâli çerçevesinde görülmeye başlanmıştır; bu dönemde, *temel güven*in (veya bunun eksikliğinin) kurulması oral dürtünün doyurulması veya yoksun bırakılmasının spesifik sonucudur. Anal dönem, *özerklik* (veya olumsuz geçirilmişse, utanç ve kuşku) duygusunun kazanılmasını içeren bir dönem olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu dönemde çocuğun çaba harcaması gereken başlıca mesele, Freud'un da vurguladığı gibi, tuvalet işlevleri üzerinde hâkimiyet kazanmak olabilir; ancak bu dönem, çocuğun özdenetimini öğrenmesi ve ailesinin ve geneldeki toplumun beklentileriyle bir uyuşmaya varmasıyla ilgili birçok meseleyi de içerir. Ödipal dönem, bir temel *etkililik* ("girişkenlik veya tersi, suçluluk") duygusunun ve çocuğun sevgi nesneleriyle *özdeşim* deneyiminden gelen hoşnutluk duygusunun geliştirildiği kritik bir dönem olarak görülmüştür. Erikson, gelişimsel dönemler ve görevler fikrini tüm yaşam süresini kapsayacak şekilde genişletmiştir. Ayrıca, en erken dönemleri alt kısımlara ayırmıştır (oral içe-alıcı, oral dışa-atıcı; anal içe-alıcı, anal dışa-atıcı).[1] Bin dokuz yüz ellilerde, Harry Stack Sullivan (örn., 1953), dürtü doyumunu değil de konuşma ve oyun gibi iletişimsel kazanımları vurgulayan başka bir evre teorisi önermiştir. Erikson gibi, Sullivan da, kişiliğin gelişmeye ve değişmeye, Freud'un yetişkin karakter yapısının tamamen yerleştiğini belirttiği aşağı yukarı ilk 6 yılın çok daha sonrasında da devam ettiğine inanıyordu.

Margaret Mahler'in ayrılma-bireyleşme süreci dönemleri ve alt dönemleri üzerine olan çalışmaları (örn., Mahler, 1968, 1972a, 1972b; Mahler, Pine, & Bergman, 1975),* nihai kişilik yapısıyla ilişkili süreçleri kavramsallaştırmaya yönelik başka bir ileri adımdı. Buna göre, ayrılma-bireyleşme süreciyle ilgili görevlerin çocuklukta bir çözüme kavuşturulması 3 yaş civarında gerçekleş-

1 Erikson'un teorisi, muhtemelen Freud'un hayvansı doğamız üzerine olan vurgusunu öne çıkarması dâhil, bazı nedenlerden dolayı, daha sonraları yapılan ve Erikson'un çalışmalarıyla karşılaştırılabilir nitelikteki başka analitik çalışmaların tersine akademik müfredata girmiştir. Analistlerin bağımsız eğitim enstitülerinde akademik dünyadan yalıtılmış halde çalışmaları bazı yönlerden onlar için daha uygun olmuşsa da, genel olarak, psikanalizle akademik psikolojinin birbirlerine yabancılaşmaları büyük bir şanssızlıktır. Çoğu üniversite-kökenli psikologlar, hatta ders programları gereği Freud, Jung, Adler ve Erikson üzerine ders veren psikologlar, psikanalitik teorinin son 40 yılına yabancıdırlar. Ve analistler, çeşitli yaklaşımları benimsemiş, kuşkucu bakış açılarına sahip ve birçoğu analitik teoriyle bazı yönlerden ilişkili olan sorulara cevap aramakta olan meslektaşlarının bulunduğu bir ortamda çalışmanın entellektüel açıdan uyarıcı ve disiplin verici etkisinden mahrum kalmışlardır.

(*) *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu*, çev. Ali Nihat Babaoğlu, İstanbul: Metis Yayınları, 2003 – ç.n.

mekteydi. Mahler'in teorisi genelde nesne ilişkileri alanı içinde görüldü; ancak teorinin saplanma mekanizması ile ilgili açıkça belirtilmemiş varsayımları Freud'un gelişimsel modelinden kaynaklanmaktadır. Erikson'ın oral dönemi alt dönemlere ayırdığı gibi, Mahler de, Freud'un ilk iki evresi olan oral ve anal dönemleri alt dönemlere ayırdı ve bu çerçevede, bebeğin gelişimine, diğer insanların görece farkında olunmadığı bir halden (yaklaşık 6 hafta süren otistik dönem) ortakyaşamsal ilişkililiğe (aşağı yukarı sonraki 2 yıl boyunca süren bu dönem kendi içinde "farklılaşma", "alıştırma", "yeniden yakınlaşma" ve "nesne sabitliğini sağlama" alt dönemlerine ayrılır), oradan da göreceli bir ayrılma ve bireyleşme hâline ulaşılan bir süreç olarak yaklaştı.

Terapistler bu çalışmaları ilgiyle karşıladılar; evre teorilerindeki Freud sonrası ilerlemeler sonucunda, hastalarının bir duruma nasıl "takıldıkları"nı yeni şekillerde anlama imkânını şimdi bulmuşlardı. Artık, danışanlarına verebilecekleri yeni yorum ve hipotezlere kavuşmuşlardı. Bu yeni yorum ve hipotezler, sütten çok erken veya çok geç kesilmiş olma veya çok sert veya çok serbest şekilde tuvalet eğitimi görmüş olma veya ödipal dönemde baştan çıkarılmış veya reddedilmiş olma üzerine yapılan spekülasyonların çok ötesine geçmekteydi. Şimdi, hastalara, durumlarının aileleriyle ilgili süreçleri yansıttığı söylenebilir, bu ailesel süreçlerin hastaların güvenlik veya özerklik duygularını kazanmalarını veya özdeşimlerinden hoşnutluk duymalarını zorlaştırmış olduğu (Erikson) veya yazgının onlara ergenlik öncesinde çok önemli olan "çocukluk arkadaş"larından yoksun bir çocukluk vermiş olduğu (Sullivan) veya 2 yaşlarındayken annelerinin hastaneye yatmak zorunda kalmasının normal olarak bu yaşta gerçekleşen ve optimal ayrılma için gerekli olan yeniden yakınlaşma sürecini altüst etmiş olduğu (Mahler) belirtilebilirdi. Terapistler için bu alternatif modeller yalnızca entellektüel açıdan ilginç modeller olarak kalmadı. Aynı zamanda, danışanların kendilerini anlamaları ve yaşantılarını derinlikli şekilde kavramalarına yardım etme çabalarında terapistlere yeni bakış açıları sağladı. Bu yeni bakış açıları, bireylerin kavrayamadıkları nitelikleri hakkında ürettikleri çokça karşılaşılan içsel açıklamalardan ("Ben kötüyüm", "Ben çirkinim", "Ben tembel ve disiplinsizim", "Reddedilmek için yaratılmışım", "Ben tehlikeli biriyim", vb. gibi) oldukça farklı açıklamalar sunuyordu.

Birçok çağdaş yorumcu farklı zamanlarda, sorunları gelişimsel çerçevede yorumlama eğilimimizin indirgemeci bir yönünün olduğunu ve bu yaklaşımın klinik ve deneysel kanıtlarla da ancak kısmen desteklendiğini söylemişlerdir (örn., Kernberg, 1984). Başka yorumcular, Batı dünyası dışındaki

kültürlerde görülen farklı psikolojik gelişim örüntü ve evrelerine işaret etmişlerdir (örn., Roland, 1988). Yine de, terapistlerin psikolojik olguları belirli bir olgunlaşma döneminden kaynaklanan sorunların güncel kalıntıları olarak görme eğilimleri devam etmektedir. Bu eğilimin devam etmesi belki de genel gelişimsel modelin hem düzenli bir yalınlık hem de insani bir nitelik taşıdığı gerçeğini yansıtmaktadır; bu da, ruh sağlığı alanında çalışanlar için bu modeli çekici kılmaktadır. Tek bir arketipsel, aşamalı olarak ilerleyen, evrensel nitelik taşıyan gelişimsel örüntü bulunduğuna ve şanssız koşullar altında her birimizin bu örüntünün dönemlerinin herhangi birinde engellerle karşılaşabileceğimize inanmakta insan ruhunu harekete geçiren bir zenginlik, bir tür "Bu yollardan geçmek insanoğlu olarak yazgımızmış bizim" duygusu vardır. Bu model, kişilik tipleri veya psikopatoloji için *yeterli* bir açıklama olmayabilir; ancak çoğu klinisyene sanki tüm görüntünün *gerekli* bir parçası gibi gelmektedir. Okuyucularım Bölüm 3 ve 4'te şunu göreceklerdir: Tanısal verileri yerleştirdiğim eksenlerden biri, kişilik örgütlenmesi ve psikopatolojisinin ortak-yaşamsal (psikotik), ayrılma-bireyleşme (sınırdurum) ve ödipal (nevrotik) seviyelerini içeren bir gelişimsel bakış açısına sahiptir.

EGO PSİKOLOJİSİ

*The Ego and the Id** (1923) adlı kitabının yayınlanmasıyla Freud yapısal modeli ortaya koydu ve böylece teorik açıdan yeni bir dönem başladı. Analitik araştırmacıların da ilgileri bilinçdışı *içerikler*den, bu içeriklerin bilincin dışında tutulmasını sağlayan *süreçler*e kaydı. Arlow ve Brenner (1964) yapısal teorinin daha yüksek bir açıklayıcı gücü olduğunu ikna edici şekilde tartışmışlardır; yapısal teori bunu ego süreçlerinin anlaşılmasını sağlayan yönüne borçluydu. Yeni teorinin açıklama gücünden ayrı olarak, terapistlerin bu değişimlerden memnun olmalarının pratik klinik nedenleri de vardı. Artık terapide odaklanılan konular, idden ego işlemlerine; derin bilinçdışı malzemeden bilince daha yakın ve terapist hastanın egosunun savunmacı işlevleri üzerinde çalışırsa ulaşılabilir olan arzulara, korkulara ve fantazilere kayıyordu. Yapısal model ve bu modelin varsayımları üzerinden hızlı bir geçiş yapacağız şimdi; bilgili okuyucudan, çok yönlü kavramların böyle kısa bir şekilde ele alınmasından dolayı özür diliyorum.

İd, Freud'un zihnin, ilkel dürtüleri, itkileri, rasyonel-düşünce-öncesi yönelişleri, arzu-korku birleşimlerini ve fantazileri içeren kısmı için kullandığı te-

(*) *Haz İlkesinin Ötesinde – Ben ve Id*, çev. Ali Nihat Babaoğlu, İstanbul: Metis Yayınları, 2001 – ç.n.

rimdir. Haz ilkesine göre hareket eden id yalnızca anında doyum arar ve günlük dildeki anlamıyla tamamen "bencil"dir. Bilişsel açıdan, dil-öncesi niteliktedir ve imgeler ve sembollerle ifade edilir. Ayrıca, zaman, ölümlülük, sınırlılık veya zıtların bir arada yer alamayacağı kavramlarının bulunmadığı mantık-öncesi bir nitelik taşır. Freud rüyaların, şakaların ve halüsinasyonların dilinde görülen bu ilkel biliş türünü *birincil süreç düşünce* olarak adlandırmıştır.

İd tamamen bilinçdışıdır. Varlığı ve gücü ancak düşünceler, edimler ve duygular gibi *türevler*den çıkarsanabilir. Freud'un zamanında, modern "uygar" insanların, "aşağı" hayvanlarda ve Batı dışındaki "vahşi"lerde görülen anlayış becerilerinin çok ötesine geçmiş ve rasyonel güdülerle hareket eden canlılar olduğu yönünde yaygın bir kültürel kendini beğenmişlik hâkimdi. (Freud'un, cinselliğin bir güdüleyici olarak baskın niteliği dâhil, hayvansı yönümüz üzerine vurgusu Viktoryen ve Viktoryen sonrası dönemlerde fikirlerinin uyandırdığı öfkenin nedenlerinden biriydi.)

Ego Freud'un, hayatın uyum sağlanması zorunlu koşullarına uyum sağlamakta ve id yönelişlerinin idaresinde aile içinde de kabul edilebilir olan yollar bulmakta kullanılan bir dizi işleve verdiği addır. Ego kişinin hayatı boyunca sürekli gelişir; bu gelişim erken bebeklikte başlar ve çocukluk döneminde en hızlı düzeyde yaşanır (bkz. Hartmann, 1958).* Ego gerçeklik ilkesine göre hareket eder ve *ikincil süreç düşünce*nin (bilişin ardışık, mantıklı ve gerçeklik yönelimli tipleri) kaynağıdır. Böylece idin talepleri ile gerçekliğin ve ahlakın sınırlamaları arasında bir aracı rolü oynar. Hem bilinçli hem de bilinçdışı kısımları vardır. Bilinçli kısımlar, çoğumuzun "kendilik" veya "ben" terimini kullandığımızda anlatmak istediklerimize denk gelir; bilinçdışı kısımlar ise bastırma, yer-değiştirme, akılcılaştırma ve yüceltme gibi savunma süreçlerini içerir. Yapısal teoriyle birlikte analitik terapistler bazı tür karakter patolojilerini anlamakta yeni bir dile kavuştular. Buna göre, herkes çocukluk ortamında uyum sağlayıcı ego savunmaları geliştirir ancak bu savunmalar daha sonra aile dışındaki yetişkin dünyasında uyum sağlamakta başarısız kalabilir.

Bu modelin hem tanı hem de terapi açısından önemli bir yönü, egoyu, derin düzeyde bilinçdışı olandan (örn., olaylara ilişkin ilkel duygu tepkilerine inkâr gibi güçlü bir savunmayla karşı konulması) tamamen bilinçli olana bir dizi işleyiş şekillerine sahip bir yapı olarak betimlemesidir. Psikanalitik tedavi sürecinde, kendiliğin bilinçli, akılcı ve duygusal deneyim üzerine yorum yapabilen kısmı olan "gözlemleyen ego" kendiliğin tümünü anlamak için tera-

(*) *Ben Psikolojisi ve Uyum Sorunu*, çev. Banu Büyükkal, İstanbul: Metis Yayınları, 2004 – ç.n.

pistle bir ittifaka girer; bu esnadaysa "deneyimleyen ego" terapi ilişkisinde neler olup bittiğine ilişkin daha içsel ve duygusal bir yaşantı içindedir. "Ego-da terapötik bölünme" olarak adlandırılan bu durum (Sterba, 1934) etkili analitik terapinin gerekli bir koşulu olarak görülmüştür. Hastanın, akılcı yönü zayıf ve içgüdüsel yönü güçlü duygusal tepkiler üzerine gözlemleyici bir konumdan konuşamaması durumunda, terapistin ilk görevi hastanın bu beceriyi geliştirmesine yardım etmektir. Gözlemleyen egonun bulunması veya bulunmaması büyük bir tanısal değer taşıyordu; çünkü gözlemleyen egoyla-uyumsuz (yabancı) hâldeki bir semptom veya sorunun, benzer nitelikte olan ancak hastanın bir mesele olarak görüp üzerinde hiç durmamış olduğu bir sorundan çok daha hızlı tedavi edilebildiği görülmüştü. Bu içgörü, analitik tanı koyan klinisyenler arasında, bir sorun veya kişilik tarzının "egoya-yabancı" mı yoksa "egoyla-uyumlu" mu olduğu değerlendirmelerinde dile gelir.

Egonun gerçekliği algılama ve gerçekliğe uyum sağlamadaki temel rolü, yararlı bir psikanalitik terim olan "ego gücü"nün kaynağıdır. Bu terim, kişinin, gerçekliği en nahoş hâllerinde bile inkâr gibi ilkel savunmalarla engellenmeden görüp kabul etme kapasitesi anlamına gelmektedir. Psikanalitik klinik teorinin gelişimi esnasında, daha arkaik ve daha olgun savunmalar şeklinde bir ayrım ortaya çıktı. Daha arkaik savunmaların temel nitelikleri psikolojik kaçınma veya hayatın rahatsız edici gerçeklerini kökten şekilde çarpıtmaya, daha olgun savunmaların temel nitelikleri ise gerçekliğe uyum sağlamaya yönelikti.

Ego psikolojisi akımından kaynaklanan başka bir önemli klinik varsayım da psikolojik sağlığın yalnızca *olgun* savunmaları değil ayrıca *çeşitli* bir dizi savunma süreçlerini kullanabilmeyi içerdiğiydi (krş. Shapiro, 1965). Başka bir deyişle, her stres kaynağına, alışkanlık sonucu, örneğin, yansıtma veya akılcılaştırma ile tepki veren bir kişinin, psikolojik bakımdan, farklı durumlarda farklı başa çıkma yollarını kullanan bir kişi kadar sağlıklı olmadığı kabul edildi. Kişilikte "katılık" veya "karakter zırhı" (W. Reich, 1933) gibi kavramlar, ruhsal sağlığın duygusal esneklikle ilişkili olduğu şeklindeki bu fikri dile getirir.

Freud, kendiliğin olgu ve olayları özellikle ahlaki açıdan denetleyen kısmı için *süperego* terimini kullandı.[2] Aşağı yukarı "vicdan" sözcüğüyle eş anlamlı olan süperego, kendiliğin elimizden geleni yaptığımızda bizi kutla-

2 Freud'un yalın, belli bir jargondan uzak bir dille yazdığını hatırlayın: İd, ego ve süperego günlük dile çevrildiğinde "o", "ben", "ben üstü" anlamlarına gelmektedir. Ne yazık ki, çok az çağdaş psikanalitik teorisyen Freud'un inceliği ve üslup yalınlığıyla yazmaktadır.

yan, kendi standartlarımızın altında kaldığımızda da bizi eleştiren kısmıdır. Süperego, yaşantısal açıdan egodan ayrı olarak deneyimlense de, egonun bir parçasıdır. Freud süperegonun esas olarak ödipal dönemde ebeveyn değerleriyle özdeşleşerek oluştuğuna inanıyordu; çoğu çağdaş analist ise süperegonun çok daha erken bir dönemde ilkel nitelik taşıyan bebeksi iyi ve kötü algılamalarından kaynaklandığına inanır.

Süperego, ait olduğu ego gibi kısmen bilinç düzeyinde kısmen de bilinçdışı düzeyinde deneyimlenir. Yine, uygun olmayan derecelerde cezalandırıcı bir süperegonun, egoya yabancı şekilde mi yoksa egoyla-uyumlu şekilde mi deneyimlendiğinin tespiti rahatsızlığın seyriyle ilgili önemli bilgilere işaret ediyor olarak görülmüştür. Zihninden babası hakkında kötü düşünceler geçmesinden dolayı kötü biri olduğunu ilân eden bir danışan, zihninden aynı düşünceler geçtiğinde, bir yönünün kendini sanki kötü biri *hissettiğini* söyleyen danışandan oldukça farklı biridir. Her ikisi de depresif, kendine saldıran kişiler olabilirler; ne var ki, ilk danışanın yaşadığı sorunun boyutları ikinci danışanın yaşadığından o kadar büyüktür ki farklı bir sınıflandırma düzeyine göre ele alınması gerekir.

Süperego kavramının geliştirilmesinin birçok klinik yararı da olmuştur. Terapi, hastanın bilinçdışını bilinçli hâle getirmeye çalışmanın çok ötesine geçti; artık terapist, terapötik görevi danışanın süperegosunun değiştirilmesini de içerecek şekilde görüyordu. Özellikle 20. yüzyılın ilk yarısındaki – bu dönemde, orta ve orta-üstü sınıflardaki yetişkinler, makul olmayan derecede sert süperegolar üreten şekillerde yetiştirilmişlerdir–genel bir terapötik amaç, hastalara aşırı katı ahlâki standartlarını (örn., cinsellik-karşıtı kınamalar veya evrensel nitelikteki düşüncelere, duygulara ve fantazilere karşı içsel şiddetli ceza) gözden geçirmelerinde yardımcı olmaktı. Bir akım olarak psikanalizin –ve Freud'un– hedonizm taraftarı olduğu söylenemez; ancak insanlık dışı derecede sert süperegoların değiştirilmesi de en önde gelen amaçlarından biriydi. Uygulama esnasında bu durum, hastalarda daha ahlâki nitelikteki davranışları teşvik etme eğilimi şeklinde görünüyordu; çünkü suçlayıcı süperegoları olan kişiler çoğu kez, özellikle de alkol/madde etkisi altında [intoksikasyon] hâllerinde veya eyleme-koymanın akılcılaştırılabildiği durumlarda, süperegolarına meydan okuyucu ve zıt yönlerde davranırlar. İdin işleyişlerini açığa çıkarıp ortaya koymaya, kişinin bilinçdışı yaşamını gün ışığına çıkarmaya yönelik çabalar, hasta bu tip aydınlatmaları kendi ahlâki eksiklik ve bozukluklarının kanıtlarına ışık tutuyor olarak görürse pek bir terapötik yarar sağlamıyordu.

Günümüzde genel "savunma" başlığı altında sınıflandırılan süreçleri betimlemekte ego psikolojisinin gösterdiği başarı karakter tanısında merkezi bir yer tutar. Kişileri, güncel mücadelelerini örneklendirerek yansıtan gelişimsel bir döneme göre anlamaya çalışabileceğimiz gibi, kaygıyla başa çıkmakta kullandıkları temel savunma tarzlarına göre de sınıflandırabiliriz. Egonun birincil işlevlerinden birinin, kendiliği, güçlü içgüdüsel yönelişlerden (id), huzursuz edici gerçeklik deneyimlerinden (ego) veya suçluluk duyguları ve bağlantılı fantazilerden (süperego) kaynaklanan kaygıyla karşı savunmak olduğu fikri en ayrıntılı şekilde Anna Freud'un (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defense** adlı kitabında işlenmiştir.

Sigmund Freud'un ilk fikirleri, kaygılı tepkilere savunmaların özellikle de bastırmanın (güdülenmeli unutma) *neden olduğu* görüşünü içermekteydi. İçeride sıkışıp kalmış duygular, boşalmaya yönelik basınç uygulayan içsel bir gerilime neden oldukları şeklinde ele alınmıştı; bu içsel gerilim de kaygı olarak deneyimleniyordu. Freud yapısal teoriye geçtiğinde ilk fikirlerini tersine çevirdi ve bastırmanın kaygıya bir *tepki* olduğuna ve bireylerin dayanılmaz bir akıldışı korku duygusundan kaçınmaya çalışmakta kullandıkları birçok yoldan yalnızca biri olduğuna karar verdi. Böylece psikopatolojiyi, bir savunma işleminin işe yaramadığı bir durum olarak yorumlamaya başladı. Psikopatolojik durumlarda, bireyin kaygıyla başa çıkmakta alışageldiği işlemlere karşın birey kaygı yaşıyordu veya bu durumlar kaygıyı maskeleyen davranışın özyıkıcı olduğu durumlardı.

İleride, Bölüm 5 ve 6'da, savunmalar üzerinde duracak, Sigmund ve Anna Freud'un yanı sıra başka analistlerin de tespit ettikleri savunmaları ele alacağım. Bunların içinde ilk kez Melanie Klein'ın açıkladığı dil-öncesi, arkaik süreçler de bulunacak. Bu özetler daha sonra tartışılacak olan farklı karakter tipleri betimlemeleri için yeterli bir arka plân sağlayacaktır.

NESNE İLİŞKİLERİ GELENEĞİ

Ego psikologları psikolojik süreçlerini yapısal model ışığında ele aldıkları hastalara yönelik bir teorik çerçeve haritası çıkarmaya çalışırken, Avrupa'da, özellikle de İngiltere'de, bazı teorisyenler farklı türlerdeki bilinçdışı süreçleri ve bunların görünümlerini inceliyorlardı. Bazı analistler, örneğin Klein (örn., 1932, 1957),** Freud'un analize uygun olamayacak kadar rahatsız bulduğu

(*) *Ben ve Savunma Mekanizmaları*, çev. Yeşim Erim, İstanbul: Metis Yayınları, 2004 – ç.n.
(**) *Haset ve Şükran*, çev. Yavuz Erten, Orhan Koçak, İstanbul: Metis Yayınları, 1999 – ç.n.

çocuk ve yetişkin hastalarla çalıştılar.[3] "İngiliz Okulu" psikanalizinin bu temsilcileri gözlemledikleri süreçleri betimlemek için başka bir dile ihtiyaçları olduğunu anladılar. Ortaya koydukları çalışmalar uzun süre birçok tartışmaya yol açtı; bu durum kısmen bu tartışmalarda yer alan analistlerin kişilikleri, bağlı oldukları ilişkiler ve inançlarından, kısmen de çıkarsamaya dayalı olarak kabul edilen ilkel olgular hakkında ikna edici şekilde yazmanın zorluklarından kaynaklandı. Nesne ilişkileri teorisyenleri dil-öncesi, rasyonel düşünce öncesi süreçleri muhakemenin yönettiği sözcüklere nasıl dökecekleriyle mücadele ettiler. Bilinçdışı dinamiklerin gücüne duydukları saygı onları açık şekilde analitik okul içinde tutmakta idiyse de belirli merkezi meselelerle ilgili olarak Freud'a itiraz ediyorlardı.

Örneğin W. R. D. Fairbairn (örn., 1954), Freud'un biyolojik yaklaşımını kesin olarak reddetmiş ve kişilerin dürtü doyumundan çok ilişki arayışında olduklarını ileri sürmüştür. Başka bir deyişle, bebek *annesinin sütünü almak*tan çok *annesi tarafından beslenme* yaşantısını, bu yaşantının içerdiği sıcaklık ve bağlanma duygularıyla birlikte deneyimlemeye odaklanmıştır. Sandor Ferenczi'den etkilenmiş olan analistler (bazen "Macar Okulu" psikanalizine bağlı analistler olarak atıfta bulunulan Michael ve Alice Balint gibi), yapısal teorinin sınırları içinde tam olarak konumlandırılıp ele alınamayan birincil sevgi, yalnızlık, yaratıcılık ve kendilik-bütünlüğü deneyimlerini incelemeye başlamışlardır. Bu yönelimdeki analistlerin üzerinde durdukları meseleler, kişinin çocukluğunda hangi dürtünün ne kadar doyurulmadığı veya hangi gelişimsel dönemin aşılması gereken görevlerinin yeterli düzeyde aşılamadığı veya hangi ego savunmalarının kişinin karakterine hükmettiği değildi. Üzerinde durdukları meseleler daha çok, çocuğun dünyasındaki başlıca nesnelerin[4] nasıl nesneler oldukları, çocuğun bu nesneleri nasıl deneyimlediği,[5]

---

3 Freud, analitik terapinin, özellikle de psikotik rahatsızlığı olan hastalarda, iyileştirici değişim yaratma gücü hakkında, kendisinden sonra gelen birçok analiste göre daha çekimserdi.

4 "Nesne ilişkileri" terimi şansız bir terim olmuştur; çünkü psikanalizde "nesne" genellikle "kişi" anlamına gelir. "Nesne" terimi Freud'un içgüdülerle ilgili ilk açıklamalarından gelmektedir. Bu açıklamalarda, içgüdünün bir *kaynağı* (bazı bedensel gerilimler), bir *amacı* (bazı biyolojik doyumlar) ve bir *nesnesi* (genelde bir kişi; çünkü Freud'un bireyin psikolojisi açısından merkezi konumda gördüğü dürtüler cinsel ve saldırgan dürtülerdi) vardı. "Nesne ilişkileri" teriminin pek de çekici olmayan mekanik nitelikteki çağrışımlarına karşın kullanılmaya devam edilmesinin iki nedeni vardır. İlki, Freud'un içgüdülerle ilgili açıklamalarıyla ilişkili olmasıdır. İkincisi de, bazen bir birey için önemli "nesne"nin bir kişiye bağlanma yerine cansız bir nesneye bağlanma içinde bulunması (örneğin, bir yurtseverin bağlandığı ulusal bayrak; bir ayakkabı fetişistinin bağlandığı ayakkabı) veya önemli "nesne"nin bir kişinin bedeninin bir *kısmı* olmasıdır (annenin göğsü, babanın gülümsemesi, kız kardeşin sesi, vb.).

5 Analistlerin gerçek nesneler ile çocuğun bu nesnelere ilişkin deneyimi arasında bir ayrım yapmalarının nedeni şudur: Çocuklar, özellikle de bebekler, önemli aile üyelerini ve bu üyelerin güdülerini

bu nesnelerin ve bunların deneyimlenen yönlerinin nasıl içselleştirildiği ve bu nesnelerin içsel imgelerinin ve temsillerinin yetişkinlerin bilinçdışı yaşamlarında yaşamaya nasıl devam ettikleriydi. Nesne ilişkileri geleneğinde ödipal meseleler ayrılma bireyleşme meselelerine göre daha az yer tutarlar. İlginçtir ki, Otto Rank'ın çalışmaları (örn, 1929,* 1945) kendisinden sonraki dönemde yapılmış nesne ilişkileri çalışmalarının büyük bölümüne daha o zamandan işaret etmektedir. Ne var ki, Rank, Freud'la üzücü ayrılıklarından sonra esas analitik kulvarı terk ettiğinden, en önemli gözlemlerinden birçoğunun daha sonra tekrar keşfedilmesi gerekmiştir (Menaker, 1982).

Freud'un kendi çalışmaları nesne ilişkileri teorisinin gelişmesine soğuk durmuyor ve bu teorideki ilerlemelere uzak düşmüyordu. Freud'un, çocuğun gerçek ve deneyimlenmiş bebeksi nesnelerinin önemine verdiği değer, "aile romansı" kavramında, ebeveynlerin kişiliklerine bağlı olarak öidipal dönemin çocuk için nasıl farklı olabileceğini görmesinde ve tedavide ilişki etkenleri üzerinde giderek daha çok durmasında ortaya çıkar. Freud'u iyi tanıyan son analistlerden biri olan Richard Sterba, nesne ilişkileri teorisinin Freud'un ilk gözlemlerini ne kadar daha zengin hale getirdiğini belirten yorumlar yapmış (1982) ve Freud'un psikanalizde bu yöndeki gelişimleri olumlu karşılayacağına işaret etmiştir.

20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, İngiliz ve Macar okullarının nesne ilişkileri formülasyonlarına çarpıcı derecede benzer formülasyonların Amerika Birleşik Devletleri'nde kendilerini "kişilerarası psikanalistler" olarak tanımlayan terapistler tarafından da geliştirildiği görüldü. Aralarında Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Karen Horney, Clara Thompson, Otto Will, Frieda Fromm-Reichmann gibi analistlerin bulunduğu bu teorisyenler, Avrupalı meslektaşları gibi, ağır derecede rahatsızlık yaşayan hastalarla psikodinamik yaklaşıma göre çalışmaya çaba harcıyorlardı. Atlantik ötesindeki nesne ilişkileri analistleriyle aralarındaki temel ayrım erken nesne ilişkilerinin içselleştirilmiş doğası üzerinde farklı derecelerde durmalarıydı: Amerika'da çalışan terapist-

yanlış algılayabilirler ve bu yanlış algılamanın içselleştirmesini tutup sürdürebilirler. Örneğin, kendisi 2 yaşındayken babası savaşa giden bir kız çocuğu kaçınılmaz olarak babasını kendisini reddetmiş ve terk etmiş biri olarak deneyimleyecektir. Bu kız çocuğu daha sonra kendisinin babası için çok da önemli biri olmadığı şeklindeki bir inanca içsel dünyasında bağlanıp kalabilir. Veya bir erkek çocuğu, kendisine sıcak ve yakın davranmış olan büyükannesini gerçek bir ermiş olarak görürken, aslında, aynı büyükanne gerçeklikte içindeki rekabetçi duyguları kendi kızıyla ilişkisinde kızının anneliğini baltalayıcı şekillerde eyleme koymuş ve kızının çocuğuyla şefkat dolu bir bağlanma ilişkisi kurmasını engellemiş yıkıcı bir kişi olabilir. Bu erkek çocuğunun içsel nesneleri sevgi dolu bir büyükanne ile soğuk ve reddedici bir anneyi içerecektir.

(*) *Doğum Travması*, çev. Sabir Yücesoy, İstanbul: Metis Yayınları, 2001.– ç.n.

ler, erken nesnelerin ve bu nesnelerin çeşitli yönlerinin inatçı bir kalıcılık gösteren bilinçdışı imgeleri üzerinde daha az durma eğilimindeydiler.

Freud, hastalarının aktarımlarını açıklanıp bir yana konacak çarpıtmalar olarak görmeyi bırakıp iyileşme için gerekli olan duygusal bağlamı sağlayan deneyimler olarak görmeye başladığında kişilerarası bir tedavi teorisine doğru bir geçiş yapmıştı: "Bir insanı *o insanın fiilî olarak orada bulunmadığı durumda* veya *o insanın temsilî bir imgeyle orada bulunduğu durumda* yok etmek imkânsızdır" (1912, s. 108). Yönelimlerini "ilişkisel" başlığı altında tanımlayan çağdaş klinisyenler, terapist ile danışan arasındaki duygusal bağın terapideki en hayati iyileştirici etkeni oluşturduğu görüşünü yaygın olarak kabul ederler. Psikoterapi sonuçları üzerine yapılmış çok sayıdaki deneysel çalışma da bu görüşü desteklemektedir (Strupp, 1989).

İlişkisel kavramlar terapistlerin empatik yaklaşımlarını, danışanlarının kişilerarası bağı nasıl deneyimlediklerine ilişkin hemen algılanamayan incelikli alana doğru genişletmelerini sağlamıştır. Danışanlar, başka bir kişiyle, kendilik ve nesnenin duygusal açıdan birbirinden ayırt edilemediği psikolojik bir iç içe geçme durumunda olabilirler. Veya nesnenin ya onlar tarafında ya da onlara karşı olarak deneyimlendiği bir diyadik alanda bulunabilirler. Veya da, başkalarını kendilerinden tamamen bağımsız olarak görebilirler. Çocuğun, deneyimsel ortakyaşarlık hâlinden (erken bebeklikte) bana-karşı-sen mücadelelerine (2 yaş civarında), oradan da daha karmaşık özdeşimlere (3 yaş ve sonrasında) doğru ilerlemesi nesne ilişkileri teorisinde bu dönemlerin oral, anal ve ödipal meselelerinden daha çok öne çıkmıştır. Ödipal dönem, yalnızca bir psiko-cinsel dönem olmanın ötesinde, bir *bilişsel* gelişimsel dönüm noktası olarak görülmüştür. Bir bilişsel gelişimsel dönüm noktası olarak ödipal dönemde, iki başka insanın (klasik şemaya göre kişinin ebeveynleri) *birbirleriyle* çocuğun kendiliğiyle pek bir bağlantısı olmayan şekilde ilişkisel bir bağ kuruyor olabileceklerini anlayabilmek çok önemli bir sıçramadır; bu, bebeksi benmerkezciliğe karşı kazanılmış bir zaferdir.

Avrupalı nesne ilişkileri ve Amerikalı kişilerarası psikanaliz teorisyenlerinin geliştirdikleri kavramlar tedavide önemli ilerlemelerin habercisiydi; çünkü birçok danışanın psikolojik yapısını, özellikle de ağır psikopatoloji gösteren hastalarda, id, ego ve süperego yapılarını kullanarak inceleyip yorumlamak pek kolay olmuyordu. Bu danışanların kendini gözlemleme işlevine sahip bütünleşmiş bir egoları yoktur; bunun yerine, sanki farklı farklı "ego durumları" yaşarlar ve bu zihinsel durumların birinde bir türlü hissedip davranırken, diğerinde tersi şekillerde hissedip davranırlar. Bu zihinsel durumla-

rın elindeyken, kendi içlerinde olup bitenlerle ilgili olarak nesnel şekilde düşünme kapasiteleri yokmuş gibi görünürler ve yaşamakta oldukları duygusal deneyimlerin doğal ve içinde bulundukları koşullara göre de kaçınılmaz olduğunda ısrar edebilirler.

Bu zor hastalara yardım etmeye çalışan klinisyenler şunu öğrenirler: Bu hastalarla çalışırken, devreye girebilecek olgun savunmaları olan tutarlı bir "kendilik" bulunduğu varsayımıyla bir bağ kurmaya çalışmak yerine, belli bir anda hangi içsel ebeveynin veya diğer bir önemli erken dönem nesnesinin etkin hale geldiğini tespit etmeye çalışmak tedavinin daha iyi gitmesini sağlar. Terapistlerin kazandığı bu tür bilgiler, nesne ilişkileri bakış açısının ortaya çıkışının tedavi imkân ve kapsamını genişletmeye yönelik önemli sonuçları olduğunu göstermektedir (bkz. L. Stone, 1954). Artık terapistler içselleştirilmiş ötekilerin, bir zamanlar çocuğu etkilemiş olan ve çocuğun yetişkinliğinde de varlıklarını sürdüren ve danışanın henüz yeterli düzeyde bir psikolojik ayrılığı sağlayamadığı bu "içe-atılmış nesne"lerin, tutumlarını takip edebilir duruma gelmişlerdi.

Bu formülasyon çerçevesinde, karakter iki şekilde görülebilmekteydi: Erken çocuklukta deneyimlenmiş nesnelerin davranışlarına benzer davranışları içeren tahmin edilmesi mümkün davranış örüntüleri olarak veya bu nesnelerin davranışlarına benzer davranışları bilinçdışı yollarla başkalarında uyaran davranış örüntüleri olarak. Sınırdurum kişiliğin "istikrarlı istikrarsızlık" hâli (Kernberg, 1975) teorik açıdan daha anlaşılabilir ve böylece klinik açıdan daha ele alınabilir duruma gelmişti. Terapist, hastanın iletişimlerinin yarattığı içsel imgelerini ve duygusal tepkilerini nesne ilişkileri teorisinin metaforları ve modelleri ışığında değerlendirebiliyor, bu da terapiste özellikle gözlemleyen bir egoya ulaşılamayan hastalarla çalışırken terapide ne olup bittiğini anlamakta yeni imkânlar veriyordu. Örneğin, ağır sorunlar yaşayan bir hasta, paranoid sözel bir saldırı başlattığında, terapist bunu hastanın çocukluğunda sürekli ve haksızca eleştirildiğini hissetmiş olması durumunun yeniden yaratılması olarak anlayabilecekti.

Psikanalitik çevrelerde karşı-aktarım kavramı yeni bir bakış açısıyla değerlendirilmeye başlandı; bu gelişme, terapistlerin klinik bilgilerinin artması ve ilişkisel teorisyenlerin hastalarıyla yaşadıkları içsel deneyimleri dile getirdikleri çalışmalarla tanışmalarının sonucuydu. Amerika'da Harold Searles normal karşı-aktarım fırtınaları deneyimlerini açıkça dile getirmesiyle kendine ayrı bir yer edindi; Searles'in bu çalışmalarına bir örnek olarak; 1959'da yayınladığı ve psikotik hastaların terapistlerini delirtmeye yönelik çabaları

hakkındaki makalesi verilebilir. Britanya'da ise, D.W. Winnicott kendini en cesurca açan analistlerden biriydi; 1949'da yayınladığı "Karşı-aktarımda Nefret" adlı ünlü makalesi buna bir örnektir. Freud hastalarla ilgili güçlü duygusal tepkileri, analistin kendini yeterince iyi tanımamasının ve terapi odasındaki öteki kişiye yönelik olarak duygulanımsal açıdan olumlu ve hekimliğe uygun bir tutumu sürdürmekte yetersizliğinin kanıtı olarak görmüştü. Bu açıklama oldukça cazip bir rasyonel duruşu içeriyordu ancak analistlerin deneyimleri gittikçe artan şekilde bunun tersi yönde gelişti. Psikotik ve bugün sınırdurum olarak kabul edeceğimiz danışanlarla çalışan analistler, yenilgiye uğramış, dağılmış, ümitsiz ve acı çeken bu kişileri anlamakta ellerindeki en iyi araçlardan birinin onlara yönelik kendi yoğun karşı-aktarım tepkileri olduğunu görmeye başladılar.

Bu kulvarda, Klein'dan etkilenmiş Güney Amerika'lı bir analist olan Heinrich Racker (1968), klinik açıdan son derece değerli olan *bağdaşan* ve *tamamlayıcı karşı-aktarım* kategorilerini ortaya attı. İlk terim, hastanın bir çocukken erken dönemdeki bir nesneyle ilişki içinde neler hissettiği hakkında terapistin duygusunu (empatik şekilde); ikinci terim, nesnenin çocuğa yönelik olarak neler hissettiği hakkında terapistin duygusunu (empatik olmayan şekilde, danışanın bakış açısından) vurgulamaktadır.

Örneğin, hastalarımdan biri terapisinde bir dönemde hiçbir yöne doğru ilerlemiyor gibi görünüyordu. Ne zaman başka birinden bahsetse yorumlarına bir tür sözel dipnot eklediğini fark ettim; örneğin, daha önce Marge'dan çokça bahsetmiş olmuş olsa bile, "Marge, Salı öğlenleri birlikte yemek yediğim üçüncü kattaki sekreterdir" gibi ek bir şey söylüyordu. Ailesindeki kişilerden birinin onu pek de dikkatli şekilde dinlememiş mi olduğunu merak ettim ve seanslardaki bu ek bilgi verme alışkanlığını yorumlayacak şekilde, benim de onun güncel hayatındaki önemli kişilerin hiçbirini anımsamadığımı mı düşündüğünü sordum.

Kızgınlıkla itiraz etti. Ebeveynleri ona *çok* ilgi göstermişlerdi; özellikle de annesi, diye üsteledi. Ardından, annesi için uzun bir savunmaya girişti; bu esnada ben, nasıl olduğunu anlamadan çok sıkılmaya başladım. Aniden deminden beri onun söylediklerinin tek bir sözcüğünü bile duymamış olduğumun farkına vardım. Bir fantaziye dalmıştım: fantazide, bu hastamla yaptığım çalışmayı bir vaka incelemesi olarak önde gelen meslektaşlarıma nasıl sunacağımı ve bu tedaviyi gerçekleştirirken gösterdiğim becerinin onları nasıl etkileyeceğini hayal etmiştim. Kendimi bu narsisistik düşüncelerden çıkarıp tekrar hastamı dinlemeye başladığımda duyduklarım beni hayrete düşürdü.

Hastam, yeterince ilgi göstermemiş olduğu suçlamasına karşı annesini savunması bağlamında, ilkokulda ne zaman bir oyunda oynayacak olsa annesinin kendisi için tüm anneler içinde sınıftaki en güzel kostümü hazırladığını, oynayacağı roldeki diyalogları kendisiyle beraber satır satır birçok kez prova ettiğini ve oyunun oynanacağı gün, etrafa gurur parıltısı yayarak, en ön sıraya oturduğunu söyledi.

Fantazimde hastamın çocukluk yıllarındaki annesine şaşırtıcı şekilde benzer hale gelmiştim; ona gösterdiğim ilginin ana nedeni benim ünümü artırabilecek biri olmasıydı. Racker bunu tamamlayıcı karşı-aktarım olarak adlandırırdı; çünkü benim duygusal durumum hastamın önemli çocukluk nesnelerinden birinin duygusal durumuyla örtüşmekteydi. Bunun yerine, kendimi, hastamın çocukluğundaki durumunda yaşadığı gibi, hastamın bana gerçekten ilgi göstermediğini, bana verdiği değerin aslında hastamın özsaygısını artırmamdan kaynaklandığını (aramızdaki duygusal ortamın eşit derecede olası bir sonucu) hissediyor olarak bulsaydım, o zaman karşı-aktarımını bağdaşan nitelikte olacaktı.

En erken bebeklikte özümlenen tutumlarla karşılaştırılabilir olan bu tutumların bilinçdışı şekilde çekilip alınması süreci mistik bir olgu gibi gelebilir. Ancak bu tür olgulara bunları daha anlaşılabilir hale getirecek şekillerde bakmanın yolları vardır. Hatırlayınız ki yaşamın ilk bir-iki yılında bebekle çevresindeki insanlar arasındaki iletişimin büyük bölümü sözsüz iletişimden oluşmaktadır. Bebekle ilişki içindeki insanlar bebeklerin nelere ihtiyacı olduğunu büyük oranda sezgisel ve duygusal nitelikteki yaşantılarından çıkarırlar. Sözsüz iletişim bazen oldukça güçlü olabilir; yeni doğmuş bir bebeğin bakımını yapmış veya bir melodinin etkisiyle gözyaşlarına boğulmuş veya açıklanması güç şekilde âşık olmuş olanlarımız bunu doğrulayacaklardır. Analitik teori, kolaylıkla sözcüklere dökebildiğimiz mantıksal kategorilere dayalı etkileşimlerden önce gelen ve bunları aşan nitelikteki tüm ilişkisel bağ kurma çabalarımızda, erken dönem bebekliğimizden gelen bilgilere dayandığımızı varsayar. Aynı duygusal ve dil-öncesi kaynaklara dayanan *paralel süreç* olgusu (Ekstein & Wallerstein, 1958) süpervizyon çalışmalarıyla ilgili literatürde oldukça ayrıntılı şekilde ortaya konmuştur.

Karşı-aktarımın bir engel olarak görülmekten değerli bir araç olarak görülmeye doğru bu dönüşümü nesne ilişkileri teorisinin en önemli katkılarından biridir (bkz. Ehrenberg, 1992). Zamanla, karşı-aktarım bilgisi kişilik yapısının doğru şekilde değerlendirilmesinde de önemli bir araç olarak daha çok kabul edilir oldu. Tanı üzerine yazılmış birçok ders kitabında görüşmeci-

nın danışana ilişkin duygusal deneyimlerinin tanısal amaçlı kullanımının taşıdığı önem üzerinde durulmamıştır. (MacKinnon ve Michels'in 1971 yılında yayınladıkları öncü niteliğindeki çalışmaları buna bir istisnadır). Klinik alanda hâla "irrasyonel" karşı-aktarım tepkilerine dikkat etmenin tanı koyma çalışmalarına ne düzeyde bilgi sağlaması gerektiği hakkında mesafeli bir yaklaşım vardır. Karşı-aktarım, tanısal değerlendirmenin bu kitapta hak ettiği önemi vermeye çalıştığım yönlerinden biridir

KENDİLİK PSİKOLOJİSİ

Nasıl teori uygulamayı etkilerse, uygulama da teoriyi etkiler. Eldeki modellerin yeterince açıklayamadığı veya ele alamadığı psikolojik olgularla karşılaşan terapistlerin sayısı çoğalmaya başladığında, içinde bulunulan dönem bir paradigma değişikliğini gerektirecek olgunluğa ulaşmıştır (Kuhn, 1970; Spence, 1987). 1960'lara gelindiğinde uygulayıcılar o dönemdeki analitik modellerin hiçbirinin, hastalarının sorunlarını tam olarak dile getiremediğini bildiriyorlardı. Bir başka deyişle, tedavi arayışına girmiş birçok bireyin merkezi nitelikteki şikâyetleri, ne içgüdüsel itki ve bu itkinin ketleyicileri (dürtü teorisi), ne kaygıya karşı belirli savunmaların esnek olmayan şekillerde işleyişi (ego psikolojisi), ne de hastanın yetersiz derecede ayrımlaştığı içsel nesnelerin harekete geçmesi (nesne ilişkileri teorisi) bağlamına indirgenebilir değildi. Hastaların yaşantılarında bu süreçleri tespit etmek mümkündü, ne var ki, bu hastalarda eldeki teorilerin sağladığı bilgi iyi bir teoriden beklenilen açıklamada yalınlık ve açıklama gücünde kapsamlılık özelliklerini göstermiyordu.

Terapistlerin karşılaştığı bu yeni hastalar, nesne ilişkileri teorisinin oldukça açık şekilde betimlediği ilkel içe-atılmış nesnelerle dolu fırtınalı bir içsel dünya içinde yaşıyor olmaktan değil boş hissettiklerinden; içsel nesnelerce kuşatılmış olmaktan değil, içsel nesnelerden yoksun hissettiklerinden bahsediyorlardı. Bu kişiler, içsel bir yön duygusundan ve destek alabilecekleri, onlara bir yönelim sağlayacak değerlerden yoksundular ve terapiye hayatlarında bir anlam bulmak için geliyorlardı. Yüzeyde oldukça kendinden emin görünseler de, içlerinde kabul edilebilir, beğenilebilir veya değerli olduklarını onlara gösterecek sürekli bir onaylanma arayışı içindeydiler. Terapistler, belirttikleri sorunlar başka meselelerle ilgili olan danışanlarda bile, özsaygısına ve temel değerlere ilişkin içsel bir karışıklık duygusunu tespit etmeye başladılar..

Analitik yönelimli teorisyenler, çevreleri tarafından sürekli aynalanma ihtiyacı içinde olan bu hastaları, Reich'ın daha önceleri betimlemiş olduğu "fallik" narsisistik karakter (kibirli, gururlu, çekici) stereotipine uymadıkları

durumlarda bile, en temelde narsisistik olarak görmüşlerdi. Bu hastalar, yoğunluğu açısından değil de, görüşmeciye yaşattığı sıkılma, sabırsızlık, belli belirsiz bir huzursuzluk ve o anda orada boşu boşuna bulunuyor olma duygularından dolayı dikkati çeken bir karşı-aktarım doğuruyorlardı. Bu tipteki danışanları tedavi eden terapistler onlarla birlikteyken önemsiz, görünmez, değersizleştirilmiş veya aşırı değer verilmiş hissettiklerini belirtmişlerdir. Seanslarda, yardım etmeye çalışan gerçek bir kişi gibi algılanmadıklarını, tersine, sanki danışanlarının olumlu veya olumsuz duygusal yaşantılarının kaynağı olan ve yerine başka bir kişinin kolayca konabileceği biri gibi görüldüklerini söylemişlerdir.

Bu danışanların yaşadığı temel rahatsızlık kim oldukları, inandıkları değerlerin neler olduğu, özsaygılarını nelerin sağladığı meselelerine ilişkin algılamaları etrafında toplanıyor gibi görünmekteydi. Bazen, önemli olduklarının onaylanmasının ötesinde, kim olduklarını veya onlar için nelerin gerçekten önemli olduğunu bilmediklerini söylüyorlardı bu kişiler. Geleneksel bakış açısıyla bakıldığında çoğu kez açıkça "hasta" görünmüyorlardı (bu danışanlarda itki kontrolü, ego gücü, kişilerarası ilişki istikrarı, vb. bulunuyordu); ne var ki, hayatlarından ve oldukları kişi olmaktan çok az keyif alıyorlardı. Bazı analitik klinisyenler, bu kişileri tedavi edilemez olarak gördü; çünkü bir insanın bir kendilik geliştirmesine yardım etmenin ona zaten var olan kendiliğini onarması veya yeniden yönlendirmesinde yardım etmekten çok daha büyük bir çalışma olduğunu düşünüyorlardı. Başka analistler, bu hastaların temel rahatsızlıklarının daha iyi şekillerde kavramsallaştırılmasında ve böylece daha duyarlı yollarla tedavi edilmelerinde kullanılabilecek yeni teorik kavramlar aramaya başladılar. Bu analistlerin bazıları çalışmalarını mevcut psikodinamik modeller içinde gerçekleştirmeye çalıştılar (örn, Erikson ve Rollo May ego psikolojisi içinde; Kernberg ve Masterson nesne ilişkileri teorisi içinde); bazıları ise başka yönlere gittiler. Carl Rogers (1951, 1961) psikanalitik geleneğin tamamen dışına çıktı ve danışanın gelişmekte olan kendiliğinin ve özsaygısının desteklenip onaylanmasını, temel niteliği olarak gören bir teori ve terapi geliştirdi.

Psikanalitik alanda, Heinz Kohut, yeni bir kendilik teorisi formüle etti. Bu teoride kendiliğin gelişimi, olası çarpıklıkları ve tedavi şekli yeni formüller içinde ele alınıyordu. Kohut, normal idealize etme ihtiyacı gibi süreçlerin önemini vurguladı ve başlangıçta idealize edilebilen ve daha sonra derece derece ve travmatik olmayan şekillerde idealleştirildiği konumdan indirilebilen nesneler olmaksızın büyüyüp yetişkinliğe varılmasının yetişkin psikopatolojisi

açısından anlam ve sonuçları üzerinde durdu. Kohut'un katkıları (örn., 1971, 1977,* 1984) iki yönden yararlı oldu: Narsisistik açıdan rahatsızlık gösteren danışanları anlamak ve yardım etmek için yeni bakış açıları arayan terapistler bu yaklaşımdan yararlandılar. Kohut'un kavramları ayrıca kişileri, kendilik-yapıları, kendilik-temsilleri, kendilik-imgeleri açısından düşünmeye ve kişinin özsaygısını sağlamak için çocukluğundan yetişkinliğine içsel süreçleri nasıl kullandığını anlamaya yönelik genel yeni bir yönelim sağladı.

Kohut'un çalışmaları, bu çalışmaların başka yazarlar üzerindeki etkisi (örn., Alice Miller, Robert Stolorow, George Atwood, Arnold Goldberg, Sheldon Bach, Paul ve Anna Ornstein, Ernest Wolf) ve psikolojik meselelerin yeniden düşünülmesine yönelik olarak ortaya koyduğu yaklaşımın niteliği tanısal anlamlar açısından önemli sonuçlar doğurmuştur. Bu durum, daha önce de belirtildiği gibi, birçok kendilik psikoloğunun geleneksel değerlendirme görüşmesine kuşkuyla bakmasına karşın gerçekleşmiştir. Klinik malzemenin bu yeni kavramsallaştırılma şekli analitik teoriye kendilik dilini katmış ve değerlendiricileri kişilerin kendilik deneyimleri boyutunu anlamak için çaba harcamaya teşvik etmiştir. Terapistler, genel narsisizm düzeyleriyle öne çıkmayan hastalarda bile, özsaygısını, kendilik-uyumu ve bir kendilik-sürekliliği duygusunu desteklemeye yönelik süreçlerin işleyişinin görülebileceğini gözlemlemeye başladılar. Daha önceki literatürün büyük bölümünde özsaygı, kendilik-uyumu, kendilik-sürekliliği gibi işlevlerin üzerinde durulmamıştı. Şimdi ise, savunmalar, kişiyi yalnızca id, ego ve süperegodan kaynaklanan tehlikelerle ilgili kaygıya karşı korumak için değil, aynı zamanda tutarlı ve olumlu bir kendilik duygusunu sürdürmek için de işledikleri şeklinde yeniden kavramlaştırılıyordu (Goldberg, 1990a). Görüşmeciler, savunmalarla ilgili geleneksel sorulara ("Bu kişinin korktuğu şey nedir? Korktuğunda bu kişi ne yapıyor?" [Waelder, 1960]) ek olarak, "Bu kişinin özsaygısı ne kadar kırılgandır? Özsaygısını tehdit altında hissettiğinde bu kişi ne yapıyor?" sorularını sorarak hastalarını daha bütünlüklü anlayabiliyorlardı.

Klinik bir örnek, teoriye yapılan bu eklerin niçin yararlı olduğunu gösterebilir. İki kişi neredeyse aynı bedensel semptomları gösterir halde (uyku sorunları, iştah bozukluğu, ağlama eğilimi, psikomotor yavaşlama, vb.) klinik açıdan depresyondayken öznel yaşantıları birbirinden tamamen farklı olabilir. Örneğin, bunların biri ahlâki eksiklik veya kötülük anlamında *kötü* hissetmektedir. Varlığının dünyanın sorunlarını yalnızca ağırlaştırdığına ve yozlaş-

(*) *Kendiliğin Yeniden Yapılanması*, çev. Oğuz Cebeci, İstanbul: Metis Yayınları, 1998 – ç.n.

tırıcı etkisini ortadan kaldırarak dünyaya iyilik yapacağına inandığı için intihar etmeyi düşünmektedir. Diğer kişi ahlâki açıdan kötü hissetmese de içsel olarak *boş*, kusurlu, çirkin hissetmektedir. O da intiharı düşünmektedir ama onun nedeni yaşamını sürdürmekte bir anlam görmemesidir. İlk kişi ağır bir suçluluk yaşarken, ikinci kişi yaygın bir utanç yaşamaktadır (krş. Blatt, 1974). Nesne ilişkileri terimleriyle, ilk kişi ona kötü olduğunu söyleyen çok sayıda içselleştirilmiş ötekilerle doludur; ikinci kişiyse ona herhangi bir yön sağlayacak içselleştirmelerin eksikliğinin büyük boşluğunu yaşamaktadır.

Bir zamanlar psikanalitik literatürde "melankoli" olarak bilinen ilk türden depresyonla, narsisistik yönden tükenmiş bir ruhsal durumu yansıtan ikincisi arasında tanı açısından ayrım yapabilmek uygulamayla ilgili nedenlerden dolayı önemlidir. İlk türdeki depresif danışan görüşmecinin belirgin şekilde göstereceği yakın ve destekleyici bir yaklaşıma umulduğu gibi yanıt vermeyecektir; gerçek kendisinin hak ettiğinden fazlasını alan biri olduğu algılamasına dayanarak yanlış anlaşıldığını hissedecek ve depresyonu artacaktır. İkinci türdeki depresif danışansa terapistin ilgi ve desteğini açıkça ifade etmesiyle oldukça rahatlamış hissedecektir; yaşadığı boşluk duygusu geçici olarak doldurulmuş olacak ve utanç duygusunun verdiği acı hafifleyecektir. Kitabın ilerideki bölümlerinde bu tip ayrımlara ilişkin olarak daha çok şey söyleyeceğim; burada özellikle şunu vurgulamak istiyorum: Kendilik psikolojisi ve tanımladığı analitik kavramsal kategorilerin ortaya çıkışı, tanı koyma çalışmalarına önemli katkılarda bulunmuştur.

KİŞİLİK DEĞERLENDİRMESİ ALANINA BAŞKA PSİKANALİTİK KATKILAR

Dürtü, ego psikolojisi, nesne ilişkileri ve kendilik yaklaşımlarının yanı sıra, geniş bir psikanalitik yelpaze içinde, karakter üzerine kavramsallaştırmalarımızı etkilemiş olan başka birçok teori vardır. Jung, Adler ve Rank'ın fikirleri; Murray'in "personoloji"si; Spotnitz'in "modern psikanaliz"i; Berne'in "transaksiyonel analiz"i; Tomkins'in "senaryo teorisi"; Sampson ve Weiss'in "kontrol-hâkimiyet" teorisi ve Slavin ve Kriegman'ın (1990) evrimsel biyoloji modeli bu teoriler arasında sayılabilir; bunların dışında burada belirtmediğimiz başka teoriler de vardır. Birçok terapist önceki sayfalarda özetlenmiş olan yaklaşımların yanı sıra bu bakış açılarını da çalışmalarında kullanmaktadırlar. İlerleyen bölümlerde uygun yerlerde bu teorilerin bazılardan bahsedeceğim. Kuşkusuz, bu kitabın yayınlanacağı dönemde, kaos teorisinin kişilik alanına uygulanmasına ilişkin çalışmalar da başlamış olacak ve kaos teo-

nsi kişilik gelişimi, yapısı, işleyişi ve bozukluğu konularını aydınlatmaya yönelik birçok yararlı görüş ve teorik kavram sağlayacaktır.

Bu bölümü bitirirken, karakter içinde işleyen dinamik süreçlerin önemini vurgulamak istiyorum. Psikanalitik teoriler kişilik özelliklerinin değil, dinamik etkileşimlerin üzerinde durur. Hareket hâlindeki örüntülerin değerlendirilmesine verilen önem, karaktere ilişkin analitik görüşleri daha zengin ve klinik açıdan daha uygun kılmaktadır; çoğu değerlendirme araçlarında ve DSM gibi sınıflandırma sistemlerinde yer alan statik özellik listelerinde bu derecede bir zenginliği ve uygunluğu bulamayız. Bireyler kendileri için anlam taşıyan *boyutlar* üzerinde belli bir kişilik örgütlenmesi gerçekleştirir ve öne çıkan bir boyutun her iki kutbunu da ortaya koyan temel nitelikleri sergilerler. Philip Slater (1970), bu görüşü çağdaş yazınsal eleştiri ve öz geçmiş üzerine bir dipnot yorumunda kısaca şöyle dile getirmiştir:

> Nesiller boyu hümanistler, gerçek veya kurgusal bir kişinin karakterindeki "zıtlıklar"ı ve "çelişkiler"i göstererek, bir özellik ve zıddının aynı kişide bulunduğunu fark etmenin heyecanını yaşamış ve okuyucularını da bu heyecana ortak etmeye çalışmışlardır. Ne var ki, aslında, bir özellik kişide belli bir yoğunlukta varsa, o özellikle birlikte onun zıddı zaten o kişide her zaman bulunmak durumundadır; karakterdeki çelişkilerin zekice izini sürüp ortaya koymaya yönelik bütün bir gelenek etkisini okuyucunun psikolojik naifliğine borçludur. (s. 3. dipnot – 4. dipnot)

Bir özellikle bunun zıddının bir arada bulunduğuna birçok örnek verilebilir: Duygusal yakınlıkla ilgili çatışmaları olan kişiler hem duygusal yakınlıktan hem de duygusal uzaklıktan rahatsız olabilirler. Başarıya en aç olanlar çoğu kez başarı olasılıklarını en çok sabote edenlerdir. Manik kişi psikolojik açıdan depresif kişiye şizoid kişiden daha çok benzer; kompülsif cinsellik yaşayan bir erkek, cinsel çatışmalarını cinsellikten uzak durarak çözmüş biriyle, cinsellikle ilgili bir sorun yaşamayan birine göre, daha çok ortak yöne sahiptir. İnsanlar karmaşıktır, ancak bu rastgele bir karmaşıklık değildir. Analitik teoriler, hayatlarının anlaşılmaz bir ironi ve saçmalık gibi görünen yönlerine bir açıklama getirmelerinde ve kolayca incinebilir yönlerini güçlü hale dönüştürmelerinde danışanlarımıza nasıl yardımcı olabileceğimize ilişkin çeşitli yaklaşımlar sağlamaktadırlar.

Özet

Günümüz psikanalizinde bireyleri anlamaya yönelik ana paradigmaları kısaca betimledim. Bunlar, dürtü teorisi, ego psikolojisi, nesne ilişkileri teorisi ve kendilik psikolojisi yaklaşımlarıdır. Karakterin kavramsallaştırılmasında her birinin getirdiği bakış açısı ve bunun taşıdığı önem vurgulandı ve bu farklı bakış açılarından bireyler değerlendirilirken çıkarılabilecek klinik sonuçlara dikkat çekildi. Ayrıca, karakter yapısı ve bağlantılı terapötik yaklaşımlara ilişkin dinamik fikirler üzerinde etkisi olan başka görüşleri de belirttim. Bu bölümde, yüzyılı aşkın bir süreye yayılmış olan bir entellektüel olgunlaşma, tartışma ve teori geliştirme çabasının ancak çok önemli noktaları ele alınmıştır.

İleri Okuma Önerileri

Daha önce hiç okumamış olanlar için, Freud'u ve dürtü teorisinin henüz tam şekillenmemiş ilk hâlini tanımanın en iyi yolu *The Interpretation of Dreams** (1900) adlı kitabını, kendi dönemindeki tartışmalardan bahsettiği veya büyük metapsikolojik şemalar geliştirdiği kısımları atlayarak, dikkatle okumaktır. Freud'un "Outline of Psychoanalysis" (1938) adlı çalışması daha sonraki teorilerinin bir özetini verir; ancak ben bu metni çok yoğun ve kuru buluyorum. *Freud and Man's Soul* (Bettelheim, 1983) ise bu sorunları taşımayan iyi bir değerlendirmedir. Brenner'in (1955) *An Elementary Textbook of Psychoanalysis*** adlı kitabı kapsamlı olsa da modern okuyucu için biraz fazla "Bu böyledir!" diyen bir üslupla yazılmıştır; ben Hall'ın (1954) çalışmasını tercih ediyorum.

Yakın dönemde yayınlanmış olan bazı kitaplar psikanalitik klinik teorinin tarihsel açıdan yapılmış değerlendirmelerini içermektedir. Blanck'ların (G. Blanck & R. Blanck, 1974) *Ego Psychology: Theory and Practice* adlı kitabında yer alan değerlendirme özellikle iyi olanlardan biridir. Guntrip'in bir psikanalitik hümanitarianizm modeli ortaya koyan (1971) *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self* adlı kitabı, Symington'ın (1986) iyi yazılmış incelemesinde olduğu gibi, nesne ilişkileri teorisini bir bağlama yerleştirir. Hughes (1989) çalışmasında Klein, Winnicott ve Fairbairn'i çok ustaca anlatmıştır. Fromm-Reichmann (1950) ve Levenson (1972) Amerikan kişilerarası psikanalizinin mükemmel sözcüleridirler. Greenberg ve Mitchell (1983) aralarındaki ayrımları göstererek dürtü-çatışma modelleri ile ilişkisel modelleri karşılaştırmışlardır.

Kendilik psikolojisi üzerine yazılmış kaynaklar içinde Kohut'un (1971) *The Analysis of the Self* adlı kitabı yeni başlayanlar için neredeyse aşılmaz zorluklar içerir; ancak *The Restoration of the Self* (1977) okunması daha kolay bir kitaptır. Chessick'in (1985) kendilik psikolojisi akımını değerlendirdiği ve eleştirel bir bakış açısıyla yorumladığı çalışması oldukça yararlıdır. Stolorow ve Atwood'un (1992) *Contexts of*

(*) *Düşlerin Yorumu*, 2 cilt, çev. Emre Kapkın. İstanbul: Payel Yayınları, 1997 – ç.n.

(**) *Psikanaliz: Temel Kavramlar*, çev. Işık Savaşır, Yusuf Savaşır, Ankara: HYB Yayıncılık, 1998 – ç.n.

Being adlı kitabı öznelliklerarası bakış açısına giriş niteliğinde okunması rahat bir kitaptır.

Kontrol-hâkimiyet teorisiyle tanışmak için Joseph Weiss'in (1993) *How Psychotherapy Works* adlı kitabı okunabilir. Psikanalitik kişilik teorisi alanındaki gelişmelerin yakın dönemde çıkmış en derli-toplu ve açık değerlendirmesi muhtemelen Westen'in (1990) *Handbook of Personality Theory and Research* adlı kitapta yer alan makalesidir. Yukarıda özetlenmiş olan dört ana teoriyi bütünleştirmeye çalışanlar için Fred Pine'ın (1985, 1990) her iki kitabı da çok iyi kaynaklardır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kişilik Örgütlenmesinin Gelişimsel Düzeyleri

Bu bölüm, kişinin karakterini örgütlemekte rol oynayabilecek olgunlaşmayla ilgili meseleler üzerine odaklanacaktır. Kişinin karakteri, kişilik yapısının, Freud'u takip ederek, genellikle *saplanma* terimiyle belirtilmiş yönüdür. Klinik çıkarıma dayalı saplanma olgusunun içerebileceği anlamları ve sonuçları psikolojik gelişimin üç ayrı olası düzeyinde araştıracağım. Bu noktada, bu kitabın başlıca tanı esaslarını belirtmek istiyorum: *Herhangi bir insan canlısının temel karakter yapısı iki farklı ve etkileşim hâlindeki boyutun bir değerlendirmesi yapılmaksızın anlaşılamaz: kişilik örgütlenmesinin gelişimsel düzeyi ve bu düzey içindeki savunmacı tarz.* Birinci boyut, kişinin bireyleşme seviyesini veya patoloji derecesini (psikotik, sınırdurum, nevrotik, "normal") kavramsallaştırır; ikinci boyut, karakter tipini (paranoid, depresif, şizoid, vb.) tespit eder.

Hiç psikoterapi deneyimi olmayan ve bir insanın niçin saatler boyu başka insanların sorunlarının dinlenildiği bir alanda çalışmak isteyebileceğini hayal edemeyen yakın bir arkadaşım, benim bu kitabı yazmakla ne elde edeceğimi anlamaya çalışıyordu. "Benim açımdan konu çok net" dedi ve "İnsanları sadece iki kategoriye ayırıyorum: (1) Kaçıklar ve (2) kaçık olmayanlar" yorumunu yaptı. Ona "Biz de, herkesin bir dereceye kadar akıldışı olduğunu varsayan psikanalitik teori içinde iki temel nitelik üzerinde duruyoruz: (1) Nasıl kaçık oldu? ve (2) hangi şekillerde kaçıktır?" diye cevap verdim. Bölüm 2'de klasik dürtü teorisi üzerine olan kısımda kısaca özetlediğim gibi, artık çoğu analitik klinisyen, çocukların geçtiği gelişimsel devreleri Freud'a göre

daha az dürtü-tanımlı yollarla kavrıyor olsa da, psikanaliz şu üç ana kanı üzerinde hiçbir zaman ciddi bir tereddüt taşımamıştır: (1) güncel psikolojik meseleler bunların çocuksu öncüllerini yansıtır; (2) erken yaşlardaki etkileşimler yaşantıyı daha sonra nasıl özümleyeceğimize ilişkin şablonu kurar ve böylece yaşantıyı bilinçdışı yollarla çocuklukta belirgin olan kategorilere göre anlaşılabilir hale getirir ve (3) kişinin gelişimsel düzeyinin tespiti onu anlamanın önemli bir kısmıdır. İlginç bir şekilde, çocuksu[1] psikolojik örgütlenmenin tanımlanmış üç dönemi, yapılan gözden geçirmelerde bile aynen korunarak, psikanalitik gelişim teorisinde tekrar tekrar görünür: (1) ilk bir buçuk, iki yıllık dönem (Freud'un oral dönemi), (2) bir buçuk veya iki yıldan üç yıla kadarki dönem (Freud'un anal dönemi) ve (3) üç veya dört yaştan yaklaşık altı yaşa kadarki dönem (Freud'un ödipal dönemi). Bu yaşların yaklaşık olarak verilmesi çocuklardaki bireysel farkları yansıtır; çocuk erken gelişmiş veya geç gelişiyor olsa bile sıralama her zaman aynıdır.

Birçok teorisyen, bu dönemlerin niteliklerini belirleyen etkenler içinde dürtü ve savunmaya veya ego gelişimine veya kendilik ve öteki imgelerine daha çok vurgu yaparak bu dönemlerin içerdiği görevlerin çeşitli yönleri üzerinde durmuştur. Bazı teorisyenler, bu devrelerin içerdiği davranışsal meselelere, bazıları bilişsel meselelere ve bazıları da çocuğun duygulanımsal olgunlaşmasına önem vermişlerdir. Daniel Stern (1985) gibi bazı teorisyenler ise, önde gelen gelişimsel devre teorilerini bebek gelişimi üzerine yakın dönemde yapılmış araştırmalar ışığında kapsamlı bir eleştiriden geçirmiştir. Yine de, bir tür psikolojik devreler kavramının klinik açıdan uygunluğu büyük olasılıkla bunların kavramsal formülasyonlarımızdaki yerini garantilemektedir. Gertrude ve Rubin Blanck (1974, 1979, 1986) olgunlaşmayla ilgili kavramları, duruma göre şekillenen terapötik uygulamalarda da kullanılabilecek hale büyük bir ustalıkla tercüme etmişlerdir. Phyllis ve Robert Tyson'un (1990) yakın dönemde ortaya koydukları psikanalitik gelişimsel teori sentezi bu alanı akademik nitelikte bir kapsamlılıkta ele almaktadır. Giriş niteliğinde bir metin olması amacıyla yazdığım elinizdeki bu kitap boyunca, daha çok, çocuğun olgunlaşan ego yetkinliklerini ve bunlara paralel kendilik ve nesne deneyimlerini araştırmış olan Erik Erikson ve Margaret Mahler'ın fikirlerinin bir sentezini oluşturmaya çalışacağım.

Freud'un ilk üç gelişim devresini klinik çıkarıma dayalı dürtü kavram-

1 Okuyucu, psikanalitik alışkanlıkların "çocuksu [infantile]" sözcüğünü tüm okul öncesi çocukluk döneminin duygusal, bilişsel, davranışsal ve duyumsal olgunlaşmasına göndermede bulunan bir sözcük olarak belirlediğini akılda tutmalıdır.

ları ile adlandırmasının birçok sezgisel çekiciliği olsa da ve böyle bir adlandırma kişiliğin *tipi* ile bir dereceye kadar ilişkili olsa da (depresif kişiler, hangi sağlıklılık veya patoloji düzeyinde olursa olsunlar, oral özellikler gösterme eğilimdedirler; kompülsif kişiler, kompülsiflikleri onlara önemli bir sorun çıkarsın veya çıkarmasın, hayatlarında yaygın şekilde anal özellikler gösterirler), fazlaca "oral" özellik gösteren kişilerin, analistlerin anal veya ödipal olarak değerlendirecekleri özellikleri gösteren kişilere göre daha ağır derecelerde psikopatoloji gösterdikleri görüşü hiçbir zaman tam olarak ikna edici bir şekilde ortaya konmamıştır –bu konuda benimle aynı fikirde olan birçok kişi bulunmaktadır (Masling'in araştırmasını inceleyiniz [1986]). Daha önce, Karl Abraham'ın psikopatoloji derecesi ile dürtü örgütlenmesi tipi arasında bir ilişki kurmaya yönelik çabasındaki başarısızlıktan bahsetmiştim; Abraham'dan bu yana da hiç kimse bu konuyu ikna edici bir şekilde ele almamıştır.

Ancak kişinin ego gelişim ve kendilik-öteki ayrımlaşması düzeyi ile kişilik örgütlenmesinin sağlıklılık veya patoloji düzeyi arasında bir ilişki bulunduğunu destekleyen önemli miktarda klinik kanıt ve ayrıca bazı deneysel araştırmalar vardır (örn., L. Silverman, Lachmann, & Milich, 1982). Bu ilişki belirli bir dereceye kadar yapılan tanımlamalara dayalı olarak ortaya çıkar ve dolayısıyla totolojiktir –yani, bir mülakatta, ego gelişiminin ve nesne ilişkilerinin ilkel düzeylerini değerlendirmek kişiye onun "hasta" olduğunu söylemek gibi bir şeydir; halbuki, bir kişiyi obsesif veya şizoid olarak görmek o kişiye bir patoloji atfında bulunduğumuz anlamına gelmez. Psikolojik sağlıklılık ile rahatsızlığı, ego psikolojisi, nesne ilişkileri teorisi ve kendilik psikolojisi kategorilerine göre kavramsallaştırmanın farklı karakter tipleri açısından derin klinik anlam ve sonuçları vardır. Bundan sonraki kısımda, bireyler arasında, kişiliklerinin *tipi*ni temel almaktan çok, yaşadıkları zorlukların kapsamını veya "derinliği"ni temel alan tanısal ayrımlar yapmaya ilişkin psikanalitik girişimlerin kısa bir tarihçesini vereceğim.

TARİHSEL BAĞLAM: KARAKTER PATOLOJİSİ DÜZEYİNİ TANILAMA

Betimsel psikiyatrinin 19. yüzyılda ortaya çıkışından önce, geçmiş dönemlerin "uygar dünya" diye kabul edilen toplumlarında, belli bir sıklıkla görülen belirli ruhsal bozukluklar biliniyordu; çoğu gözlemci de, benim psikolojik bakış açısına sahip olmayan arkadaşımın "kaçıklar" ve "kaçık olmayanlar" diye bir ayrım yapmasına benzer şekillerde, kendilerine göre aklı başında olanlar ile deliler arasında bir ayrım yapmışlardı. Aklı başında olanlar gerçekliğin

ne olduğuna dair aşağı yukarı bir uzlaşma içindeydi; deliler bu uzlaşmanın dışında kalmış, bundan sapmış kişilerdi.

Histerik durumlar, fobiler, obsesyonlar, kompülsiyonlar ve bugünkü kriterlerimize göre psikotik yoğunluğun altında kalan manik ve depresif eğilimler yaşayan erkekler ve kadınlar, tamamen delilik olarak tanımlanamayacak psikolojik sıkıntıları olan kişiler olarak algılanıyordu. Halüsinasyonlar, hezeyanlar ve düşünce bozuklukları yaşayanlar deli olarak kabul edilmişti. Bugün antisosyal diyeceğimiz kişilerin "ahlâki delilik" gösteren (Prichard, 1835) ancak ruhsal açıdan gerçeklikle bağlarını koruyan kişiler oldukları sonucuna varılmıştı. Ruhsal sorunların bu şekilde kabaca sınıflandırılması hukuk sistemimizde kullanılan kategorilerde hâla varlığını sürdürmektedir; hukuk sistemimizde, bir suç işlediği iddia edilen kişinin bu suçu işlediği dönemde gerçekliği değerlendirebilip değerlendiremediği özellikle önemlidir.

KRAEPELİNCİ TANI: NEVROZ–PSİKOZ AYRIMI

Emil Kraepelin (1856-1926) genellikle çağdaş tanısal sınıflandırmanın babası olarak görülür; bunun nedeni, benzer temel nitelikleri paylaşan genel sendromları tespit etmek amacıyla ruhsal ve duygusal bozukluklar yaşayan kişileri dikkatli bir şekilde gözlemlemeye çalışmış olmasıdır. Ayrıca, etiyoloji üzerine teoriler geliştirmiş ve ruhsal ve duygusal rahatsızlıkları kökenlerini çevresel ve tedavi edilebilir veya bünyesel ve tedavi edilemez şeklinde tanımlamıştır (Kraepelin, 1913). İlginçtir ki, Kraepelin, manik-depresif psikozu çevresel kategorisine ve o dönemde "dementia praecox" olarak bilinen ve beyindeki organik bir yıkımın sonucu olduğuna inanılan şizofreniyi bünyesel kategorisine koymuştur. "Deli" denilen kişi, o dönemde bilinen birkaç muhtemel hastalıktan birinden rahatsızlanmış kişi olarak anlaşılmaya başlanmıştır.

Freud, ruhsal ve duygusal sıkıntıları betimleyen birçok Kraepelinci terimi kabul etmiş ancak betimlemenin ve yalın düzeyde kalan çıkarımların ötesine geçerek daha kapsamlı teorik formülasyonlar üretmiştir. Diğer katkıları arasında, Freud'un geliştirmekte olduğu teorinin, Kraepelin'in yalın içsel/dışsal nedensellik açıklamalarına tercih edilecek nitelikte kompleks epigenetik açıklamalar getirdiğini belirtebiliriz. Yine de, Freud, psikopatolojiyi dönemin kategorilerine göre görme eğilimindeydi. Örneğin, birey obsesyonlardan muzdaripse (örn., Freud'un hastası "Kurt Adam" [Freud, 1918;* Gardiner, 1971]) Freud bu bireyin obsesif-kompülsif nevrozu olduğunu söyleyecektir.

(*) *Olgu Öyküleri II*, çev. Ayhan Eğilmez, İstanbul: Payel Yayınları, 1996, s. 195-315 – ç.n.

kariyerinin sonlarında, Freud, başka yönlerden obsesif olmayan bireylerde görülen bir obsesyon durumu ile obsesif-kompülsif karakterin bir parçası olan obsesyon arasında ayrım yapmaya başlamıştır. Ancak bizim bu bölümde üzerinde duracağımız ayrımları daha sonraki analistler yapmışlardır (örn., Eissler, 1953; Horner, 1990). Bu dereceli ayrımlar şöyle sıralanabilir: (1) esasen hezeyan içinde olan ve sürekli ürettiği sonuçsuz derin düşüncelerle tümden bir psikotik çözülmeyi engellemeye çalışan obsesif birey, (2) obsesifliği genel sınırdurum kişilik yapısının bir parçası olan birey ("Kurt Adam"da olduğu gibi), (3) nevrotik-normal kişilik örgütlenmesi gösteren obsesif birey.

20. yüzyılın ortalarında "sınırdurum" kategorisi ortaya çıkmadan önce, analitik yönelimden etkilenmiş terapistler Freud'u takip ederek yalnızca nevrotik ve psikotik patoloji düzeyleri arasında ayrım yapmışlardır; buna göre de, nevrotik düzey gerçekliğe ilişkin genel bir algılamanın bulunması, psikotik düzey ise gerçeklikle bağın kopmuş olmasıyla ayırt ediliyordu. Nevrotik bir kişi yaşadığı sorunun kendi içinde olduğunu bir düzeyde biliyordu; psikotik biri ise dengesi bozulmuş olanın dünyanın kendisi olduğuna inanıyordu. Freud yapısal zihin modelini geliştirdiğinde bu ayrım kişinin psikolojik altyapısı hakkında bir yorum niteliğini kazandı: Nevrotik kişiler, ego savunmalarının oldukça otomatik ve esneklikten uzak şekilde işlemesinden ve bu yüzden de yaratıcı kullanıma sunulabilecek id enerjileriyle kişinin bağlarını koparmasından dolayı acı çeken kişiler olarak; psikotik kişiler ise, ego savunmalarının oldukça zayıf olmasından ve bu yüzden de idden gelen ilkel malzeme karşısında kişiyi çaresizlik içinde sürüklenir halde bırakmasından dolayı acı çeken kişiler olarak görüldü.

Nevrotik-psikotik ayrımının önemli klinik sonuçları olmuştur ve bunların bazıları en yalın halleriyle bugün de bazı ruh sağlığı kuruluşlarında öğretilmektedir. Freud'un yapısal zihin modeliyle birlikte kullanıldığında, böyle bir nozolojinin klinikte uygulanmasında temel alınan ana fikir şuydu: Nevrotik kişiyle yapılan terapi, savunmaların zayıflatılmasını ve idle temasa geçilmesini içermeliydi; böylece, idin enerjilerinin daha yapıcı davranışlara yönelik olarak serbest bırakılması sağlanabilecekti. Psikotik kişiyle yapılan terapi ise, savunmaların güçlendirilmesini, ilkel nitelikteki zihinsel içeriklerin üstlerinin örtülmesini, stres kaynağı olan durumların gerçekçi şekillerde ele alınmasını hedeflemeliydi; böylece, kişinin dış dünya karşısında daha az rahatsızlık duyması, gerçeklik sınamasının artması ve yüzeye çıkmaya çalışan idin bilinçdışına geri itilmesi sağlanabilecekti. Sanki nevrotik kişi, sobanın üstünde kapağı sıkıca kapatılmış bir kap gibiydi ve terapistin işi kapağı gevşetip dışa-

rıya biraz buhar çıkmasını sağlamaktı; psikotik kişi ise, kapaksız halde kaynamakta olan bir kap gibiydi ve terapistin işi kabın kapağını yerleştirip kapamak ve sobanın ateşini azaltmaktı.

Birçok terapist adayı bir klinik süpervizyon çalışmasında süpervizörlerinin, nispeten daha sağlıklı hastalarla terapi yaparken savunmalarla mücadele etmenin, şizofrenik ve diğer psikotik hastalarla terapi yaparken ise savunmaları desteklemenin gerektiğini belirtmesini dinlemiştir. Antipsikotik ilaçların ortaya çıkışıyla bu formülasyon oldukça yaygınlaşan bir uygulamanın altında yatan fikir oldu: Hem hastaya ilaç vermek sıkça yapılan bir uygulamaya dönüştü –çoğu kez, ilaç vermek, psikotik düzeydeki kaygıya karşı gösterilen en duyarlı yaklaşımdı– hem de ilaç kullanımının ilkel nitelikteki zihinsel içeriklerin üstlerinin örtülmesini sağlayacağı ve ilaçların da ömür boyu kullanılması gerektiği varsayılır oldu. Terapistler potansiyel psikotik bir kişiyle "zihinsel içeriğin üstünü açması" olasılığı olan herhangi bir çalışmaya girmek istemiyorlardı. Böyle bir çalışma, hastanın kırılgan savunmalarını zedeleyebilir ve hastayı daha kötü bir duruma düşürebilirdi. Genel olarak, patoloji derecesinin bu şekilde kavramsallaştırılmasının hiç yararı olmadı diyemeyiz. Bu kavramsallaştırma, farklı türdeki sorunlar için farklı terapötik yaklaşımların geliştirilmesine kapıyı açtı; ancak kapsamlı ve klinikte karşılaşılan birçok durumu içeren ideal bir sistem olmaktan uzaktı. Her teoride aşırı yalınlaştırma görülebilir; ancak nevrotik-psikotik ayrımı, Freud'un incelikli yapısal yaklaşımı ve bunun getirdiği terapötik açılımların eklenmesiyle bile, klinik çıkarımlara dayalı ve işe yarar tanı koyma yönünde yalnızca bir başlangıç sağladı. Nevrotik-psikotik ayrımı, duyarlı bir klinisyenin hangi kişilerde hangi ilişki tarzlarının terapötik olacağı hakkında herhangi bir spesifik fikir geliştirmesine izin vermeyecek denli kaba bir ayrımı içeriyordu.

EGO PSİKOLOJİSİ TANISAL KATEGORİLERİ: SEMPTOM NEVROZU, NEVROTİK KARAKTER VE PSİKOZ

Psikanalitik çevrelerde, nevroz ve psikoz ayrımının yanı sıra, nevrotik kategorisi *içinde*, yalnızca psikopatoloji tipinin ayrımlarının yapılması değil, uyumsuzluk derecesinin de incelikli ayrımlarının yapılması yavaş yavaş görülmeye başlandı. Klinik açıdan önemli olan ilk ayrım "semptom nevrozu" ile "karakter nevrozu" arasında yapılan ayrımdı (W. Reich, 1933). Terapistler mesleki tecrübeleri sonucu, spesifik semptomlarla ortaya çıkmış ayrık bir nevroz yaşayan birey ile karakteri nevrotik örüntülerle yapılanmış bireyi birbirinden ayırt etmenin yararlı olduğunu öğrenmişlerdi. (Bu ayrım DSM'de devam et-

mektedir; DSM'de "bozukluk" adı altında geçen durumlar eskiden analistlerin genelde nevroz adını verdikleri patolojilere ve "kişilik bozukluğu" adı altında geçen durumlar eski analitik literatürde nevrotik karakter olarak bilinen patolojilere benzemektedir.)

Bir semptom nevrozuyla mı yoksa bir karakter sorunuyla mı karşı karşıya olduklarını değerlendirebilmeleri için terapistler nevrotik-düzey şikayetleri olan bir kişiyle görüşürken aşağıdaki türden bilgileri elde etmeye çalışmaları üzerine eğitiliyorlardı:

1. Yaşanan sorunun tespit edilebilir bir ortaya çıkarıcı nedeni var mıdır, yoksa hastanın anımsayabildiği kadarıyla belli bir derecede hep yaşanmış bir sorun mudur bu?

2. Özellikle nevrotik semptomlarla ilişkili olarak hastanın kaygısında belirgin bir artış olmuş mudur, yoksa yalnızca genel duygu durumunun giderek artan oranda kötüleşmesi mi söz konusudur?

3. Hasta terapiye kendi mi başvurmuştur, yoksa başkaları (akrabalar, arkadaşlar, hukuki sistem veya başka bir kaynak) mı onu tedaviye göndermişlerdir?

4. Hastanın semptomları egoya-yabancı mıdır (hasta semptomları birer sorun kaynağı ve mantık dışı olarak görür), yoksa semptomlar egoyla-uyumlu mudur? (hasta güncel yaşam koşulları içinde başka türlü nasıl davranacağını hayal edemez ve davranışlarını mümkün tek ve en uygun davranışlar olarak görür)

5. Kişinin yaşadığı sorunlara belli bir mesafeden bakma kapasitesi (analitik jargonda "gözlemleyen ego" kapasitesi) sorun doğuran semptoma karşı terapistle bir ittifak kurmaya yeterli midir, yoksa hasta görüşmeciyi potansiyel düşman veya kurtarıcı sihirbaz niteliklerinde bir yabancı olarak mı algılar görünmektedir?

Yukarıdaki olasılıklarda ilk seçenek bir semptom sorununun, ikinci seçenek de bir karakter sorununun varsayımsal kanıtıydı (bkz. Nunberg, 1955). Bu ayrımın önemi, tedavi ve gidişat açısından taşıdığı anlam ve sonuçlarda yatıyordu. Danışanın sorunu bir semptom sorunuysa, danışanın güncel hayatında bir şeylerin bir bilinçdışı çocuksu çatışmayı etkinleştirdiği ve şimdi danışanın bununla başa çıkmak için uyumsuz mekanizmalar kullandığı varsayılacaktır; bu uyumsuz mekanizmalar danışanın çocukluğunda üretebildiği en iyi çözümler olabilir ancak şimdi bunlar çözdüklerinden daha fazla sorun yaratmakta olan yöntemlerdir. Böyle bir vakada terapistin görevleri, çatışmayı tespit etmeyi, hastaya bu çatışmayla bağlantılı duyguların üzerinde durma-

sına yardım etmeyi ve bu çatışmayla başa çıkmakta yeni çözümler geliştirmesini sağlamayı içerir. Gidişat olumlu olacaktır ve tedavi yıllara yayılan bir çalışmaya dönüşmeyecektir (krş. Menninger, 1963). Terapi sürecinde karşılıklı bir etkileşim ortamının da oluşması beklenebilir; bu ortamda güçlü aktarım (ve karşı-aktarım) tepkileri de yaşanabilir, ancak bu tepkiler genellikle daha güçlü derecelerdeki gerçekçi işbirliği duyguları bağlamında yaşanacaktır.

Hastanın yaşadığı zorlukların bir karakter veya kişilik sorununu yansıtıyor şeklinde kavramsallaştırılması daha uygun olacaksa, terapötik görevler daha karmaşık, daha çok çaba ve enerji isteyen ve zaman gerektiren görevler olacak, gidişat da daha sınırlı kalacaktır. Doğal olarak, sağduyumuz da, bize bunun böyle olması gerektiğini söyler; bir bireyin kişiliğini değiştirmeye çalışmanın, belirli bir stres kaynağına verdiği uyumsuz bir tepkiden kurtulmasına yardım etmeye göre daha zorlu olacağı ortadadır. Analitik teori, sağduyunun ilerisinde hareket ederek, kişinin temel karakteri üzerine yapılacak çalışmanın, kişinin kişiliğine yerleşmemiş bir semptom üzerine yapılacak çalışmadan hangi şekillerde faklı olacağını spesifik olarak betimlemiştir.

Göz önünde bulundurulması gereken bir nokta şudur: Hastanın ne istediği ile (yaşamakta olduğu acıdan hemen kurtulmak) terapistin hastanın nihai iyileşmesi ve gelecekteki zorluklara karşı direnç kazanması için gerekli gördüğü (kişiliğin yeniden yapılandırılması) arasındaki farkı, hastanın kabul edilebilir olarak görüp görmeyeceğinden emin olamayız. Hastanın hedefleri ile analistin gerçekçi ve ulaşılabilir hedefleri nasıl takip etmek gerektiği konusundaki görüşlerinin birbirinden farklı olduğu koşullarda, analistin *eğitimsel rolü* terapötik ilişkinin sonuçları açısından çok daha önemli olmuştur. Bir çalışmaya başlamadan önce hastaya sorunu nasıl gördüğünü anlatması terapistin görevlerinden biri hâline gelmiştir. Psikanalitik dilde bu sürece "egoyla-uyumlu olanı egoya-yabancı hâline getirmek" denmiştir.

Örneğin, yıllar önce, hayatında "daha fazla denge sağlama" arayışında olan 30 yaşındaki bir muhasebeci bana başvurmuştu. Babasının başarısız olmuş tutkularını başarmak misyonuyla ailesinin gelecekteki ümidi olarak yetiştirilmişti ve zorlantılı şekilde aşırı çalışıyordu. Ne var ki, bir yandan da küçük çocuklarıyla geçirebileceği değerli yılları elinden kaçırdığından korkuyordu; işinde bir şeyler üretmek için kendini böyle acımasızca iteklemekten bir vazgeçebilse çocuklarıyla bir arada olmaktan çok keyif alabilecekti. Onunla bir "program" geliştirmemi istedi benden; bu programa göre, her gün belirli bir süreyi egzersiz yaparak, belirli bir süreyi çocuklarıyla oynayarak, belirli bir süreyi bir hobisiyle ilgilenerek, vb. geçirecekti. Uygulamayı istediği bu program

belirli zaman dilimlerinde yapılmak üzere gönüllü çalışmayı, televizyon izlemeyi, yemek pişirmeyi, ev işi yapmayı ve eşiyle sevişmeyi içeriyordu.

İlk görüşmemizi takip eden seansta bana yapmak istediklerini ayrıntılarıyla gösteren örnek bir program getirdi. Bu programı hayata geçirmesinde ona yardımcı olabilirsem sorunlarının çözüleceğini hissediyordu. Bu danışanla ilk yapmam gereken şey bu çözümün sorunun bir parçası olduğunu ona göstermeye çalışmaktı: Terapiye de şikâyetçi olduğu aynı zorlantılı şekilde yaklaşıyor ve ihtiyaç duyduğunu bildiği dinginliğe sanki o da yapılacak başka bir işmiş gibi ulaşmaya çalışıyordu. Ona *yapmak* konusunda çok başarı gösterdiğini ancak *olmak* konusunda çok az tecrübesi bulunduğunu söyledim. Bu görüşü düşünce düzeyinde kavradıysa da, hayata daha az zorlantılı bir şekilde yaklaşmaya dair duygusal açıdan anlamlı hiçbir anısı yoktu; hastam bana ümit ve kuşku karışımıyla bakıyordu. Yalnızca hikâyesini başka birine anlatması bile depresyonunu kısa bir süre için hafiflettiyse de, gelecekte bu tür sıkıntılardan kaçınması için hayatıyla ilgili bazı temel görüşlerini bilinç düzeyinde fark etmesi ve bunları yeniden değerlendirmesi gerektiği gerçeğiyle karşı karşıya olduğunu düşündüm.

Dikkat edilmesi gereken başka bir nokta da şudur: Temel karakter yapısı nevrotik olan biriyle çalışırken terapist "çalışma ittifakı"nın (Greenson, 1967) kendiliğinden gelişeceğinden emin olamaz; terapistin "çalışma ittifakı"nın gelişeceği koşulları yaratması gerekir. *Çalışma ittifakı* veya *terapötik ittifak* kavramı, terapist ve danışan arasındaki çalışmanın birlikte gerçekleştirilen boyutunu belirtir; bu boyut, terapide yüzeye çıkabilecek güçlü ve çoğu kez olumsuz duygulara rağmen korunan ve devam ettirilen işbirliği düzeyidir. Bu kavramın metapsikolojik konumu sorgulanmışsa da (bkz. Rawn, 1991) çalışma ittifakı kavramı çoğu psikanalitik klinisyen için deneyimsel açıdan anlamlıdır ve klinisyen ile danışan arasında neler olup bitmekte olduğunun değerlendirilmesinde oldukça yararlıdır.

Semptom nevrozu olan kişiler kendiliklerinin sorunlu bir *parça*sına karşı mücadele ederken terapistin tarafında durduklarını hissederler; terapistle danışan arasında ortak bir bakış açısının geliştirilmesi için uzun bir döneme ihtiyaç yoktur. Öte yandan, kişiliklerinin tümü hakkında tamamen yeni bir düşünme tarzını öğrenmekte olan kişilerle çalışırken bunun tersi bir durum yaşanır: Bu kişilerin sorunları kendiliklerinin tümünün o denli bir parçası hâline gelmiştir ki kolayca yalnızlık duygusuna kapılır ve terapistin saldırısına maruz kaldıklarını hissederler. Bu danışanların terapiste güvenmemesi kaçınılmaz bir durum olur; bu duruma, her iki taraf da, terapistin danışanın

güvenini kazanacağı zamana kadar sabırla tahammül göstermelidir. Bazı hastalarla terapötik ittifak kurma süreci bir yıldan daha fazla bir süreye yayılabilir. Terapötik ittifakı kurma sürecini içeren terapideki yaklaşımın, bu işbirliğinin zaten bulunduğunun varsayıldığı terapideki yaklaşımdan oldukça farklı olacağı açıktır.

Terapistin üzerinde durması gereken üçüncü nokta ise şudur: Semptom sorunundan ziyade karakter sorunu olan bir danışanla yapılacak terapötik çalışmanın içeriğinin daha az heyecanlı, şaşırtıcı ve etkileyici olması beklenebilecek bir durumdur. Bastırılmış anıların veya bilinçdışı çatışmaların ortaya çıkarılmasına ilişkin olarak terapistin ve hastanın ne kadar renkli veya çarpıcı fantazileri olursa olsun, bunlara göre çok daha tekdüze seyredecek bir süreçle yetinmek durumunda kalacaklardır. Bu tekdüze süreç, bir yönüyle, hastanın hayatına ve kendine ilişkin o güne kadarki inançlarının bir yansıması ve aynı zamanda hastanın terapiye gelme nedeni olan düğümlenmiş duygusal durumunu yaratan tüm meselelerin özenle ele alınıp çözümlenmesini; bir diğer yönüyle de, başkalarıyla ilişkilerde o güne kadarkinden daha farklı düşünme ve duygulanma şekillerinin adım adım öğrenilip uygulamasını içerir.

Belirli stresler sonucu ortaya çıkan nevrotik tepkilerinin tersine, kişilik bozukluklarının gelişiminde uzun bir süreye yayılmış bir özdeşim, öğrenme ve pekiştirme örüntüsü bulunur. Rahatsızlığın kökeninde travma varsa bu, Hollywood filmlerinin psikanalitik terapiye ilişkin ilk imgelerinin bizi inandırdığı şekilde, tek bir özümlenmemiş, yası tutulmamış travma değildir; daha çok, tekrar tekrar yaşanmış travmalar söz konusudur.[2] Bu çerçevede, karakter nevrozlarının terapisinde hem terapistin hem de hastanın ara sıra yaşanan sıkılma, sabırsızlık, huzursuzluk ve moral bozukluğuyla başa çıkma durumunda kalmaları beklenebilecek bir durumdur. Hasta için bu duygularla başa çıkmanın yolu, bu duyguları bir eleştiriye uğrama korkusu yaşamadan dile getirmektir. Terapist için bu duygularla başa çıkmanın yolu ise, böyle zorlu ve ancak uzun bir zaman içinde halledilebilecek meselelere karşı hastanın girdiği mücadeleye ilişkin empatisini bu duyguları kullanarak artırmaya çalışmaktır.

Nevrotik semptomlarla nevrotik kişilik arasındaki ayrımın bugün de uygulamada önemli bir yeri vardır. David Shapiro'un (1989) *Psychotherapy of Neurotic Character* adlı kitabı karakter patolojisi kavramına ve karakter patolojisinin sistematik tedavisinde neler yapılabileceği ve nelerle karşılaşılabileceğine ilişkin güncel ve ayrıntılı açıklama ve yorumlara iyi bir örnek oluştu-

2 Kısa bir süreliğine, psikanaliz, film endüstrisi için bir lütuf gibi geldi; buna örnek olarak klâsik bir Hitchcock gerilim filmi olan *Spellbound* verilebilir [*Öldüren Hatıralar*, 1945 – ç.n.].

rur. Bu kitap, Reich'la başlamış ve Fenichel ve başka analistlerle devam etmiş olan, geçmişi uzun bir psikanalitik geleneğin görüşlerini içerir; karaktere ego psikolojisi bağlamında bakan bu gelenek, ego psikolojisi kavramlarını, olgun nitelikte de olsa katı şekilde yaşanan savunmaları olan bireylere, bu katı savunmaları gevşetmelerinde ve hayatın getirdiği sorunlarla mücadele ederken daha yaratıcı ve etkili yollar geliştirmelerinde yardımcı olmak için kullanır.

Tanı koyan klinisyenlerin; bozukluğun ciddiyeti boyutu üzerinde, bireyler arasındaki kişilik farklarını anlamalarında, semptom nevrozu, karakter nevrozu ve psikoz kategorileri uzunca bir süre başlıca teorik kavramlar oldular. Nevroz ciddiyeti en az olan durumdu; kişilik bozukluğu nevrozdan daha ciddiydi; psikotik bozukluksa oldukça ağır bir durumdu. Aslında, bu formülasyonlar eskiden beri kullanılan aklı başında ve deli ayrımını sürdürüyordu. Bu ayrımın aklı başında kategorisinde iki olasılık vardı: nevrotik tepkiler ve nevrotik şekilde yapılanmış kişilikler. Yıllar geçtikçe, ruh sağlığı çalışanları böyle genel bir sınıflandırma şemasının eksik olduğunu ve klinisyenleri yanlış yönlendirdiğini açık şekilde gördüler.

Bu sınıflandırmanın yarattığı bir güçlük, tanımlanış şeklinden dolayı her türlü karakter sorununun her türlü nevrozdan daha patolojik olduğu anlam ve sonucunu taşımasıdır. Aslında, DSM'de bugün bile böyle bir varsayımın korunduğu görülebilir; DSM'nin Kişilik Bozuklukları kısmında çoğu sendromun tanılandırılmasına yönelik olarak belirtilen kriterler, kişiliğin işleyişinde önemli bozuklukları içerir. Ne var ki, deneyimli terapistler bazı strese bağlı nevrotik-düzey tepkilerin kişinin başa çıkma kapasitesini, örneğin, histerik ve obsesif kişilik bozukluklarına göre, çok daha ağır şekillerde etkilediğini kabul edeceklerdir.

Öte yandan, nevrotik karakter tarafında, meselenin karışıklığını iyice artıracak başka bir sorun vardır. Bazı karakter bozuklukları, "nevrotik" olarak adlandırılabilecek nitelikteki durumlarla hiçbir bağlantısı olmayacak şekilde, çok daha ağır ve ilkel bir nitelik taşır görünmektedirler. Bir hat üzerinde sıralı olarak yer alan üç kısımlı sınıflandırma sistemini kullanarak, hafif derecede işlev sorunlarına yol açan karakter bozuklukları ile oldukça ağır sonuçları olanlar arasında bir ayrım yapabilmenin mümkün olmadığı ortadadır. Karakterden kaynaklanan bir sorun çok farklı ciddiyet derecelerinde yaşanabilir. Selim kişilik "özellikleri" ile hafif kişilik "bozuklukları" arasındaki çizgi oldukça bulanıktır; bu hattın öteki ucunda ise, uzunca bir dönemdir, bazı karakter bozuklukları bunları nevrozdan çok psikoza yakın hale getirmiş önemli ego kusurları taşıyan bozukluklar olarak görülmüşlerdir. Örneğin,

hem sosyopati hem de bugün narsisistik patolojinin daha ağır dereceleri olarak görülebilecek olgular belli bir süredir insan kişiliğinin muhtemel çeşitli görünümleri arasında yerlerini almışlardır; ancak yakın zamanlara kadar klinisyenler her ikisini de muhtemel terapötik müdahale imkânlarının dışında kalan ve nevrotik–karakter bozukluğu–psikotik hattı üstüne kolayca yerleştirilemeyecek özel normaldışı durumlar olarak görme eğilimindeydiler.

NESNE İLİŞKİLERİ TANISI: SINIRDURUM PSİKOPATOLOJİSİ

19. yüzyılın ikinci yarısında bile, bazı psikiyatrik gözlemciler, aklı başında olma ile delilik arasında bir psikolojik "sınıralan" içinde bulunuyormuş gibi görünen hastalar olduğunu fark ediyorlardı (Rose, 1890). 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde kişilik örgütlenmesiyle ilgili, nevroz ile psikoz arasında bir orta alan bulunduğunu ileri süren başka görüşler de görülmeye başlandı. Örneğin, Helene Deutsch (1942), bugün ağır derecede narsisistik olarak değerlendireceğimiz bir hasta alt grubu için "mış-gibi kişilik" kavramını önerdi. Hoch ve Polatin (1949) "sahte nevrotik şizofreni" kategorisini destekleyen bulgular ortaya koydular.

Bin dokuz yüz ellilerin ortalarına gelindiğinde, genel ruh sağlığı alanı çalışanları, nevroz-psikoz modelinin sınırlılıklarından duydukları rahatsızlık içinde bu yeni görüşleri geliştiren teorisyenleri takip etmekteydiler. Bu yıllarda çok sayıda analist belli bir tip danışanla ilgili sıkıntılarını dile getiriyorlardı. Bu danışanlarda karakter bozukluğu varmış gibi görünüyordu; ancak bozukluk kendine özgü kaotik bir yapıya sahipti. Halüsinasyon veya hezeyan ya hiç görülmüyordu ya da nadiren görülüyordu; bu yüzden bu hastalara tam olarak psikotik denilemezdi. Ne var ki, nevrotik-düzey hastalardaki istikrar ve tahmin edilebilirlik bu hastalarda yoktu ve nevrotiklere göre hem çok daha büyük ölçüde acı çekiyorlardı hem de bunun nedenleri daha az anlaşılabiliyordu. Psikanalitik tedavide, bazen geçici psikoza girebiliyorlar, ancak tedavi odasının dışındayken istikrarsızlıkları içinde tuhaf bir istikrarı koruyorlardı. Bir başka deyişle, bir yönden deli görülemeyecek denli aklı başında, öbür yönden aklı başında görülemeyecek denli deliydiler.

Terapistler, nevrotik ve psikotik bozukluk arasındaki sınırda yaşayan bu kişilerin durumlarını belirten yeni tanısal etiketler önermeye başladılar. Knight 1953 yılında "sınır durumlar" üzerine konuyu derinlikli şekilde ele alan bir makale yayınladı. Aynı dönemde, T. F. Main (1957) benzer patolojiye "Hastalık" başlığı altında değiniyordu. Frosch (1964) de benzer klinik fenomenlerden bahsederken "psikotik karakter" tanı kategorisini öneriyordu.

Roy Grinker ve arkadaşları 1968 yılında (Grinker, Werble, & Drye, 1968) bir "sınırdurum sendromu"nun varlığına deneysel destek sağlayan ufuk açıcı bir çalışma yaptılar. Bu çalışma kişilikte ağırlık açısından nevroz sınırından başlayan ve psikoz sınırına kadar giden bir "sınırdurum sendromu"nu ortaya koyuyordu. Gunderson ve Singer da (örn., 1975) "sınırdurum" kavramını deneysel incelemeye alan kontrol gruplarına dayalı araştırma programları düzenlediler. Sonunda, bir yandan araştırma bulgularıyla klinik bulguların sağladığı bilgilerle, öte yandan Kernberg (örn., 1975, 1976), Masterson (örn., 1976) ve Stone (örn., 1986) gibi yazarların aydınlatıcı katkılarıyla kişilik örgütlenmesinde sınırdurum düzeyi kavramı psikanalitik çevrelerde yaygın bir kabul gördü.

Hâlen ara sıra, psikotik çözülme riskini ciddi derecede taşıdığı düşünülen bir hastadan bahsederken (yanlış şekilde) "sınırdurum" teriminin kullanıldığı duyulmaktadır. İyi bir tanı konabilmesi için ayrıca çaba harcamayı gerektiren "zor" hastalar söz konusu olduğunda, çok çeşitli semptomlar göstermesinden dolayı her şeyin içine atıldığı bir kategori olarak hatalı şekilde kullanılabildiği de olmaktadır. Bunlara karşın, "sınırdurum" terimi, bugün yaygın olarak, anlam ve sonuçları itibariyle nevrozdan daha ciddi ancak kalıcı psikotik çözülmelere karşı dayanıklı belli bir tip kişilik yapısına işaret eden bir terim olarak anlaşılmaktadır. "Sınırdurum" terimi 1980'de DSM'nin üçüncü baskısında (DSM-III; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980) bir kişilik bozukluğu olarak yer alacak derecede genel kabul görür hale gelmişti.[3]

Psikanalizde nesne ilişkileri bakış açısının gelişmesi, bu klinik gözlemlerin büyük bölümünü teorik yönden anlaşılabilir kıldı. 20. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde, bugün sınırdurum hastaları olarak kabul ettiğimiz danı-

---

3 Sınırdurum kişilik örgütlenmesi kategorisinin kabul edilmesi analitik yönden merkezi önem taşıyan bir kavramı da onaylayıp geçerli hale getirdiği için, analitik terapistler açısından bu kabul anlamlı bir dönüm noktasıydı. Ne var ki, bu tanı DSM-III'te ve sonraki baskılarında Kişilik Bozuklukları kısmında listelendiğinden bu etiketin bir patoloji *tipini* değil bir patoloji *düzeyini* belirttiğini okuyucunun bilme olanağı yoktur. Birey sınırdurum histerik, sınırdurum obsesif kompülsif, sınırdurum narsisistik kişilik, vb. olabilir; bireyin kişiliği nevrotik, sınırdurum veya psikotik düzeylerin birinde narsisistik şekilde örgütlenmiş olabilir. "Sınırdurum" teriminin histrionik, obsesif kompülsif ve narsisistik kişilik etiketleriyle aynı küme içinde sanki bunlar gibi ayrı bir tip olarak listelenmesi elmalarla armutları birbirine karıştırmaktadır veya daha iyi söyleyecek olursak, spesifik bir şeyi belirten "elmalar" gibi bir etiketle genel bir şeyi belirten "meyveler" gibi bir etiketi birbirine karıştırmaktadır. (Bu terimin bir kişilik yapısı düzeyini mi yoksa bir kişilik yapısı tipini mi belirtmesi gerektiği konusunda analitik teorisyenler arasında da bazı görüş ayrılıkları vardır. Kernberg ve başka bazı analistler bu terimi bir kişilik yapısı düzeyi olarak, Gunderson ise bir kişilik yapısı tipi olarak görürler. Bu kitapta Kernberg'ün görüşü kabul edilmiştir; bunun nedeni de Kernberg'ün modelinin klinik uygulamaya daha fazla etki etmiş olmasıdır.)

şanlara yardım edebilmek için çaba harcayan psikanalitik yönelimli klinisyenlerin çoğu, Amerikan kişilerarası ve İngiliz nesne ilişkileri analistlerinin yazdıklarından hem yararlanıyor hem de bunlarda kendi klinik deneyimlerinin benzerlerini görüyorlardı. Bu iki okuldan gelen analistler, bireyin çocukluğundaki temel figürlere ve bu kişilerin içselleştirilmiş temsillerine odaklanmışlardı ve özellikle hastanın ilişki, bağlanma ve ayrılma deneyimlerini anlamanın önemini vurguluyorlardı: Birey ortakyaşamsal meselelerle, ayrılma-bireyleşme meseleleriyle mi uğraşıyordu yoksa yüksek derecede bireyleşmiş bir hâlde rekabetçiliğe ve özdeşime dayalı meselelerle mi? Erikson'ın (1950) Freud'un üç çocuksu devresini dürtü içerikleri açısından ayrı olarak çocuğun gerçekleştirmesi gereken *kişilerarası* görevler açısından yeniden ele alması da yüzyılın ortasında terapistleri etkilemiştir. Erikson'ın etkisiyle terapistler artık hastalarını birincil bağımlılık meselelerine (güven–güvensizlik), ikincil ayrılma-bireyleşme meselelerine (özerklik–utanç ve kuşku) veya daha ileri özdeşim düzeylerine (girişim–suçluluk) saplanmış olarak kavramsallaştırabiliyorlardı. Bu psikolojik gelişim devreleri kavramları terapistlerin psikotik, sınırdurum ve nevrotik düzeylerdeki hastalar arasında gördükleri farkları anlaşılabilir hale getiriyordu: Psikotik durumdaki kişiler, neyin kendi içlerinde neyin kendi dışlarında bulunduğunu birbirinden ayırt edemedikleri bir iç içe geçmişlik durumuna, ayrılma-öncesi düzeye saplanmış gibi görünüyorlardı; sınırdurum hâlindeki kişiler, kimliklerini yok edebileceğinden korktukları tümden iç içe geçme ile travmatik terk yaşantısıyla eş gördükleri tümden yalıtma arasında diyadik mücadelelere saplanmış kişiler olarak açıklanıyorlardı; nevrotik sıkıntıları olan kişiler ise, ayrılma ve bireyleşme sürecini başarıyla tamamlamış ancak örneğin, prototipi ödipal çatışmada görülen, arzu ettikleri şeylerle korktukları şeyler arasında çatışmalara girmiş kişiler olarak anlaşılıyorlardı. Bu açıklama şekilleri klinik uygulamada karşılaşılan sayısız şaşırtıcı ve moral bozucu durumun anlaşılabilmesini sağlıyordu; böylece, neden fobileri olan bir kadının akıl sağlığına pamuk ipliğiyle bağlıymış gibi göründüğü, bir diğerininse neden fobik istikrarsızlığı içinde tuhaf şekilde istikrarlı kaldığı ve bir üçüncüsünün neden fobisi olmasına karşın bir ruhsal sağlık timsali olduğu açıklanabiliyordu.

Bugün sınırdurum psikopatolojisi üzerine psikanalitik gelenek içinde ve dışında yayınlanmış çok geniş bir literatür vardır. Bu literatür incelendiğinde, sınırdurum psikopatolojisinin etiyolojisi hakkında şaşırtıcı sayıda birbirinden farklı fikirlerin bulunduğu görülmektedir. Bazı araştırmacılar (örn., M. Stone, 1977) bünyesel ve nörolojik yatkınlıkları vurgulamış; bazıları

(örn., Masterson, 1972, 1976; G. Adler, 1985) özellikle Mahler'in betimlediği ayrılma–bireyleşme döneminde görülen gelişimsel başarısızlıklara odaklanmış; bazıları (örn., Kernberg, 1975) bebeğin gelişiminin daha erken bir dönemindeki bozuk ebeveyn-çocuk etkileşimine ilişkin birtakım varsayımlar geliştirmiş; bazıları (örn., Mandelbaum, 1977; Rinsley, 1982) bozuk aile sistemlerinde üyeler arasındaki zayıf sınırlara dikkat çekmiş; bazıları da (örn., McWilliams, 1979; Westen, 1993) sosyolojik kökenli görüşler geliştirmişlerdir. Yakın dönemde, travmanın, özellikle de ensestin, sınırdurum dinamiklerinin gelişmesinde daha önce düşünüldüğünden çok daha fazla bir rolü olduğunu ortaya koyan kanıtlar bulunmuştur (örn., Wolf & Alpert, 1991).

Sınırdurum kişilik örgütlenmesinin etiyolojisi büyük olasılıkla oldukça karmaşıktır ve kişiden kişiye değişmektedir; ancak farklı bakış açılarına sahip klinisyenler, etiyolojisi ne olursa olsun, sınırdurum yelpazesindeki sorunların klinik görünümleri üzerinde oldukça güvenilir bir görüş birliği sağlamışlardır. Bu görüş birliği, özellikle, karakter yapısında sınırdurum düzey tanısının hemen konulmasını veya reddedilmesini sağlayacak hangi öznel ve nesnel gözlemlerin yapılması ve hangi bilgilerin elde edilmesi gerektiği konusunda klinik görüşmecilerin gördükleri eğitimlerde ortaya konmaktadır (örn., Kernberg'ün [1984] geliştirdiği "yapılandırılmış görüşme").

Bugün, dinamik yönelimli terapistler, bir terapi ilişkisinde mümkün en erken aşamada, kişinin karakter yapısının temelinde nevrotik mi, sınırdurum mu yoksa psikotik mi olduğu konusunda genel bir değerlendirme yapma eğilimindedirler. Bir kez bu birincil ayrım yapıldıktan sonra klinisyen *hangi tür* nevrotik, sınırdurum veya psikotik kişiliğin terapötik çalışmanın odağına alacağını anlamak üzere daha fazla bilgi toplamaya çalışabilir. Şu formülün içerdiği aşırı yalınlaştırmaya karşın, klinik yararlılığına dair genel bir görüş birliği vardır: *Psikoza eğilimli kişiler psikolojik açıdan bebekliğin ortakyaşamsal döneminin meselelerine saplanmış kişiler olarak; sınırdurum kişilik örgütlenmesi gösteren kişiler ayrılma–bireyleşme meseleleriyle uğraşan kişiler olarak ve nevrotik yapı gösteren kişiler daha çok ödipal meselelerle uğraşan kişiler olarak görülebilirler.* Bu formülün niçin geliştiği ve niçin klinik geçerliliği olduğu konuları sırasıyla bir sonraki kısımda ve bölümde ele alınacaktır.

NEVROTİK–SINIRDURUM–PSİKOTİK YELPAZESİNDE SPESİFİK BOYUTLAR

Aşağıdaki kısımlarda karakter yapısının nevrotik, sınırdurum ve psikotik düzeyleri arasındaki ayrımları göstereceğim. Bunu bir dizi alan (tercih edilen sa-

vunmalar, kimlik bütünleşmesi düzeyi, gerçeklik sınamasının yeterliliği, kendi patolojisini gözlemleme kapasitesi, kişinin birincil çatışmasının niteliği ve aktarım ve karşı-aktarım olasılıkları) çerçevesinde yapacağım ve bu soyutlamaların bir ilk görüşme veya devam eden tedavi bağlamında kendilerini tespit edilebilir davranışlar ve iletişim şekilleri hâlinde nasıl ortaya koydukları üzerine ayrıntılı bilgiler vereceğim. Bölüm 4'te üç karakter düzeyi arasındaki ayrımların bir terapinin yürütülmesi ve klinisyenin ve danışanın beklentileri açısından bazı anlam ve sonuçlarını araştıracağım.

Nevrotik-Düzey Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri

Çağdaş psikanalitik dilin ironilerinden biri şudur: Artık "nevrotik" terimi, terapistlere nadiren başvuran ve duygusal durumları terapistlerin birlikte çalışmayı oldukça doyurucu bulduklarını belirtmelerini sağlayacak düzeyde sağlıklı olan kişiler için kullanılmaktadır. Freud'un zamanında nevrotik terimi organik, şizofrenik, psikopatik ve manik-depresif olmayan hastaların çoğu için kullanılıyordu; başka şekilde söylersek, psikoz dışında duygusal sıkıntıları olan büyük bir grup insan için kullanılıyordu. Freud'un (semptomlu) nevroz diye nitelendirdiği kişilerin birçoğu sınırdurum karakter örgütlenmesi gösteriyordu aslında. Bunların bazılarının psikotik çözülme dönemleri oluyordu (histeri gerçekliğin sınırlarının açıkça ötesine geçen halüsinasyonlu deneyimleri de içeren bir rahatsızlık olarak anlaşılmıştı). Belirli sorunların ne kadar derinlere işlediğini ve kişinin karakter yapısının içine sökülmesi ne kadar zor şekillerde yerleştiğini öğrendikçe, "nevrotik" terimini artık daha çok bazı duygusal sıkıntılara karşın işlev kapasitesindeki oldukça yüksek bir düzeye işaret etmek için kullanmaya başladık.

Günümüzde psikanalitik gözlemcilerin, kişilik örgütlenmelerini temelinde nevrotik düzey olarak betimleyecekleri kişiler, öncelikle daha olgun veya ikincil-düzey dediğimiz savunmaları kullanırlar. Bu kişilerin ilkel savunmaları kullandıkları olsa da, genel kişilik işleyişlerinde ilkel savunmalar belirleyici bir nitelik kazanmaz ve ancak çoğunlukla üzerlerindeki stresin aşırı yükseldiği zamanlarda görünürler. *İlkel savunmaların bulunması nevrotik düzey karakter yapısı tanısını ihtimal dışı bırakmasa da, olgun savunmaların bulunmaması bu tanıyı ihtimal dışı bırakır.* Psikanalitik literatürde, nispeten daha sağlıklı kişilerin, çatışmaya karşı inkâr, bölünme, yansıtmalı özdeşim ve başka arkaik mekanizmalar gibi topyekûn çözümlerden ziyade temel savunma olarak bastırmayı kullandıklarına özellikle işaret edilmiştir.

Myerson (1991), hayatın erken yıllarında empatik ebeveyn tutumları-

nın çocuğun güçlü duyguları ve ilkel duygulanım durumlarını bunların üstesinden gelmekte çocuksu yollara başvurmak zorunda kalmaksızın deneyimlemesini nasıl sağladığını betimlemiştir. Çocuk büyüdükçe bu güçlü ve çoğu kez acı verici ruhsal durumlar, sürekli yeniden deneyimlenip sonra inkâr edilmek, bölünmek veya yansıtılmak yerine bir yana konur ve unutulur. Bu unutulmuş ruhsal durumlar uzun dönemli yoğun tedavide, bir "aktarım nevrozu"na yol açan güvenlikli koşullar altında, analist ve analizan birlikte bastırmanın katmanlarını kaldırmaya başladıklarında tekrar ortaya çıkabilirler; ancak genelde, ilkel duygulanımlar ve bunlarla başa çıkmakta kullanılan arkaik yollar nevrotik yelpaze içindeki kişilerin temel niteliklerinden değildirler. Derin psikanalitik tedavideyken bile, nevrotik-düzey danışanlar ne tür duygulanımsal fırtınalar ve bunlarla bağlantılı çarpıtmalar yaşarsa yaşansınlar belli bir akılcı ve nesnel değerlendirme kapasitesini muhafaza ederler.

Nispeten daha sağlıklı karakter yapısı olan kişiler bütünleşmiş bir kimlik duygusu da taşırlar (Erikson, 1968). Davranışları belli bir tutarlılık gösterir ve içsel deneyimleri kendiliğin zaman içinde sürekliliğini içerir. Kendilerini betimlemeleri istendiğinde, bu betimlemeyi nasıl yapacaklarını bilememe gibi bir durum yaşamazlar, kendilerini tek-boyutlu şekillerde betimlemeye de çalışmazlar; çoğunlukla, geneldeki mizaçlarını, değerlerini, zevklerini, alışkanlıklarını, inançlarını, erdemlerini ve eksikliklerini bunların zaman içinde istikrar gösterdiği duygusuyla birlikte betimleyebilirler. Örneğin, ebeveynleri veya sevgilileri gibi, kendileri için önemli kişileri betimlemeleri istendiğinde, betimlemeleri hem çok yönlü olmakta hem de bu kişilerin kişiliklerini oluşturan çok boyutlu ama tutarlı bir dizi niteliği göz önüne alabilmektedirler.

Nevrotik-düzey kişiler genelde çoğunluğun "gerçeklik" diye adlandırdığı olgularla temas hâlindedirler. Bu kişiler, halüsinasyonlu veya hezeyanlı ağır derecede yanlış yorumlamalar içeren deneyimler yaşamazlar (kimyasal veya organik madde etkisi altında olmadıklarında veya travma sonrasında güçlü şekilde hatırlanan sahneler dışında). Ayrıca, günlük hayatta karşılaştıkları durumları algılayıp özümlemelerinde göreceli olarak oldukça az bir çarpıtma ihtiyacı duyuyor olmaları görüşmecinin veya terapistin dikkatini çeker. Hasta ve terapist öznel açıdan aşağı yukarı aynı dünya içinde yaşarlar. Genellikle, hastayla birlikteyken terapist kendisini hayatı çarpıtılmış bir bakışla görmeye ortak etmek için zorlayan bir duygusal baskı yaşamaz. Nevrotik bir hastayı yardım arayışına sokan yönlerin bir bölümünü hasta dışarıdan görebilmekte ve bu yönlerini yadırgamaktadır; bir başka deyişle, kişiliği nevrotik düzeyde örgütlenmiş bireyin psikopatolojisinin büyük bölümü egoya yaban-

cıdır veya terapiste kulak verebilecek ve egoya- yabancı hâle gelebilecek durumdadır.

Nevrotik yelpaze içindeki kişiler Sterba'nın (1934), kendiliğin gözlemleyen ve deneyimleyen kısımları arasında "terapötik bölünme" olarak adlandırdığı niteliği terapinin erken aşamalarında gösterirler. Yaşadıkları sıkıntılar, belli bir derecede egoyla-uyumlu olsa bile nevrotik-düzey kişiler nevrotik algılama tarzlarını görüşmecinin sorgulamadan onaylamasını talep ediyor gibi görünmezler. Örneğin, karakteri nevrotik düzeyde örgütlenmiş paranoid bir kişi, yaşadığı kuşkuların başkalarının yıkıcı niyetlerini ısrarla öne çıkaran birtakım *içsel* yatkınlıklardan kaynaklanması olasılığını en azından göz önünde bulundurmaya gönüllü olacaktır. Bunun tersine, karakteri sınırdurum veya psikotik düzeyde örgütlenmiş paranoid hastalar, yaşadıkları sıkıntıların kökeninin dışsal olduğu inançlarını onaylaması için terapistlerine yoğun baskı yapacaklar, örneğin, onları ele geçirmek üzere dışarıda başkalarının bulunabileceği yönündeki inançlarını terapistin kabul etmesini isteyeceklerdir. Dahası böyle bir onayı alamadıklarında terapistle birlikteyken güvende olmadıkları endişesini yaşayacaklardır.[4]

Benzer şekilde, nevrotik yelpaze içindeki kompülsif kişiler, tekrarlayıcı ritüellerinin delice olduğunu söyleyecek ancak bunları yapmazlarsa kaygıya kapıldıklarından şikayetçi olacaklardır; öte yandan, kompülsif sınırdurum veya psikotik kişiler, kompülsiyon eylemleri sayesinde birtakım yollarla korunmalarının sağlandığına samimi şekilde inanırlar ve genellikle bu kompülsiyonlarla ilgili ayrıntılı akılcılaştırmalar geliştirirler. Nevrotik düzeydeki hasta, terapistin kompülsif davranışların gerçekçi açıdan bakıldığında gereksiz olduğu görüşünü kavrayacaktır; ancak sınırdurum veya psikotik düzeydeki hasta, bu ritüellerin önemini azaltan klinisyenin sağduyusunun veya ahlâki anlayışının yetersiz olduğu endişesini kendi içinde gizliden gizliye yaşayabilecektir.

Konuyu özetleyen şu vaka örnekleri verilebilir: Ev temizleme kompülsiyonu olan nevrotik bir kadın çarşafları ne sıklıkta yıkadığını söylemekten utanacaktır. Hâlbuki, bir sınırdurum veya psikotik düzeydeki hasta yatak takımını daha az bir sıklıkla yıkayan kişilerin pis olduklarını düşünecektir. Kimi zaman sınırdurum veya psikotik kişinin bir kompülsiyondan veya fobiden veya obsesyondan bahsetmesi bile tedavide yılları alabilir;

4 Bu boyut üzerinde sınırdurum ve psikotik hastalar arasındaki önemli farklar aşağıda incelenecektir. Kısaca belirtmek gerekirse, sınırdurum danışanlar olayları yorumlamakta ilkel ve gerçekliğedayalı tarzlar arasında daha çok çatışma yaşamaktadırlar.

çünkü hasta açısından ortada bahsedilmesi gereken bir sorun yoktur. Terapisini yaptığım bir sınırdurum danışanıyla, sıradan günlük hijyenin bir parçası olarak gördüğü "sinüslerini temizleme" için her sabah tekrarladığı ayrıntılı ve uzun süren bir ritüelden öylesine lâf arasında bahsettiği güne kadar 10 yıldan fazla bir zaman çalıştım. Sınırdurum düzeyindeki başka bir kadın hastam çok sayıda sıkıntı verici semptom gösteriyordu ama bunların arasında bulimiadan hiç bahsetmemişti; terapide geçirdiği 5 yıldan sonra bir seansta "Aklıma gelmişken, artık kusmadığımı fark ettim" deyiverdi. Bu sözlerin öncesinde bu davranışını önemli anlamları olabilecek bir davranış olarak görmemişti.

Nevrotik ve daha az sağlıklı kişiler arasındaki ayırıcı tanının bir başka önemli yönü bu kişilerin yaşadıkları sıkıntıların niteliğidir. Daha önce de belirtildiği gibi, tarihçeleri ve görüşme ortamındaki davranışları, nevrotik kişilerin Erikson'ın ilk iki devresi olan temel güven ve temel özerklik devrelerinin sağladığı gelişimsel güçleri aşağı yukarı başarıyla kazandıklarının, bir kimlik duygusu ve girişimciliğin kazanılmasını içeren üçüncü devreye doğru da en azından bazı ilerlemeler kaydettiklerinin kanıtlarını gösterir. Terapiye başvurmalarının nedeni, temel güvenlik veya özerklik duygularıyla ilgili sorunlar değil, ne istedikleriyle bu istediklerini gerçekleştirmeye çalışırken yaşadıkları ve kendilerinin ürettiğinden kuşkulandıkları engeller arasında sürekli bir çatışmaya girmeleridir. Freud'un terapinin uygun amacının sevmeye ve çalışmaya karşı ketlenmelerin kaldırılması olduğu görüşü bu grup için geçerlidir; bazı nevrotik-düzey kişiler ayrıca tek başına kalabilme ve oyun oynayabilme kapasitelerini geliştirme arayışı içindedirler.

Karakter patolojisi yelpazesinin nispeten daha sağlıklı tarafındaki bir kişiyle birlikte olmanın deneyimsel katkıları genelde selim etkileri içerir. Hastanın sağlam bir gözlemleyen egosunun olmasının terapist tarafındaki karşılığı terapistin sağlam bir çalışma ittifakı deneyimidir. Çoğu kez ilk seanstan itibaren nevrotik bir danışanın terapisti, hem hastasının hem de kendisinin aynı yanda yer aldıklarını ve ikisinin birlikte hastanın sorunlu bir *yönü* ile mücadele ettiklerini hisseder. Sosyolog Edgar Z. Friedenberg (1959) bu işbirliğini, biri usta diğeri meraklı bir öğrenci olan iki genç insanın bir arabayı sürmeyi öğretmek/öğrenmek amacıyla kullanmaları deneyimiyle karşılaştırmıştır. Ayrıca, böyle bir ilişkide, terapistin karşı-aktarımının duygusal içeriği olumlu veya olumsuz nasıl olursa olsun üstesinden gelinemeyecek düzeyde olmayacaktır. Nevrotik-düzey danışan onu dinleyen kişide ne öldürme isteği ne de kurtarma zorunda olma duygusu uyandırır.

Psikotik-Düzey Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri

Karakter patolojisi yelpazesinin psikotik tarafındaki kişiler içsel dünyalarında çok daha ümitsiz ve dağılmış durumdadırlar. Oldukça rahatsız bir hastayla yapılan görüşme, duygusal yoğunluğu düşük ve rahat bir görüşme olabileceği gibi hastanın terapisti öldürmeye giriştiği bir görüşme de olabilir. Çok az sayıdaki terapist, psikotik durumdaki hastalara önemli bir terapötik yardımda bulunabilmek için gerekli olan doğal sezgisel yeteneği ve duygusal dayanıklılığı gösterebiliyordu; özellikle, antipsikotik ilaçların 1950'lerde ortaya çıkışından önce durum buydu. Psikanalitik geleneğin büyük başarılarından biri, ümitsiz ve anlaşılmaz derecede deli olarak görülüp kolayca bir yana atılabilen kişilerin içsel dünyalarının görünen kaotik yapısının içinde bir tür düzenin bulunduğu sonucuna varması ve buna bağlı olarak ağır derecede ruhsal sorunları olan kişileri anlamaya ve onlara yardım etmeye yönelik birtakım yollar önermesidir.

Açık şekilde psikoz durumundaki hastalara tanı koymak zor değildir: Halüsinasyonlar, hezeyanlar, referans fikirler ve mantıksız düşünceler içindedirler. Ancak bu durumdaki hastaların dışında, aşırı stres altına girmedikleri sürece temel içsel kafa karışıklıkları bariz şekilde yüzeye çıkmayan ama karakterleri psikotik düzey örgütlenme gösteren birçok hasta da vardır. "Kompanse" durumdaki bir şizofren veya şu anda intihar eğilimi göstermese de arada bir hezeyanlı ölme arzuları yaşayan bir depresif hasta ile karşı karşıya olduğumuz bilgisi, bir insanın ölümünü engellemek ile engelleyememek arasındaki farkı yaratabilir. Psikotik-düzey hastalar üzerine olan bu kısımda, böylesi kırılgan psikolojik yapıları olmasından dolayı psikotik çökmelere veya ağır ruhsal ve duygusal yıkımlara kronik olarak maruz kalabilen kişilerin bazı temel niteliklerine okuyucuyu aşina kılmaya çalışacağım.[5]

İlk olarak, psikotik kişinin kullandığı savunmaları anlamak önemlidir. Bu süreçler Bölüm 5'te ayrıntılarıyla betimlenecektir; tartışmamızın amaçları çerçevesinde aşağıda bunların bir listesini veriyorum: geri-çekilme, inkâr, tümgüçlü kontrol, ilkel idealizasyon ve değersizleştirme, ilkel şekilleriyle yan-

5 Aşırı zor vakaları uzun yıllar boyunca takip etmiş olmamın getirdiği tecrübeme dayanarak şuna kesinlikle inanıyorum ki vakayla çalışmaya kendilerini adamış terapistler bu tür kişilerde birçok olumsuzluğun önlenmesinde çok önemli bir rol oynarlar. Psikotik çökmeleri önceden görüp harekete geçebiliyoruz, intiharları veya başkalarını öldürme girişimlerini önleyebiliyoruz ve bu kişileri hastane dışında günlük hayatın bir parçası olarak tutabiliyoruz. Ne yazık ki, psikoterapinin bu önemli etkileri hiç belgelendirilmeden bir yanda kalıyor; çünkü hiç kimse bir felaketi önlediğini kanıtlayamaz. Bu yüzden, analitik terapiyi eleştirenlerin, bir psikotik çökmeyi engellemiş olma iddiasına karşı hastanın zaten aslında psikoza yatkın olmadığı görüşünü ileri sürmeleri sıkça rastlanılan bir durumdur.

sıtma ve içe-atma, bölünme ve dissosiyasyon. Bu savunmalar dil-öncesi ve rasyonel-düşünce-öncesi niteliktedirler ve psikotik kişiyi aşırı düzeydeki bir dehşet duygusuna karşı korurlar. Bu dehşet duygusu o kadar başa çıkılmaz düzeydedir ki çoğu kez savunmaların yarattığı korkutucu çarpıtmalar bile daha az kötüdür.

İkinci olarak, kişilikleri temelde psikotik düzeyde örgütlenmiş kişiler kimlikleri konusunda ağır sıkıntılar yaşarlar; o kadar ki, varoluşlarının tatminkâr olup olmadığı düşünmek bir yana, var olup olmadıklarından tam anlamıyla emin olamazlar. Kim oldukları konusunda derin bir kafa karışıklığı yaşarlar ve genellikle kendilik tanımının temel meseleleri olan beden kavramı, yaş, cinsiyet ve cinsel yönelim gibi meselelerle boğuşurlar. "Kim olduğumu nasıl bilirim?" veya daha da ağır bir soru olarak "Var olduğumu nasıl bilirim?" soruları psikotik düzeyde örgütlenmiş kişilerin samimi şekilde sordukları sorulardandır. Başka kişileri de kendilik-sürekliliği olan kişiler olan deneyimleyemezler. Kendilerini veya hayatlarındaki önemli başka kişileri betimlemeleri istendiğinde bulanık, yüzeysel, somut veya çarpıtmalardan oluştuğu anlaşılan şeyler söylerler.

Çoğu kez, temelde psikotik kişilikteki bir hastanın gerçeklikle bağlantısı olmadığı inceden inceye hissedilir. Birçok kişide büyüsel inanç kalıntıları bulunsa da (örn., "şemsiyemi unuttum diye Tanrı yağmur yağdırmaya karar verdi" düşüncesi) dikkatli bir inceleme psikotik bireylerde bu tip tutumların egoya-yabancı olmadıklarını ortaya çıkaracaktır. Psikotik bireyler içinde yaşadıkları kültürde "gerçeklik" olarak genel kabul gören görüşler karşısında çoğu kez oldukça kafaları karışmış ve bu varsayımlara yabancılaşmış haldedirler. Çevrelerindeki herhangi bir durumda neler olup bittiğini olağanüstü bir hassasiyetle takip edebilirler; ne var ki, çoğu kez, bunların anlamlarını nasıl yorumlayacaklarını bilmezler ve bunlara yüksek derecede kendine gönderme yapan anlamlar verebilirler.

Örneğin, uzunca bir süre terapisini yaptığım ve akıl sağlığı sınırda seyreden oldukça paranoid bir hasta, benim duygusal durumumu şaşırtıcı şekilde doğru olarak algılayabiliyordu. Duygularımı doğru okusa da, ardından, duygularıma ilişkin algılarını kendine ilişkin ilkel düzeydeki iyilik veya kötülük düşünceleriyle bağlantılı olarak yorumluyordu: "Huzursuz görünüyorsun. Benim kötü bir anne olduğumu düşündüğünden olsa gerek" veya "Sıkılmış görünüyorsun. Geçen hafta seansı 5 dakika erken bıraktığım için seni gücendirmiş olmalıyım." ve benzeri örneklerde olduğu gibi. Hastamın "Kötü kişiler hayat tarzımdan nefret ettikleri için beni öldürecekler" inancını "Ha-

yatımın bazı yönleriyle ilgili olarak suçluluk duyuyorum" şeklinde değiştirmesi yıllarını aldı.

Psikotik çöküntü yaşama potansiyeli taşıyan kişilerde yaşadıkları psikolojik sorunlara belli bir mesafeden bakabilme ve bunları duygusal içeriklerine kapılmadan değerlendirebilme kapasitesinde belirgin bir yetersizlik vardır. Bilişsel açıdan bakıldığında bu yetersizlik şizofreni tanısı konmuş kişilerin literatürde de iyi incelenmiş olan soyutlama güçlükleriyle bağlantılı olabilir (Kasanin, 1944). Duyarlı bir görüşmeci, ruhsal sağlık tarihçeleri içinde kendini gözlemleme becerileri gelişmiş *izlenimi* vermelerini sağlayacak bir jargonu (örn., "Biliyorum aşırı tepki verme eğilimi gösteriyorum" veya "Zaman, mekân ve kişi yönelimim her zaman yerinde değil" gibi değerlendirmeleri) öğrenmiş olan psikotik-düzey kişilerin bile, kaygılarını azaltma gayretiyle kendileri hakkında başkalarından duyduklarını aynen papağanımsı şekilde tekrarladıklarını fark edecektir. Birçok kez psikiyatrik hastaneye yatmış bir hastam vardı; her hastaneye yatışı esnasında yapılan görüşmelerde kendisine belli bir atasözünün anlamı da soruluyordu:[6] "Eldeki bir kuş, ağaçtaki iki kuşa bedeldir". Bu atasözüne o kadar aşina olmuştu ki sonunda atasözünün anlamını bir yakınına sorup cevabını ezberlemişti. Görüşmemizde verdiği cevabın otomatik niteliğine dikkatini çektiğimde övünerek bana bunu anlattı.

Psikotik kişilerin kişisel gerçekliklerinde yaşadıkları sorunlara bir mesafe kazanmalarına ilişkin zorluklar hakkındaki ilk psikanalitik formülasyonlar bu hastaların yakalandıkları açmazın ruhsal enerjileriyle bağlantılı yönünü vurguluyordu. Buna göre, varoluşsal dehşet yaşantısından kurtulmak için savaşırken o kadar çok enerji harcıyorlardı ki gerçeklik sınaması hizmetinde kullanılacak enerji kalmıyordu geriye. Ego psikolojisi modelleri, psikotik kişinin içsel dünyasında id, ego ve süperego ayrımlaşması ile gözlemleyen ve deneyimleyen ego kısımları ayrımlaşmasının gerçekleşmemiş olduğunu vurguluyorlardı. Psikoz üzerine çalışan ve kişilerarası psikanaliz, nesne ilişkileri teorisi ve kendilik psikolojisi okullarından etkilenmiş olan uzmanlar, psikozda, içsel ve dışsal deneyim arasında sınır karışıklığı yaşandığından ve psikotik kişinin görüşmeciyle aynı tanımlanmış dünyaya girmesini öznel açıdan çok tehlikeli hâle getiren bir temel güven eksikliğinden bahsetmişlerdir. Psikotik kişilerde "gözlemleyen ego" eksikliğine ilişkin kapsamlı bir açıklama

6 Danışanlara yorumlanmak üzere bir atasözü vererek bilişsel soyutlama işlemi yapmalarını istemek psikotik süreçleri tespit etmekte kullanılan geleneksel ve yararlı bir yoldur. Açık şekilde halüsinasyonlu veya hezeyanlı olmasa da temelde psikotik olan kişiler *düşünce bozukluğu* göstereceklerdir. Düşünce bozukluğu psikozun soyut düşüme gerektiğinde görünür hale gelen bilişsel boyutudur.

muhtemelen tüm bu öğeleri ve ayrıca bünyesel, biyokimyasal, çevresel ve travmatik öğeler dâhil birçok başka birçok öğeyi içerecektir. Psikotik kişilere yardım etmeyi isteyen kişilerin anlamaları gereken en önemli nokta şudur: Psikoza girebilecek veya psikoza girmiş durumdaki kişilerde her zaman ruhsal dünyalarında yüzeye çok yakın halde aşırı düzeylerde korku ve içsel şaşkınlık duyguları bulunur.

Psikoza girme potansiyeli taşıyan kişilerde birincil çatışmanın niteliği tam olarak varoluşsaldır: yaşam veya ölüm, varoluş veya yokoluş, güvenlik veya dehşet. Rüyaları en çapıcı hâlleriyle ölüm ve yıkım imgelerinden oluşur. "Olmak ya da olmamak", yaşantılarının yinelenen temasıdır. Laing (1965)* psikotik kişileri, yerinde bir şekilde, "ontolojik güvensizlik" yaşayan kişiler olarak betimlemiştir. Şizofrenik kişilerin aileleri üzerine 1950'lerde ve 1960'larda psikanalitik teorinin etkilerini içeren bir bakış açısıyla yapılmış çeşitli çalışmalarda benzer bulgular elde edilmiş ve belli bir duygusal iletişim örüntüsü ortaya konmuştur. Bu örüntüde, psikotik çocuk ayrı bir kişi değil başka bir kişinin uzantısı olduğu anlamını taşıyan ve inceden inceye verilmiş mesajlar alır (Singer & Wyne, 1965a, 1965b; Mischler & Waxler, 1968; Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1969; Lidz, 1973). Psikozun tedavisinde etkili ilâçların bulunması dikkatleri psikozdaki süreçlerin daha psikolojik açıdan incelenmesinden uzaklaştırdıysa da bugüne kadar hiç kimse psikotik kişinin ayrı bir varoluş hakkı olduğuna ruhsal dünyasının en derinlerinde inanmadığı veya hatta varolma duygusuna hiç aşina olmayabileceği gözlemlerine karşı bir kanıt ortaya koymamıştır.

İlginçtir ki; yapısal açıdan psikotik yelpaze içinde bulunan hastalarla terapistin karşı-aktarımı genellikle oldukça olumludur. Bu olumlu duygunun niteliği nevrotik-düzey danışanlara yönelik karşı-aktarım tepkilerinin niteliğinden farklıdır: Psikotik kişilere nevrotik kişilere olduğundan daha yüksek derecede öznel tümgüçlülük, ebeveyn koruyuculuğu ve derin bir insani empati hissederiz. "Sevimli şizofren" sözcükleri uzunca bir süre ruh sağlığı personelinin genellikle en ağır derecede rahatsız hastaları için taşıdıkları endişelerin bir ifadesi olarak kullanıldı. (Burada dolaylı olarak belirtilen karşıt grup, birazdan da üzerinde durulacağı gibi, sınırdurum grubudur.) Psikotik kişilerin temel insani ilişki ihtiyacı ve birilerinin onların acılarını azaltabileceği ümidi o kadar derindir ki onlara sınıflandırma ve ilâç vermenin ötesinde bir el uzatan tüm terapistlere şükran duyguları beslerler hemen. Bu duyguları, insanın içine dokunur.

(*) *Bölünmüş Benlik*, çev. Selçuk Çelik. İstanbul: Kabalcı Yayınları, 1993 – ç.n.

Psikotik eğilimler gösteren kişiler terapistin samimi olmasını özellikle önemserler. İyileşmiş bir şizofren kadın, terapistte gördüğü en ciddi hataları bile, "dürüst hatalar" olarak farzederse affedebileceğini söylemişti bir keresinde. Psikotik hastalar eğitimsel çalışmalardan da memnun olurlar; bu eğitimsel çalışmaların içsel dünyalarını ve hayatlarını normalleştireceği veya yapılandıracağı duygusu onları rahatlatır. İlkel iç içe geçme ve idealizasyon eğilimleriyle birlikte psikotik hastaların tüm bu yönleri terapistin kendini güçlü ve iyiliksever hissetmesini sağlar.

Terapistin bakımına aşırı bağımlılıklarının olumsuz yönü, kaçınılmaz şekilde terapisti karşı karşıya bıraktıkları psikolojik sorumluluk yüküdür. Aslında, psikotik kişilere yönelik karşı-aktarım büyük ölçüde, bir buçuk yaşının altında bebeklere hissedilen normal annelik duygularına benzer: Bağlanma yaşantıları insanı ne kadar etkilerse, ihtiyaçları da o kadar korkutur. Karşı koyan ve kızdırıcı olan bir tutumları yoktur, ama terapistin içsel kaynaklarını en sonuna kadar kullanmak isterler. Bir süpervizör, canlı canlı yenilmek istemiyorsam şizofren hastalarla çalışmamam gerektiğini söylemişti bana.

Psikotik hastaların psikolojilerinin bu "tüketici" yönü birçok terapistin şizofrenlerle ve başka psikotik örgütlenme gösteren kişilerle çalışmama tercihlerinin nedenlerinden biridir. Ayrıca, Karon'un (1992) ikna edici şekilde gösterdiği gibi, çoğumuzun görmezden gelmeyi tercih edeceğimiz aşırı huzursuz edici gerçekliklerle psikotik kişinin sürekli bir temas hâlinde olması genellikle terapist için çok zorlayıcıdır. (Psikotiklerin belirli etkileyici niteliklerine karşın, hasta olarak nispeten az tercih edilmelerinin diğer nedenleri arasında terapistlerin psikotik hastalarla psikoterapi üzerine yeterli düzeyde eğitimlerinin olmaması, terapi yerine zaman-sınırlı yaklaşımların veya "yönetim"in daha iyi olacağına ilişkin akılcılaştırmaları doğuran ekonomik baskılar ve terapistlerin nevrotik-düzey kişiyle neler yapılabileceğiyle karşılaştırıldığında nispeten daha kısıtlı kalan tedavi hedefleri için çalışmayı istememeleri sayılabilir.) Ancak bir sonraki bölümde vurgulayacağım gibi, yaşadıkları psikolojik zorlukların niteliği üzerine gerçekçi bir yaklaşım benimsenirse psikoz eğilimi taşıyan danışanlarla çalışmak verimli ve öğretici olabilir.

Sınırdurum Kişilik Yapısının Temel Nitelikleri

Sınırdurum kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerin en çarpıcı özelliklerinden birisi kullandıkları savunmaların *ilkel savunmalar* olmasıdır. İnkâr, yansıtmalı özdeşim ve bölme gibi arkaik ve kapsamlı mekanizmalara dayandıkları için gerileme dönemlerinde bu kişileri psikotik hastalardan ayırt etmek güçle-

şebilir. Kullandıkları savunmalar açısından sınırdurum hastalarıyla psikotik hastalar arasındaki bir önemli fark, sınırdurum hastasının yaşantısına hakim olan ilkel savunmanın işleyişini terapist yorumladığında hastanın en azından geçici bir kavrayış gösterecek olmasıdır. Terapist benzer bir yorumu psikotik örgütlenme gösteren bir hastaya yaptığında ise hastanın içsel huzursuzluğu daha da artacaktır.

Bu duruma bir örnek vermek için ilkel değersizleştirme savunmasını ele alalım. Bu savunmayı seçmemin nedeni değersizleştirilme deneyimine tüm terapistlerin aşina olmaları ve bir sonraki bölümde verilecek olan açıklamalar olmadan da bu bilinçdışı stratejinin oldukça kolay şekilde anlaşılabilecek olmasıdır. Bu tür bir savunmanın yorumlanması şöyle yapılabilir: "Her türlü kusuruma işaret etmekten bir hayli hoşlanmaktasınız. Belki de bu tutumunuz benim uzmanlığıma ihtiyacınız olabileceğini itiraf etmekten sizi kurtarmaktadır. Belki de sürekli benim yetersizliklerime işaret etmiyor olsanız kendinizi 'bir basamak aşağıda' hissedeceksiniz veya utanç duygularınızla baş başa kalacaksınız ve siz de bu duygulardan kaçınmaya çalışıyorsunuz." Sınırdurum hastası böyle bir yorumu küçümseyerek reddedebilir, istemeye istemeye kabul edebilir veya sessizce karşılayabilir; ancak hastanın tepkisi nasıl olursa olsun kaygısının azaldığına dair bazı emareler gösterecektir. Psikotik kişinin tepkisi ise kaygısının *daha da artması* olacaktır; varoluşsal dehşet yaşantısı içindeki bir insan için terapistin gücünün değersizleştirilmesi tamamen yok olmaktan kurtulduğunu hissetmesini sağlayan tek psikolojik yol olabilir. Terapistin hastanın elindeki bu tek yolu sanki başka seçenekler arasından seçilmiş ve kullanılmayabilecek bir yolmuş gibi ele alması hasta için aşırı derecede korkutucu olacaktır.

Sınırdurum hastaları *kimlik bütünleşmesi* açısından da psikotik hastalara hem benzerler hem de onlardan farklılık gösterirler. Kendilik deneyimlerinin tutarsızlık ve süreksizliklerle dolu olması beklenir; kişiliklerini betimlemeleri istendiğinde psikotikler gibi ne diyeceklerini bilemeyebilirler. Benzer şekilde, hayatlarındaki önemli kişileri betimlemeleri istendiğinde sınırdurum hastaları tanıdık kişilerin canlı ve üç boyutlu betimlemeleri dışında her türlü cevabı verirler. "Annem mi? Bildiğiniz annelerden biri, işte!" cevabı tipik bir cevaptır. Çoğu kez genel ve asgari düzeyde betimleme yaparlar: "Alkolik biri. Hepsi bu." Psikotik hastalardan farklı olarak, konuşmaları, aşırı derecede somut şekilde algılamaya dayalı veya konudan kopuk hâle gelmez asla; ancak sınırdurum hastaları, kendilerinin ve başkalarının karmaşık doğalarına ilişkin olarak terapistin gösterdiği ilgiyi dikkate almama ve kendilerinden uzak tutma eğilimindedirler.

Sınırdurum danışanları kimlik bütünleşmesi alanındaki yetersizlikleriyle başa çıkmakta da beceriklidirler; bunu düşmansı bir savunmayla yaparlar. Bir hastam kendisine doldurması için verilmiş bir soru formuna aşırı derecede öfkelenmişti. Bu soru formu bir ruh sağlığı kliniğinin standart hasta yatış işlemlerinin bir parçası olarak veriliyordu. Soru formunda bir cümle tamamlama kısmı vardı ve bu kısımda danışandan "Ben ..... biriyim." benzeri cümle boşluklarını tamamlaması bekleniyordu. Hastam "böyle saçma sapan bir şey nasıl doldurulur ki?" diye öfkelenmişti. (Uzun yıllar ve sayısız seanslardan sonra ise "Şimdi olsa bu formu doldurabilirdim. O dönemde niçin öyle çok sinirlendiğimi anlamıyorum" demişti.)

Kimlik bütünleşmesi eksikliği açısından birbirlerine benzemelerine karşın, sınırdurum hastaların kimlikleriyle ilişkileri psikotik hastaların kimlikleriyle ilişkilerine göre iki şekilde farklıdır: 1) Sınırdurum kişilerin acısını çektikleri tutarsızlık ve süreksizlik duygusu, şizofren kişilerdeki varoluşsal dehşet düzeyine varan bir duyguyu içermez. Sınırdurum hastaları kimlik karmaşası yaşıyor olabilirler; ancak bu kişiler var olduklarını bilirler. 2) Psikotik eğilimleri olan kişilerin sınırdurum kişilere göre kendi kimliği ve başkalarının kimliği üzerine sorulan sorulara düşmanca tutumlarla tepki göstermeleri olasılığı daha azdır. Psikotik kişiler, varolma duygularını tümden kaybetme endişesini, terapistin bu sorun üzerine odaklanmasına gücenemeyecek denli yoğun yaşarlar; bu varolma duygularının tutarlı olup olmaması onlar için daha sonra gelir.

Sınırdurum kişilerle psikotik kişiler arasında yukarıda bahsedilen ayrımlara karşın, her iki grubun da, nevrotiklerin tersine, ilkel savunmaları oldukça çok kullandıklarını ve kendilik duygusunda temel bir eksikliğin acısını çektiklerini söylemek doğru bir tespit olacaktır. İki grubun tamamen farklı olduğu yaşantı boyutu *gerçeklik sınaması* boyutudur. Sınırdurum danışanlar, semptomları ne kadar tuhaf veya aşırı görünürse görünsün, görüşme yeterince duyarlı bir şekilde yapılırsa, gerçekliği temelde algılayabildiklerini gösterirler. Hastanın "hastalık içgörüsü" derecesinin değerlendirilmesi, psikotik olan ve olmayan kişileri ayırt etmekte kullanılan standart bir psikiyatrik uygulamaydı bir dönem. Bu konuyu, nevrotik-düzey kişilerin, psikopatoloji yelpazesinin psikotik ucunda bulunan kişilerle karşılaştırıldığı daha önceki kısımlarda farklı terimlerle ele almıştık. Kernberg (1975) "hastalık içgörüsü" kriterinin bırakılmasını ve bunun yerine "gerçeklik sınamasının yeterliliği" kriterinin konmasını önerdi. Bunun nedeni, sınırdurum hastasının psikopatolojisini en kesin şekilde inkâr ettiği noktada bile neyin gerçek veya geleneksel olarak

üzerinde uzlaşılmış olduğuna ilişkin bir ayırt etme düzeyini gösterebilmesidir; bu da onun psikotik kişilerden ayırt edilmesini sağlar.

Kişilikte sınırdurum ve psikotik örgütlenme düzeyleri arasında bir ayırıcı tanı koymak için Kernberg kişinin geleneksel olarak üzerinde uzlaşılmış gerçekliğe ilişkin değerlendirmesinin incelenmesini önerir. Bu göre, terapist hastanın kendilik-sunumundaki olağan dışı bir özelliği seçer, bu özellik üzerine bir yorum yapar ve hastaya başkalarının bu özelliği tuhaf bulabileceklerinin farkında olup olmadığını sorar (örn., "yanağınızda 'Ölüm!' yazan bir dövme olduğunu görüyorum. Bunun bana veya başkalarına ne kadar olağan dışı gelebileceğini anlayabiliyor musunuz?"). Sınırdurum hastası bu özelliğin, geleneksel olarak üzerinde uzlaşılmış gerçeklik içinde karşılaşılan bir özellik olmadığını ve bu özelliğe aşina olmayanların bunun anlamını kavrayamayabileceğini kabul edecektir. Psikotik hastanın ise korkuya kapılması ve kafasının karışması beklenir; çünkü anlaşılmadığı duygusu onun için çok sarsıcı olacaktır. Kernberg ve meslektaşlarının (örn., Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989) klinik tecrübelerine ve deneysel araştırmalara dayanarak ortaya koydukları bu birbirinden ayrı tepki tarzları, psikozun ortakyaşamsal niteliğine ve sınırdurum patolojisi gösteren kişilerde ayrılma-bireyleşme meselelerinin önemine ilişkin psikanalitik varsayımlar bağlamında daha anlaşılır hale gelir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, bir sınırdurum hastasının kendi patolojisini –en azından bu patolojinin dışsal bir gözlemcinin dikkatini çeken yönlerini– gözlemleme kapasitesi oldukça sınırlıdır. Sınırdurum karakter örgütlenmesi gösteren kişiler terapiye panik atak veya depresyon veya bir hekimin "stres"le bağlantılı olduğunu ısrarla belirttiği hastalıklar gibi spesifik şikayetler için başvururlar, ya da, terapistin ofisine bir tanıdıklarının veya bir aile üyesinin ısrarı veya zorlamasıyla gelirler. Ancak bir terapistle görüşmeleri, kişiliklerini, dışsal gözlemcilerin bu kişilerin yararına olacağını hemen algıladıkları yönlerde değiştirme gibi bir istek veya plânı içermez. Kendilerine ilişkin tüm deneyimleri mevcut karakter yapıları çerçevesinde şekillenmiş olduğundan, kimlik bütünleşmesi, olgun savunmaların kullanımı, doyumu erteleme kapasitesi, çift-değerliliğe ve belirsizliğe tahammül, vb. gibi deneyimlerin nasıl olduğuna dair bir duygusal kavrayıştan yoksundurlar. Terapiden beklentileri yaşamakta oldukları acının çok hızlı şekilde dindirilmesidir; ya da kendilerini terapiye başvurmaları için zorlayan birinden kurtulmaktır.

Gerileme içinde olmadıkları durumlarda, gerçeklik değerlendirmeleri yerinde olduğundan ve çoğu kez kendilerini terapistin empatisini belirli sınırlar

içinde tutacak şekillerde sunabildiklerinden özellikle "hasta" gibi görünmezler. Bazen, terapi ancak belli bir süre devam ettikten sonra terapist danışanın karakterinin sınırdurum bir örgütlenme gösterdiğini fark eder. Genellikle buna ilişkin ilk ipuçları terapistin yardım etmek niyetiyle yaptığı müdahalelerin saldırı olarak alınmasıdır. Bir başka deyişle, terapist gözlemleyen bir egoya ulaşmaya çalışmaktadır, ancak hastada gözlemleyen bir ego bulunmadığından hasta yalnızca kendiliğinin belli yönlerinin eleştirildiğini düşünür. Terapist nevrotik-düzey hastalarla mümkün olan türden bir çalışma ittifakını sağlamaya çalışmakta, ne var ki her defasında çabalarında hayal kırıklığına uğramaktadır.

Sonunda, klinisyen tanısal açıdan doğru bir değerlendirme yapmış olsa da olmasa da terapinin ilk görevinin sadece şu olduğunu öğrenecektir: Hastada tekrar tekrar ortaya çıkacağı anlaşılan fırtınalı tutumları yatıştırmak ve hastanın, böyle sorunlu ve yardıma karşı direnen bir kişiyi yaratmış ve pekiştirmiş geçmiş çevresel etkilerden farklı olarak deneyimleyeceği bir şekilde davranmaya çalışmak. Hasta ancak terapi bazı önemli yapısal değişimleri sağladıktan sonra –benim tecrübeme göre bu yaklaşık olarak 2 yılı alır– karakter örgütlenmesi açısından terapistin ne yapmaya çalıştığını anlayabilecek derecede değişmiş olacaktır. Bu süre içinde birçok duygusal sıkıntı semptomu hafifletilmiş olabilir; ne var ki, terapi her iki taraf için de hararetli ve yorucu geçmiş olacaktır genellikle.

Sınırdurum danışanların nasıl bir açmaza yakalanmış göründüklerini Masterson (1976) canlı bir şekilde betimlemiştir; farklı görüş açıları olan klinisyenler de benzer gözlemlerde bulunmuşlardır: Sınırdurum hastaları, ilişki içinde oldukları bir insana yakınlaştıklarını hissettiklerinde yutulma ve tamamen kontrol altına girme korkularından dolayı paniğe kapılırlar; öte yandan, ilişkide ayrı düştüklerini hissettiklerinde travmatik şekilde terk edildikleri duygusunu yaşarlar. Duygusal deneyimlerinin merkezini oluşturan bu çatışma ilişkilerinde, terapi ilişkisi de dâhil olmak üzere, sürekli bir yaklaşma ve uzaklaşma gelgitine yol açar; bu gelgit içinde ne yakınlık ne de uzaklık bir içsel rahatlama sağlamaz. Terapistin yorumlama çabalarıyla hastaya hemen gösterilmesi mümkün olmayan böyle bir temel çatışmanın içinde yaşıyor olmak sınırdurum hastalarının kendileri, arkadaşları, aileleri ve terapistleri için tüketici derecede yorucudur. Bu hastalar gösterdikleri "yardım arama ve yardımı reddetme davranışı"ndan dolayı, intihar tehditleriyle sık sık geldikleri acil psikiyatri servislerinde iyi tanınırlar.

Masterson sınırdurum hastalarını ayrılma-bireyleşme sürecinin yeniden yaklaşma [rapprochement] alt dönemine saplanmış kişiler olarak görür

(Mahler, 1972b). Yeniden yaklaşma alt dönemine varmış bir çocuk belli bir derecede özerklik kazanmıştır ancak hâla ebeveynin çocuğun yakınında bulunduğu ve güçlü bir figür olduğu güvencesinin verilmesi ihtiyacını hisseder. Ayrılma-bireyleşme sürecinin bu alt dönemi çocuklarda yaklaşık olarak 2 yaş civarında görünür. Çocuk annesinin yardımını reddetmeyle ("Kendim yapabilirim!") ağlayarak annesine geri koşma arasında gidip gelmeye başlamıştır. Masterson sınırdurum hastalarının geçmişlerinde anneleriyle ilişkilerinde şöyle bir durum yaşadıklarına inanmaktadır: Anneleri ya en başta ayrılmaya yönelik çabalarında cesaretlerini kırmış, ya da belli bir bağımsızlık kazandıktan sonra gerileme ihtiyacı duyduklarında orada çocuğun yakınında bulunmamışlardır. Masterson'un sınırdurum etiyolojisine ilişkin bu fikirleri doğru olsun veya olmasın, sınırdurum kişilerin ayrılma ve bireyleşme ikilemine yakalanmış olduklarına yönelik gözlemleri sınırdurum hastaların değişken, talep edici ve genellikle kafa karıştırıcı niteliklerini anlamakta yardımcı olmaktadır. Bölüm 4'te bu ayrılma-bireyleşme çıkmazının tedavi açısından taşıdığı anlam ve sonuçları ele alacağım.

Sınırdurum danışanlarda aktarım güçlüdür, çift-değerlilik içermez ve genel yorumlama çabalarına direnç gösterir. Terapist tümden iyi veya tümden kötü olarak algılanabilir. İyi niyetli ancak klinik tecrübesi sınırlı olan bir terapist aktarımı nevrotik kişilerde yaptığı gibi yorumlamaya çalışırsa (örn., "Bana yönelik olarak hissettiğiniz duygu geçmişte babanıza yönelik olarak hissettiğiniz bir duygu olabilir") bunun bir rahatlama veya hastaya katkısı olan bir içgörü sağlamadığını görecektir; aslında, çoğu kez hasta basit bir şekilde terapistin gerçekten de geçmişindeki kişi gibi davrandığı görüşüne katılacaktır. Ayrıca, sınırdurum hastasının belli bir zihinsel durumdayken terapisti tamamen güçlü ve erdemli başka bir zihinsel durumdayken (bu hemen bir gün sonraki seansta olabilir) terapisti zayıf ve değersiz görmesi az rastlanılır bir durum değildir.

Okuyucunun da tahmin edebileceğini gibi, sınırdurum danışanlarla yaşanan karşı-aktarım tepkileri genellikle güçlü ve zorlayıcıdır. Karşı-aktarım tepkileri olumsuz olmadıklarında bile (terapistin sınırdurum kişinin içindeki ümitsiz çocuğa derin bir yakınlık hissettiği ve hastayı kurtarma fantazileri kurduğu durumlar gibi) moral bozucu ve tüketici bir nitelikleri olabilir. Hastane ortamlarında çalışan birçok analist (örn., G. Adler, 1973; Kernberg, 1981) ruh sağlığı çalışanlarının sınırdurum hastalarına iki davranış şeklinden birine göre davranma eğiliminde olduklarına işaret etmişlerdir: 1) Bu hastaları büyüyebilmek için sevgiye ihtiyaç duyan ağır yoksunluk içinde ve zayıf bi-

reyler olarak görüp aşırı ilgi göstermektedirler, ya da 2) Bu hastaları sınırın nerede başlayıp nerede bittiğinin gösterilmesi gereken talep edici ve manipülatif bireyler olarak görüp gereksiz derecede cezalandırıcı olmaktadırlar. Yatan hasta birimlerinde çalışanlar sınırdurum hastalarıyla ilgili tedavi plânları tartışılırken sık sık kendilerini iki zıt gruba ayrılmış hâlde bulurlar (Gunderson, 1984). Ayaktan tedavi yapan bireysel klinisyenler, danışanda çatışmanın farklı zamanlarda ortaya çıkan iki farklı yönünü yansıtacak şekilde, kendi içlerinde bir bakış açısından ötekine kayabilirler. Terapistin, yardım edilmesini kabul etmeyen ancak yardım edilmediğinde de hayal kırıklığı içinde çöken 2 yaşındaki bir çocuğun kızgın annesi gibi hissetmesi az rastlanır bir durum değildir.

Özet

Bu bölümde karakter örgütlenmesinin farklı olgunlaşma düzeylerini ayırt etmeye yönelik olarak geçmişten bugüne geliştirilmiş ve giderek daha incelikli hâle gelmiş yaklaşımların genel bir özeti verilmiştir. Kraepelinci aklı başında ve deli ayrımlarında, psikanalizin ilk zamanlarındaki semptom nevrozu ve karakter nevrozu kavramsallaştırmalarında, nevrotik-düzey, sınırdurum veya psikotik-düzey yapıyı vurgulayan çağdaş nozolojilerde, terapistler hep danışanlarına yardımcı olmaya yönelik çabalarına danışanlarının verdikleri çeşitli tepkileri açıklayabilme arayışı içinde olmuşlardır. Kişinin, *merkezi meseleleri* (güvenlik, özerklik veya kimlik), *kaygı yaşantısının niteliği* (yok olma kaygısı; ayrılık kaygısı veya daha spesifik cezalandırılma, yaralanma ve kontrol kaybı korkuları), *birincil gelişimsel çatışması* (ortakyaşamsal, ayrılma-bireyleşme veya öidipal), *nesne ilişkileri kapasitesi* (tekli, ikili veya üçlü) ve *kendilik duyumu* (çökmüş, güç durumda veya sorumlu) açılarından değerlendirilmesinin analitik tanı koyma çalışmasının kapsamlı bir yönünü oluşturduğunu tartıştım.

İleri Okuma Önerileri

Genel psikanalitik gelişimsel teori üzerine Tyson'ların (1990) çalışması yararlı bir kaynaktır. Gelişimsel kuram ile tanı arasındaki bağlantılar için, Blanck'ların (G. Blanck & R. Blanck, 1979, 1986) kitaplarına bakılabilir; iki kitapta da bu konu hakkında bölümler vardır. Psikopatolojinin gelişimsel açıdan değerlendirilmesi üzerine biraz daha zor, ancak okuyucunun kavrayışını artıran bir kaynak Giovacchini'nin (1986) *Developmental Disorders* adlı kitabıdır.

Nevrotik semptom ile nevrotik karakter arasındaki farklar üzerine derinlikli bir yorum için, Fenichel'in (1945) klasik kitabındaki "Karakter Bozuklukları" başlıklı bölümü öneririm. Psikopatolojiyle ilgili analitik görüşler üzerine okuyucuyu daha az zorlayan, okunması daha kolay bir giriş için Nemiah'ın (1973) kitabına bakılabilir.

Josephs (1992) ve Akhtar (1992) ayrı ayrı olarak, bizim burada üzerinde durduğumuz karakterle ilgili meselelerin bazılarını daha ileri bir düzeyde ele alan ve farklı yaklaşımları birleştiren kitaplar yayınlamışlardır.

New York University Press geçtiğimiz yıllar içinde karakter nevrozu üzerine (Lax, 1989), psikoz üzerine (Buckley, 1988) ve sınırdurum patolojileri üzerine (M. Stone, 1986) mükemmel makale derlemeleri yayınladı. Psikozun fenomenolojik açıdan değerlendirilmesi üzerine Laing'in (1965) *The Divided Self* adlı kitabı hâlâ emsalsizdir. Eigen'in (1986) *The Psychotic Core* adlı kitabı zor olsa da öğreticidir. Sınırdurum patolojiler üzerine olan literatür insanın okumaya nereden başlayacağını bilemeyeceği kadar geniş ve çeşitlidir; Meissner'in (1984) özetleyici nitelikteki kitabı ve Hartcollis'in (1977) ufuk açıcı makalelerini derlediği kitabı sınırdurum patolojiler üzerine bir şeyler okumaya başlayacaklar için iyi birer başlangıç noktasıdır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Gelişimsel Örgütlenme Düzeylerinin Klinik Açıdan Anlamları

Psikoterapi de siyaset gibi gerçekleşmesi mümkün olanı gerçekleştirme sanatıdır. Her bir danışanı gelişimsel bir kavram çerçevesinde ela almanın terapist için en büyük avantajı, terapistin her bir danışanda optimal bir tedaviyle, ne düzeyde bir değişimin gerçekleşmesinin beklenebileceğine ilişkin bir görüş çıkarabilmesidir. Tıpkı bir hekimin, nispeten daha sağlıklı bir kişinin daha çok sağlık sorunları yaşayan bir kişiye göre daha çabuk ve tamamen iyileşmesini beklediği veya bir öğretmenin, daha zeki bir öğrencinin daha yavaş bir öğrenciye göre daha çok konu öğreneceğini varsaydığı gibi, bir terapist de, farklı karakter gelişim düzeylerindeki kişiler için farklı beklentilere sahip olmalıdır. Gerçekçi hedefler, hastaları cesaretlerinin kırılmasından terapistleri de tükenmekten korur.

Geçmişte, en azından akademik psikoloji çevrelerinde, sık sık şöyle bir şey duyulurdu: Psikanalitik terapi yalnızca beyaz ve orta-sınıf ailelerden gelen ve aşırı karmaşık sorunlar yaşamayan varlıklı kişiler için uygundur. Bu görüşün içerdiği temel gerçek, klasik psikanalizin, karakter değişimi gibi büyük bir hedefi benimsemiş ve kendini dile getirme becerisi gelişmiş nevrotik-düzey hastaların tedavisinde oldukça etkili olduğudur. Her ne kadar psikanalitik akımın erken dönemlerinde analiz çok çeşitli durumlardaki danışanlara uygulandıysa da, klasik analizi tanımlayan düzenlemelerin ve yaklaşımların nevrotik-düzey danışanların haricindeki danışanlara genellikle daha az uygun olduğu görülmüştür. Psikanalitik akımın ilk yıllarında, henüz farklı nitelikteki hastalar için uyarlanmış yaklaşımlar geliştirilememiş olduğundan, genel

kanı, analizin yardımcı olup olmayacağını görmek için en azından denenmesi gerektiği yönündeydi. Ayrıca, Freud'un önerdiği seans sıklığı (haftada, önce altı, sonra beş seans önermiş, daha sonra da üç veya dört seansın yeterli olabileceğini düşünmüştü) analizi ancak belli bir gelire sahip kişiler için devam edilebilir bir tedavi hâline getirmişti.[1]

Psikanalitik terapinin, zaten daha iyi durumdaki kişilerde, ağır duygusal sorunları olan kişilere göre daha hızlı ilerlediği ve daha ileri sonuçlar verdiği görüşü, nispeten daha sağlıklı kişilerin tıbbi tedaviye daha iyi yanıt vermesi veya yetenekli kişilerin daha yüksek eğitim düzeylerine ulaşmaları olgularından farklı değildir. Dahası, psikanalitik tedavi haricindeki tedavi yöntemleri için de benzer bir durum geçerlidir: Aile sistemleri terapileri, rasyonel-emotif terapi, davranışsal tedaviler, hümanist danışmanlık ve farmakolojik yaklaşım gibi yöntemlerin hepsi, işbirliği yapan, nispeten hasar görmemiş kişilerle çalışırken, yüksek derecede rahatsız ve zor klinik gruplara göre daha iyi işlemektedir. Aşırı sorunlu kişilerle iyi düzeyde analitik terapi yapmanın daha zor olduğu doğru olsa da, psikanalitik teorinin ağır derecede sorun yaşayan kişileri anlamakta ve bu kişilere yardım etmekte yararının az olduğu doğru değildir.

Bu kitabın okuyucularının bazılarının analitik teorinin; ağır sıkıntı yaşayanların, çok katmanlı sorunları olanların, azınlıkların, bağımlıların, yoksulların, vb. sorunlarının ele alınmasına uygun olmadığı görüşüyle karşılaştıklarını düşünüyorum. Bu bölüm, psikanalitik bakış açısına dayalı terapilerin zenginliğini ve özel durumlara uygulanabilirliğini anlatmakta başarılı olabilirse, bu yanlış görüşü de düzeltecektir. Farklı gelişimsel örgütlenmeler gösteren hastalara yönelik farklı psikodinamik yaklaşımların tüm ayrıntı ve inceliklerini burada ele almam mümkün değildir; ancak açığa-çıkarıcı, destekleyici ve dışavurumcu terapiler arasındaki başlıca ayrımları yeterli derecede sunabilmeyi ve böylece iyi bir tanısal formülasyonun önemini gösterebilmeyi ümit ediyorum.

İlerleyen sayfalarda iyi bir analitik terapistin farklı karakter örgütlenmesi düzeylerindeki hastalarla çalışırken yaptığı bazı spesifik uyarlamaların bir betimlemesi ve bu uyarlamaların altında yatan teorik bakış açısı verilecek-

---

1 Bu bölümün bağlamı içinde "klasik psikanaliz" (veya "klasik analiz") terimi, uygulamanın altında yatan teoriye değil uygulamayla ilgili teknik düzenlemelere gönderme yapar. Bu terim, spesifik olarak, haftada üç veya daha fazla sayıda seans sıklığı, divan kullanımı, hastanın serbest çağrışım yapmaya yönlendirilmesi ve analistin etkinliğinin göreceli şekilde yorumlamalara, özellikle de aktarımla ilgili olan yorumlamalara yönelik olması düzenlemelerini belirtir. Terim, esas olarak veya yalnızca dürtü-savunma modeline göre kavramsallaştırılmış olan terapötik ilişkilere işaret etmez.

tir. Bu uyarlamaları yapmakta terapistin nihai hedefi her bireye, o birey için gelişimsel açıdan zorlayıcı olan durumlarla mücadelesinde yardımcı olabilmektir; bireylerin bu mücadeleleri bir uçta, yaratıcılığını tam anlamıyla dile getirebilme çabasından, öteki uçta, var olduğuna ve yaşamını sürdürme hakkı bulunduğuna ilişkin asgari bir farkındalığa ulaşabilme çabasına kadar yayılan bir yelpazede yer alabilir.

NEVROTİK-DÜZEY HASTALARLA PSİKANALİTİK TERAPİ

Nispeten daha sağlıklı hastalarla psikanalitik terapi yapmak, sınırdurum veya psikotik yapılanma gösteren hastalarla çalışmaktan çeşitli nedenlerden dolayı daha kolaydır; en azından çalışmanın erken dönemlerinde bu söylenebilir. Eriksoncu terimlerle belirtecek olursak, nispeten daha sağlıklı hastalarda, temel güven duygusunun, yüksek derecede bir özerkliğin ve tutarlı bir kimlik algısının bulunduğu varsayılabilir. Hastanın bu durumuna uygun olarak, tedavinin hedefleri, sevgi, iş ve oyun alanlarında tam doyuma engel teşkil eden bilinçdışı etkenleri ortadan kaldırmayı içerir. Freud psikanalitik "tedavi"yi özgürlükle eşit tutmuş ve Platoncu gelenek çerçevesinde, gerçeğin insanı özgür kılan temel etken olduğuna inanmıştı. Kişinin kendisiyle ilgili zorlayıcı nitelikteki gerçekleri araması nevrotik-düzey kişiler için gerçekleştirilebilecek bir arayıştır; çünkü bu kişilerin özsaygıları bazı acı verici olabilecek keşiflere tahammül gösterecek derecede esnektir. Bu çerçevede, Theodor Reik (1948) analiz yapmak veya analizden geçmek için birincil koşulun ahlâki cesaret olduğunu söylerdi. Daha iyi bir terimin eksikliğini ve nispeten daha sağlıklı kişilerle yapılan psikanalitik terapide temelde iyileştirici olan etkenin ne olduğuna dair önemli görüş ayrılıklarını (yorumlama? yeniden yapılandırma? empati? "kucaklama"?) göz önünde tutarak, nevrotik-düzey tanısı olan kişilerle yapılan uzun dönemli veya açık uçlu terapilerden "geleneksel" analitik tedavi olarak bahsedeceğim; bunu yaparken bu terapilerin dürtü, ego, ilişki, ya da kendilik kavramlarının birine dayanabileceği gibi bunların bir bileşimine de dayanabileceği görüşü çerçevesinde hareket edeceğim.

Nispeten Daha Sağlıklı Hastalarla Geleneksel Terapi Yaklaşımları

Nevrotik hasta, terapistle çabucak bir çalışma ittifakı kurar; bu çalışma ittifakı içinde danışanın gözlemleyen yönü ve klinisyen, bilinçdışı savunmaları, duyguları, fantazileri, inançları, çatışmaları ve yönelişleri açığa çıkarmak için birlikte çalışan müttefiklerdir. Hasta, kişiliğini en kapsamlı şekilde anlamaya yönelik bir arayış içindeyse, mümkün en yüksek derecede büyüme ve değiş-

meyi gerçekleştirmeyi hedef olarak belirlemişse *yoğun analiz* seçeneği düşünülmelidir. Günümüzde, analiz için zorunlu görülen haftada üç veya dört seansı taahhüt etmeye analiz çalışmasının başlangıcında gönüllü olan hastaların çoğunluğunu psikanalitik eğitimdeki öğrenciler oluşturur (bunu da genellikle eğitim gördükleri enstitü gerekli gördüğü için yaparlar!). Ancak analistler şöyle bir durumla da sık sık karşılaşırlar: Ruh sağlığı alanında çalışmayan nevrotik-düzey hastalar belli bir süre devam eden daha az yoğun bir terapiden sonra "daha derine gitme"yi istediklerine karar verir ve analitik yönelimli tedaviden (haftada iki veya daha az) analize geçerler.

Semptomatik ve davranışsal ilerlemenin psikanalizde de, belki özellikle nispeten daha sağlıklı kişilerle olan çalışmalarda, başka terapi yaklaşımlarındaki kadar hızlı şekilde olabileceği gerçeği ile psikanalizin yıllar boyu sürmesi gerçeği birbirinden ayrı konulardır. İnsanlar, psikolojik durumlarında bir değişiklik olmamasına karşın gerçekleşmesi mümkün davranış değişimi ile içsel durumlarıyla uyumlu olduğunu hissettikleri davranış değişimi arasındaki farkı kolayca algılarlar. Semptomatik değişimden içsel değişime doğru yaşanan geçiş çoğu kez hastaların analitik tedaviye uzun bir dönem boyunca devam etmeyi seçmelerinin nedenlerinden biridir. Bu geçişe şöyle bir örnek verilebilir: Alkol bağımlısı birinin alkolün etkisinden kurtulduğu ilk günlerle alkolden tamamen uzaklaştığı daha sonraki günler arasında bir fark vardır; ilk günlerde alkol alma isteğiyle her an mücadele eder, daha sonraki günlerde ise alkol alma isteğini hissetmez. İlk günlerle daha sonraki günlerdeki alkol almama *davranışı* aynıdır ancak bu davranışın altındaki nedenler değişmiştir. Eski örüntüleri, alışkanlıkları ve inançları değiştirmek yıllar süren Adsız Alkolikler toplantıları ve kesintisiz bir disiplin sonucunda olabilmiştir; artık iyileşmiş alkolik için güç bela denetim altında tutulan bir zorlantıdan alkole karşı kayıtsızlığa geçiş paha biçilmez bir başarıdır.

Yoğun analizin gerektirdiği zaman, para ve duygusal enerji yatırımını taahhüt edemeyen veya etmekte gönülsüz olan kişiler için *psikanalitik terapi* oldukça yararlı olabilecek bir seçenektir. Bugün çoğu meslek dışı kişinin anladığı şekildeki psikoterapi, klasik analizin daha çok sorun odaklı olma yönünde uyarlanması sonucu gelişmiştir. Bu uyarlamalara göre hasta ve terapist haftada üç seanstan daha az sayıda görüşme yapar ve bu görüşmeler genellikle yüz-yüze olur. Terapist hastada duygusal gerilemeyi teşvik eden, aktarım nevrozunun gelişmesini sağlamaya çalışan yaklaşımlarını sınırlandırırken, yoğun tedavide hastanın tespit edeceği zamana kadar bekleyecek olan temalara ve önemli noktalara işaret eden bir yaklaşımı daha çok benimser.

Greenson'ın (1967) psikanaliz üzerine klasik kitabında "analiz edilebilirlik" meselesi üstünde dikkatle durulmuştur; 1967 yılına gelindiğinde, klasik analizin ruh sağlığı hizmeti arayışındaki kişilerin ancak bir kısmı için uygun olduğu iyice ortaya çıkmıştır.

Nispeten Daha Sağlıklı Hastalarla Başka Yaklaşımlar

Nevrotik yelpaze içindeki hastaların bir başka niteliği kısa dönem analitik terapilere uygun olmalarıdır. Bu terapi yaklaşımları arasında Malan (1963), Mann (1973), Bellak ve Small (1978), Davanloo (1978, 1980), Sifneos (1992) ve başka analistlerin geliştirdikleri yaklaşımlar bulunur. Bir çatışma alanına saldırganca odaklanılması, sınırdurum veya psikotik yapı gösteren biri için çok ağır gelebilir; ancak nevrotik-düzey karakter yapısı gösteren biri tersi şekilde bunu canlandırıcı ve üretken bir deneyim olarak yaşayabilir. Buna benzer olarak, daha üst düzeyde işlevselliği olan danışanlar, analitik yönelimli gruplardan ve aile yaklaşımlarına göre yapılan tedavilerden iyi derecede yararlanırlarken, sınırdurum ve psikotik karakter örgütlenmesi gösteren kişiler bu yararı sağlayamazlar. (Daha alt düzeyde işlevsellikleri olan bu danışanlar, grubun veya ailenin duygusal enerjisinin çok büyük bir bölümünü kendi üstlerine çekerler. Öteki kişiler ise, bu kişilerin daima sahnenin merkezinde yer almalarına duydukları gücenme ile bu gücenmeden dolayı duydukları suçluluk arasında bu durumdan nasıl çıkacaklarını bilememekten bölünürler; çünkü daha çok sorun yaşayan kişinin daha çok acı çektiğini düşünürler.)

Aslında, yukarıda da ima edildiği gibi, yalnızca psikodinamik yaklaşımlar değil, neredeyse tüm terapi yaklaşımları nevrotik yelpazede yer alan danışanların çoğu için yararlı olacaktır. Bu danışanlar geçmişlerindeki kişilerle yeterli düzeyde sevgi ilişkisi yaşadıkları için terapistin de onlara yardımcı olmaya çaba harcadığını düşünür ve çabalarında onunla işbirliği yapmaya çalışırlar. Dolayısıyla, terapistlerin bu danışanları tercih etmeleri oldukça anlaşılır bir durumdur. Analizan olmanın içsel gerekliliklerini taşıyan danışanların, terapistlerin gerçekleştirmeye çalıştıkları tedaviye çabucak yanıt vermeleri ve terapistlerin çabalarını takdir etmeleri, klasik analiz yapmayla birlikte gelen prestijin nedenlerinden olabilir. Bu danışanlar, örneğin sınırdurum danışanlardan çok farklı olarak, analistleri için iyi bir reklâm vesilesidirler.[2] Sı-

2 Analitik çalışmalarında, klasik tedavi dışında başka bir tedavi uygulamayan analistler kibirli tutumlarıyla tanınırlar; bu da doğru bir tespittir. Bu kibirli tutumları kısmen şu gerçeğin ışığında anlaşılabilir hale gelir: Bu analistler en kolay hastalarla çalışma eğilimindedirler ve belli bir düzeyde terapötik tecrübesi olan herkesin üzerinde hem fikir olduğu gibi uyguladıkları terapi yaklaşımı yapılması en kolay terapi türüdür. Bir başka deyişle, bu analistler şımarmışlardır. Psikanalitik gele-

nırdurum danışanlarsa, terapide ilerleme kaydediyor olsalar bile, başkalarına terapistlerini amansızca kötüleyebilirler veya terapistlerini öyle bıktırıcı bir şekilde idealize edebilirler ki yakın çevrelerindeki herkes usta bir şarlatan tarafından aldatıldıklarını düşünürler.

Çoğu psikodinamik yönelimli yazar, yoğun psikanalizin nevrotik örgütlenme gösteren kişilere sağlanabilecek en büyük yararı sunduğunu ve derinlikli, çok sayıda seansa dayalı tedaviden geçmek için gerekli olan kaynaklara sahip herkesin böyle bir tedaviye girmekle akıllıca bir şey yapmış olacağını düşünürler. Bu, özellikle, erken yetişkinlik döneminde olan ve önünde böyle bir tedavinin psikolojik katkılarını göreceği uzun yıllar bulunan biri için çok geçerlidir. Ben de, erken yetişkinliğinde iyi bir klasik analizden geçmiş olmanın yararlarını tüm yetişkinlik hayatı boyunca görmüş biri olarak bu görüşü paylaşıyorum. Ancak şu da doğrudur ki, nevrotik yelpaze içinde yer alan biri farklı farklı her türden deneyimden yarar elde edebilir ve başkalarının örseleyici bulabilecekleri bazı durumlarda bile psikolojik büyümeyi sağlayıcı imkânları yaratabilir.

Nispeten daha sağlıklı tanı grubunda bulunan kişilerle yapılan analitik terapi hakkında yeterli bilgi verilmediğini düşünen okuyucular, şimdi gelecek olan iki bölümde bu konu üzerine daha fazla bilgi edinebileceklerdir. Destekleyici ve dışavurumcu terapileri tartışırken bunları daha geleneksel yaklaşımlarla karşılaştıracağım; bu şekilde geleneksel yaklaşımlar daha iyi aydınlatılmış olacaktır.

PSİKOTİK-DÜZEY HASTALARLA PSİKANALİTİK TERAPİ

Ortakyaşamsal düzeyde işlevselliği olan kişiler hakkında, açık şekilde psikotik değilseler bile, bilinmesi gereken en önemli nokta, bu kişilerin korkmuş bir hâlde olduklarıdır. Şizofrenik durumlarda yararlı olan ilâçların başlıca kaygı giderici ilâçlar olması bir rastlantı değildir; psikotik dağılma eğilimi taşıyan kişi dünya içinde temel bir güvenlik duygusu yoksunluğu yaşamaktadır ve yok olma olasılığının çok yakın olduğuna inanmaya hep hazır bir hâldedir. Nevrotiklerle uygulanan geleneksel analitik terapide olduğu gibi, yüksek düzeyde belirsizliğe izin veren bir yaklaşımı benimsemek, psikotik-düzey dehşet duygusunun alevlerine benzin dolu bir bidonu boşaltmakla eşdeğerdir. Bun-

---

nek kendi namına şu yönden çok şanslıdır ki bu kişilerin sayısı azdır. Bu yüzden; çoğu analist birbirinden oldukça farklı hastalarla çalışmaktadır ve dolayısıyla bir kurumda büyük bir iş yükü altında çalışan, birbiri ardına özyıkıcı, bağımlı, aşırı sıkıntılı sınırdurum veya psikotik kişilerle görüşen meslektaşlarına duydukları empatiyi kaybetmezler.

dan dolayı, bu durumdaki hastalarla yapılan uygulamalarda tercih edilen tedavi genellikle *destekleyici psikoterapi*dir.

Destekleyici **Teknik: Psikolojik Güvenlik** Sağlamak

Tüm terapiler destekleyicidir; ancak analitik gelenek içinde bu terim daha dar bir anlama sahiptir. Bu dar anlam, ağır rahatsızlıkları olan kişilerle uzunca bir dönemdir yapılmakta olan psikodinamik çalışmalardan gelen deneyimi yansıtır (Klein, 1940, 1945; Rosenfeld, 1947; Fromm-Reichmann, 1950; Segal, 1950; Federn, 1952; Sullivan, 1962; Searles, 1965; Jacobson, 1967; Lidz, 1973; Arieti, 1974; Karon & VandenBos, 1981; Little, 1981; Eigen, 1986; Rockland, 1992).[3] Destekleyici çalışmanın belirtilmesi gereken ilk yönü, terapistin *güvenilirliğini göstermesi*dir. Psikotik-düzey kişilerin çoğu kez uysal olmaları güven duydukları anlamına gelmez. Aslında uysallıkları tam tersi bir anlam taşır: Bu uysallık, otorite konumundaki kişilerin onları ayrı biri oldukları, kendi iradelerine sahip oldukları için öldürecekleri korkusunu ifade eder. Bu çerçevede, terapistin asla unutmaması gereken birincil amaç, kendisinin, psikotik-düzey kişilerin eziyet gördükleri düşmanca ve tümgüçlü otorite şeklindeki ilkel imgelerden farklı olduğunu göstermesidir.

Terapistin hastanın güven duyabileceği biri olduğunu kanıtlaması kolay bir şey değildir. Paranoid durumdaki bir nevrotik-düzey kişiyle terapide, genellikle, aktarımı yorumlamak, yani, hastanın terapisti geçmişindeki olumsuz bir kişiyle veya kendiliğinin yansıtılmış olumsuz bir kısmıyla nasıl karıştırmakta olduğunu açıklamak yeterlidir. Bu tür bir yorum ağır derecede rahatsızlığı olan kişilerde işe yaramaz; aslında bunu şeytansı bir bahane olarak görmeleri daha muhtemeldir. Dolayısıyla, terapist yorum yapmak yerine, hastanın en korkutucu beklentilerinden tekrar tekrar farklı *davranmalı*dır. Saygı duyulduğunu gösteren bir yüz ifadesi nevrotik-düzey bir hastayı rahatlatmaya yetecektir. Ancak psikoz riski taşıyan bir hastayla birlikteyken terapistin hastayı kendisiyle aynı insani düzeyde ve eşit bir insan olarak kabul etmekte olduğunu çok daha açık bir şekilde göstermesi gerekmektedir. Buna yönelik bir tutum, danışanlarla şu tip yalın paylaşımları içerebilir: Görüşme

3 Bazı analistler, yukarıdaki listede özellikle Rosenfeld ve Segal, psikotik kişilerle yapılan etkili bir terapinin nevrotik hastaların analizinden niteliksel açıdan farklı olmadığını iddia ederler. Her iki durumda da içgörü sağlanmaya çalışılır, aktarım analiz edilir, dirençler derinlemesine incelenir, vb. Ancak bu analistlerin bildirdikleri çalışmalarda bile, analistin genel tarzı ve duruşu bana nevrotik danışanlarla çalışırkenki alışılagelmiş tarzdan belirgin derecede farklı görünmektedir. Bu yaklaşım farkı, psikotik hastaların terapi odasına getirdikleri ve terapistlerin üstesinden gelmek zorunda kaldıkları durumlarda kullanılan özel yolların üzerinde durulmasını gerektirir.

odası çok sıcak veya çok soğuk hale gelirse bunu belirtmelerini istemek, yeni bir resim hakkındaki görüşlerini sormak, kişisel uzmanlıklarının bulunduğu alanları göstermeleri için fırsatlar yaratmak veya en tuhaf semptomlarının bile yaratıcı ve olumlu yönleri üzerine yorumlar yapmak. Bu bağlamda, Karon (1989) çok uygun bir örnek vermiştir:

> Hastaya şunu söylemek terapötik açıdan çoğu kez yararlıdır: "Bu çok zekice bir açıklama". Hasta genellikle kendi fikirlerini bir uzmanın ciddiye almış olmasına şaşırır.
>
> "Düşündüğüm şeyleri doğru mu buluyorsunuz?"
>
> Terapist hastanın kaldırabileceğini düşünürse, hastaya şunu söylemesi yararlı olur: "Hayır; ancak düşündüklerini doğru bulmamam, insan zihni hakkında senin henüz bilmediğin ve ilgini çekerse seninle de paylaşabileceğim bazı şeyleri bilmemden kaynaklanıyor. Senin bildiğin şeyler göz önünde bulundurulduğunda açıklaman çok zekice bir açıklama." Hastaya, küçük düşürücü olmayan böyle bir tutumla yaklaşıldığında, çoğu kez, en kuşkucu paranoid hastayı bile, kendi içinde neler yaşıyor olabileceğini ve bu kendi içinde yaşadığı şeylerin gerçek anlamlarını, semptomlarının ve hayatının ürkütücü açmazlarını çözmeye yönelik birer girişim olarak, değerlendirmeye sevk etmek mümkündür. (s. 180)

Terapistin hastaya güvenilir biri olduğunu gösterme çabalarının başka bir yönü de sürekliliğini yitirmeyen bir duygusal dürüstlükle davranmasıdır. Şizofreniklerle tecrübesi olan herkes bu hastaların duygulanımsal nüanslara yönelik hassasiyetlerini ve terapistlerinin duygusal açıdan dürüst olduğunu bilme ihtiyaçlarını doğrulayacaktır. Psikotik-düzey hastalar terapistten duygularını ortaya koymasını diğer hastalara göre çok daha fazla isterler; terapist bunu yapmazsa bu hastalar kendi fantazilerine kapılıp gideceklerdir. Bu durum, destekleyici terapi tekniğinin açığa-çıkarıcı-terapi tekniğinden taban tabana zıt olduğu noktadır. Nispeten daha sağlıklı kişilerle çalışırken terapist duygusal yaşantılarını ortaya koymaktan kaçınır; böyle davranmaktaki amacı da, hastanın, terapistin duygulanımsal durumuyla ilgili olarak kurduğu fantazilerin neler olduğunu fark edebilmesi ve araştırabilmesidir. Ancak daha ağır sorunları olan hastalarla çalışırken terapist kendisiyle ilgili daha çok bilgi vermeye gönüllü olmalıdır.

Örneğin, kızgınlık duygusunu ele alalım. Terapistin tedavi esnasında değişik zamanlarda bir hastaya kızması doğaldır; özellikle de, hasta özyıkıcı şekillerde davranıyor gibi göründüğü zamanlarda. Terapistinin kızgın olduğunu fark etmek bir danışan için huzursuz edici olacaktır; ağır sorunları olan danışanlarda ise bu durum ölümcül bir dehşet duygusu uyandıracaktır. Nev-

rotik-düzey bir kişi "Bana çok kızgın mısınız?" diye sorarsa yararlı olacak cevaplardan biri "Size çok kızgın olsaydım bunun ne anlam taşıyacağına ilişkin düşünce ve duygularınız nelerdir?" benzeri bir cevap olacaktır. Aynı soruyu psikoz riski taşıyan bir hasta sorarsa terapötik cevap "Sezgileriniz çok kuvvetli. Sanırım biraz kızgın hissediyorum –kendimle ilgili olduğu kadar sizinle de ilgili olarak. Size istediğim kadar çabuk yardım edemiyor gibi hissettiğim için biraz moralim bozuldu. Bunu sorma nedeniniz neydi?" benzeri bir cevap olacaktır.

Şuna dikkat edin: Destekleyici yaklaşımda da terapist hastayı algılamalarını araştırmaya davet eder; ancak bu, ketleyici olabilecek endişelerin hastaya spesifik bilgiler verilerek doğrudan bir şekilde etkisiz hâle getirilmesinden sonra olur. Yukarıdaki örnekte, terapist hastanın algılamasının doğruluğuna ilişkin olarak duyduğu saygıyı da açıkça belirtmiş, böylece hastada gerçekçi temelleri olan bir özsaygının gelişimine katkıda bulunmuştur. Terapist, aynı zamanda, kızgınlığı, kısas esasında hareket eden bir yıkıcılıkla değil de, insan olmanın getirdiği sınırlılıklarla bağlantılı kılarak, terapistin tehlikeli bir tümgüçlülüğü olduğu yönündeki ilkel fantazileri örtük bir şekilde etkisiz hâle getirmiştir. En temel insan güdülerini kabul etmekte zorlanan kişilerin psikotik yelpazedeki kişilerle çalışmaması gerekir; çünkü psikotik kişiler ikiyüzlülüğün kokusunu alırlar, bu da onları kelimenin tam anlamıyla çıldırtır.

Bunların yanı sıra, terapistin, psikotik-düzey bir hastayla çalışırken, çalışma tarzı hakkında, hastanın duygusal dünyası açısından anlamlı gelecek nitelikte dışavurumcu bilgiler vermesi önemlidir. Daha üst düzeyde işlevselliği olan kişiler, çoğu kez terapi hakkında bilgilidirler ve terapiyle ilgili herhangi bir düzenleme mantıklı görünmediğinde bu düzenlemeyle ilgili olarak bilgi isterler. Örneğin, terapi ücretini ele alalım. Nevrotik hastalarla yapılan çalışmalarda, bu kişilerin paranın terapist veya kendileri için ne anlama geldiğine dair ne kadar çok fantazileri olursa olsun, terapistin yaptığı iş karşılığında niçin ücret aldığı konusuna girmek pek gerekli olmaz. Para konusu başlangıçtaki terapi anlaşmasının bir parçasıdır ve nispeten daha sağlıklı hastalar kendiliklerinin makul bir bakış açısına sahip olan yönleri aracılığıyla bu ilişkinin verilen hizmetler karşılığında bir ücret alınan bir ilişki olduğunu anlarlar.

Psikotik eğilimler taşıyan kişilerse, tersine, para alış-verişinin anlamı üzerine her türden gizli ve tuhaf fikirler üretebilirler; bu fikirler daha akılcı görüşlerle bir arada bulunan fantaziler şeklinde değil, kendi içlerinde kalan gizli kanaatler şeklinde görülür. Psikotik örgütlenme gösteren hastalarımdan biri, terapiye girdikten birkaç ay sonra, ona gerçekten yardım etmek istesey-

dim onu ücretsiz olarak göreceğime ve bunun dışındaki bir ilişki zemininin çürümüş bir zemin olduğuna inandığını söyledi. Terapide benimle işbirliği yapmasını şöyle açıklıyordu: Belki benim duygularımı yeterince etkileyebilirse onunla terapiyi yalnızca sevgi duygumdan dolayı yapacak ve böylelikle, sevilemez biri olduğu yönündeki derin inancını iyileştirebilecektim. Bu düşünme tarzı ortakyaşamsal meseleleri olan kişilerde sık sık görülür ve terapistin buna doğrudan müdahale etmesi gerekir. Bu düşünme tarzını nevrotik-düzey kişiyle olduğu gibi "analiz etmek" işe yaramayacaktır; çünkü buradaki inanç, hastanın dünyasıyla bağdaşan niteliktedir, çocuksu düşünce şekillerinin gömülü bir kalıntısı değildir.

Bundan dolayı, bu tür bir hasta terapiste ücret konusunu açarsa terapist şuna benzer bir şey söylemelidir: "Yaptığım iş karşılığında bir ücret alıyorum çünkü hayatımı böyle kazanıyorum, duygusal sorunları olan insanlara yardım ederek. Şunu da gördüm ki, bu aldığım ücretten daha düşük bir ücret aldığımda hastama gücenmeye başlıyorum. Gizliden gizliye gücendiğim birine tam anlamıyla yardımcı olabileceğime inanmıyorum." Böyle bir konuşma, bir yandan, dünyanın nasıl işlediği konusunda ve psikoterapinin esasen karşılıklı tabiatı hakkında yararlı bir eğitimdir ve bu eğitim ağır rahatsızlık yaşayan kişilerde görülen iç içe geçmiş ve tutsak edici ilişki anlayışlarına yönelik olarak düzeltici bir nitelik taşır; öte yandan da, duygusal açıdan dürüst bir konuşmadır ve dolayısıyla, hasta hâlâ ücretin gereksiz veya çok yüksek olduğunu düşünüyor olsa bile hastayı rahatlatacaktır.

Çoğu psikotik-düzey kişilerle benim tarzım bir hayli kendini açıcı bir nitelik taşır. Terapi esnasında ailesinden, geçmişinden, hatta görüşlerinden bahseden biri olarak bilinirim; terapideki kişinin benimleyken sıradan bir insan olarak rahat hissetmesini sağlayacak her şey dâhildir bahsettiğim konulara. Bu yaklaşım, üzerinde tartışmaların sürdüğü bir yaklaşımdır. Bunun bir nedeni, bazı terapistlerin kendilerini açma konusunda mizaçları gereği rahat olmamalarıdır. Diğer bir nedeni de, bunun bazı tehlikelerinin olmasıdır. Bu tehlikeler içinde, hiç de az olmayan biri, terapistin ortaya konulan kişiliğinin bazı yönlerinin hastada psikotik bir tepkiyi tetiklemesi olasılığıdır. Kendini açma konusunda nasıl bir yaklaşımın benimseneceğini belirleyen temel nokta, ortakyaşamsal örgütlenme gösteren kişiler ile daha bireyleşmiş kişiler arasındaki farktır. Psikotik hastalar öyle bir topyekûn, kapsayıp kuşatıcı bir aktarım gösterirler ki gerçekliğe ilişkin çarpıtmaları hakkında bir şeyler öğrenmeleri ancak gerçeklik önlerinde en tam renkleriyle boyandığında mümkün olabilir. Nevrotik hastalarsa inceden inceye seyreden ve bilinçdışı olan bir ak-

tarım gösterirler ve bu aktarım ancak terapist dikkatli davranarak kendisiyle ilgili hiç renk vermediğinde yüzeye çıkar.

Hastanın, güçlü, soğuk ve belki eziyet eden Öteki'nin ellerinde olduğu düşüncesinin doğurduğu dehşet duygusu o kadar büyüktür ki terapistin hastaya kendi kişiliğini açmasının getireceği yararlar bunun taşıdığı risklerden daha ağır basabilir. Ayrıca, terapistin kendisiyle ilgili olarak paylaştığı bir bilgi psikotik bir tepkiyi tetikleyecek olursa bunun niye böyle olduğu üzerinde hastayla birlikte çalışılabilir. Öte yandan, terapistin kendisini hiç açmamasının da tetiklediği başka durumlar vardır. Aslında, ağır rahatsızlıkları olan kişilerle yapılan çalışmalarda arada bir oldukça kötü durumlarla karşılaşmak kaçınılmazdır ve bunlar "doğru" teknikler uygulanarak önlenemezler. Bir keresinde genç bir paranoid hastamın benim onu öldürme niyeti taşıdığıma ilişkin tam bir hezeyana girmesine yol açmıştım; hezeyanı tetikleyen şey dalgınlıkla onun yanında elimdeki bir kâğıtla duvardaki bir böceğe vurmam oldu: "Sen yaşayan bir varlığı öldürdün!"

Psikotik yelpaze içinde bulunan bir hastayı tedavi ederken, terapistin, hastaya duyduğu temel insani ilgiyi ve dolayısıyla güvenilir biri olduğunu gösterebileceği başka bir yol da, terapistin, hastaya, nispeten daha sağlıklı kişilerle psikoterapide gerekli olabilecek olandan daha fazla şekilde, spesifik ve sorun-çözücü yollarla yardım etmek için çabalarını genişletmesidir. Bu bağlamda, Karon ve VandenBos (1981), uykusuzluğun üstesinden gelmek için hastaya uygulayabileceği tavsiyelerde bulunmanın değerini tartışmışlardır. Terapistin güvenilirliğini gösterebileceği başka bir yol ise, belirli konularda hastanın tarafında yer almasıdır. Örneğin, "Bence kız kardeşinin cenazesine gitmen önemli. Bunun kolay olmayacağını biliyorum, ama gitmezsen korkarım hep kendini hatalı bulacaksın ve bu cenazeye gitme şansın da kalmamış olacak. Cenaze sonrasında yaşayabileceğin sıkıntılarla başa çıkmanda yardımcı olmak için burada bulunacağım." Nispeten daha sağlıklı kişilerle çalışırken genellikle yönlendirme yapmak söz konusu değildir; çünkü bu dolaylı olarak, psikolojik özerkliği olan birini bebeksi hâle getirmek demektir.

Kendini açmanın ve tavsiyede bulunmanın, destekleyici terapinin, bu terapi yaklaşımını "geri çevrilemez" bir kulvara sokan öğeleri olduğunu belirtmeliyim. Terapist hastanın sağlıklılık düzeyini olduğundan daha kötü bir düzeyde değerlendirip yanlış şekilde tanılandırmış ve buna göre kendini açmayı içeren bir tedavi kulvarına girmişse, hasta karşısında tekrar görünmez olabileceği bir konuma geri çekilemez. İlk konan tanı aşırı iyimser olduğunda, terapi açığa-çıkarıcı bir tarzdan (nevrotik kişilere uygun) daha dışavu-

rumcu bir tarza (sınırdurum kişilere uygun), ya da dışavurumcu bir tarzdan daha destekleyici bir tarza (psikotik kişilere uygun) doğru kayabilir. Genel olarak, terapist nispeten daha "gerçek" biri hâline geldikçe aktarımı analiz etme olasılığı geri getirilemez şekilde yitirilir.

Okuyucu şu ana kadar, psikotik-düzey kişilerle çalışırken, terapistin terapide neler olup biteceğini, daha üst düzey işlevselliği olan hastalarla çalışırkenkinden, çok daha fazla belirleyici bir tutum takınarak (ama otoriter bir tutuma kaymadan) ilişki kurması gerektiğini görmüştür. Terapist, bu danışanlarla çalışırken, insani düzeyde eşit ama bir meslek uzmanı gibi davranarak, korkmuş hâldeki danışanların daha güven içinde hissetmelerini sağlar. Doğal olarak, terapistin belirleyici bir tutum takınacağı konular terapistin kendini tamamen emin ve yeterli hissettiği konular olmalıdır. Sonunda, tedavide yol kat ettikçe, ağır rahatsızlıkları olan kişiler bile, terapistle ilişki içinde, bir görüş farklılığını dile getirebilmeye yetecek derecede bir güvenlik duygusunu geliştireceklerdir. Terapist de bu aşamada gerçek bir psikolojik bağımsızlığa doğru seyreden bir gelişimi başlatmış olmanın gururunu yaşayabilir.

Destekleyici Teknik: Hastayı Eğitmek

Destekleyici terapinin üzerinde durmak istediğim, ilkiyle ilişkili olan ikinci bir yönü, terapistin *eğitsel rolü*dür. Psikotik yelpazede bulunan kişilerin büyük bilişsel kafa karışıklığı yaşadıkları alanlar vardır; bunlar özellikle duygular ve fantazilerle ilgilidir. Şizofrenideki aile dinamiklerini inceleyen araştırmacıların bulguları doğruysa (Singer & Wynne, 1965a, 1965b; Mischler & Waxler, 1968; Bateson ve diğ., 1969; Lidz, 1973); bu danışanlar insanı şaşırtan ve ne yapacağını bilemez hâle getiren bir duygusal dilin kullanıldığı sistemler içinde büyümüşlerdir. Bu ailelerde, aile üyeleri nefret dolu şekillerde davranırken sevgiden bahsetmiş olabilirler, ya da hastanın duygularını farkında olmadan çarpıtırken bu duyguları temsil edici sözler söylediklerini iddia etmiş olabilirler, vb. Bu yüzden, psikoza-yatkın kişiler çoğu kez duygularla ilgili doğrudan bir eğitime ihtiyaç duyarlar. Böyle bir eğitim, duyguların ne tür yaşantılar olduklarını, ne şekillerde yaşandıklarında doğal tepkiler olduklarını, davranışlardan nasıl farklılık gösterdiklerini, insanların duyguları fantazilerin içine nasıl kattıklarını ve psikotik-düzeyde örgütlenmiş kişinin kendi karmaşık dramını oluşturduğuna inandığı endişelerin ne kadar evrensel olduğunu ortaya koymayı içerecektir.

Eğitsel rolün bir öğesi normalleştirmedir. Terapistin etkin bir şekilde, danışanını yaşadığı tüm endişeleri dile getirmeye davet etmesi ve bu endişele-

ri duygusal tepkiler veren bir insanoğlu olmanın getirdiği doğal hâller olarak yeniden adlandırması, ortakyaşamsal düzeyde saplanmış bir insana yardım etmeye yönelik çalışmalarda oldukça önemlidir. Örneğin, hastalarımdan biri, ben odadaki bir pencereyi açarken bacaklarımı beğendiğini fark edince aşırı huzursuz oldu; bunun kendisinin bir lezbiyen olduğu anlamına geldiğinden kaygılandı. Nispeten daha sağlıklı bir kişiyle çalışırken hastamı bu düşünce zinciri üzerinde çağrışım yapmaya teşvik ederdim; böyle yapmayı tercih etmemin ardındaki varsayım da cinsel yönelimle ilgili kaygısının dayanılabilir olduğu ve kendiliğinin reddedilmiş yönleri hakkında ilginç keşiflere yol açacağı olurdu. Ancak yukarıda bahsettiğim manik-depresif hastama, içten bir şekilde, sözlerini bir iltifat olarak hissettiğimi söyledim; çünkü sanki onun beni çekici bulması olasılığından dolayı dehşete kapılacağımı beklemekteymiş gibi korkmuş görünüyordu. Sonra da, herkesin her iki cinsten kişilere yönelik bazı cinsel duygular taşıyabileceğini, ama tarihçesi çerçevesinde değerlendirebildiğim kadarıyla onun temelde bir lezbiyen olmadığını ve böyle bir duyguyu kendisinde fark etmiş olmasının, başkalarıyla onun arasında gösterebileceği tek farkın, bazı kişilerin bu tip algılamaları otomatik olarak bilinçdışında tutmaktaki becerileri olduğunu söyledim. Yaşamakta olduğu kaygıyı, içsel dünyasına ve duyguları arasındaki ince ayrımlara ilişkin, çoğu insana göre daha fazla olan duyarlılığının örneklerinden biri olduğu şeklinde yeniden nitelendirdim. ve onunla ilişkimdeki rolümün, birçok insanın farkındalıkları dışında tutmaya çalıştıkları evrensel insan psikolojisinin çeşitli yönleriyle çoğu zaman temas hâlinde olduğu gerçeğini yadırgamaması için ona yardım etmeye çalışmamı içerdiğini tekrarladım.

Bu çabalarında terapist bugüne kadar ulaşılmış psikanalitik bilginin sağladığı birikimden yararlanır ve terapistlerin insan psikoloji hakkında öğrendiklerini hastasıyla ilişkisine genelleyerek uygular. Psikoza ilişkin ilk kavramlarda psikozun, nevrotik kişilerin aşırı savunmacılıklarının tersine bir savunmasızlık durumu olarak ele alınması, teknikteki bu farkın geliştirilmesine katkıda bulundu. (Bugün psikotik-düzey kişileri de savunmaları olan kişiler olarak görüyoruz; ne var ki, bu savunmalar, danışanı korkularını azaltmakta kullandığı elindeki birkaç yoldan da yoksun bırakmadan analiz edilemeyecek nitelikte olan hayli ilkel savunmalardır.) Psikoza eğilimli kişiler birincil süreç malzemesiyle karşılaştıklarında travmatik derecede aşırı uyarılırlar ve bu malzemeden duydukları rahatsızlığı ancak onu normalleştirerek azaltabilirler.

Buna şöyle bir örnek verilebilirim: Babasının ölümüne gösterdiği psikotik tepki nedeniyle kısa bir süre tedavisini yürüttüğüm genç bir adam, ba-

zen babası *hâline geldiğine* inandığını belirtmişti; sanki bu kişinin kendiliği ölmüş ve babası onun bedenini devralmıştı. Canavarların onu takip ettiği, babasına dönüştüğü ve onu öldürmeye çalıştığı türden tekrarlanan rüyalar görüyordu; hayattayken zor ve cezalandırıcı bir ebeveyn olmuş olan bu ölü adamın mezarındayken, onun bedenini işgal edebileceği ihtimalinden gerçekten dehşete düşecek derecede korkuyordu. Böyle bir ihtimale ilişkin inancının, insanların bir yakınlarını kaybettikten sonra yaşadıkları her zaman bilinçli olmasa da doğal olan bir fantazi olduğu konusunda onu temin ettim; yas dönemi geçtikçe bu duygunun da yok olmasını bekleyebileceğini söyledim ve babasının onun bedenine yerleştiği inancının bir ebeveyn kaybına verilebilecek birçok doğal tepkiyi dile getirdiğini açıkladım. Bunları şöyle sıralayabiliriz: İlk olarak, babasının ölmüş olduğunu inkâr ettiğini gösteriyordu; bu da yas tutmanın normal bir dönemidir. İkinci olarak, kendisinin sağ kalmış olmasına bağlı suçluluk duygusunu dile getiriyordu; bu suçluluk duygusuyla babası değil de kendisinin ölmüş olduğu fantazisiyle başa çıkıyordu. Üçüncü olarak, kaygıyı azaltmaya yönelik bir girişimdi; babası onun bedeninin içindeyse, babası ölmüşken kendisinin hayatta kalarak işlediği günahtan dolayı babası başka bir yerlerde onu öldürme plânları yapmıyor demekti.

Terapistin etkin çabasını gerektiren bu tarz eğitsel bir yaklaşım psikotik kaygı yaşayan bir kişinin duygusal dengesi açısından son derece önemlidir, çünkü hastanın delirebileceğine ilişkin büyük korkusunu yatıştırır. Ayrıca, danışanı daha zengin bir psikolojik dünyaya dâhil eder ve dolaylı şekilde onu herkesin benzer sorunlarla boğuştuğu "insan ırkına katılmaya" davet etmiş olur. Psikotik-ortakyaşamsal kişilik yapısı olan çoğu insan, erken çocukluklarından itibaren hasta rolüne yerleştirilmişlerdir; bu, ilk önce aileleri tarafından, daha sonra da onları tuhaf insanlar olarak tanımlayan başka sosyal sistemler tarafından yapılmıştır. Bunun sonucunda, bu kişiler tedaviye akıl sağlıklarıyla ilgili olarak terapistin de benzer şekilde tepki vereceğini bekleyerek gelirler. Tedavide hastaya yönelik damgalayıcılıktan uzak, hastayı kucaklayıcı müdahaleler hastayı rahatlatıcı ve iyileştirici bir nitelik taşır ve kendini doğrulayan bir etkiye sahiptir. Hastayla yapılan eğitsel konuşmalarda, terapistin genel beklentisinin, hastayı her zaman tamamen doğru şekilde anlamaktan çok, terapi ilerledikçe artan düzeylerde anlayacağı yönünde olduğunun iletilmesi önemlidir. Terapide hastayı mükemmel düzeyde anlamak söz konusu olmadığından, terapistin, terapi esnasındaki belirleyici tutumunu, verdiği açıklamaların "en iyi tahmin" veya "kesin olmayan bir görüş" olduğu şeklinde bazı nitelemelerle yumuşatması da önemlidir.

Bu müdahale tarzı, ilk kez, ilkel endişelerini gerileme korkularıyla bir arada yaşayan çocuklar için geliştirilmiştir (Bornstein, 1949) ve çeşitli araştırmacılar tarafından "yukarı doğru yeniden kurgulama" (R. M. Loewenstein, 1951; Greenson, 1967), "yukarı doğru yorumlama" (Horner, 1990) ve basitçe "yukarı-yorumlama" şekillerinde adlandırılmıştır. Bu ifadeler, nevrotik-düzey hastalara yararlı olan yorumlama türüyle bir zıtlık belirtmektedir; nevrotik-düzey hastalarda "yüzeyden derine doğru" (Fenichel, 1945) ve bilinçli kavrayışa en yakın durumdaki savunma hangisiyse bu ele alınarak çalışılır. "Yukarı-yorumlama"da ise terapist doğrudan derinliklerde neler olduğunu tespit eder, bunların içeriklerini adlandırır ve bu malzemenin hastanın hayat deneyimleri sonucunda niçin farkındalığının dışında tutulur halde kaldığını açıklar. İlginçtir ki, teknikle ilgili kitaplarda aşırı ürkmüş hastalarla yapılan psikodinamik çalışmaların bu temel yönü üzerinde nadiren durulmuştur.

Destekleyici Teknik: Rahatsızlıkları Spesifik Streslere Bağlamak

Bu düşünce çizgisi destekleyici terapiyle ilgili üçüncü bir ilkeye götürür bizi; yani, *savunmaları değil duyguları ve hayatın getirdiği stresleri yorumlama* ilkesine. Örneğin: Ağır rahatsızlıkları olan kişilerle çalışan terapistler hasta kızgın olduğunda sık sık uzun paranoid tiratlar dinlemek zorunda kalırlar. Psikotik düzeydeki korku ve nefret yaşantısını tetiklemiş ve hastayı böyle bir tirada itmiş olan kızdırıcı bir durum söz konusu olduğunda, danışanın yansıtmalı savunmasını yorumlamaya çalışmak veya danışanın çarpıtmalarını terapistin gerçeklik görüşüyle karşılaştırmak terapiste çekici gelebilir; ancak bu stratejiler büyük ihtimalle hastayı terapistin hastaya eziyet edenlerle gizlice işbirliği yapmakta olduğu yönünde endişelendirecektir. Öte yandan, dağınık haldeki bir psikotik patlamayı sadece izlemenin de pek bir terapötik yönü yoktur. Peki o zaman, terapistin ne yapması gereklidir?

İlk önce, terapist, hasta bir soluk almak için duraklayasıya kadar bekler. Uzunca bir süre beklemek, yeterli olmayabilecek bir süre beklemekten daha iyidir; bu bekleme, seansın büyük bir bölümünde sessizce oturma ve anlayışla başını sallama şeklinde olabilir. Terapist hastayı böyle beklerken, hastanın en azından artık duygularını sansüre uğramamış şekilde dile getirecek derecede terapiste güvendiğini kendine hatırlatır. İkinci olarak, terapist, şuna benzer bir yorum yapar: "Genelde olduğundan daha kızgın görünüyorsun bugün". Bu yorumda hastanın kızgınlığının içeriğinde delice olan bir şey bulunduğu iması yoktur. Son olarak da, terapist, hastaya bu duygu yoğunluğunu tetikleyen şeyin ne olduğunu bulmasında yardımcı olmaya çalışır. Çoğu

kez, hastanın sıkıntısının gerçek kaynağı, üzerinde hararetle konuştuğu konuyla ancak sınırlı düzeyde bağlantılıdır; genellikle, gerçek kaynak, hastanın hayatıyla ilgili ve bir ayrılığı içeren bazı koşullarla bağlantılıdır. Bunlar, hastanın çocuğunun anaokuluna başlaması veya erkek kardeşinin nişanlandığını bildirmesi veya terapistin tatil plânlarından bahsetmesi olabilir. Bu durumda terapist ayrılıkların insanın düzenini ne kadar bozucu ve zorlayıcı olabileceğiyle ilgili olarak hastaya empati gösterir.

Bu süreç esnasında terapist bazen hastanın çarpıtmalarını onaylar gibi göründüğü tuhaf bir rolü taşıyabilmeli ve hatta, en çarpıcı şekilde Robert Lindner'in (1955) "Jet-Motorlu Divan" adlı eğlendirici makalesinde dile getirdiği gibi, arada bir hastanın bakış açısını açıkça kabul etmelidir. Kimi zaman, ancak bu şekilde terapist hastaya katıldığında hasta yeterli düzeyde anlaşıldığını hissedecek ve bir sonraki yorumu kabul edebilecektir (krş. Federn, 1952). Spotnitz'in "Modern Psikanaliz" okulu (örn., Spotnitz, 1976) bu terapi tarzını tam bir sanat hâline getirmiştir. Başlangıçta "dirence katılma" olarak veya "paradigmatik psikanaliz" (Coleman & Nelson, 1957) uygulaması olarak görülmüş olan bu yaklaşım, daha sonraları ortaya çıkan ve bazı aile sistemleri terapistlerinin kullandığı "paradoksal müdahale" teknikleriyle birçok ortak yöne sahiptir. Hastanın kurgularına katılma göründüğü kadar yanlış bir şey değildir; çünkü en paranoid kurgularda bile her zaman bir gerçeklik payı vardır.

Hastanın yanlış kurgularına bunları daha sonra incelemeye hizmet edecek şekilde katılmaya verilebilecek örnekler aşağıdakilere benzer yaklaşımları içerir: Bir kadın hasta büyük bir öfkeyle terapistinin odasına girer ve terapistini kendisini öldürmeye yönelik bir plânın içinde yer almakla suçlar. Hastayla böyle bir plânın olup olmadığı tartışmasına girmek veya hastanın kendi öldürme arzularını yansıttığını belirtmek yerine terapist "Çok üzgünüm! Böyle bir plânla bir bağlantım olmuşsa, bundan haberim yoktu. Neler oluyor?" der. Başka bir danışan, seans esnasında üzüntü dolu bir sessizliğe bürünür ve biraz üstelenince Orta Doğu'daki kıyımlardan kendisinin sorumlu olduğunu itiraf eder. Terapist "Bu suçluluk yükünü taşımak çok ağır olmalı. Kendinizi ne şekillerde sorumlu görüyorsunuz?" şeklinde cevap verir. Veya bir hasta, terapistin arkadaşı olan koğuş hemşiresinin kendisini zehirlemeye çalıştığı sırrını açar. Terapist şunu söyler: "Bu çok kötü. Sizi öldürmeyi deneyecek derecede size kızmış olmasını neye bağlıyorsunuz?"

Şuna dikkat edin: Tüm bu örneklerde, terapist, hastanın olaylara ilişkin yorumlarına katıldığı yönünde bir görüş belirtmez; ancak hastanın yaşadığı sıkıntıyı, hastanın bu olayları kendisinden uzak tutmak için harcadığı ça-

baya da yüklemez. Ve en önemlisi, terapist hastayı konuyu daha çok tartışmaya davet eder. Genellikle, danışan yeterince içini döküp rahatladıktan sonra, neler olup bitmekte olduğuna ilişkin daha gerçekçi bir kavrayış yavaş yavaş paranoid çarpıtmaların yerini alacaktır. Bazen terapist yumuşak bir şekilde hastanın algılamalarının alternatif açıklamalarının neler olabileceğini sorarak bu sürece yardımcı olabilir; *ama bunu danışanın içini dökmesine imkan tanıdıktan sonra yapmalıdır*. Çoğu kez, seansın sonunda hasta gerçeklik yönelimini tekrar kazanmıştır ve seansı iyimser bir duyguyla bitirir.

Bu noktaya kadar okuyucu, psikotik-düzey kişilerle psikanalitik çalışmanın nevrotik bireylerle terapi çalışmasından ne kadar farklı olduğunu muhtemelen iyice görmüştür. Her terapist bu tür bir çalışmayı rahat bir şekilde yapabilmesine imkan verecek mizaçta değildir. Bu tür bir çalışmanın gerçekleştirilmesinde, birçok terapistin kişiliğine yabancı gelecek bir düzeyde karşı-fobi ve tümgüçlülük nitelikleri yardımcı ve kolaylaştırıcı niteliklerdir; böyle nitelikleri olmayan terapistlerin ruh sağlığı hizmetlerinin başka alanlarında çalışmaları daha uygun olabilir. Bir terapistin eğitim sürecindeki en önemli şeylerden biri, hangi tür kişilerle terapi yapmayı sevdiğini ve tedavide başarılı olduğunu ve hangi tür kişileri başka terapistlere göndermesi gerektiğini öğrenmesidir.

Psikotik veya psikotik olma ihtimali taşıyan kişilerle yapılan destekleyici terapinin nispeten daha sağlıklı danışanlarla yapılan terapiye göre farklı amaçları vardır ve terapiste de farklı mesleki doyumlar sağlar. Maliyeti sınırlandırma adına destekleyici terapiye karşı bazı önyargılar olsa da (bunları, kanser hastalarının aspirin kullanmaları gerektiğini ileri süren görüşe benzer yaklaşımlar olarak görüyorum), psikotik kişilerle psikoterapi sonuç vericidir ve danışan tarafından da minnetle karşılanır (bkz., örn., A Recovering Patient, 1986). Ağır rahatsızlık gösteren kişilerle yapılan terapi hayat kurtarıcı olabilir. Bu kişilerin terapisinde uzmanlaşan terapistlerin sayısı, nispeten daha sağlıklı kişilerin tedavisinde uzmanlaşanlara göre çok daha azdır. Bu terapi türü terapisti zihinsel ve duygusal açıdan canlı tutar, besler ve terapistin yaratıcılığını geliştirir. Ancak aynı zamanda da, terapistin zihnini karıştırıcı, duygularını tüketici, cesaretini kırıcı olabilir ve kaçınılmaz olarak terapisti önemli dönüşümleri gerçekleştirebilme kapasitesinin sınırlarıyla yüzleştirir.

SINIRDURUM HASTALARLA PSİKANALİTİK TERAPİ

Sınırdurum terimi birbirinden önemli farklılıklar gösteren çok çeşitli durumları kapsar. Sınırdurum karakter yapısı gösteren depresif bir hasta, yine sınır-

durum karakter yapısı gösteren narsisistik veya histerik veya paranoid bir hastadan oldukça farklıdır. Ayrıca, sınırdurum kategorisi içinde ciddiyetine göre oldukça geniş bir dağılım vardır; bu yelpazenin bir tarafı nevrozlara diğer tarafı psikozlara doğru uzanır (Grinker ve diğ., 1968) –bu yelpaze alanı sınırdurum olguları patoloji hattında konumlandırmak için verilmiştir. Şu bize şaşırtıcı gelmeyecektir: Kişinin psikolojisi yelpazede nevrotik tarafa ne kadar yakınsa, "açığa-çıkarıcı" niteliği öne çıkan türdeki bir tedaviye daha olumlu şekilde cevap verecektir. Öte yandan, yelpazede psikoz tarafına yakın danışanlar destekleyici niteliği öne çıkan tarzdaki bir tedaviye daha iyi cevap vereceklerdir. İnsanlar tek boyutlu canlılar değildirler; her nevrotik-düzey insanın bazı sınırdurum eğilimleri ve her sınırdurum insanın da bazı nevrotik-düzey eğilimleri vardır. Ancak genel olarak, sınırdurum düzeyinde kişilik örgütlenmesi gösteren kişiler için tercih edilecek tedavi tipi *dışavurumcu psikoterapi*dir.

Sınırdurum yapısı gösteren kişilerde terapinin amacı danışanda, bütünleşmiş, kişiye destek sağlayıcı nitelik taşıyan, çok boyutlu olan ve olumlu değerlendirilen bir kendilik duygusunun gelişmesidir. Bu sürecin yanı sıra, başkalarını, onların kusurlarına ve çelişkilerine rağmen benimseyerek sevme kapasitesinin gelişimi de yer alır. Terapistleri özellikle tedavinin erken dönemlerinde karşı karşıya bıraktıkları zorluklara rağmen, sınırdurum kişilerin, kaprisli bir tepkisellikten, algılamalarına, duygularına ve değerlerine kararlı şekilde güvenmeye ve dayanmaya doğru derece derece bir ilerleme sağlamaları mümkündür.

Sınırdurum kişilik yapısının kökenleri konusunda farklı görüşleri olan teorisyenler sınırdurum kişilik yapısının tedavisinin farklı yönleri üzerinde durmuşlardır (örn., Balint, 1968; Kernberg, 1975; Masterson, 1976; G. Adler & Buie, 1979; Giovacchini & Boyer, 1982; Pine, 1985; G. Blanck & R. Blanck, 1986; Searles, 1986; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987; Meissner, 1988), ve psikanalitik terapi üzerine genel çerçevede yazılmış kitaplarda ve makalelerde, psikotik olmasa da ağır sorunları olan kişilerle terapi çalışması yapabilmek için gerekli olan özel teknik koşullardan belli bir düzeyde bahsedilmiştir genellikle (örn., Eissler, 1953; Stone, 1954). Sınırdurum danışanlarla kullanılacak teknikler üzerine olan literatürde bulunan birbirinden farklı görüşlerin çokluğu, tüm görüş farklılıklarının birkaç paragrafta ele alınmasını imkânsız kılmaktadır. Burada, psikanalizle yeni tanışmış kişilerin kavramakta zorlanmayacakları ve genel olarak kabul edilmiş birkaç tedavi ilkesini belirteceğim.

Dışavurumcu Teknik: Sınırları Korumak

Dışavurumcu terapinin hem destekleyici hem de açığa-çıkarıcı tedavilerle birçok ortak yönü vardır: Hasta zihnine gelen her şeyi dile getirmeye teşvik edilir; terapist dile getirilenlere hastanın bir anlam vermesine yardımcı olma görevini üstlenir; her iki taraf da, değişimin ve büyümenin, içgörülü bir öğrenme ile iyileştirici bir kişisel ilişki kurulması süreçlerinin birleşimi sayesinde gerçekleşeceğini bekler. Ancak bu benzerlikler dışında, tedaviler arasında önemli farklılıklar vardır. Bu farklılıkların çoğunun kökeninde şu gerçek bulunur: Sınırdurum kişinin, durumu gereği, olayları ve kişileri terapistin gördüğü gibi gören bir bütünleşmiş gözlemleyen egosu yoktur. Bunun yerine, sınırdurum kişi, farklı ego durumları arasında kaotik şekilde bir durumdan ötekine sürekli bir kaymaya maruz kalır ve bu kaymaları yaşarken ayrı nitelikler taşıyan tutumları bir araya getirme kapasitesine de sahip değildir.

Sınırdurum hastaların psikotik düzeyde örgütlenme gösteren kişilere göre başkalarına güvenme kapasitelerinin daha fazla olmasına rağmen –bu kapasitelerinden dolayı sınırdurum hastalar görüşme odasında güvenlik içinde olduklarını terapistin sürekli olarak göstermesini talep etmezler– nevrotik bir danışanın terapistle karşılaştığı ilk dakikalarda hissedebileceği türde bir terapötik ittifakı geliştirmeleri birçok yıllarını alabilir. Psikotik kişi klinisyenle psikolojik olarak iç içe geçme eğilimi ve nevrotik kişi belirgin ayrı bir kimliği koruma eğilimi gösterir; sınırdurum kişi ise, –hem kendini hem de başkalarını şaşırtacak şekilde– ortakyaşamsal bağlanma ile düşmanca ve yalıtılmış bir ayrılık hâli arasında gidip gelir. (Bu iki durum da rahatsız edicidir: İlki yutulma ikincisi terk edilme duygusunu doğurur.)

Bu ego durumu istikrarsızlığını göz önünde bulundurarak şunu söyleyebiliriz: Sınırdurum hastalarla tedavinin önemli bir boyutu *terapinin tutarlı koşullarının kurulması*dır; bu tutarlı koşulları, Robert Langs (1973) terapötik çerçeve olarak adlandırmıştır. Terapötik çerçeve, terapide, sadece zaman ve ücretle ilgili konuları değil, aynı zamanda, ilişkinin sınırlarıyla ilgili olarak diğer danışanlarla gündeme nadiren gelen birçok başka kararı içerebilir. Sınırdurum hastayla çalışan terapist sıkça şu sorularla dile getirilen meselelerle karşılaşabilir: "Sizi ev telefonunuzdan arayabilir miyim?", "İntihar etme duygusuna kapılırsam ne yapacağım?", "Her hangi bir nedenden dolayı aramızdaki gizlilik ilkesini bozmanız söz konusu mu?", "Bir seansı o seansın ücretini ödememi gerektirmeyecek şekilde en geç ne zaman iptal edebilirim?", "Bekleme salonunuzda uyuyabilir miyim?", "Öğretmenime sınava giremeyecek derecede stres içinde olduğumu bir yazıyla belirtebilir misiniz?"

Bu meselelerin bazıları bir soru olarak dile getirilir; bazıları da, danışan tarafından ilişkinin sınırlarının nereye kadar esneyebileceği test edilirken eylemle canlandırılmış halde ortaya çıkar (örn., terapist danışanı bekleme salonunda uyurken bulur). Sınırdurum yelpazesindeki kişilerle çalışırken ilişki sınırı meseleleriyle ilgili olarak gündeme gelebilecek çok sayıda konu vardır. Terapistin bilmesi gereken önemli nokta, *hangi* koşulların belirlenmesi gerektiğinden ziyade (bunlar hastanın kişiliğine ve terapistin tercihlerine göre değişebilir) *bunların* belirlenmesinin, devamlı şekilde gözlemlenmesinin ve hasta bunlara saygı gösteremezse bunların belirli yaptırımlarla uygulanmasının ne kadar kritik olduğudur.[4]

Sınırdurum-düzey danışanlar terapistin sınırlarına çoğu kez öfkeyle tepki göstereceklerdir; ama yine de şu iki terapötik mesajı danışanlar alacaklardır: (1) terapist hastayı bir yetişkin olarak görmektedir ve hastanın engellenmeye tahammül yeteneğine güven duymaktadır. (2) terapist suistimal edilmeyi reddetmektedir ve dolayısıyla ortaya bir özsaygı modeli koymaktadır. Genellikle, sınırdurum yelpazesindeki kişilerin tarihçeleri bu kişilerin birbirine zıt mesajlara oldukça çok maruz kaldıklarının kanıtlarını gösterir; bu kişiler, gerileme içine girdiklerinde istekleri karşılanmış, öte yandan yaşlarına uygun beklentileri olduğunda ise bunlar çoğunlukla görmezden gelinmiştir. Ayrıca, suistimal edilebilir oldukları düşünülmüş ve onların da başkalarını suistimal etmelerine izin verilmiştir.

Sınırdurum hastaların tedavisinde yeni olan terapistler çoğu kez terapinin tüm ön koşullarının ne zaman tam olarak kurulmuş, bir çalışma ittifakının yaratılmış ve gerçek terapinin başlamış olacağını merak ederler. Tecrübeli terapistin buna cevabı tedavinin koşullarıyla ilgili tüm çalışmaların *terapinin kendisi* olduğudur. Bir kez nevrotik tipte ittifak sağlandıktan sonra hasta, sorunlarının tanımı gereği, gelişimsel açıdan çok büyük bir adım atmış olacaktır. Genelde zeki, yetenekli, kendini dile getirme becerisi gelişmiş ve terapistin doğal olarak başka konulara geçmeyi istediği kişilerle sınır meseleleri üzerine bu kadar çok zaman harcamak can sıkıcıdır. Eğitimimize başladığımızda psikanalitik tedaviyi nelerin oluşturduğuna ilişkin olarak kafamızda canlandırdıklarımız, sınırlarla böyle uğraşmayı neredeyse hiç içermez. Bu yüzden, ilk sınırdurum danışanlarıyla çalışan terapistler yetkinlikleri hakkında sık sık şüpheye kapılma sıkıntısı yaşayabilirler.

4 Bunun kulağa çok sert gelmemesi için şunu vurgulamak isterim: Terapist ne kadar yetenekli olursa olsun, çoğu sınırdurum danışanlar terapide sınırları zorlayacak şekillerde davranacaklardır. Ayrılma-bireyleşme meseleleri yaşayan bir insan için her türlü kaprisinin kabul edilmesi rahatsızlık vericidir; tıpkı ebeveynlerinin ergenin sorumlu davranışlar göstermesi için ısrarcı olmamasının ergen için rahatsızlık verici olması gibi.

Sınırdurum-düzey hastalarla terapi koşullarının belirtmem gereken bir başka yönü de, nevroz tarafına daha yakın bazı kişilerle yapılan çalışmalar hariç, terapide yüz yüze çalışmanın hem terapist hem de danışan için genellikle daha iyi olduğudur. Sınırdurum hastalar aşırı düzeyde aktarımlara, psikoza yatkınlık gösteren kişiler kadar girmezler; ancak bu hastalar, terapistin, hastanın olaylara ilişkin algılamalarının dışında kalan yaklaşımıyla, hasta için daha fazla belirsizlik yaratması olmadan da, zaten yüksek düzeyde bir aktarım içindedirler. Ayrıca, yine, sınırdurum danışanların yaşantısının oldukça yoğun olmasından dolayı, ancak olağandışı bazı durumlar (geçici intihar etme eğilimi veya bağımlı olunan bir maddenin bırakılması döneminde artan destek ihtiyacı gibi durumlar) bu hastaların klâsik psikanalizde olduğu gibi haftada üç kereden fazla gelmelerini gerektirecektir.

Dışavurumcu Teknik: Karşıt Duygu Durumlarını Seslendirmek

Sınırdurum danışanlarla çalışırken dikkat edilmesi gereken ikinci bir nokta yorumların dile gelme şeklidir. Önce şunu belirtmeliyim: Terapist nevrotik hastalarla çalışırken, hastanın dikkatini bir konuya çekmek üzere yapılacak yorumlar seyrek olarak yapılmalıdır ("az olan çoktur"), ve terapist yorumları içerik açısından özlü, duygusal açıdan etkili olacak şekilde yapmalıdır (Fenichel, 1941; Colby, 1951; Hammer, 1968). Çoğu kez, terapist, belli bir çatışmanın altında yatan noktaları yorumlar; hasta bu çatışmanın taşıdığı duyguların sadece bir alanının farkındadır. Örneğin, nevrotik yelpazede bulunan bir kadın danışan, bir tür rekabet içinde olduğu bir arkadaşından oldukça olumlu şekilde bahsediyor olabilir ve bunu yaşıyor olabileceği herhangi bir olumsuz duygulanımdan habersiz olduğu izlenimini verecek şekilde yapabilir. Bu durumda, terapist, "Ama onu öldürmeyi de isterdiniz" anlamına gelecek bir şey söyleyebilir. Veya bir erkek danışan, ne kadar bağımsız ve özgür ruhlu biri olduğu üzerine süre giden bir serbest çağrışım içinde olabilir; terapist "Ama yine de hep benim sizin hakkınızda ne düşündüğüm endişesini yaşıyorsunuz" yorumunu yapabilir.

Bu vakalarda bahsedilen nevrotik danışanlar, öznel yaşantılarının içerdiği ancak bilinç alanlarının dışında tutmakta oldukları bir yönü terapistin açığa çıkardığını bileceklerdir. Danışanlar, klinisyenin, indirgemeci bir yaklaşımı olmadığını ve danışan tarafından reddedilmiş tutumun danışanın *gerçek* duygusu olduğu ve danışanın önceki bilinçli düşüncelerinin yanılsamalı olduğu iddialarında bulunmadığını görebildikleri için, yorum sonucunda farkındalıklarının genişlediğini hissederler. Biraz yaralanmışlarsa da anlaşıldıkları

duygusu içindedirler. Ancak benzer şekilde yorumların verildiği sınırdurum danışanları eleştirildiklerini ve küçük düştüklerini hissedeceklerdir; çünkü yorum başka bir şekilde dile getirilmediğinde sınırdurum danışanların alacakları esas mesaj şu olacaktır: "*Gerçekten* ne hissettiğiniz konusunda tamamen hatalısınız." Sınırdurum danışanlarda görülen bu yanlış anlama, çift-değerlilik ve belirsizlik yaşantılarına tahammül edebilen çok boyutlu bir kimlik içinde bulunmaktan ziyade, farklı ego durumlarından ya birinde ya da diğerinde bulunma eğilimlerinden kaynaklanır.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, terapiye yeni başlamış terapistlerin, dikkat ve özen içeren bir kavrayışı dile getirdiklerini düşünmeleri ancak sınırdurum kişinin sanki ona saldırılmış gibi bir tepki vermesiyle karşılaşmaları sıkça görülen bir durumdur. Bu sorunun üstesinden gelmenin bir yolu, sınırdurum kişide bir yorumu kendilik hakkında *ek* bilgi olarak işlemden geçirecek bir gözlemleyen egonun bulunmadığını ve dolayısıyla, bu ego işlevini yorumun içinde sağlaması gerektiğini terapistin kendine hatırlatmasıdır. Bu yüzden, sınırdurum bir danışanla çalışırken terapist şöyle bir yorum yaparsa empatik olarak duyulma ihtimali daha yüksek olacaktır: "Mary'nin sizin için ne kadar önemli olduğunu görebiliyorum. Yine de, acaba, sizinle belli konularda bir rekabet içinde olmasından dolayı ondan kurtulmayı istiyor olabilecek bir yönünüzün de bulunması mümkün mü? –elbette ki bu eyleme geçirmeyeceğiniz bir yön–" Veya şöyle bir yorum: "Bir hayli bağımsız ve kendine güvenen bir yönünüz bulunduğunu tespit etmiş olduğunuzu görüyorum. Bu yönünüzün sanki bazı zıt eğilimlerle birlikte bulunuyor görünmesi dikkat çekici geliyor; örneğin, benim sizinle ilgili olarak ne düşündüğüme gösterdiğiniz duyarlılık gibi." Bu tip yorumlar sözcüklerin tasarruflu kullanılmasının getirdiği gücü ve güzelliği taşımıyor; ancak sınırdurum kişilere özgü psikolojik sorunları göz önünde tuttuğumuzda, bunların terapistin niyet ettiği şekilde anlaşılma olasılığı nispeten keskin ve etkili formülasyonlara göre daha yüksektir.

Dışavurumcu Teknik: İlkel Savunmaları Yorumlamak

Sınırdurum kategorisinde bulunan hastalarla başarılı bir terapinin üçüncü farklı özelliği *ilkel savunmaların ilişkide ortaya çıktıkça yorumlanması*dır. Bu çalışma, temelinde, nevrotik-düzey kişilerle yapılan ego psikolojisi odaklı çalışmadan farklı değildir; bu çalışmada da terapist aktarımda ortaya çıktıkça savunma süreçlerini analiz eder. Ancak sınırdurum hastanın savunmalarının her şeyi kapsayıcı olmasından ve farklı ego durumları için-

deyken tamamen farklı hissetmesi ve terapistin karşısına da farklı biri olarak çıkmasından dolayı bu hastalarda savunmaların analizi özel bir yaklaşımı gerektirir.

Sınırdurum hastalarla çalışırken terapistin psikanalistler tarafından kökensel yorumlar olarak adlandırılan türden yorumlar yapması genellikle işe yaramaz. Kökensel yorumlarda, bir aktarım tepkisi, şimdide değil de, daha yerinde olarak, hastanın geçmişinde bulunan bir kişiye yönelik olan duygular ile bağlantı hale getirilir. Nevrotik yelpazede olan hastalarla çalışırken, terapist şöyle bir yorumla oldukça büyük bir mesafe kat edilmesini sağlayabilir: "Belki de bana bu kadar çok kızmanızın nedeni beni annenize benziyormuşum gibi yaşıyor olmanızdandır." Nevrotik hasta çoğu kez bu tür yorumlara katılır, terapist ile annesi arasındaki farkları görür ve bu çarpıtmanın evvelden beri devrede olabileceği başka durumlara ilişkin olarak içinde merak uyanır. Sınırdurum hastalarla çalışırken ise, hastalardan farklı farklı tepkiler gelebilir. Bir tepki şöyle olabilir: "Öyleyse, ne olmuş?" (bunun anlamı şudur: "Evet, anneme oldukça çok benziyorsunuz; niye ben de buna göre davranmayayım ki?"); başka bir tepki ise şöyle: "Peki, bunu söylemenizin bana nasıl yararı olacak? (bunun anlamı şudur: "Şimdi tam da tipik bir psikolog gibi konuşuyorsunuz. Bunları bırakıp bana ne zaman yardımcı olmaya başlayacaksınız?"); ya da şöyle bir tepkiyle karşılaşabilir terapist: "Doğru!" (bunun anlamı da şudur: "Sonunda olup biteni anlamaya başladınız. Sorun annemdir, ben de sizin onu değiştirmenizi istiyorum!"). Bu tür tepkiler, bu hastalarla çalışmaya yeni başlamış bir terapisti, ne yapacağını şaşırmış, alışkın olduğu araçlardan yoksun kalmış ve becerilerini yitirmiş bir hâle getirebilir; terapistin bu durumu yaşaması, özellikle, kökensel yorumlar kendi kişisel terapisinin ona en yararlı yönü olmuşlarsa daha muhtemeldir.

Sınırdurum danışanlarla çalışırken yorumlanmaya *uygun* olan içerik, terapistle hasta arasında burada-ve-şimdi yaşanan duygusal durumun doğasıdır. Örneğin, yaşanan bir öfke durumunda, sınırdurum kişide işlemekte olan savunma, yukarıda bahsettiğim anne aktarımı yaşayan nevrotik kişi örneğinde olacağı gibi, yer-değiştirme veya doğrudan yansıtma değildir muhtemelen; bunun yerine, sınırdurum hasta yansıtmalı özdeşim savunmasını kullanır. Bu savunmayla, "kötü ben" duygusunu (Sullivan, 1953) ve bu "kötü ben"le bağlantılı hınç duygulanımını, bunları terapistin üstüne yükleyerek, kendi üstünden atmaya çalışmaktadır. Ancak bu süreçte imge ve duygulanım aktarımı "temiz" değildir; hasta yaptığı yansıtmaya rağmen belli düzeyde bir kötü ve öfkeli olma duygusunu yaşamaya devam eder. Bu durum, yetersiz psikolo-

jik ayrılma yaşantısının sonucu olarak sınırdurum hastasının ödediği ve kaçınılmaz şekilde terapistin de paylaştığı, acı verici bir bedeldir.

Şimdi, sınırdurum danışanlar ile psikotik ve nevrotik danışanlar arasında bulunan temel bir farkı belirteceğim. Bu nokta gelecek bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır; o yüzden şimdilik kısaca bahsedeceğim: Psikotik kişi, yansıtma yaparken, yaptığı bir yansıtmanın gerçekliğe "uygun" olup olmadığına aldırmayacak derecede gerçeklikten kopuktur. Nevrotik kişi, yansıtma yaparken, yansıtma yapmakta olduğunu fark edebilecek bir gözlemleyen egoyu korumaktadır. Sınırdurum hastalar ise, yansıtma yaparken, yansıtmakta oldukları duygudan kurtulmayı tam olarak başaramazlar. Bu hastalar, yansıtılmış malzemenin gerçekliğe ne kadar uygun olduğuna ilişkin olarak bir kayıtsızlık tutumu da takınamazlar; çünkü sınırdurum kişilerde, psikotik kişilerden farklı olarak, gerçeklik sınaması sağlamdır. Öte yandan, yansıtılmış malzemeyi egonun bilinçdışı kısmına da gönderemezler; çünkü sınırdurum kişiler, nevrotik kişilerden farklı olarak, gözlemleyen-ile-deneyimleyen ego ayrımlaşmasına sahip değildirler. Bu yüzden, yansıtılmış olanı hissetmeye devam ederler ve akıllarını kaçırmış gibi hissetmemek için de yansıttıkları malzemeyi gerçekliğe *uygun kılma* ihtiyacını yaşarlar. Bu sürecin sonucu olarak, terapist, danışanın öfkesine (veya başka bir güçlü duygulanımına) maruz kalır ve aynı zamanda, danışan, öfkeli olmasının *nedeninin* terapistin düşmanca davranması olduğunda ısrar ederek yansıtmasını gerçekliğe uygun kılmaya çalıştıkça, terapist, artan bir karşı-aktarım öfkesi hissetmeye başlar. Kısa bir süre içinde de, bir saldırıya maruz kalmış olma duygusundan dolayı, terapist düşmanca *davranır*.[5] Bu tür tecrübeler, sınırdurum danışanların, her zaman antipatik kişiler olmamalarına ve iyi bir tedaviye genellikle olumlu cevap vermelerine rağmen, ruh sağlığı çalışanları arasındaki kötü namını açıklar.

Yukarıda belirtilen türden bir çıkmaz içinde bulunan sınırdurum kişiye ulaşabilecek yorum aşağı yukarı şöyledir: "Kötü biri olduğunuza kanaat getirmiş gibi görünüyorsunuz. Böyle biri olmanıza da öfke duyuyorsunuz ve bu öfkeyi, kötü olan kişinin ben olduğumu ve sizin öfkenize neden olanın be-

5 Sınırdurum danışanlar, terapistleri, rollerinin dışına çıkmaya ayartan, uygun olmayan doyumları sağlamaya çağıran ve düşmanca türde eylemle-canlandırmalara kışkırtan bilinçdışı duygusal baskılar uygulamakla ünlüdürler. Bu nedenle, "manipülatif" kişiler olarak nitelendirilirler çoğu kez. Bu zor tespit edilen ancak oldukça güçlü olan olguya o etiketi yapıştırmak istemiyorum; çünkü bunu yaptığımızda, psikopatik kişilerde tipik olan *bilinçli* manipülasyonlar için kullanacağımız bir sözcük kalmıyor. Psikopatik kişilerdeki bilinçli manipülasyonlar, hastanın bir başka kişiyi yenmiş olmakla özsaygısını arttırdığı bir hayli farklı bir olgudur. Sınırdurum örgütlenmesi gösteren bir kişi, yetkinliğin görmezden gelindiğini ve yetersizliğin dikkat çektiğini öğrenmiş biridir, oysa. Terapistin manipüle edildiğini *hissetmesi* danışanın kasıtlı suistimal çabasında olduğunu göstermez.

nim öfkem olduğunu söyleyerek yönetiyorsunuz. Sizin de benim de iyinin ve kötünün bir birleşimi olabileceğimizi ve bu konunun o kadar da büyük bir önem taşıması gerekmeyebileceğini düşünmeyi deneyebilir misiniz?" Bu yorum, bir ilkel savunmaya yönelik burada-ve-şimdi yüzleştirmesine örnektir. Böyle bir yorum, terapistin, en iyi ihtimalle aylar boyunca farklı biçimlerde tekrar tekrar ortaya koyması gerekecek olan bir çabayı; hastayı, her şeyin ya beyaz ya siyah veya ya hep ya hiç olduğu bir psikolojiden, kendiliğin çeşitli iyi ve kötü yönlerinin ve bir duygular yelpazesinin tümünün kapsamlı bir kimlik içinde birleştirildiği bir psikolojiye doğru hareket ettirmek için harcayacağı çabayı temsil eder. Çoğu terapistin bu tür bir yorumlama tarzını kazanması pek kolay olmaz; ancak terapistin tecrübesi arttıkça bu tür yorum yapma becerisi de gelişecektir.

Dışavurumcu Teknik: Hastadan Süpervizyon Almak

Sınırdurum danışanlarla yapılan çalışmanın, benim oldukça yararlı olduğunu gördüğüm dördüncü teknik boyutu, hastanın terapisti genellikle içine ittiği ya/ya da açmazlarını çözmeye çalışırken *hastanın yardımını istemek*tir. Terapistin pratikte hastayı süpervizörü konumuna getirdiği bu teknik, sınırdurum kişilerin dış dünyayı yorumlamakta kullandıkları ya hep–ya hiç tarzına yöneliktir. Sınırdurum kişiler bu tarzlarıyla, terapistte, belli bir duruma yönelik davranışlarda birbirini dışlayan iki seçenek bulunduğu ve farklı nedenlerden dolayı her ikisinin de yanlış olacağı duygusunu uyandırırlar genellikle. Çoğu kez, terapistin içinden geçtiği bir sınav söz konusudur. Bu sınavda terapist ilk seçeneği seçerse hastanın çatışmasının diğer tarafına göre başarısız olacaktır; terapist diğer seçeneği seçerse bu sefer de hastanın çatışmasının ilk tarafına göre başarısız olacaktır.

Tedavisini yaptığım bir hastamdan örnek vereceğim: Bu kişi yirmi iki yaşında genç bir erkekti. Onun varlığının farkında değilmiş izlenimini veren alkolik bir babası ve hayatını her gün giyeceği kıyafetleri seçmeye varacak derecede yönetmeye girişmiş aşırı karışan, kaygılı ve mütecaviz bir annesi vardı. (Bu ebeveynlerle tanışmıştım; dolayısıyla, hastamı geçmişinde etkilemiş olan gerçek kişiler hakkında sınırdurum danışanlarla genellikle olduğundan daha fazla şey bilmemi sağlayan bir konumdaydım.) Terapi ilerledikçe hasta seanslarda giderek artan miktarda süreler boyunca konuşmasına ara vermeye başladı. Bu durum, ilk başlarda, hastanın seanslarda düşüncelerini toparlamak için bu zaman aralığına ihtiyacı varmış gibi görünüyordu sadece. Ancak bu sessizlikler her ortaya çıktıklarında 15 ve daha sonra 20 dakikaya kadar uza-

yınca düşündüğümden daha az selim bir şeylerin dönmekte olduğunu ve bunu ele almazsam ihmalkâr davranmış olacağımı hissettim.

Bu hasta nevrotik yelpazede bulunuyor olsaydı, ona, zihninden ne geçiyorsa bunları kesintiye uğratmaksızın dile getireceğine ilişkin taahhüdünü hatırlatır ve bunu gerçekleştirme isteğine neyin engel olduğunu araştırırdım onunla birlikte; başka bir ifadeyle, direnç analizi yapardım. Ancak bu genç adamla olan çalışmada, birbirine karşıt ve aynı derecede yoğun yutulma ve terk edilme korkularını içeren daha ilkel düzeyde bir şeyler olmakta olduğunu hissediyordum. Aynı zamanda, sessizliklerine nispeten daha sağlıklı bir kişiyle yapacağım şekilde yaklaşmam için yeterli düzeyde bir çalışma ittifakımızın olmadığını da biliyordum. Bir şey yapmayarak sessiz kalmam hâlinde, tıpkı babasıyla olduğu gibi, incinecek derecede ihmal edilmiş hissedeceğinden oldukça emindim; öte yandan, konuşmam hâlinde, tıpkı annesiyle olduğu gibi, beni onu yönetmeye girişiyormuşum gibi yaşayacağından şüphe ediyordum. Bu kavşak noktasındaki kararsızlığım, muhtemelen, onun, konuşması hâlinde de konuşmaması hâlinde de başının kötü şekilde belâya gireceğine yönelik duygusunu aksettiriyordu.

Bir süre hangi müdahalenin daha az kötü olacağını tartmaya çalıştıktan sonra, bu sorunu çözmek için *ondan* bana yardım etmesini istemek geldi aklıma. Böylece, en azından, konu üzerindeki etkileşimimizden ne sonuç çıkarsa çıksın, bu sonuç, içinde, hastanın özerkliğini gösteren öğeleri de bulunduracaktı. Bu düşüncelerle hastama, uzun bir sessizliğe girdiğinde ona nasıl davranmamı istediğini sordum. Ona sorular sormamı ve onu sessizlikten çekip çıkarmamı istediğini sandığını söyleyerek cevapladı beni. Bunun üzerine, bunu yapmaktan memnun olacağımı, ancak ne düşündüğünü anlama çabamda alâkasız konulara girebileceğimi bilmesi gerektiğini çünkü sessiz kaldığında zihninde ne bulunduğu hakkında hiçbir fikrimin olmadığını söyledim. (Daha önceleri konuştuğu zamanlarda anlattığı rüyalarda ve fantazilerde, başkalarının, erken bebekliğin fantazide yaratılmış her şeyi bilen anne figürü gibi, onun zihnini okuyabildiklerine inandığa ilişkin kanıtlar vardı. Ona, böyle bir inancın tersi yönünde ve daha gerçekçi bir mesaj vermek istedim.)

Sözlerim onun için aydınlatıcı oldu ve bu yeni bakış açısına göre düşüncesini değiştirerek, konuşmaya hazır hissedinceye kadar onu beklememin iyi olacağına karar verdi. Bu seans sonrasında geldiği arka arkaya üç seansta, beni neşeyle selâmladı, oturdu, 45 dakika boyunca hiçbir şey söylemedi ve zamanımızın dolduğunu söylediğimde nazikçe ayrıldı. Şu ilginçtir ki, onun bana yukarıda belirttiğim şekilde süpervizyon vermesini sağladığım seans önce-

sindeki seanslarda sıkıntılı bir içsel durum yaşamışken, sonrasındaki seanslarda hastamın sessizliği karşısında huzurluydum. Birkaç yıl sonra, seanslarda konuşma konusunda onun görüşünü alıp o doğrultuda hareket etme isteğini göstermiş olmamın, başka bir kişiyle birlikteyken ayrı bir kişi gibi hissetme yeteneğinin başlangıç noktasını oluşturduğunu söyleyebiliyordu bana. Bu teknik terapistin o noktadaki sıkıntısını azaltır; ama, daha önemlisi, belirsizliğin kabul edilmesine ilişkin bir model sağlar, hastanın değerini ve yaratıcılığını tasdik eder ve bir yargılamada bulunmadan terapideki her iki tarafa da terapi çalışmasının işbirliğine dayalı doğasını hatırlatır.

Dışavurumcu Teknik: Bireyleşmeyi Teşvik Etmek ve Gerilemeyi Engellemek

Sınırdurum düzeyinde karakter örgütlenmesi gösteren kişiler başka herkes kadar empatiye ihtiyaç duyarlar; ancak bu kişilerin duygudurumlarındaki değişimler ve ego durumlarındaki dalgalanmalar klinisyenlerin empatiyi nasıl ve ne zaman paylaşacaklarını bilmelerini zorlaştırır. Sınırdurum kişilerin, depresif veya korkmuş bir halde olduklarında sevgi içeren karşı-aktarımlar, muhalif veya düşmanca davrandıklarında nefret içeren karşı-aktarımlar uyandırmalarından dolayı, terapist, gayri ihtiyari olarak, hastayı, gerileme içine girdiği için ödüllendirirken ve bireyleşme gösterdiği için cezalandırırken bulabilir kendini. Nevrotik-düzey hastalarla, kapsanmış bir gerilemenin sağlanmasına dayalı olarak çalışmak üzere eğitim almış terapistler, alışkanlıktan dolayı, sınırdurum danışanların en sağlıksız davranışlarından bazılarını teşvik edebilirler. Sınırdurum danışanların psikolojilerinin tam olarak değerlendirilmesi ancak terapiste, sezgilerinin sürüklemesine kapılmadan davranması için gerekli zemini sağlar; bu davranış yaklaşımı, terapistin, sınırdurum danışandaki öznel çaresizlik durumlarına göreceli olarak tepki vermeden tarafsız kalan bir tutumu ve girişkenlik yönündeki davranışlara, bunlar öfkeli muhalefet biçimini aldığında bile, takdirini gösteren bir tutumu sürdürmesini içerir.

Daha önceki bölümde tartışılmış olan Masterson ve arkadaşlarının çalışması, yakınlık ve uzaklık meselelerinin üzerinde durulmasına dayalı bir terapötik yaklaşımı önermektedir. Masterson, sınırdurum olarak tanı konmuş kişilerin annelerinin çocuklarına erken bebekliklerinde derinden bağlandıklarını ve ihtiyaçlarına duyarlı davrandıklarını, ancak çocukta normal olarak aşağı yukarı 18 ay ile 3 yıl arasında gerçekleşen bireyleşmeyi engellediklerine inanmaktadır. Bu tarz bir ebeveynliğin sonucu, daha sonraları, bu kişilerin, gerilemiş ve bağımlı bir ilişki içinde olduklarında güvende hissetmeleri; tek

başlarına kaldıklarında ise, Masterson'un belirli çağrışımları içerecek şekilde "terk depresyonu" diye adlandırdığı ıstıraplı bir ümitsizlik yaşamalarıdır. Bu kişilerde, yakınlık rahatlatıcıdır, ancak bu yakınlıkla birlikte yutulma, kontrol edilme ve bebeksi hale getirilme duygusu da gelir. Ayrı olma hâli ise, umutsuzluğa düşüren bir acıyı içermesine rağmen, nihayet kişiyi güçlendirir.

Masterson'ın sınırdurum danışanlarla çalışırken kullanılmasını önerdiği teknik, terapistin, annenin geçmişte benimsemiş olduğu varsayılan davranış tarzının tersi yönünde davranması gerektiğini vurgular; terapistin yaklaşımı, danışanı gerilemeli ve özyıkıcı davranışlarla aktif şekilde yüzleştirmeli (örn., "Barlarda erkek arkadaş arama isteğiniz neden kaynaklanıyor olabilir?") ve danışanın özerkliğe ve yetkinliğe yönelik tüm çabalarını empatik şekilde desteklemelidir (örn., "Sizi öfkelendirdiğimde bunu bana açıkça söyleyebildiğinizi görmekten memnunum."). Masterson'un modeli, sınırdurum hastaların özsaygılarını geliştirmelerine hiçbir temel sağlamayan yapışkan bağımlılığın engellenmesinin ve kendini ortaya koyma belirtilerinin en kızdırıcı tezahürlerinde bile ileriye doğru hareket eden ve uyum sağlamaya yönelik öğelerin görülmesi için çaba harcamanın önemini belirtir. Terapistin doğal karşı-aktarımları aksi yönlerde seyrettiği için bu tutumların benimsenmesi her zaman kolay değildir.

Dışavurumcu Teknik: Duygusal Sakinlik Dönemlerinde Yorumlamak

Pine (1985), ayrılma ve bireyleşme meseleleriyle boğuşan danışanlarla yapılan çalışmalardaki teknik üzerine olan literatüre önemli bir vecize katmıştır: "Demir tavında dövülür." Şu kural uzun zaman önce kabul edilmiştir: Nevrotik-düzey kişilerle çalışırken yorum yapmanın en iyi zamanı hastanın bir duygusal uyarılmışlık durumunda olduğu zamandır, çünkü böylece, hasta, terapistin gözlemlediği içeriği düşünselleştiremeyecek ve terapist de üzerinde durduğu meselelerin duygulanımsal gücü hakkında bir yanılgıya düşmemiş olacaktır. Sınırdurum danışanlarla çalışırken ise, bunun tersi bir kural geçerli olur; çünkü sınırdurum danışanlar bir duygusal uyarılmışlık durumunda olduklarında hiçbir şey alamayacak denli huzursuz bir hâlde olurlar. Terapist, bu danışanların hınç veya panik veya ümitsiz gerileme yaşadıklarında ne olup bittiği üzerine bir yorumda bulunabilir; ama bunu ancak danışanların yaşadıkları o durum geçtikten ve böylesine rahatsız edici bir duygu yoğunluğundan çıkıp kendilerini toparladıklarına kendi içlerinde emin olmalarından sonra yapabilir.

Bu çerçevede, terapist bir sınırdurum hastasına şunu söyleyebilir: "Düşünüyordum; şu anda bahsettiğiniz şeyler... öldüresiye haset hissetme ve bu

durum içindeyken insanlara saldırma eğiliminiz... bunlar geçen hafta bana öfkeyle patlamanızın içerdiği bazı yönlere benzemiyor mu? Sanki size ne sunsam onu yok etmeniz gerekiyordu." Duygusal sakinlik durumundayken bir sınırdurum danışanı terapistin böyle bir dinamiği adlandırdığını ve anlamaya çalıştığını terapistten duyma isteğini hissedebilir, hatta bunu duyması rahatlatıcı olabilir. Ancak yoğun duygu durumundayken yapılmış bir yorumu, hem hatalı bulunup kınanması olarak hem de hararetle inandığı tutumların sanki bunlar kötüymüşler gibi kafasından çıkarılmasına yönelik çabalar olarak alacaktır. Haset dolu bir hıncın şiddeti içindeki birine, terapisti yok etmeye çalıştığını söylemek, kişinin böyle ham itkiler yaşadığı için duyduğu çaresizlik dolu öfke ve utanç duygularını artıracaktır ancak. Oysa bunların daha sonra konuşulması oldukça verimli olabilir.

Dışavurumcu Teknik: Karşı-aktarım Verilerini Önemsemek

Sınırdurum tanısının, psikoterapi uygulamalarıyla ilgili anlam ve sonuçlarının son bir yönü *terapistin karşı-aktarım kavrayışının merkezi rolü* ile ilişkilidir. Sınırdurum danışanlar, psikotik-düzey veya nevrotik-düzey kişilerle çalışırken görüldüğünden çok daha fazla düzeyde, güçlü ve söze dökülmemiş duygulanım iletimiyle iletişim kurarlar. Şunu söylemek istiyorum: Sınırdurum danışanlar, terapide serbestçe konuşabilirler, ancak gönderdikleri en önemli mesajlar çoğu kez sözcüklerinin içeriğinde değil duygusal durumlarının "arka plân müziği"ndedir. Terapistlerin bir sınırdurum hasta ile birlikteyken yaşadıkları sezgisel, duygulanımsal ve hayal edilmiş tepkiler, çoğu defasında, iki kişi arasında neler olup bitmekte olduğunun esası hakkında, hastanın mesajlarının içeriği üzerine bilişsel değerlendirmelerin veya teori ve teknikle ilgili görüşleri gözden geçirmelerin sağlayabileceğinden daha iyi bir veri sağlayabilir.

Terapist seans esnasında aniden sıkılmış veya hınç içinde veya paniğe kapılmış veya kurtarma isteğiyle dolup taşmış veya cinsel imgelerle dikkati dağılmış hissettiğinde, hasta tarafından bilinçdışı bir şekilde harekete geçirilmiş ve hastanın içsel durumu hakkında önemli bir şeyler söyleyen bir takım süreçler yaşanmaktadır muhtemelen. Örneğin, genç bir kadın terapistle tedavide bulunan paranoid bir erkek danışanı ele alalım. Bu danışan, bir otoritenin kötü davranışına duyduğu ve kendini haklı gören bir kızgınlık içindeydi; terapist, zayıf ve küçük hissettiğini, hastanın eleştirilerinden korktuğunu ve saldırıya uğrama fantazilerinin dikkatini dağıttığını fark eder. Terapist hissettiği yaşantıların, hastanın terapiste neredeyse fiziksel düzeyde yansıtmakta olduğu bölünmüş, reddedilmiş yönleri olabileceği ihtimalini göz önünde bulun-

durmalıdır. Terapist, bu ihtimali bir süre değerlendirdikten sonra makul görürse, danışana şöyle bir yorum yapması terapötik olabilir (her iki taraf için de!): "Biliyorum, şu anda, yoğun olarak öfke duygularınızı yaşıyorsunuz; ancak bana öyle geliyor ki, aynı zamanda zayıf, kaygılı ve saldırılmaktan korkan bir yönünüz de olabilir."

Karşı-aktarımın bilgi sağlama açısından değeri konusu terapisti yanıltabilecek bir yöne sahiptir ve oldukça disiplinli bir şekilde ele alınması gerekir. Bir sınırdurum hastayla çalışırken terapistin zihninden geçen her düşünce ve duygu, hastanın terapistin zihnine ilettiği bir içerik değildir. Terapistler aşırı yanılgılı bir değerlendirme yaptıklarında, yansıtmalı özdeşim ve hasta tarafından uyarılmış karşı-aktarım gibi kavramlar adına, terapötik sürece zarar verebilirler. Terapistin güçlü tepkiler yaşamasının kimin "kabahat"i olduğu üzerine sınırdurum hastalarıyla tartışmaya giren terapislerden bile bahsedildiğini duydum. Her şeyin hastadan kaynaklandığı yönünde yapılan akılcılaştırmaları doğru bulmuyorum. On yıllar boyunca elde edilmiş klinik kanıtlar, karşı-aktarımın, tıpkı aktarımda olduğu gibi, her zaman, içsel olarak üretilmiş malzeme ile dışsal olarak uyarılmış malzemenin bir karışımı olduğuna ve bazen içsel olarak üretilmiş malzeme yönünde bazen de dışsal olarak uyarılmış malzeme yönünde ağır bastığına işaret eder (Sandler, 1976, 1987; Roland, 1981; Gill, 1983; Tansey & Burke, 1989; Jacobs, 1991). Terapistler kendi dinamikleri konusunda içgörü sahibi olmalı ve tepkilerinin duygusal sorumluluğunu üstlenmelidirler; içsel dünyalarındaki yaşantılar açıkça kendi hastaları tarafından uyarıldığında da bu böyle olmalıdır. Ayrıca, terapistlerin geçerli olduğuna ikna oldukları yorumlar bile danışana verilirken, yorum danışana yanlış gibi gelirse, danışanın yoruma itiraz etmesine imkân sağlayacak şekilde verilmelidir.

Tüm bunları belirttikten sonra, tam tersi bir tutumun, terapistin karşı-aktarımı tamamen "kendi malzemesi" olarak görmesi gerektiği yönünde bir tutumun da, klinik sürecin aleyhine olabileceğini eklemek isterim. Bazı psikanalitik süpervizörler öğrencilerinin kendi dinamiklerini anlamalarının önemini o kadar çok vurguluyorlar ki, terapistin dikkatini çeldirici derecede bir özbilincinin gelişmesine yol açıyorlar. Böyle bir durumda, terapistte, yaşadığı tepkilerden hasta hakkında neler öğrenilebileceğini düşünmesi için hiçbir duygusal enerji kalmaz geriye. Bunun sonucunda, terapötik ilişki bağının yerini bir tür genel yaklaşım almaya başlar ve yetenekli ve işini seven terapistler, bir şeyleri eyleme-koyma korkusundan dolayı, çoğu kez mükemmel doğal sezgiler olan yaşantılara güvenmekte isteksiz hâle gelirler.

Mesela, yukarıda örnekte, terapist karşı-aktarımını sadece kendini inceleme ile ele almış olsa ve eleştirici babasını hatırlatan öfkeli erkeklerle birlikteyken küçük ve korkmuş hissetmeye eğilimli olması üzerine düşünseydi, ulaştığı bu içgörüye dayanarak terapötik nitelikte pek fazla bir şey yapılamazdı. Bu içgörü terapiste savunmacı tepkilerini denetim altında tutmasında yardımcı olabilir, ki bu da, azımsanmaması gereken bir başarıdır; ancak terapisti hasta için o noktada yapabileceği şeylere yönlendirmeyecektir. Terapist, danışanın yaşadığı duyguları kendi yaşadığı duygulara benziyor olarak görme hatasını yaparsa olabilecek en kötü şey, terapistin yanılmış olmasıdır; böyle bir durumdayken, terapist yorumlarını birer kesin beyan niteliğinde değil de varsayım niteliğinde yapmışsa hasta da terapistin hatalarına işaret etmekten mutlu olacaktır!

Kişilik yapısı gelişimsel düzeyinin tedavi açısından taşıdığı bazı anlam ve sonuçlar hakkında giriş düzeyindeki bir bölümde söyleyebileceklerimi tamamlamış bulunuyorum. Tecrübeli klinisyen konunun sadece en temel yönlerini ele aldığımı görecektir. Bu bölüm, tamamen teknik üzerine yazılmış bir inceleme olsaydı, her bir kategoride ele aldığım konunun en azından bir bölümde ele alınması veya daha da iyisi, her birinin kendi başına bir kitap konusu olması gerekirdi. Tüm bu bölüm boyunca aktardığım konular yeterince karmaşık olsa da, bu noktada, kişilik yapısına ilişkin gelişimsel ve tipolojik kategorilerin etkileşimi ve girift ilişkileri konusunu da ele almamız gerekiyor.

KARAKTERİN OLGUNLAŞMA VE TİPOLOJİ BOYUTLARININ ETKİLEŞİMİ

Şekil 4.1 birçok analitik terapistin, tanı koyarken hastalarının kişilik yapılarını genelde nasıl düşündüklerini görsel olarak belirtir. Şekilde yer alan gelişimsel eksen, yukarıdaki kısımlarda tartışılmış olan üç ana örgütlenme kategorisine bölünmüş olsa da, aslında, bir süreklilik hattı oluşturur; gelişimsel eksende yer alan kategoriler arasında derece farkları vardır ve bu farklar giderek artarak kategorik farklılık olarak kavramsallaştırmayı gerektirecek düzeye varır. Tek tek kişileri ele aldığımızda, bir kişinin çeşitli durumlarda olgunlaşma meseleleri açısından farklılıklar gösterebileceğini görürüz. Örneğin, nispeten daha sağlıklı bir kişi yeterince yüksek düzeyde stres altına girdiğinde geçici bir psikotik tepki gösterebilir veya aşırı hezeyanlı bir şizofren belirli durumlarda zihninin çok açık olduğu anlar yaşayabilir.

ŞEKİL 4.1
Kişiliğin Gelişimsel ve Tipolojik Boyutları

Gelişimsel Boyut	Tipolojik Boyut: Psikopatik	Narsisistik	Şizoid	Paranoid	Depresif	Mazoşistik	Obsesif kompülsif	Histerik	Dissosiyatif	Diğer
Nevrotik-sağlıklı düzey Kimlik bütünleşmesi ve nense sabitliği Freud – ödipal dönem Erikson – girişim ya da utanç dönemi										
Sınırdurum düzey Ayrılma-bireyleşme Freud – anal dönem Erikson – özerklik ya da utanç ve kuşku dönemi										
Psikotik düzey Ortakyaşam Freud – oral dönem Erikson – temel güven ya da güvensizlik dönemi										

Şu ana kadar yaptığımız tartışmalar sonucunda, olgunlaşma kategorileri birer teorik kavram olarak okuyucuya belli bir anlam ifade etmeye başlamış olmalıdır. Benzer şekilde, okuyucu, tipolojik kategorilerin de çoğuna aşina hale gelmiş olmalıdır –bu tipolojik kategoriler kitabın daha ileri bölümlerinde sistematik şekilde tartışılacaktır. Bu bölümü izleyen Bölüm 5 ve 6'da, psikanalitik literatürdeki savunma kavramı ayrıntılı olarak ele alınacaktır; çünkü tipolojik eksendeki kişilik yapılanmaları belli bir savunmanın veya savunma grubunun alışılmış kullanımını temsil ederler.

Bu noktada, okuyucuya yukarıdaki şekli yorumlamasında yardımcı olabilecek bazı gözlemlerimi belirtmek istiyorum. Yatay eksende bulunan her bir tipoloji kategorisi içinde, psikotik düzeyden nevrotik-sağlıklı düzeye kadar yayılan bir karakter patolojisi yelpazesi bulunduğunu gösteren kanıtlar

vardır. Aynı zamanda, farklı tipolojik kategorilerde yer alan bireyler olgunlaşma kategorileri süreklilik hattında farklı noktalarda yer alabilirler. Bir birincil savunmanın alışılmış kullanımını temsil eden tipoloji kategorileri, süreklilik hattının psikotik tarafına doğru daha "yüklü" olacaklardır; örneğin, yansıtmalı savunmaları kullanan paranoid kişiler, gelişimsel eksenin yukarı taraflarından ziyade alt taraflarında sıkça görüleceklerdir. Tipoloji kategorileri içinde, daha olgun nitelikteki savunmaların kullanımını temsil eden kategoriler, nevrotik tarafa doğru daha yüklü olacaklardır; örneğin, obsesif kişilerin büyük bir oranı, obsesif boyutun psikotik tarafından ziyade nevrotik tarafında yer alacaklardır.

Çeşitli tiplerdeki kişilerle tanışmış birinin hayat tecrübesi şu duruma tanıklık edecektir: Bir kişinin, yüksek derecede bir ego gelişimi ve kimlik bütünleşmesi sağlamış olması, ancak hâlâ birçok kaygısıyla ilkel bir savunma kullanarak başa çıkmaya çalışıyor olması mümkündür. Tekrar paranoid karakterlerden örnek verecek olursak, kişilikleri açıkça paranoid olan ancak öte yandan iyi derecede bir ego gücüne, bireyleşmiş kişiler olarak varoluşları hakkında net bir görüşe, girift ve birleşik bir kimliğe ve uzun süreli ilişkilere sahip kişileri çoğumuz tanımışızdır. Bu kişiler, çoğu kez, paranoid eğilimlerinin onlara avantaj sağladığı özel dedektiflik işlerinde, yasaların uygulanmasıyla ilgili veya gizli operasyonlar içeren işlerde kendilerini ait hissedecekleri bir yer bulurlar. Nispeten daha sağlıklı paranoid kişilerin genelde psikoterapiye başvurmamaları gerçeği (bu gerçek, onların paranoyalarıyla doğrudan ilişkilidir) böyle kişilerin bulunmadığı anlamına gelmez. Kişilerin terapiye başvurma sıklıkları ve böylece ruhsal sağlık istatistiklerine girme oranları, farklı kişilik yapısı tipleri arasında aynı değildir; çünkü kişilik yapısı kategorileri, kişinin güven duyma yatkınlığı, ümit etme eğilimi, maddi olmayan yararlar için paradan vazgeçme istekliliği, vb. gibi alanlarda önemli farklılıklar taşırlar.

Benzer şekilde, günlük hayat tecrübesi şunu da gösterir: Bir kişinin, esas olarak, düşünselleştirme gibi "olgun" bir savunmayı kullanması, ancak yine de, gerçeklik sınamasının zayıf, ayrılma düzeyinin yetersiz, kimlik bütünleşmesinin sınırlı ve nesne ilişkilerinin doyuruculuktan uzak olması mümkündür. Obsesif kişilerin nispeten daha sağlıklı olanlarına psikotik eğilimleri olanlardan daha fazla sayıda rastlanabilirse de, bir hastanenin yatan hasta bölümünde çalışan ve hasta yatışını yapan görevliler, düşünselleştirme eğilimleri olağan sınırları aşıp hezeyana kaymış birçok hasta da görmüşlerdir.

Klinik açıdan, çoğu kez, bir danışanın genel gelişimsel düzeyi hakkında bir kavrayışa ulaşmak, o danışana en uygun olan tipolojik betimlemeyi

tespit etmekten daha önemlidir. Kullanılan savunmaların esnekliği psikolojik sağlığın veya ego gücünün başlıca yönlerinden biri olduğu için, özellikle gelişimsel yelpazesinin, üst düzeylerindeki kişiler nadiren tek bir pür kişilik tipinin örneğini temsil ederler. Ancak her iki tür değerlendirme de önemlidir; bu nokta, Bölüm 7'den 15'e kadar olan bölümlerde ele alınacak olan bazı ayırıcı tanı örneklerinde gösterilecektir.

Özet

Bu bölümde, belirli bir danışanın, karakter yapısı açısından temelde nevrotik, psikotik veya sınırdurum düzeyde olmasının terapötik teknik yönünden taşıdığı anlam ve sonuçlar üzerinde durulmuştur. Nevrotik-düzey kişiler, genellikle, hem psikanaliz hem de geleneksel psikanalitik yönelimli "açığa-çıkarıcı" terapiler için mükemmel adaylardır; bu kişilerin ego gücü onları başka birçok türdeki terapötik müdahale için de uygun kılar.

Ortakyaşamsal-psikotik düzeydeki hastalar, genellikle, destekleyici terapiye ihtiyaç duyarlar; bu tür terapi, içerdiği başka özelliklerin yanı sıra, güvenlik ve eğitim konularını ve belirli stres kaynaklarının etkilerinin dikkate alınmasını ön plana çıkarır.

Sınırdurum düzeydeki hastalar, en çok yararı dışavurumcu terapiden görürler; bu tür terapide sınırlar oldukça önemlidir ve birbirine zıt ego durumlarının adlandırılması ve ilkel savunmaların yorumlanması gerekir. Bazen, içinden çıkılması zor durumları aşmak için hastanın yardımı istenebilir. Sınırdurum hastalara yararlı olan müdahaleler, gerilemenin engellenmesini ve bireyleşmenin desteklenmesini içerir. Terapideki duygusal sakinlik dönemlerini terapist hastaya ilişkin kavrayışını geliştirecek dönemler olarak görür ve karşı-aktarımın taşıdığı bilgileri önemser.

Son olarak, karakter yapısı, kişiliğin hem gelişimsel hem de tipolojik boyutlarını değerlendirmek gerektiği ilkesini grafikle tasvir etmek amacıyla iki eksenli bir diyagramla gösterilmiştir.

İleri Okuma Önerileri

Nevrotik-düzey örgütlenme gösteren kişilerle yapılacak klasik psikanaliz uygulamaları üzerine standart çalışma hâlâ Greenson'ın (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis* adlı kitabıdır. Geleneksel analitik terapi üzerine giriş niteliğindeki en rahat okunan kitaplar olarak, bu niteliği taşıyan birçok kitap arasından, benim seçtiklerim Colby (1951) ve Chessick'in (1969) kitaplarıdır. Schafer'in (1983) *The Analytic Attitude* adlı kitabı, terapiyle ilgili, geleneksel çalışmalarda genellikle konu dışında bırakılan, tüm yönleri tek tek ele alır. Tüm düzeylerdeki karakter örgütlenmelerine yönelik olmayı amaçlayan terapi kitapları arasında Fromm-Reichmann (1950), Paolino (1981), Hedges (1983) ve Pine'ın (1985) kitaplarını tavsiye ederim. Tüm gelişimsel düzeylere yönelik terapi üzerine olan ve nesne ilişkileri bakış açısıyla yazılmış en rahat okunan kitap muhtemelen Horner'ın (1991) *Psychoanalytic Object Relations The-*

-apy adlı çalışmasıdır. Tedavi üzerine kendilik psikolojisi bakış açısıyla yazılmış özellikle değerli bir çalışma Wolf'un (1988) *Treating the Self* adlı kitabıdır.

Psikotik-düzey hastalarla çalışma üzerine bildiğim en iyi kitaplar –bu alanda iyi kaynaklar oldukça nadirdir– Arieti (1955), Searles (1965), Lidz (1973), Giovacchini (1979), Karon ve VandenBos (1981) tarafından yazılmış olanlardır. Uzun süredir hissedilen, destekleyici terapi üzerine kapsamlı bir kitap ihtiyacı, Rockland'in (1992) mükemmel çalışmasıyla giderildi.

Sınırdurum örgütlenmesi gösteren kişilere yönelik yaklaşımların çeşitliliğinden dolayı, dışavurumcu terapiler üzerine olan literatür biraz kafa karıştırıcıdır. Yakın dönemde Kernberg ve arkadaşları (1989) tarafından yazılmış değerli bir giriş kitabı yayınlanmıştır; bu kitap, Kernberg'ün formülasyonlarını somut klinik tavsiyelere dönüştürmektedir. Masterson'ın teknikle ilgili teorisi, en iyi şekilde muhtemelen sınırdurum yetişkinin tedavisi üzerine olan 1976 tarihli kitabında özetlenmektedir –Masterson'un oldukça güzel bir üslûpla yazdığını da belirtmeliyim. Gerald Adler'in (1985) kitabı, sınırdurum kategorisindeki kişileri anlamaya ve tedavi etmeye yönelik başka bir yaklaşımı anlatan okumaya değer bir kitaptır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Birincil (İlkel) Savunma Süreçleri

Psikanalitik karakter tanısının anlaşılmasında, savunma kavramını ve insanların kullanabileceği savunma mekanizmaları çeşitlerini iyi bilmek oldukça önemlidir. Analitik terapistlerin kişilik tiplerini belirtmek için kullandıkları temel tanı kategorileri, dolaylı bir şekilde, belirli bir savunmanın veya savunma takımının bir bireydeki sürekli işleyişine gönderme yapar. Bu yüzden, bir tanı etiketi kişinin alışılmış savunma örüntüsü için bir tür kısa kod gibidir.

Psikanalitik teorideki "savunma" terimi birçok açıdan isabetsiz olmuştur. Olgun yetişkinde savunmalar diye adlandırdığımız süreçler, aslında, dünyayı deneyimlemenin daha kapsamlı, kaçınılmaz, sağlıklı ve uyum sağlayıcı yollarıyla başlar. Bu süreçlerin bazılarını ilk gözlemleyen ve adlandıran kişi Freud'dur; onun "savunma" terimini seçmiş olması düşünme tarzının en az iki yönünü yansıtır. Birincisi: Freud askerî mecazlardan hoşlanırdı. Psikanalizi, kuşkucu bir kamunun kabul edip çekici bulacağı bir şekilde anlatmaya çalışırken, eğitimsel amaçlar çerçevesinde, sık sık benzetmeler yapmış ve bu benzetmelerde psikolojik işleyişleri, orduların taktik manevralarıyla, ulaşılmak istenilen askerî hedefler arasında yapılan tercihler ve verilen tavizlerle veya çok boyutlu sonuçlar doğurmuş savaşlarla karşılaştırmıştır. İkincisi: Bugün savunma olarak adlandırdığımız süreçlerin en çarpıcı ve akılda kalıcı örnekleriyle, en öncelikle bastırma ve konversiyon olmak üzere, ilk karşılaştığında, bu süreçlerin işleyişini *savunma işlevlerini gerçekleştirirken* görmüştür. İlk etkilendiği ve çoğunluğu histerik olan duygusal sıkıntı içindeki kişiler, dayanılmaz bir

acı vereceğinden korktukları deneyimleri yeniden yaşantılamaktan kaçınmaya çalışıyorlardı. Bunu yaparken de genel işleyişlerinden çok büyük bir bedel ödediklerini gözlemledi Freud. Bu kişilerin, korktukları aşırı yoğun duyguları tam olarak hissetmeleri sonuç itibariyle daha iyi olacaktı; çünkü böylece, hâlen kullanılamaz durumdaki ve hayatlarını daha iyi sürdürme çabalarında kullanılabilecek olan enerjiler serbest bırakılacaktı (dürtü teorisine göre). Şunu söyleyebiliriz: Savunmalardan bahsedilen ilk bağlam, hekimin görevinin bu savunmaların gücünü azaltmak olarak görüldüğü bir bağlamdı.

Bu bağlam içinde, kişinin uyumunu bozucu savunmaların zayıflatılmasının veya kırılmasının terapötik değeri açıktı. Maalesef, Freud'un ilk gözlemlerinin kabul gördüğü o heyecanlı ortamda, savunmaların *doğaları gereği* uyum bozucu işlevler olduğu görüşü meslek dışındaki kamuda yayıldı; o derece ki, savunma sözcüğü hak etmediği olumsuz bir role büründürüldü. Bir kişiden "savunmacı " diye bahsetmeyi herkes bir eleştiri olarak anlamaya başladı. Bu sözcüğü analistler de günlük konuşmada aynı anlamda kullanırlar; ancak savunma mekanizmalarını akademik ve teorik bir çerçevede tartışırken, kişide bir savunma işliyor olduğunda ille de patolojik bir şeylerin olup bitmekte olduğunu varsaymazlar. Aslında, analitik yönelimli terapistler, bazen belirli sorunları, özellikle psikotik ve psikoza yakın "çözülmeler"i, savunmaların *yetersiz* kalmış olmasına kanıt olarak görmüşlerdir.

Savunmalar olarak bahsettiğimiz olguların birçok selim işlevleri vardır. Bunlar sağlıklı, yaratıcı uyum sağlamalar olarak başlar ve hayat boyunca uyum sağlayıcı şekilde işlemeye devam ederler. Kendiliği bir tehdide karşı savunmak üzere işlediklerinde "savunmalar" olarak anlaşılabilirler; bu durumlarda "savunmalar" etiketi uygun görünmektedir. Davranışı savunmacılık gösteren kişi, genellikle, bilinçdışı olarak şu amaçların birini veya her ikisini gerçekleştirmeye çalışıyordur: (1) güçlü ve tehdit edici bir duygudan kaçınmak veya bunu denetim altına almak; çoğu kez bu duygu kaygıdır ancak bazen yoğun keder veya başka dağıtıcı duygusal deneyimler olabilir ve (2) özsaygıyı sürdürmek. Ego psikologları kaygıyla baş etmekte savunmaların işlevinin önemini belirtmişlerdir; bağlanma ve ayrılma meseleleri üzerinde duran nesne ilişkileri teorisyenleri savunmaların keder duygusuna karşı da işlediği görüşünü ortaya koymuşlardır ve kendilik psikologları kişinin güçlü, tutarlı, olumlu değerlendirilen bir kendilik duygusu sürdürme çabalarında savunmaların rolünü vurgulamışlardır.

Psikanalitik düşünürler, her ne kadar tanı üzerine olan literatürde bu şekilde açıkça belirtilmemiş olsa da, hepimizin, bireysel başa çıkma tarzları-

mızla bütünleşik hale gelmiş olan tercih ettiğimiz savunmalara sahip olduğumuzu varsayarlar. Tercihen ve otomatik olarak belirli bir savunma veya savunmalar takımını kullanıyor olmak, en az dört etkenin çok boyutlu etkileşiminin sonucudur: (1) kişinin bünyesel mizacı; (2) kişinin erken çocuklukta maruz kaldığı sıkıntıların doğası; (3) ebeveynlerin ve diğer asli figürlerin kişilerin model olarak çocuğa aktardıkları –ve bazen özellikle öğrettikleri– savunmalar ve (4) belirli savunmaları kullanmanın deneyimsel sonuçları (öğrenme teorisinin terimleriyle söylersek, pekiştirme etkileri). Psikodinamik teoride, kişinin en çok kullandığı başa çıkma biçimlerinin bilinçdışı seçimi "üstbelirlenmiş"tir ve "çoklu işlev" (Waelder, 1960) olarak bilinen temel bir analitik ilkeyi dile getirir.

Bu ve bir sonraki bölümde, günümüzde çoğu analitik terapistin kabul ettiği şekilde başlıca savunmaları ele alacağım. Savunmaların, çocuk geliştikçe tahmin edilebilir, düzenli bir sırayla birbirini takip ederek ortaya çıktıkları yönünde bir kanıt olmasa da, psikodinamik klinisyenler arasında bazı savunmaların diğerlerine göre daha "ilkel" bir süreci temsil ettikleri yönünde yaygın bir fikir birliği vardır. Genelde, birincil veya olgunlaşmamış veya ilkel veya "alt düzey" (Laughlin, 1970) olarak bahsedilen savunmalar, kendilik ile dış dünya arasındaki sınırlarla ilgili olan savunmalardır. İkincil veya daha olgun veya gelişmiş veya "üst düzey" olarak bahsedilen savunmalarsa, ego veya süperego ile id arasındaki, ya da egonun gözlemleyen ile deneyimleyen kısımları arasındaki gibi, içsel sınırlarla ilgili olan savunmalardır.

İlkel savunmalar, bilişsel, duygulanımsal ve davranışsal boyutları iç içe geçirerek, kişinin tüm sinir sisteminde kapsamlı ve ayrımlaşmamış bir şekilde işlerler. Daha gelişmiş savunmalarsa, düşünce, duygu, duyum ve davranış süreçlerinin birinde veya bunların bir arada birkaçında birden, belirli dönüşümler yaparlar. Daha arkaik savunmalar ile üst düzey savunmalar arasındaki bu kavramsal ayrım, öyle olduğu varsayılarak yapılmış bir ayrımdır; çünkü teorik açıdan daha olgun olan bazı savunmalar –örneğin, bedenleştirme veya eyleme-koyma veya erotikleştirme– otomatik şekilde ve ikincil süreç düşünce tarafından değişime uğratılmadan işleyebilirler. Ancak özellikle, Kernberg'ün sınırdurum hastalarda yansıtma ve içe-atmanın arkaik biçimlerinin işleyişine dikkat çekmesinden bu yana (örn., 1976), psikanalitik yazılarda şu savunmaları aslen "ilkel" olan savunmalar arasında belirtmek genel eğilim oldu: geri-çekilme, inkâr, tümgüçlü kontrol, ilkel idealizasyon ve değersizleştirme, yansıtmalı ve içe-atmalı özdeşim ve ego bölünmesi. İlkel işleyişler listesine dissosiyasyonun eklenmesi haricinde (bunun nedenlerini birazdan belirteceğim),

bu genel eğilime, içerdiği belirsizliklere ve kavramsal sınırlılıklara karşın, bağlı kalmayı seçtim.

Bir savunmanın birincil olarak kabul edilmesi için gelişimin dil-öncesi dönemiyle bağlantılı iki niteliğe ilişkin kanıtlar taşıması gerekir: gerçeklik ilkesinin kazanılmamış olması (bkz. Bölüm 2) ve kendilik dışında kalan kişilerin ayrı olma hâlinin ve sabitliğinin anlaşılmamış olması. Örneğin, inkâr savunması bastırma savunmasına göre daha ilkel bir sürecin işareti olarak düşünülür. Bir şeyin bastırılması için, önce bir şekilde bilinmiş olması ve daha sonra bilinçdışına gönderilmiş olması gerekir. İnkâr ise, anlık olarak işleyen ve rasyonel olmayan bir süreçtir. Sıkıntı verici bir şeyle "Böyle bir şey olmuyor" diyerek baş etmeye çalışmak, "Böyle bir şey oldu, ama çok acı verdiği için bunu unutacağım" diyerek baş etmeye çalışmaktan daha sihirli bir yoldur.

Benzer şekilde, "bölünme" adıyla bilinen savunma mekanizması ilkel olarak görülür; çünkü bu savunmanın, çocuğun nesne sabitliğini geliştirdiği dönemin öncesindeki bir dönemden kaynaklandığına inanılır. Bölünme savunmasında, kişi, deneyimlerini belirsizlik ve çift-değerlilik olasılıklarına hiç yer vermeyecek şekilde tamamen-iyi ve tamamen-kötü kategorilerine ayırmaktadır. Bebeğin, doygunluk hâlindeyken anneye ilişkin algısının tümüyle bir "iyi anne" duygusu olduğu, engellenme hâlindeyken ise aynı annenin varlığına ilişkin algısının tümüyle bir "kötü anne" olarak deneyimlendiği düşünülür. Hem doygunluk hem de engellenme hallerinde yanındaki kişinin, varlığı bazen iyi bazen de kötü olarak yaşanılan kişinin, aynı anne olduğu gerçeğini bebeğin değerlendirebilecek noktaya kadar olgunlaşmasının öncesindeki dönemde, her deneyimin topyekûn, diğerinden kopuk ve tanımlayıcı bir niteliği olduğunu varsayıyoruz. Öte yandan, akılcılaştırma gibi bir savunma olgun olarak kabul edilir, çünkü bu savunma, kişinin bir duyguyu doğrulayan makul açıklamalar yapabilmesi için bazı gelişmiş sözel becerileri ve düşünme becerilerini ve de gerçekliğe daha iyi düzeyde bir uyumu gerektirir.

Çağdaş psikanalitik teoriyi oluşturan evrim hâlindeki, birbiriyle çelişen ve çok çeşitlilik içeren gözlemler yığınına, bunların karmaşıklığını artıracak bir düzey daha eklenebilir: Bu teorik yaklaşımda bazı savunma süreçlerinin, hem ilkel hem de daha olgun biçimlere sahip olarak görüldüğünü de belirtmeliyiz. Örneğin, "idealizasyon", başka bir kişinin mükemmel olduğuna ilişkin sorgusuz-sualsiz ve tapınırcasına yaşanan bir kanıya işaret edebilir veya bir kişinin, sınırlılıkları kabul edilse bile, özel veya üstün olduğuna ilişkin, inceden inceye ve sessizce yaşanan bir duyguya gönderme yapabilir. "Geri-çekilme", psikotik bir zihin durumu tercih edilerek gerçeklikten tümüyle vazgeçmeye ve-

ya stresle hayal kurarak baş etmeye yönelik hafif bir eğilime gönderme yapabilir. Analistlerin, belirli bir savunmayı, ilk ve daha arkaik biçimlerden, sonraki ve daha ayırt edici biçimlere doğru gelişimi içeren bir süreklilik hattına sahip olarak görme eğiliminde oldukları durumlarda, ilgili savunmayı "ilkel" sıfatıyla adlandırma geleneğini takip edeceğim ilerleyen sayfalarda.

Dikkatli okuyucu, ilkel savunmalar diye adlandırılan savunmaların aslında bebeğin dünyayı algılamakta doğal olarak kullandığına inandığımız yollar olduğunu fark edecektir. Analitik düşünürler, önemli bir patoloji göstersek de göstermesek de, bu deneyimleme yollarının hepimizin içinde varlıklarını sürdürdüğünü varsayarlar. Dil-öncesi, gerçeklik-ilkesi-öncesi, nesne-sabitliği-öncesi süreçler her birimizin psikolojik dünyasının üstünde kurulduğu temellerdir. Bu süreçler, kişi daha olgun psikolojik beceriler geliştirememişse veya bu savunmalar başka kullanılması mümkün savunmaları devre dışı bırakacak düzeyde sürekli olarak kullanılırsa ancak bir sorun hâline gelirler. Hepimiz belirli deneyimlerimizi inkâr ederiz veya iki kısma böleriz, hepimizin tümgüçlü yönelişleri vardır. Çoğumuz, bu tepkilerimizin yanı sıra, kaygıyı karşılamamızda ve karmaşık ve tedirgin edici gerçekliği sindirmemizde yardımcı olacak daha gelişmiş başka mekanizmalar da kullanırız. Sınırdurum veya psikotik yapıyı tanımlayan etken, kişide ilkel savunmaların bulunması değil, olgun savunmaların bulunmamasıdır.

İlkel savunmaları betimlemek daha gelişmiş savunmaları betimlemekten çok daha zordur. İlkel savunmaların dil-öncesi, mantık-öncesi, kapsamlı, hayali ve sihirli olmaları gerçeği bunları yazılı sözle temsile son derece uygunsuz kılmaktadır. Bu savunmaları alışageldiğimiz dil içinde ifade edebilmek için elimden geleni yapacağım; ancak okuyucu, dil-öncesi süreçlerin sözcüklerle temsilinin belli bir düzeyde kendiyle çelişen bir çaba olduğunu da aklında tutmalıdır. Aşağıdaki kısımlarda geleneksel olarak birincil nitelikte görülen savunmaların genel bir açıklaması verilmektedir.

İLKEL GERİ-ÇEKİLME

Bebek aşırı uyarıldığında veya sıkıntı yaşadığında çoğu kez uykuya dalacaktır. Farklı bir bilinç durumuna psikolojik geri-çekilme, en küçük insan canlısında görülen otomatik ve kendini koruyucu bir tepkidir. Aynı sürecin yetişkinlerde görülen biçimleri, sosyal ve kişilerarası durumlardan kendini çeken kişilerde gözlemlenebilir; bu kişiler, başkalarıyla ilişki kurmanın yol açtığı streslerden uzaklaşıp içsel fantazi dünyalarının içeriğine çekilirler. Kişinin bilinç durumunu değiştiren madde kullanımı eğilimi de bir tür geri-çekilme ola-

rak değerlendirilebilir. DSM'nin son baskılarına katkıda bulunmuş olanlar dâhil, bazı uzmanlar, "otistik fantazi" terimini geri-çekilme terimine tercih etmektedirler; "otistik fantazi" terimi kişisel ilişkiden kaçınma yönündeki genel eğilimin özel bir biçimine gönderme yapar.

Bazı bebekler mizaçlarından dolayı, strese bu şekilde tepki vermeye başka bebeklere göre çok daha eğilimli olurlar; bebek gözlemcileri bazı çalışmalarda, geri-çekilme tepkisini göstermesi en muhtemel bebeklerin özellikle duyarlı olan bebekler olduğunu tespit etmişlerdir. Bu, bünyelerinden dolayı dışsal etkilerden hemen etkilenen kişiler, zengin bir içsel fantazi hayatı üretebilirler ve dışsal dünyayı sorunlara yol açan veya duygulanımsal yönden kişiyi beslemeyen bir alan olarak görebilirler. Bakıcılarıyla veya başka erken dönem nesnelerle ilişkisinde duygusal açıdan işgal veya nüfuz edilme deneyimleri, geri-çekilme tepkisini pekiştirebilir. Bir kişi, alışkanlık hâline gelmiş ve kaygıya başka yollarla tepki vermeyi devre dışı bırakacak şekilde geri-çekildiğinde, analistler bu kişiyi *şizoid* olarak betimlerler.

Geri-çekilme savunmasının en belirgin dezavantajı kişiyi kişilerarası sorun çözme süreçlerine aktif katılımdan uzaklaştırmasıdır. Şizoid yakınları olan kişiler, çoğu kez, bu kişilerin belli bir düzeyde duygusal karşılık veren bir tutumu göstermelerini sağlama konusunda ne yapacaklarını bilemezler. "Televizyonun uzaktan kumandasıyla vakit geçiriyor sadece ve beni cevaplamayı reddediyor" şikâyeti tipik şikâyetlerden biridir. Kronik şekilde kendi zihinlerine geri-çekilen kişiler, duygu düzeyinde bir bağ kurmaya gösterdikleri dirençle, onları sevenlerin sabırlarını sınavdan geçirirler. Bu kişiler içinde ciddi duygusal rahatsızlığı olanlara yardım etmek, ilgilerini çekip bağlanmalarını sağlamaya çalışan ruh sağlığı çalışanlarına gösterdikleri açık kayıtsızlıklarından dolayı zordur.

Bir savunma stratejisi olarak geri-çekilmenin başlıca avantajı, gerçeklikten psikolojik bir *kaçış*ı içerse de gerçekliği *çarpıtma*yı çok az düzeyde gerektirmesidir. Geri-çekilmeyi kullanan kişiler kendilerini, dünyayı yanlış anlayarak değil dünyadan çekilerek teskin ederler. Bunun sonucunda, bu kişiler alışılmadık derecede duyarlı olabilirler; bu da, onları donuk ve hiçbir şeye katılmayan kişiler olarak görenleri çoğu kez bir hayli şaşırtır. Kendi duygularını ifade etme yatkınlıkları olmamasına karşın, başkalarının duygularını algılamakta oldukça yetenekli olabilirler. Şizoid hat üzerinde nispeten daha sağlıklı tarafta büyük yaratıcılık gösteren kişiler bulunur: sanatçılar, yazarlar, teorik bilim insanları, filozoflar, dinsel mistikler ve başka yüksek düzeyde yetenekli kişiler. İyi birer gözlemci olan bu kişilerin sıradan günlük hayattan ken-

dilerini çekip ayrı durabilme kapasiteleri onlara özgün yorumlar yapabilme yönünde eşsiz bir yetenek sağlar.

İNKÂR

Bebeğin acı verici deneyimlerle başa çıkmakta kullanabileceği erken dönemde görülen başka bir yol da bunların olmakta olduğunu kabul etmeyi reddetmektir. İnkâr, bir felâkete verdiğimiz ilk tepki olarak her birimizin içinde varlığını hep sürdürür; kendileri için önemli olan birinin ölüm haberini duyan kişiler ilk tepkileri olarak kaçınılmaz bir şekilde "Hayır, olamaz!" diyeceklerdir. Bu tepki, kökeni çocuğun benmerkezciliğinde bulunan arkaik bir sürecin gölgesidir. Çocuğun benmerkezci varoluşunda, "Kabul etmezsem, olay olmamış olur" şeklindeki mantık-öncesi bir kanı çocuğun deneyimine hâkim olur. Selma Fraiberg'i (1959) erken çocukluk üzerine olan klasik popüler kitabını *The Magic Years** olarak adlandırmaya bu tür süreçlerin varlığı sevk etmiştir.

İnkârı temel savunma olarak kullanan kişilere örnek olarak, her şeyin her zaman iyi ve yolunda olduğunda ısrar eden Polyanna benzeri bireyler gösterilebilir. Hastalarımdan birinin ebeveynleri, yaptıkları üç çocuk da arka arkaya ölmesine rağmen birbiri ardına çocuk yapmaya devam etmişlerdi; bir inkâr durumunda olmayan herhangi bir ebeveyn bu üç çocuğun da genetik yapıyla bağlantılı bir rahatsızlıktan öldüğünü fark ederdi. Bu ebeveynler ise, ölen çocukları için yas tutmayı reddettiler, iki sağlıklı oğullarının yaşadığı acıyı görmezden geldiler, genetik danışmanlık almaları yönündeki önerilere direndiler ve yaşadıkları durumun, onlar için en iyi olanın ne olduğunu bilen Tanrı'nın iradesini yansıttığında ısrar ettiler. Aşırı sevinç ve canlılık deneyimlerinin, benzer şekilde, inkâr savunmasının işlemekte olduğunu yansıttıkları varsayılır; özellikle de, bu deneyimler, çoğu kişinin, içinde bulundukları koşullarla ilgili bazı olumsuz yönleri algıladıkları durumlarda yaşandıklarında.

İnkâr savunmasını hayatı daha az sıkıntılı kılmak amacıyla çoğumuz belli bir düzeyde kullanırız; birçok kişide bu savunmanın hâkim olduğu belirli duygusal alanlar vardır. Ağlamanın uygun veya makul olmayacağı bir durumdayken duyguları incinen bir kişinin, incinen duygularını tam olarak görüp kabul etmek yerine inkâr etmesi ve ağlama tepkisini bilinçli olarak ketlemesi daha muhtemeldir. Kriz durumlarında veya acil durumlarda, hayatının risk altında olduğunu kişinin duygusal yönden inkâr etme kapasitesi hayat kurtarıcı olabilir: Kişi, inkâr mekanizmasını kullanarak, gerçekçi açıdan en işe

(*) *Sihirli Yıllar* – ç.n.

yarar ve hatta kahramanca eylemleri gerçekleştirebilir. Her savaş, dehşet verici, hayatı tehdit edici koşullarda telâşa kapılmayıp kendine hâkim olan ve hem kendilerini hem de arkadaşlarını kurtaran kişilerin hikâyeleriyle doludur.

İnkâr her zaman böyle selim değildir ve oldukça olumsuz sonuçlara da yol açabilir. Örneğin, tanıdığım bir kadın, yıllık kadın hastalıkları muayenesi testlerini yaptırmayı reddetmektedir; sanki, rahim kanseri olasılığını görmezden gelerek sihirli bir yolla bundan kaçabilecektir. İstismarcı eşlerinin tehlikeli olduğunu inkâr eden eşler, alkol sorunları olmadığında ısrar eden alkolikler, kız çocuklarının cinsel tacize uğradığına ilişkin kanıtları görmezden gelen anneler, belirgin düzeyde işlev bozukluğu göstermelerine karşın sürücü ehliyetlerini iptal ettirmeyi düşünmeyen yaşlı kişiler –bu kişilerin hepsi, inkâr savunmasının en kötü sonuçlarını gösteren tanıdık örneklerdir. Psikanalitik bir kavram olan inkâr kavramı pek bir çarpıtmaya uğramadan günlük dile girmiştir. Bunun bir nedeni inkâr sözcüğünün, geri-çekilme sözcüğü gibi, teknik jargonun bir parçası hâline gelmemiş olmasıdır. Bir başka nedeni de, bu kavramın 12-adım ve benzeri programlar açısından en önemli kavram olmasıdır; bu programlarda kişiler, inkâr savunmasını kullanıyor olmalarıyla yüzleştirilmeye çalışılır ve böylelikle inkâr savunmasının onlar için yarattığı cehennemden çıkmalarına yardım edilir.

Daha olgun savunmaların çoğunun işleyişinde bir inkâr öğesi bulunabilir. Örneğin, şu teselli edici inanca bakalım: Sizi reddetmiş olan kişi, sizi *gerçekten* arzu etmiştir ancak tam bir ilişkiye hazır değildir. Böyle bir sonuca varmak, kişinin reddedildiğini inkâr etmesini içermesinin yanı sıra, akılcılaştırma olarak adlandırdığımız daha gelişmiş özür-üretici süreci de içerir. Benzer şekilde, bir duygunun karşıtına döndürüldüğü (örn., nefretin sevgiye) karşıt-tepki oluşturma savunması, o duygunun hissedilmesini reddetmenin ötesinde kişinin kendini savunduğu duygunun spesifik ve daha karmaşık tipte bir inkârını oluşturur.

İnkâr savunmasının kullanımı ile tanımlanan en açık psikopatoloji örneği *mani*dir. Manik bir durumda kişiler fiziksel sınırlarını, uyku ihtiyaçlarını, mali sıkıntılarını, kişisel zayıflıklarını ve hatta ölümlü olmalarını hayret verici bir dereceye kadar inkâr edebilirler. Depresyon, depresyonlu kişinin zihninde hayatın acı gerçeklerini hiçbir şekilde görmezden gelinemez kılarken, mani bunları psikolojik açıdan önemsiz kılar. İnkâr mekanizmasını başlıca savunmaları olarak kullanan kişiler karakter yapısı açısından maniktirler ve analitik yönelimli klinisyenler bu kişilerden *hipomanik* olarak bahsederler. ("Hipo" ön eki "biraz" veya "kısmen" anlamına gelir ve bu kişileri tam hâ-

liyle manik tepki yaşayan bireylerden ayırt eder.) Çoğu kez klinik açıdan tanılandırılabilir bipolar hastalık göstermeksizin manik ve depresyonlu duygudurumları arasında birinden ötekine gidip gelme eğilimlerinin görülmesinden dolayı, bu kategorideki kişiler için "siklotimik" (birbirini izleyerek değişen duygu hâli) terimi de kullanılmıştır. Analistler bu birbiri ardına değişen duygudurumlarım, inkâr savunmasının bir dönem sürekli kullanılması ve ardından kişi manik durumda iyice yorulunca savunmanın kaçınılmaz çöküşü şeklinde görürler.

İlkel savunmaların çoğunda olduğu gibi, yetişkinlerde, değişime uğramamış inkâr genellikle dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Öte yandan, hafif hipomanik kişiler sosyal ortamlara neşe katabilirler. Birçok komedyen veya şovmen, acı verici duygulanımları uzun süreler boyunca gizleyip dönüştürmeyi başarıyla gerçekleştiren kişilerin belirgin nitelikleri olan hızlı kavrayış, yüksek enerji, sözcüklerle oynama ve bulaşıcı neşe özelliklerini gösterirler. Ancak bu tür kişilerin altta yatan depresif yönleri çoğu kez yakın arkadaşları tarafından görülür; manik çekiciliklerinin onlara ödettiği psikolojik bedel genellikle gözden kaçmaz.

TÜMGÜÇLÜ KONTROL

Yeni doğmuş bebeğin dünya ile kendiliği bir bütün olarak hissettiğini varsayıyoruz. Piaget (örn., 1937), "birincil benmerkezcilik" kavramında bunu belirtmiştir. (Bu bilişsel dönem aşağı yukarı Freud'un [1914b] birincil süreç düşüncenin egemen olduğu "birincil narsisizm" dönemine denk gelir.) Bu kavramın işaret ettiği dönemde, yeni doğmuş bebek tüm olayların kaynağını bir şekilde içsel olarak algılar; yani, örneğin bebek üşümüşse ve bakıcısı bunu anlayıp bebeğin ısınmasını sağlamışsa, bebek kendisinin sihirli bir yolla bu ısınmayı sağladığı yönünde dil-öncesi bir deneyim yaşar. Bebekte, henüz, kendiliğinin dışından, ayrı başkalarından kaynaklanan bir denetim konumu bulunduğu farkındalığı gelişmemiştir.

Kişinin dünyayı etkileyebilme ve failliğinin olması duygusu özsaygının önemli bir boyutudur ve bu boyut, bebeksi ve gerçekdışı olsa da gelişimsel açıdan normal olan tümgüçlülük fantazileri ile ortaya çıkmaya başlar. "Gerçeklik duygusunun gelişiminde devreler" olgusuna dikkati çeken ilk kişi Sandor Ferenczi (1913) olmuştur. Ferenczi şunu belirtmiştir: Birincil tümgüçlülük veya büyüklenmecilik duygularının hâkim olduğu bebeksi durumda kişinin dünyayı denetimi altında tuttuğu fantazisi normaldir; bu algı çocuk olgunlaştıkça doğal olarak değişecektir ve bu değişim, bir veya daha fazla bakı-

cının tamamen-güçlü olduğuna inanıldığı ikincil veya türetilmiş tümgüçlülük dönemine doğru olacaktır ve en sonunda, çocuk, daha da olgunlaştıkça hiç kimsenin gücünün sınırsız olmadığı tatsız gerçeğini kabullenecektir. Çoğu analist şöyle bir durumun söz konusu olduğunu düşünme eğilimindedir: Kişinin gücünün sınırsız olmadığı bilgisini içeren olgun yetişkin tutumu için bir önkoşul vardır ve bu önkoşul, paradoksal şekilde, bebeklikteki tam tersi yöndeki duygusal deneyimdir; başka bir deyişle, bu önkoşul, bebeğin, önce kendi tümgüçlülüğüne sonra da bağımlı olduğu kişilerin tümgüçlülüğüne ilişkin gelişimsel açıdan uygun yanılsamaların rahatça keyfini sürebilmesini sağlayacak derecede güvenli bir erken çocukluk dönemi yaşamasıdır.

Bebeksi tümgüçlülük duygusunun bazı sağlıklı kalıntıları hepimizin içinde varlığını sürdürür ve hayatta yetkinlik ve etkililik duygularına katkıda bulunur. İstencimizi etkili olacak şekilde ortaya koyduğumuzda hissettiğimiz doğal bir tür coşku duygusu vardır. Şansın çok yakınlarında olduğunu hissetmiş ve ardından bir kumar oyununda kazanmış biri tümgüçlü kontrol duygusunun ne kadar tatlı bir duygu olduğunu bilir. Bir insanın aklına koyduğu her şeyi yapabileceği inancı, sağduyuyu ve genel insan tecrübesini tam olarak hesaba katmayan bir inançtır; ama yine de, bu inanç, oldukça güçlü bir şekilde olumlu ve kendini-doğrulayan bir kurgu hâline gelebilir.

Bazı kişilerde, tümgüçlü kontrol duygusunu hissetme ve deneyimleri bir engele tabi olmayan kendi gücü sonucunda meydana geliyor şeklinde yorumlama ihtiyacı bir hayli zorlayıcı olabilir. Bireyin kişiliği, her türlü pratik ve ahlâki meselelerin önemini ikincil bir konuma iterek, tümgüçlülüğünü istediği etkileri meydana getirecek şekilde yaşadığı duygusu peşinde koşma ve bunun keyfini sürme çabası etrafında örgütlenmişse, bu bireyin *psikopatik* olduğu yorumu yapılabilir ("sosyopatik" ve "antisosyal" terimleri daha sonra kullanılmaya başlanmış olan eş anlamlı terimlerdir). Ben Bursten (1973a) klasik bir çalışma olan *The Manipulator* adlı kitabında sosyopati ve suç işlemenin birbirleriyle örtüşen ama özdeş olmayan kategoriler olduğunu vurgulamıştır. Burada, bir kavramın günlük dilde anlaşılma şekli ile daha incelikli psikanalitik kavramsallaştırma çerçevesinde anlaşılma şekli arasında önemli bir fark olduğu bir durum söz konusudur; başka bir deyişle, çoğu suç işlemiş kişinin psikopat ve çoğu psikopatın suç işlemiş/işleyebilecek kişiler oldukları varsayılır olmuştur. Ancak yasaları nadiren çiğneyen birçok kişinin kişilikleri tümgüçlü kontrol savunmasının etkisi altında hareket eder. Bursten'in çalışması, bu kişilerin bilinçli manipülasyonu, kaygıdan kaçınmak ve özsaygıyı sürdürmek amacıyla birincil bir yol olarak kullanmaları üzerine odaklanmıştır.

Kişilikleri tümgüçlü kontrol savunmasının hâkimiyeti altında olan bireylerde başka kişilerin "üzerinde gücü olmak" hem gerçekleştirmeye çalıştıkları temel bir meseledir hem de bir keyif vesilesidir. Bu tür kişiler, kurnazlık, uyarıcı yaşantı veya tehlikeyi sevme ve öncelikle kendi nüfuzunu hissettirmenin diğer konuları geri planda bırakmayı gerektirdiği işlerde sıkça görülürler. Örneğin, bu kişiler, risk almayı gerektiren işlerde liderlik rollerinde, politikada, askerî işlerde, gizli servislerde ve başka gizli operasyon yapan örgütlerde, satış mesleklerinde, örgüt liderleri arasında, reklâm ve eğlence sektörlerinde ve ham güç kullanma potansiyeli yüksek olan birçok başka sosyal konumlarda bulunurlar.

İLKEL İDEALİZASYON (VE DEĞERSİZLEŞTİRME)

Ferenczi'nin, kendiliğin tümgüçlü olduğuna ilişkin ilkel fantazilerin yerine tedricen, kişinin bakıcısının/bakıcılarının tümgüçlü olduğuna ilişkin ilkel fantazilerin geçtiğine yönelik formülasyonu psikanalitik klinik teori açısından önemini sürdürmektedir. Küçük çocuğun, annesinin veya babasının onu hayatın tüm tehlikelerinden koruyabileceğine ne kadar hararetli bir şekilde inanma ihtiyacı içinde olduğunu gözlemleyebiliriz. Hepimiz, büyüdükçe, küçük çocuklar için, düşmanca tutum, hastalanma ve kazaya uğrama, ölümlü olma ve başka tehlikeli olasılıkların gerçekliğiyle ilk kez karşılaşmanın ne kadar korkutucu olduğunu unuturuz (bkz. Brenner, 1982). Bu aşırı yoğun korkulara karşı küçük çocukların kendilerini rahatlatmakta kullandıkları bir yol, müşfik ve tamamen-güçlü otorite konumundaki *bir kişinin* her şeyin sorumluluğunu üstlenmiş olduğuna inanmaktır. (Aslında, dünyayı yöneten kişilerin, ortalama, hataya düşebilir insanlardan esasen daha akıllı ve güçlü olduklarına inanma arzusu çoğumuzun içinde varlığını sürdürmeye devam eder; olayların bize böyle bir nitelik atfının sadece bir arzu olduğunu hatırlattığı durumlarda yaşadığımız tedirginliğin yoğunluğunda bu beklentimizi görebiliriz.)

Küçük çocukların, annelerinin veya babalarının insanüstü edimleri kolayca başarabileceklerine ilişkin inançları ebeveyn olmanın hem en güzel hem de en berbat yönüdür. Çocukların bu inancı, belirli hataların düzeltilmesinde tartışmasız büyük bir avantajdır ve bir çocuğun topyekûn ve sevgi dolu güveninden daha dokunaklı başka bir şey olamaz; ancak bu inanç başka yönlerden ebeveynlerde kontrol edilebilmesi zor bir kızgınlık da yaratır. Kızlarımdan birinin, 2 yaşındayken, ona, yüzmeye gidebilmesini sağlamak için yağmuru durduramayacağımı anlatmaya çalıştığımda nasıl büyük bir yaygara kopardığını hatırlıyorum.

Hepimiz idealize ederiz. Duygusal açıdan güvendiğimiz kişilere özel bir değer ve güç atfetme ihtiyacının kalıntılarını hepimiz taşırız. Normal idealizasyon, olgun sevginin temel bir unsurudur (Bergmann, 1987). Çocukluğumuzda bağlandığımız kişileri idealize veya aşırı değerli konumlarından zaman içinde aşağı çekme yönünde gelişen eğilim, ayrılma-bireyleşme sürecinin normal ve önemli bir parçası gibi görünmektedir. Ebeveynlerinin evinin, gideceği yeni yerden çok daha iyi bir yer olduğunu düşünen on sekiz yaşındaki hiçbir genç evinden gönüllü olarak ayrılmaz. Ancak bazı kişilerde, idealize etme ihtiyacı bebeklikten bu yana nispeten bir değişime uğramamış gibidir. Davranışları, içsel dehşet duygusuna karşı koymaya yönelik arkaik ve yoğun çabaların varlıklarını sürdürdüklerinin kanıtlarını gösterir; bu çabalar, bağlanma ilişkisine girebilecekleri bir kişinin tümgüçlü, her şeyi bilen, çok müşfik olduğu ve bu harika Öteki ile psikolojik kaynaşma yoluyla güvenlikte olacakları inancını içerir. Bu kişiler ayrıca utanç duygusundan da kurtulmayı umut ederler: İdealizasyonun ve bununla ilişkili mükemmellik inancının bir yan ürünü, kendilikteki kusurların tahammülünün daha zor hale gelmesidir; bu durumda, idealize bir nesneyle iç içe geçme doğal bir ilâçtır.

Tümgüçlü bakıcıya duyulan özlem, kişilerin dinsel inançlarında doğal olarak ortaya çıkar. Sevgilisinin mükemmel, okulunun en iyi okul, beğenisinin çok üstün, kişisel gurusunun yanılgıya düşmez, oy verdiği hükümetin hatasız olduğu ve benzeri yanılsamalara ilişkin ısrarlı tutumlarda bu özlem sorunlu biçimleriyle açıkça varlığını hissettirir. Guyana'da, 1978 yılında, 900'den fazla insan, liderleri Jim Jones'un hata yaptığı gerçeğiyle yüzleşmek yerine bilerek ve isteyerek siyanür içtiler. Genelde, kişi ne kadar bağımlıysa veya bağımlı hissediyorsa, idealize etme eğilimi de o kadar güçlüdür. Birçok kadın arkadaşım, kişisel korunmasızlıkla korkutucu bir karşılaşma dönemi de olan hamilelikleri esnasında, onların hamileliğini takip eden doğum uzmanının "harika biri" veya "alanının en iyisi" olduğunu söylemişlerdir.

Bir kişi, hayatını, insanlık durumunun tüm yönlerini birbirleriyle karşılaştırarak kusurlulardan kusursuzlara doğru diye değerler yükleyip sıralamaya çalışarak yaşıyor gibi görünüyorsa ve hem idealize nesnelerle kaynaşma yoluyla hem de kendiliği mükemmel kılma çabalarıyla yaşanan bir mükemmellik arayışıyla güdülenmiş gibi görünüyorsa bu kişinin *narsisistik* biri olduğunu düşünürüz. Psikanalitik literatürün büyük bir kısmında narsisistik kişilik örgütlenmesinin çeşitli yönleri üzerinde durulmuştur. Burada ele aldığım ve bu kişilerin psikolojisini yorumlamaya yönelik yapısal yakla-

şım ise, konuya ilkel idealizasyon savunmasını ne düzeyde kullandıkları açısından yaklaşmaktadır. Narsisistik kişilerin başka tanıdık yönleri bu savunmanın kullanılmasının ardından gelen sonuçlar olarak anlaşılabilir: Çekici, güçlü, ünlü ve başkaları gözünde önemli (yani, mükemmel) olduklarının sürekli teyit edilmesine duydukları ihtiyaç, bu savunmayı kullanma düzeylerinin bir sonucudur; çünkü kişinin kendiliği sevmesi için kendiliği kabul etmekten çok mükemmelleştirmesi gerektiği düşüncesi, kişilikleri, idealize etme eğilimi etrafında örgütlenmiş kişilerde özsaygı oluşturma çabalarını bozar ve engeller.

İlkel değersizleştirme, idealize etme ihtiyacının yalnızca kaçınılmaz diğer yüzüdür,. İnsan hayatında hiçbir şey mükemmel olmadığından, arkaik idealizasyon biçimlerinin akıbeti hayal kırıklığıdır. Bir nesne ne kadar çok idealize edilirse sonunda maruz kalacağı değersizleştirme de o kadar derin olacaktır; yanılsamalar ne kadar büyük olursa bunların düşüşü de o kadar sert olur. Narsisistik kişilerle çalışan terapistler, terapistlerinin su üstünde yürüyebildiğini düşünmüş olan hastaların, bu düşünceyi bırakıp terapistlerinin yürürken aynı anda sakız bile çiğneyemedikleri yönünde karar değiştirdiklerinde hastada meydana gelen hasarı üzülerek belirtirler. Narsisistik danışanlarla tedavi ilişkilerinin, hasta terapiste duyduğu o büyülü hayranlığı yitirdiğinde aniden kopması bilinen bir durumdur. Topyekûn bir idealizasyonun nesnesi olmak terapiste karşı-aktarımda ne kadar hoş gelirse gelsin yine de külfetli bir durumdur; çünkü hem bir insanın sizin aslında yağmuru durdurabileceğinize inandığı idealize bir rolün kızdırıcı yönleri vardır hem de çoğu terapist, canlarının yandığı deneyimlerle, yüksekçe bir yere konmanın sadece buradan aşağı devrilmenin ön aşaması olduğunu öğrenmişlerdir. Bir meslektaşım (J. Walkup, kişisel iletişim, Mayıs 1992) bunun ayrıca, terapisti, kendi bilgi eksikliklerini inkâr etmeye, alçakgönüllü yardım ve destek hedeflerini kabul edilemez bulmaya ve yalnızca en iyi performansının "tipik" performansı olduğunu düşünmeye kışkırtan bir deli gömleği olduğunu söyler.

Günlük hayatta, bu sürecin benzerleri, çok şey vaat ediyor gibi görünmüş ama sonra bunları gerçekleştirememiş olanlara yönelebilecek nefret ve hınç duygularının derecesinde görülebilir. Eşinin onkolojistinin eşini iyileştirebilecek tek kanser uzmanı olduğuna inanmış olan bir adamın, daha sonra eşinin ölmesi durumunda doktora karşı bir dava açması olasılığı çok yüksektir. Bazı kişiler hayatlarını bir yakın ilişkiden ötekine koşturur halde, idealizasyon ve hayal kırıklığı sırasıyla tekrarlanan döngüler içinde, güncel sevgili-

nin bir insan olduğu ortaya çıktığı her defasında onu yeni bir modelle değiştirir gibi yeni bir sevgili bularak geçirirler. İlkel idealizasyonun değişime uğratılması bütün uzun dönemli psikanalitik terapilerin mantıklı ve uygun bir amacıdır; bu çabalar, narsisistik danışanlarla yapılan çalışmalarda, bu kişilerin ve bu kişileri sevmeye çalışan kişilerin hayatlarındaki derin mutsuzluktan dolayı özellikle uygunluk taşır.

YANSITMA, İÇE-ATMA, YANSITMALI ÖZDEŞİM

En ilkel savunma süreçlerinden ikisi olan yansıtma ve içe-atma savunmaları hakkındaki tartışmayı aynı psikolojik olgunun iki karşıt yönünü temsil ettikleri için tek başlık altında birleştirdim. Hem yansıtmada hem de içe-atmada kendilik ile dünya arasında bir psikolojik sınırın eksikliği söz konusudur. Daha önce de bahsedildiği gibi, normal bebeklikte, çocuğun, hangi deneyimlerin içeriden geldiğine ve hangilerinin kendiliğin dışındaki kaynaklara bağlı olduğuna ilişkin bir duygu geliştirmesinden önce, "dünya" ile eş değer olan bir genelleşmiş "ben" duygusunun bulunduğunu varsayıyoruz. Sancısı olan bir bebek muhtemelen "İçimdeki bir şey canımı acıtıyor"dan ziyade "Acıyor!" öznel deneyimini yaşıyordur. Bebek, sancı gibi içsel kaynaklı bir acı ile çok sıkı bağlanmış bebek bezinin yaptığı baskı gibi dışsal kaynaklı bir rahatsızlık arasındaki farkı ayırt edemez henüz. Daha sonra, icra ettikleri savunma işlevleri çerçevesinde yansıtma ve içe-atma olarak bahsettiğimiz süreçler işte bu ayrımlaşmamışlık döneminden kaynaklanırlar. Bu iki süreç birlikte işlediklerinde tek bir savunma olarak kabul edilirler; bu savunma da *yansıtmalı özdeşim* diye adlandırılır. Bazı yazarlar (örn., Scharff, 1992) yansıtmalı ve içe-atmalı özdeşim arasında bir ayrım yaparlar; ancak bunların her birinde benzer süreçler işlemektedir.

Yansıtma, sonucunda, içsel olanın, dışsal kaynaklardan geliyor olarak yanlış anlaşıldığı bir süreçtir. Yansıtma, selim ve olgun biçimlerinde empatinin temelidir. Başkalarının zihninin içine girmemiz mümkün olmadığından, bir kişinin öznel dünyasını anlamak için kendi yaşantımızı yansıtma yeteneğimizi kullanmamız gerekir. Sezgi, sözsüz eşzamanlılık anları ve başka bir kişi veya grupla mistik birleşme türünde doruk yaşantılar, kendiliğin ötekine yansıtılmasını içerir; bu, her iki tarafa da önemli duygusal katkılar sağlar. Birbirini seven kişilerin, birbirlerinin zihinlerini, kendilerinin de mantıksal çerçevede açıklayamadıkları şekillerde okumaları sıkça bahsedilen bir durumdur.

Yansıtma, habis biçimlerinde, tehlikeli yanlış anlamalara ve ağır kişilerarası hasara yol açar. Yansıtılmış tutumlar, yansıtıldıkları nesneyi ciddi derecede çarpıttığında veya yansıtılmış olan, kendiliğin reddedilmiş ve çok

olumsuz kısımlarından oluştuğunda, kaçınılmaz şekilde her türlü sorunlu durum ortaya çıkabilir. Yansıtmanın üzerlerine yapıldığı kişiler, yanlış algılandıkları için gücenebilirler ve onlara örneğin yargılayıcı, kıskanç veya eziyet eden (bu tutumlar, kendilik içindeki tutumlar arasında, en çok görmezlikten gelme ve başkalarına atfetme eğiliminde olduğumuz tutumlar arasındadırlar) kişilermiş gibi davranıldığında buna misilleme yapabilirler. Bir kişi dünyayı anlamakta ve hayatla başa çıkmakta yansıtmayı başlıca yol olarak kullandığında o kişinin *paranoid*[1] nitelikte bir karakteri olduğu söylenebilir.

İçe-atma, sonucunda, dışsal olanın, içsel kaynaklardan geliyor olarak yanlış anlaşıldığı bir süreçtir. Selim biçimlerinde, önemli başkalarıyla bir ilkel özdeşim şeklinde görülür. Küçük çocuklar hayatlarındaki asli kişilerin her türlü tutumlarını, duygulanımlarını ve davranışlarını kendi içlerine katarlar. İçe-atmanın işleyiş süreci, onu gizemli kılacak derecede ince bir düzeyde gerçekleşir; ancak somut görünümleri içe-atmayı kesin olarak tespit edilebilir kılar. Çocuk, öznel isteğine bağlı olarak annesi veya babası gibi olmaya karar verebilecek düzeye gelmesinden çok önce, onları ilkel bir yolla "yutmuş" gibidir, sanki.

İçe-atma, sorunlu biçimlerinde, yansıtma gibi, oldukça tahripkâr bir süreçtir. Patolojik içe-atmanın en bilinen ve çarpıcı örnekleri, taşıdığı ilkellik göz önünde tutulursa pek de uygun olmayan bir şekilde "saldırganla özdeşim" (A. Freud, 1936)[2] olarak adlandırılmış olan süreci içerir. Korku veya suistimal koşulları altında, kişilerin, kendilerini suistimal edenlerin niteliklerini benimseyerek yaşadıkları korku ve acıyla başa çıkmaya çalışacakları, doğal gözlemler (örn., Bettelheim, 1960) ve ampirik araştırmalar (örn., Milgram,

1 Psikanalitik tanımlamaya göre paranoyanın, esasları itibariyle, ne kuşkuculuk hâli ile (bu hal, gerçekçi nitelikte, yansıtılmamış gözlemlemeye ve yaşantıya dayalı olarak yaşanabilir) ne de yapılmış bir atfın doğru olup olmadığıyla hiçbir ilişkisi bulunmadığına dikkat edin. Bir yansıtmanın "dışarıdaki durumla örtüşüyor" olması onun yansıtma niteliğini azaltmaz. Bir yansıtmayı tespit etmek, yapılan atıf dışarıdaki durumla örtüş*me*diğinde daha kolaydır; ancak başka bir kişinin güdülerine ilişkin yanlış anlamaya yol açan başka bazı savunmacı olmayan nedenler bulunması da mümkündür. "Paranoid" sözcüğünün popüler hale gelmiş yanlış kullanımı, dildeki hassas anlam ayarlarına çokça zarar vererek, bu sözcüğü hatalı şekilde "korkan" veya "güvenmeyen" sözcükleriyle eş tutmuştur; kişilerin yansıttıkları şeylerin, genellikle, daha sonra korku ve güvenmeme duygularıyla tepki verdikleri sevimsiz malzemeler olduğu doğru olsa da.

2 Analistlerin çoğu özdeşim terimini, teknik açıdan, öznel isteğe bağlı olarak deneyimlenen içselleştirmeler için kullanılmak üzere ayırmışlardır (Schafer, 1968). "Annesi gibi" olmak isteyen 3 yaş çocuğu, annesinin niteliklerini benimseyen 2 yaş çocuğuna göre, özdeşimi çok daha az ilkel bir yolla gerçekleştirmektedir. Saldırganla "özdeşim"in, otomatik ve bilinçdışı olmasından ve öznel bir seçme hakkı duygusu içermemesinden dolayı, içe-atma olarak anlaşılması daha uygundur; ancak bugün, daha az doğru olan terimin uzunca bir süredir kullanılıyor olmasından dolayı bu terime takılıp kalmış durumdayız.

1963) sonucunda bugün iyi bilinmektedir. "Ben çaresiz kurban değilim; istediğini yaptıran güçlü kişiyim" düşüncesi, kişilerin bu savunmayı benimsemesinin bilinçdışı nedeni gibi görünmektedir. Bu mekanizmanın anlaşılması psikoterapi süreci açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu mekanizma, bütün tanı kategorilerinde görülebilir; ancak *sadizm*, *ani öfkelenme* ve çoğu kez yanıltıcı şekilde *itkisellik* denilen (bkz. Bölüm 6'da "Eyleme-koyma") davranışlara yönelik karakterolojik yatkınlıklarda özellikle belirgindir.

İçe-atmanın psikopatolojiye yol açabileceği başka bir durum da yas ve yasın depresyonla ilişkisiyle (Freud, 1971a) bağlantılıdır. Birilerini sevdiğimizde veya birilerine derinden bağlandığımızda, onları içe-atarız ve onların içimizdeki temsilleri kimliğimizin bir parçası hâline gelir (Ben Tom'un oğluyum, Mary'nin kocasıyım, Sue'nun babasıyım, Dan'in arkadaşıyım, vs.). Ölüm, ayrılık veya reddedilme gibi nedenler sonucunda, imgesini içselleştirmiş olduğumuz kişilerden birini yitirirsek, o kişinin hayatımızda artık bulunmamasından dolayı *çevremizin* yoksullaştığı duygusunu hissetmeyiz yalnızca, aynı zamanda, bizim de azaldığımızı, *kendimizin* bir parçasının da ölmüş olduğunu hissederiz. İçsel dünyamıza bir boşluk veya kimsesizlik duygusu hâkim olur. Ayrıca, yitirilmiş nesnelere tutunmayı bırakmak yerine, bu nesneleri bir şekilde geri getirmeye odaklanmışsak, hangi yaptığımız hata veya işlediğimiz günah onları bizden uzaklaştırdı sorusuna takılıp kalabiliriz. Genellikle bilinçdışı olan böyle bir soruya takılıp kalma sürecinin gerçekleştirmek istediği gizli arzu yitirdiklerimizi geri getirmektir ve bu arzuya göre, eğer neyi yanlış yaptığımızı anlayabilirsek bunu başarabiliriz (bu da çocuksu tümgüçlülüğün başka bir görünümüdür). Yas tutmaktan kaçınıldığında, bilinçdışı özeleştiri bu şekilde yas tutma sürecinin yerini alır.

Freud (1917a) yas tutma sürecini, çok güzel bir şekilde, "nesnenin gölgesinin egonun üzerine düştüğü" (s. 249) bir yitirme durumunu yavaş yavaş kabul etme olarak betimlemiştir. Bir insan, imgesi içe-atılmış sevdiği birinden zaman içinde içsel olarak ayrılmayı başaramadığında ve bunun sonucunda başka insanlara duygusal açıdan yatırım yapamadığında (böyle bir yatırımın yapılabilmesi yas tutma sürecinin işlevidir), azalmış, değersiz, tükenmiş ve yoksun hissetmeye devam edecektir. Bir insan, içe-atmayı, kaygıyı azaltma ve kendilikte sürekliliği koruma amacıyla devamlı olarak kullanır ve bu şekilde geçmiş hayatının artık onu beslemeyen nesneleriyle psikolojik bağlarını korursa, bu insan karakter yapısı açısından *depresif* olarak değerlendirilebilir.

Melanie Klein (1946) "yansıtmalı özdeşim" savunma süreci hakkında yazan ilk analisttir; Klein, bu savunmanın ağır rahatsızlıkları olan *tüm* hasta-

larda bulunduğunu tespit etmiştir. Yansıtmalı özdeşimde yansıtmalı ve içe-atmalı mekanizmaların iç içe geçmesini Ogden (1982) özlü şekilde şöyle betimlemiştir:

> Yansıtmalı özdeşimde, hasta terapisti geçmişindeki nesne ilişkilerinin belirlediği çarpıtılmış bir yolla görmez yalnızca, bunun yanı sıra, terapiste kendisini hastanın bilinçdışı fantazisine uygun olacak şekilde deneyimlemesine yönelik baskı da uygulanır. (s. 2-3)

Başka bir ifadeyle, hasta hem içsel nesneleri yansıtır hem de bunların yansıtıldığı kişiyi, bu kişi aynı içe-atılmış nesnelere sahipmiş gibi, bu nesnelere benzer şekilde davranmaya zorlar. Yansıtmalı özdeşim karmaşık bir soyutlamadır ve analitik literatürde birçok tartışmaya yol açmıştır (bkz. Finell, 1986). Bazı analistler, yansıtmalı özdeşimin, tek başına yansıtma savunmasından niteliksel açıdan ayırt edilebilir olmadığında ısrar etmişlerdir. Başka analistlerse, bu kavramın ortaya çıkışının büyük klinik ve teorik önemi olduğunu düşünmektedirler (Kernberg, 1975). Bu terimi ben bir önceki paragrafta belirtilmiş olan düşünceler çerçevesinde ele alıyorum: Buna göre, yansıtma ve içe-atma mekanizmalarının her biri ayrı bir süreklilik hattına sahiptir ve bu hatlar üzerinde, çok ilkelden çok gelişmişe doğru (krş. Kernberg, 1976) çeşitli biçimlerde görünürler. Süreklilik hatlarının ilkel tarafında bu iki süreç birbiriyle iç içe geçerler; çünkü her ikisinde de benzer şekilde içsel olanla dışsal olan ayırt edilemez ve hangisinin hangisi olduğu karıştırılır. Bu iç içe geçme durumu bizim yansıtmalı özdeşim dediğimiz durumdur. Bölüm 4'te bu mekanizmanın psikotik ve sınırdurum vakalarda işleyişini kısaca tartışmıştım.

Bu sürecin olgun yansıtmadan nasıl farklı olduğunu görmek için, ilk değerlendirme görüşmesine gelmiş iki genç erkek hastanın dile getirdiği aşağıdaki varsayımsal sözler arasındaki farkı inceleyin:

> HASTA A: (*Özür dilerce bir şekilde*) Biliyorum beni eleştirdiğinize inanmamı gerektirecek bir nedenim yok; ama yine de, beni eleştirdiğinizi düşünmekten kendimi alamıyorum.
>
> HASTA B: (*Suçlayıcı bir şekilde*) Siz ruh doktorları hepiniz sırtınızı koltuğunuza dayayıp insanları yargılamayı pek seviyorsunuz; bana gelince, sizin *ne* düşündüğünüz benim umurumda değil!

Şimdi şunu varsayın: Gerçeklikte, terapist bu iki hastayla da seansa içten bir şekilde dostane, ilgili ve yargılamayan bir tutumla başlamıştır. Bu iki

hastayı da rahatsız eden şeyin *içeriği* benzerdir; her ikisi de terapistin sert, yargılayıcı bir tutum takınmış olduğundan endişe etmektedirler. Her ikisi de, içselleştirilmiş eleştirel bir nesneyi terapiste yansıtmaktadırlar. Ne var ki, ikisinin sözlerindeki üç yön onları birbirinden oldukça farklı kılmaktadır.

Birincisi şudur: Hasta A, gözlemleyen bir egosu –kendiliğin, hastanın fantazisinin gerçekliğe uymuyor olabileceğini görebilen bir kısmı– bulunduğunun kanıtını gösterir; bu durumda yansıtma egoya-yabancıdır. Öte yandan, Hasta B, yansıtılmış olanı terapistin zihin durumunun doğru bir tespiti olarak deneyimler; bu hastanın yansıtması ego-uyumludur. Aslında, yaptığı atfın gerçekliğine o kadar kesin şekilde inanmaktadır ki, terapistin plânladığından emin olduğu saldırıya ondan önce bir karşı-saldırı başlatmaktadır. Tipik olarak ilkel süreçlere özgü olan, deneyimin bilişsel, duygulanımsal ve davranışsal boyutlarının iç içe geçmesi olgusu burada açıkça görülebilir.

İkincisi şudur: Bu hastalar, savunmanın yapmak üzere çağrıldığı görevi, yani, sıkıntı verici bir duygudan kurtulmayı, yansıtma süreçlerinin başarıyla gerçekleştirme düzeyi açısından farklılık gösterirler. Hasta A, eleştirel tutumu kendi içinden çıkarıp terapiste iletmiştir ve bu tutumu bildirmiş olmaktan dolayı kısmen rahatlamıştır; Hasta B ise, bu tutumu hem terapiste yansıtmaktadır hem de kendi içinde tutmaya devam etmektedir. Öteki kişiye eleştirel bir tutum atfetmekte ancak bu atıf onu kendini eleştirel biri olarak hissetmekten kurtarmamaktadır. Kernberg yansıtmalı özdeşimin bu yönünü, yansıtılmış olanla "empatinin sürdürülmesi" olarak betimlemiştir.

Üçüncüsü de şudur: Bu hastaların her birinin sözlerinin terapist üzerindeki duygusal etkisi oldukça farklı olacaktır. Terapist Hasta A'yı sevmenin daha kolay olduğunu hissedecek ve hızla bir çalışma ittifakı kuracaktır. Hasta B'yle ise, terapist, hızla tam da hastanın terapistin zaten olduğuna inandığı türde bir kişi gibi, ilgi göstermeyen, yargılamaya hazır ve karşısındaki kişiye ilgi göstermeye çalışmak için gerekecek enerjiyi harcamaya isteksiz biri gibi, hissetmeye başlayacaktır. Başka bir deyişle, terapistin karşı-aktarımı ilk hastaya hem olumlu hem de ölçülü olacak; ikinci hastayaysa hem olumsuz hem de yoğun olacaktır.

Yansıtmalı özdeşimin "kendini-doğrulayan-kehanet" niteliğini, bir meslektaşım bana (B. Cohen, kişisel iletişim, Şubat 1987), bir kişinin gerçekliği oldukça ilkel şekillerde algılamasına yol açacak düzeyde hasar görmüş olmasının doğal bir sonucu olarak açıklamıştır; *ancak bu açıklamanın psikozda geçerli olmadığını da belirtmiştir.* Gerçekliğe bağlı halde kalmaya yönelik

yatırımı olan bir hasta, karşısındaki bir kişinin zaten taşıdığına inandığı duyguları o kişide ortaya çıkarabilirse daha az aklını kaçırmış gibi hissedecektir. Açıkça psikotik olan bir hasta ise, yansıtmasının "gerçekliğe uyması veya uymaması"nı umursamayacaktır ve dolayısıyla başkalarına, bu yansıtmanın uygunluğunu ve böylece kendi akıl sağlığının yerinde olduğunu doğrulatmak için bir baskı uygulamayacaktır.

Okuyucunun da görebileceği gibi, yansıtmalı özdeşim özellikle güçlü ve aşılması için çok çaba gerektiren bir mekanizmadır ve terapistin yardım etme becerilerini bir hayli zorlar. Bu bölümde ele alınan tüm savunmalar ilkel kabul edilse de, biraz sonra tartışacağım bölünme savunmasıyla birlikte bu savunma, klinisyenlerin başlarını ağrıtmakta özellikle ünlüdürler. Hastanın, terapistin "gerçekten" nasıl hissettiğinden emin oluşunun ve bununla aynı zamanda, terapistte tam da bu atfettiği duyguları ortaya çıkarmaya yönelik hiç azalmayan çabalarının sarmalına yakalanan bir terapistin, kendisine yönelmiş yoğun duygusal baskıya dayanabilmesi için açık bir zihinsel duruma ve çelik gibi bir disipline sahip olması gerekir. Dahası, hepimiz insan olmanın getirdiği çeşitli hâlleri paylaştığımız ve dolayısıyla, hasta tarafından bize yansıtılan her türlü duyguları, savunmaları ve tutumları kendi içimizde zaten taşıyor olduğumuz için, yansıtmalı özdeşimi yapan hastanın inandığı şeylerde her zaman belli bir doğruluk payı vardır. Klinik çalışmanın yoğunluğu içinde hastanın savunmasının nerede bittiğini ve terapistin psikolojisinin nerede başladığını tespit etmek bir hayli zor ve kafa karıştırıcı olabilir. Yansıtmalı özdeşim savunmasının terapistin kendi ruhsal sağlığı konusundaki güvenini tehdit etme gücü, bu savunmanın, bölünme savunmasıyla birlikte, *sınırdurum karakter örgütlenmesi* ile ilişkili olarak ele alınmasının nedenini açıklar; spesifik olarak da, yansıtma kısmının oldukça güçlü olmasından dolayı, paranoid kişiliğin sınırdurum düzeyleriyle bağlantılı olarak görülür.

Ne var ki, mesleki yaygın görüşün aksine, yansıtmalı özdeşim, sadece karakterleri aslen sınırdurum örgütlenme gösteren kişiler tarafından kullanılmaz. Bu süreç psikopatolojiden bağımsız olarak günlük hayatta farkına varmadığımız birçok selim biçimlerde işler. Örneğin, yansıtılan ve özdeşim kurulan deneyimler sevgi ve neşe dolu duygulanımları içerdiğinde, bir grup içinde herkese olumlu duygular yayılabilir. Diğer kişilere yansıtılan ve özdeşim kurulan deneyimler olumsuz olduğunda bile, bu süreç, kesintisiz ve yoğun şekilde sürmezse ve daha olgun türde başka kişilerarası süreçler tarafından yumuşatılırsa çokça bir zararı olmaz.

EGO BÖLÜNMESİ

Genellikle basitçe "bölünme" olarak bahsedilen ego bölünmesi,[3] yansıtmalı özdeşim gibi, kişilerarası ilişkiler açısından oldukça güçlü olan bir süreçtir; bu iki sürecin de, bebeğin, bakıcılarının, iyi ve kötü nitelikleri olduğunu ve bu bakıcıların, iyi ve kötü deneyimlerle bağlantılı kılındıklarını anlayabileceği dönemden önce, yani, dil-öncesi dönemden kaynaklandığı düşünülür. İki yaş çocuklarında, algılamalarını, dünyalarındaki her şeye iyi ve kötü değerler vererek örgütlemeye yönelik bir ihtiyacı gözlemleyebiliriz. Bu eğilim, büyük olanla küçük olan (yetişkin ve çocuk) arasındaki farka ilişkin algılama ile birlikte, küçük insan canlısının deneyimlerini örgütlediği birincil yollardan biridir. Kişide nesne sabitliği gelişmeden önce kişi çift-değerlilik yaşayamaz; çünkü çift-değerlilik sabit bir nesneye yönelik karşıt duyguların varlığını belirtir. Nesne sabitliğinden önce, kişi, kendi dünyası içindeki bir nesneye yönelik olarak ya iyi ya da kötü bir ego durumunda bulunabilir.

Bölünme, günlük yetişkin hayatında, karmaşık deneyimlerden, özellikle bunlar kafa karıştırıcı veya tehdit edici bir nitelik taşıdığında, bir anlam çıkarmakta güçlü ve çekici bir yoldur. Siyaset bilimciler, herhangi bir mutsuz grubun, grubu oluşturan iyilerin mücadele etmesi gereken açıkça kötü bir düşman algısı geliştirmesinin ne kadar çekici olduğunu doğrulayacaklardır. İyi ve kötü, Tanrı ve şeytan, demokrasi ve komünizm, kovboylar ve kızılderililer, doğrucu vatandaş ve kötü bürokrasi, vb. ikili karşıtlıklar kültürümüzün mitolojisini istilâ etmiştir. Tüm toplumların folklorunda ve düzenleyici inançlarında benzer nitelikte bölünmüş imgeler bulunabilir.

Bölünme mekanizması, kaygıyı azaltmaya ve özsaygıyı sürdürmeye yönelik savunma işlevlerinde oldukça etkili olabilir. Ancak bölünme her zaman çarpıtmayı içerir ve tehlikeli yönü de budur. İkinci dünya savaşı sonrasındaki dönemde "otoriter kişilik" üzerine yapılmış akademik çalışmalarda (Adorno, Frenkl-Brunswick, Levinson, & Sanford, 1950), bölünme mekanizmasının (bu olgu o araştırmalarda başka bir terimle adlandırılmıştı) dünyayı ve bu dünya içinde kendi yerini anlamlandırmaya yönelik olarak kullanılmasının kapsamlı sosyal sonuçları araştırılmıştı. Otoriterlik üzerine yapılmış olan ilk çalışmanın yazarları, belirli sağ-kanat inançların özellikle bu tür bir esneklikten yoksun-

3 Burada kullanacağımız terminolojinin şanssız bir yönü olabilir: Bütünleşmiş bir ego gelişmeden kişi egoda bir bölünme yaşayamaz. Egosu belli bir bütünlük kazanmış olan ama sonra stres altında bölünmüş bir kişiden bahsederken yerinde bir şekilde bölünmeye bir savunma olarak gönderme yapabiliriz. Ancak bir kişi nesne-sabitliği-öncesi, bütünleşmiş-ego-öncesi bir duruma saplanmışsa buna başka bir ad bulmamız gerekir belki de. Stolorow ve Lachmann (1979) "savunmanın gelişimsel ön-evreleri" üzerine yazdıkları önemli bir makalede böyle bir ayrım yapmışlardır.

lukla bağlantılı olmasının daha muhtemel olduğu sonucuna varmışlardı; ancak daha sonraki yorumcular, otoriterliğin sol-kanat ve liberal görüş eksenli biçimlerinin de bulunduğunu ortaya koymuşlardır (bkz. Brown, 1965).

Klinik açıdan, bir hasta bir yandan belirli bir tutumu gösterip öte yandan da bu tutumun karşıtı olan tutumu (çoğumuzun bir ikilem içinde yaşayacağı çift-değerlikli tutumun öteki tarafı) kendisiyle tamamen ilişkisiz gördüğünde bölünme devrededir. Örneğin, bir sınırdurum hasta, aynı kurumda çalışan ve onun iddiasına göre, ilgisiz, düşmansı, aptal olan bürokratların tersine terapistini tamamen-iyi olarak deneyimler. Veya hasta, bir hafta önce hata yapması mümkün olmayan biri olarak gördüğü terapistini şimdi kötülüğün, ihmalkârlığın veya yetersizliğin canlı örneği olarak görmeye başladığında terapist aniden, değişime uğramamış bir hıncın hedefi hâline gelebilir. Bölünmeyi kullanan danışan atıflarındaki tutarsızlıklarla yüzleştirildiğinde, o kadar iyi görünen birinin bu kadar kötü birine dönüşmesini dikkat çekici veya üzerinde durmaya değer bulmayacaktır.

Psikiyatrik hastaneler ve ruh sağlığı merkezleri gibi kurumlarda sınırdurum hastaların yalnızca içsel bölünme yaşamadıklarını, aynı zamanda, (yansıtmalı özdeşim aracılığıyla) kurumun personelinde de gruplaşma şeklinde görülen bir bölünme yarattıkları iyi bilinen bir olgudur (Stanton & Schwartz, 1954; Main, 1957; G. Adler, 1972; Kernberg, 1981; Gunderson, 1984). Bir sınırdurum danışanın tedavisiyle ilgilenen ruh sağlığı çalışanları kendilerini tekrar tekrar benzer nitelikte bir tartışmanın içinde bulurlar: Bu tartışmalarda bazıları hastaya yönelik güçlü bir sempati hisseder ve onu kurtarmak ve ona destek olmak isterken, diğerleri aynı derecede güçlü bir antipati hisseder ve onu kendisiyle yüzleştirmek ve ona sınırlar koymak isterler. Bir savunma olarak bölünmenin pek parlak bir ününün olmamasının nedenlerinden biri budur. Bu savunmayı, deneyimlerini düzenlemekte alıştıkları başlıca yol olarak kullanan hastalar terapistlerini ve yakınlarını çok yorarlar.

DİSSOSİYASYON

Oldukça kararsız kalmama karşın, *dissosiyasyon*u, ilkel savunmalara dâhil ettim; çünkü dissosiyasyon, hem tüm kişilik üzerinde çok kapsamlı ve çarpıcı şekilde işler hem de birçok dissosiye durum esasen psikotiktir. Bununla birlikte, dissosiyasyon, önceki sayfalarda tartışılan süreçlerden oldukça farklıdır. Diğer süreçler, kişi bunlara ancak çok uzun süre veya gerçeklikle başa etmekte kullanılabilecek başka yolları devre dışı bırakacak derecede tutunursa, sorunlu hale gelen normal işleyiş biçimlerini temsil ederler. Dissosiyasyon ise şu yön-

den farklıdır: Belirli koşullar altında hepimiz dissosiye olma *kapasitesini taşıyor* olsak da, çoğumuz böyle koşullarla karşılaşmayacak denli şanslıyızdır. Bu noktada şunu da belirtmeliyim: Dissosiye olma kapasitesi konusunun tartışmalı bir yönü de vardır; çok sayıda araştırma, yalnızca hipnoza girme yetenekleri yüksek olan kişilerin bu savunmayı kullanabildiklerine işaret etmektedir.

Dissosiyasyon travmaya verilmiş "normal" bir tepkidir; ancak travmanın gelişimsel açıdan normal bir olgu olduğu söylenemez. Hepimiz, başa çıkma kapasitemizi aşırı zorlayan bir felâketle karşılaşırsak, özellikle de bu felâket dayanılmaz bir acı ve/veya korku içeriyorsa, dissosiye olabiliriz. Savaş, hayatı-tehdit edici hastalık ve büyük ameliyatlar esnasında bedenin dışından kendini izleme deneyimleri o kadar çok bildirilmiştir ki, ancak en kuşkucu kişiler dissosiyatif olgulara ilişkin kanıtları tamamen göz ardı edebilirler. Hangi yaşta yaşanmış olursa olsun, dayanılmaz felâketler dissosiyasyona yol açabilirler; küçük bir çocukken tekrar tekrar ürkütücü derecede suistimale maruz kalan kişiler, strese karşı hep devreye girecek alışılmış tepkileri olarak dissosiyasyonu kullanmayı öğrenebilirler. Böyle durumlarda, artık yetişkin olan bu kişinin, karakterolojik dissosiyatif bozukluk veya *çoklu kişilik* gösterdiğini söylememiz doğru olur.

Son yıllarda çoklu kişilik ve dissosiyasyon üzerine yayınlanan deneysel ve klinik çalışmalarda büyük bir artış oldu ve bunların hepsinde dissosiyatif kişilerin sayısının zannedilenden çok daha yüksek olduğu gerçeğinin altı çizildi. Belki son dönemlerde dissosiyasyon yaratan ürkütücü derecedeki çocuk suistimali sayısı arttı. Veya belki de, özellikle *Sybil** (Schreiber, 1973) adlı kitabın yayınlanmasından bu yana belli bir kamu bilinci eşiği geçildi. Bu kitap, düzenli aralarla dissosiye olabileceklerinden kuşku duyan kişilerin birçoğunu ruh sağlığı uzmanlarına daha erken bir dönemde başvurmaya cesaretlendirdi.[4]

Dayanılmaz koşullar altındayken dissosiye olmanın avantajları açıktır: Dissosiye olan kişi acı, dehşet, ürküntü duyguları ve ölümünün yakın olduğu düşüncesiyle bağlantısını keser. Ölümcül tehlike içindeyken bedenin dışından kendini izleme deneyimini yaşamış olanlar ve hatta empati kurabileceleri böyle dramatik bir olay yaşamamış olanlar bile, yaklaşan yok olma duygusunun içinde bulunmak yerine dışında bulunmayı tercih etmeyi hemen anlayacaklar-

(*) *Sybil*, çev. Nilgün Arıt, İstanbul: E Yayınları, 2001 – ç.n.

4 Çoklu kişilik ve dissosiyasyon üzerine hızla genişleyen literatür henüz temel psikanalitik teorinin bünyesine katılmamıştır; analitik çevrelerde dissosiyatif durumların artan düzeyde değerlendirmeye alınmasına yönelik bir eğilim gelişiyor gibi göründüğü için (krş. Herman, 1992; Lichtenberg, 1992) ben de bu kitapta (bkz. Bölüm 15) bu konuyu teorinin bünyesine katmaya yönelik bir girişimde bulundum.

dır. Dissosiyasyon kimi zaman da, belli durumlarda ve hafif düzeyde yaşandığında çarpıcı cesaret edimlerine imkân sağlar. Bu savunmanın en büyük sakıncası ise, kişinin hayatının gerçekten risk altında *olmadığı* ve tehlikenin niteliğini daha iyi ayırt edici uyum sağlayan davranışların kişinin genel işlev düzeyini çok daha az düşüreceği durumlarda bile otomatik olarak işleme eğilimidir.

Travmaya maruz kalmış kişiler gündelik stres ile hayatı tehdit eden durumları birbirine karıştırabilirler; bunun sonucunda da, hem kendi hem de başkalarının kafalarını karıştıracak şekilde, ani bellek kaybı yaşayabilir veya tamamen başka biri gibi davranmaya başlayabilirler. Dışarıdan izleyenler, eğer onların da travmatik bir tarihçeleri yoksa, bir tanıdıkları aniden önemli bir olayı unuttuğunda veya açıklanamaz şekilde farklı davranır göründüğünde, onun dissosiye olduğunu asla düşünmeyeceklerdir. Bunun yerine, o kişinin, canının sıkkın olduğu veya tutarsız biri veya bir yalancı olduğu sonucuna varacaklardır. Dolayısıyla, bu savunmayı daimi olarak kullanan kişinin, kişilerarası ilişkiler açısından ödediği yüksek bir bedel vardır.

Özet

Bu bölümde analistlerin geleneksel olarak ilkel veya birincil diye nitelendirdikleri savunmaları betimledim: geri-çekilme, inkâr, tümgüçlü kontrol, ilkel idealizasyon ve değersizleştirme, yansıtma ve içe-atmanın ilkel biçimleri ve bölünme. Bu savunmalara dissosiyasyonu da dâhil ettim; çünkü en uç biçimlerinde dissosiyasyon bu savunmayı kullanan kişinin tüm kimliğini değiştirir. Her bir savunmanın normal kökenlerini inceledim (dissosiyasyon hariç; bu savunmaya travma neden olmaktadır) ve her birinin uyum sağlayıcı ve uyum bozucu işlevlerini belirttim. Ayrıca her bir ilkel savunmayı aşırı kullanmayla bağlantılı kişilik tiplerini tespit ettim.

İleri Okuma Önerileri

Yansıtma ve içe-atmanın ilkel biçimleri üzerine yazılmış bazı önemli kitaplar vardır (Ogden, 1982; Sandler, 1987; Scharff, 1992). Diğer ilkel savunmalar, genel olarak, farklı yazarlar psişik gelişim üzerine görüşlerini belirtirlerken ele alınmıştır. Klein'ın "Love, Guilt, and Reparation" (1937) ve "Envy and Gratitude"* (1957) adlı çalışmaları ilkel süreçleri oldukça aydınlatıcı metinlerdir ve Klein'ın bazı başka çalışmalarının aksine yeni terapistler için anlaşılmaz nitelikte değildirler. Balint (1968) arkaik dinamiklerin bireylerdeki, Bion ise (1959) bu dinamiklerin gruplardaki işleyişini oldukça iyi betimlemişlerdir.

(*) *Haset ve Şükran*, çev. Yavuz Erten & Orhan Koçak, İstanbul: Metis Yayınları, 1999 – ç.n.

ALTINCI BÖLÜM

İkincil (Üst Düzey) Savunma Süreçleri

Savunmaları özetleyen hiçbir çalışma eksiksiz olmaz; çünkü neredeyse tüm psikolojik süreçler savunmacı şekillerde kullanılabilirler. Aynı nedenden dolayı, varolan bir dizi olasılık içinden yapılmış bir savunmacı işleyiş listesi seçimi de yazarın kendi yaklaşımına göre belirlenmiş olmak durumundadır.[1] Ele alacağım "olgun" veya "üst düzey" savunmaları iki ölçüte göre seçtim: (1) psikanalitik klinik literatürde ve uygulama içindeki terapistler arasında belirtilme sıklıkları ve (2) belirli karakter örüntüleriyle ilişkili olmaları. Okuyucu, başka bir yazarın hazırlayacağı listenin farklı olacağını, savunma süreçlerinin başka yönlerini vurgulayacağını ve o yazarın kendine özgü psikanalitik teori ve uygulama deneyimini yansıtacağını göz önünde bulundurmalıdır.

BASTIRMA

Üst düzey olarak adlandırılan savunmaların en temel olanı bastırmadır. Freud'un ilgisini çeken ilk savunmalardan da biridir bastırma ve uzun bir psi-

1 Anna Freud'un (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defense* [*Ben ve Savunma Mekanizmaları*, çev. Yeşim Erim, İstanbul: Metis Yayınları, 2004.] adlı çalışması, inkâr, bastırma, karşıt-tepki oluşturma, yer-değiştirme, akılcılaştırma, düşünselleştirme, gerileme, tersine-çevirme, kendine-karşı-döndürme, saldırganla özdeşim ve yüceltme mekanizmalarını içerir. Daha yakın dönemde, H.P. Laughlin'in (1970, 1979) yaptığı bir çalışmada, 22 temel ve 26 ikinci derece savunma mekanizması ve aynı zamanda çok sayıda başka "özel" savunmacı savunmacı tepki betimlenmektedir. DSM-III-R ise 18 savunma mekanizması belirtir. Buradaki çalışmada ben, A. Freud'un alçakgönüllü listesine göre daha kapsamlı olacak ve sonraki psikanalitik modelleri daha çok içerecek şekilde seçilmiş bir dizi mekanizmayı betimlemeyi tercih ettim. Ancak bu kitap psikolojik süreçler üzerine bir kitap olmaktan çok tanı üzerine bir kitap olduğu için, burada, Laughlin'in ansiklopedik tartışmasında betimlenen savunmalardan yalnızca bir kısmını ele alacağım.

kanalitik klinik ve ampirik araştırma tarihçesine sahiptir. Bastırmanın esası *güdülenmiş unutma veya bilmezlik* olarak belirtilebilir. Bu savunmayı Freud'un dürtü modeli çerçevesinde açıklayabiliriz; bu modele göre, itki ve duygulanımlar yüzeye çıkmak için çaba harcarlar ve dinamik bir güç tarafından denetim altında tutulmaları gerekir. Freud (1915b) şöyle yazmıştır: "bastırmanın esası bir şeyi bilinçten uzaklaştırmakta ve belli bir mesafede tutmakta yatar" (s. 146). İçsel bir eğilim ya da dışsal bir durum yeterince sıkıntı verici veya kafa karıştırıcı ise, bu, maksatlı olarak bilinçdışına gönderilebilir. Böyle bir süreç, bir deneyimin bütününe, bir deneyimle bağlantılı olan duygulanıma veya kişinin bu deneyimle ilişkili fantazilerine ve arzularına uygulanabilir.

Bir şeye dikkat etmekte veya bir şeyi hatırlamakta yaşanan her zorluk bastırmanın devrede olduğu anlamını taşımaz. Bir fikir veya duygu veya algının, *sıkıntı verme gücünden dolayı* bilinç düzeyinde ulaşılamaz hale geldiğine ilişkin kanıt varsa ancak bu savunmanın işlemekte olduğunu varsayabiliriz. Başka dikkat veya hafıza kusurları, toksik veya organik durumlar sonucu veya yalnızca, önemli bilgileri önemsizlerden ayırmaya yönelik günlük zihinsel eleme süreci sonucu yaşanabilir. Bastırmanın kapsamlı ve yoğun şekilde işleyişine bir örnek olarak, kurbanın daha sonra hatırlayamadığı bir tecavüz veya işkence deneyimi verilebilir. Geçmişte "savaş nevrozu" olarak adlandırılan, bugün ise travma sonrası stres bozukluğu olarak bilinen durumlar, psikanalitik açıdan, bastırma kavramı kullanılarak açıklanmıştır.[2] Bu durumlarda, kişi, belirli dehşet verici, hayatı-tehdit edici olayları istediği zaman hatırlayamaz, ancak bu olaylarla ilgili ani ve sarsıcı geçmişe dönüşler yaşıyor olmanın sıkıntısı çekebilir. Freud bu olguyu o renkli "bastırılmışın geri dönüşü" başlığı altında ele alırdı; ilk dönem psikanalitik gözlemlerde bu tür olgulara çok önem veriliyordu.

Sonraki analitik teoride bastırma terimi travma olgusundan çok, içsel olarak üretilmiş fikirler çerçevesinde kullanılmaya başlandı. Bastırma, çocukların, gelişimsel açıdan normal ancak gerçekleşmesi mümkün olmayan ve korkutucu yönelişlerle (örn., bir ebeveynini yok etme ve ötekine tek başına sahip olma arzusu gibi) başa etme yolu olarak görüldü: Çocuklar büyüdükçe

2 Bölüm 15'te bu tür unutmanın bastırma yerine dissosiyasyon olarak anlaşılması gerektiğini ve dahası, bildiğimiz bastırmanın dissosiyatif süreçlerin bir altkümesini temsil ettiğini (BASK dissosiyasyon modeli [Braun, 1988]) ileri süren güncel bir tartışmayı aktaracağım. Bu formülasyon genel psikanalitik çevrelerin henüz pek ilgisini çekmediği ve bu çevrelerce kabul görmediğinden, bu bölümde bastırmayı daha klâsik şekilde, prototipik nevrotik-düzey savunma ve diğer daha gelişmiş savunma süreçlerinin bir öğesi olarak sunmayı tercih ettim.

bu yönelişleri bilinçdışına göndermeyi öğrenirler. Günümüzde analistler, kişinin, rahatsız edici itkilerle bastırmayı kullanarak başa çıkabilecek duruma gelmesinden önce, bir kendilik bütünlüğü ve sürekliliği duygusunun kazanılmış olması gerektiğini varsayarlar. Erken dönem deneyimleri bu kimlik sabitliğini kazanmalarına imkân vermemiş olan kişilerde, sıkıntı yaratan duygularla, inkâr, yansıtma ve bölünme gibi daha ilkel savunmaları kullanarak başa çıkma eğilimi bulunur (Myerson, 1991).

Bastırmaya, Freud'un (1901) "günlük hayatın psikopatolojisi"nin bir parçası olarak gördüğü türden, klinik açıdan önemi olmayan bir örnek olarak, bir konuşmacının tanıtmak üzere olduğu kişinin adını, konuşmacının bu kişiye yönelik bazı bilinçdışı olumsuz duyguları olduğunun kanıtlarının bulunduğu bir bağlamda, bir anlığına unutması verilebilir. Bu örnekle birlikte şu ana kadar bastırmanın işlediği üç çeşit durumu belirtmiş oldum: hatırlanamayan travma gibi bastırmanın ağır ve derin olduğu durumlar; çocukların bebeksi yönelişleri reddedip aile dışında sevgi nesneleri aramalarını sağlayan gelişimsel açıdan normal süreçler ve bastırmanın önemsiz ve çoğu kez eğlendirici şekillerde işlediği durumlar. Belirttiğim bu üç bastırma durumunda da bu sürecin temeldeki uyum sağlayıcı doğası görülebilir. Kişi, itkilerinin, duygularının, anılarının, temsillerinin ve çatışmalarının tamamının sürekli olarak farkında olsaydı, bunların içinde boğulup kalırdı. Diğer bilinçdışı savunmalar gibi, bastırma da, ancak şu durumlarda bir sorun hâline gelir: (1) görevini yerine getiremediğinde (görevi şudur: kişinin gerçekliğe uyum sağlama uğraşını gerçekleştirebilmesi için rahatsız edici fikirleri bilinç alanından güvenilir şekilde uzak tutmak) veya (2) hayatın belirli olumlu yönlerinin yaşanmasına engel olduğunda veya (3) başka daha başarılı başa çıkma yollarının devre dışı bırakılmasına yol açacak düzeyde işlediğinde. Bastırmanın aşırı kullanılması (bastırmayla çoğu kez yan yana işleyen bazı diğer savunma süreçleriyle birlikte), genellikle, *histerik kişilik* yapısının bulunduğunu belirten başlıca işaret olarak kabul edilmiştir.

Çalışmalarının ilk dönemlerinde Freud'un, histerik hastalarda, hem tarihçelerinin içerdiği travmatik olayları hem de yetiştirilmeleri sonucunda kabul edilemez olarak gördükleri itkileri ve duyguları bilinç alanına getirmeye yönelik çabaları çok ilgi uyandırıcı bilgiler sağlamıştır. Bölüm 2'de de belirtildiği gibi, bu kişilerle çalışması sonucunda Freud, başlangıçta, bastırmanın kaygıya neden olduğu sonucuna varmıştı. Bu mekanik modele göre, çok sık olarak histeri ile birlikte görülen kaygıya, dürtülerin ve duygulanımların bastırılarak içeride tutulmaları neden oluyordu. Bu duygular boşalım için ısrar

ediyorlar ve böylece kronik bir gerilim durumuna yol açıyorlardı.[3] Daha sonraları, Freud, yeni klinik gözlemler ışığında teorisini değiştirdiğinde, neden-sonuç ilişkisinin yönünü tersine çevirmiş ve bastırma ve diğer savunma mekanizmalarını, kaygının nedeni olarak değil *sonucu* olarak görmüştür. Başka bir deyişle, buna göre, öncesinde varolan akıldışı korku unutma ihtiyacını yaratmaktadır.

Bastırmanın egonun temel savunması ve kişinin hayatında kaçınılmaz olarak bulunan sayısız kaygıların otomatik baskılayıcısı olarak görüldüğü bu son formülasyon, kabul edilmiş bir psikanalitik önerme olarak yerleşmiştir. Yine de, Freud'un, bastırmanın kaygının başlatıcısı olduğu şeklindeki ilk önermesi belli bir sezgisel çekiciliğe sahiptir; aşırı bastırma en sonunda çözdüğü sayıda soruna da yol açabilir. Mowrer'in (1950) "nevrotik paradoks" olarak adlandırdığı ve bir kaygının giderilmesine yönelik çabaların sadece başka kaygıları ürettiği bu süreç, eskiden nevroz denilen (bugün olduğundan çok daha kapsamlı bir anlamda) tanı kategorisinin çekirdek niteliğidir. Bu konularla ilgili olarak, Theodor Reik duygusal açıdan nispeten daha sağlıklı kişi ile nevrotik kişiyi karşılaştırdığı şöyle bir örnek vermiştir: Nispeten daha sağlıklı kişi, bir mücevheratçının vitrinine bakmaya gidebilir ve vitrine bakarken gördüğü mücevherleri çalıp kaçmaya ilişkin anlık bir fantaziyi bilincinde yaşayabilir; nevrotik kişi ise, vitrininde mücevherler bulunan bir mağazanın önünde bulunduğunu anladığı gibi oradan koşarak uzaklaşacaktır. Psikanalitik görüşlerin eğitimli kesimlerin hayal gücünü ele geçirdiği ilk dönemlerde, bastırıcı savunmaların patolojik işleyişine ilişkin bu tür popüler örnekler, bastırmanın ve ketlenmelerin kaldırılması yönündeki amaçlara yaygın olarak çok değer verilmesine ve bunların gerçekleştirilmesinin tüm psikanalitik terapilerin esası olduğu varsayımının yerleşmesine neden olmuştur.

Üst düzey savunmaların çoğunun işleyişlerinde bir bastırma öğesi bulunur (kişinin bir bilgiyi yitirmeden önce, başlangıçta, o bilgiyi bilip bilmediğinin belirsiz olduğu durumlarda, bastırma değil de inkâr savunmasının işliyor olduğu görüşü ileri sürülebilecek olsa da). Buna şöyle örnekler verebiliriz: Nefretin sevgiye veya idealizasyonun küçümsemeye döndürülmesi, vb. gibi, bir tutumun karşıtına döndürülmesini içeren karşıt-tepki oluşturma savunmasında, ilk duygu bastırılmış olarak (veya daha önce bilinçte hiç hissedilip hissedilmediğine göre, inkâr edilmiş olarak) görülebilir. Yalıtma savunmasın-

3 Bazı yorumcular, saygısızca davranarak, bastırmanın kaygıyla ilişkisini açıklayan bu modele "coitus-interruptus" (boşalma öncesinde penisin vajinadan çekilmesiyle cinsel birleşmenin kesintiye uğraması – ç.n.) teorisi diye ad takmışlardır.

da, bir fikir ile bağlantılı olan duygulanım bastırılmıştır (veya yukarıda olduğu gibi, inkâr edilmiştir). Tersine-çevirme savunmasında, ilk senaryo bastırılmıştır ve şimdi bu senaryonun tersi yaşanmaktadır. Böyle daha birçok örnek verilebilir. Bu çerçevede, Freud'un, bastırmanın tüm diğer savunma süreçlerinin bir tür büyükbabası olduğu şeklindeki ilk görüşü, Bölüm 5'te betimlenmiş olan süreçlerin çocuklarda bastırmanın ortaya çıkışından en az bir buçuk yıl önce görüldüğü yönünde analitik çevrelerde oluşmuş güncel görüş birliğine karşın, sempatiyle karşılanabilir.

GERİLEME

Gerileme nispeten karmaşık olmayan bir savunma mekanizmasıdır. Yorulduğunda veya acıktığında daha önceki bir olgunlaşma devresinin içerdiği alışkanlıklara geri dönen bir çocuğu izlemiş olan her ebeveyn bu savunmaya aşinadır. Sosyal ve duygusal gelişim düz bir çizgi üzerinde ilerlemez; kişisel gelişimin inişli-çıkışlı bir seyri vardır ve bu iniş-çıkışlar biz yaşlandıkça daha az keskin şekilde yaşansa da tamamen ortadan kalkmazlar. Hemen hemen herkes, yeterince yorulduğunda sızlanmaya başlayacaktır. Mahler'in her çocuğun ikinci yaşının son döneminin evrensel bir özelliği olarak betimlediği ve annesinden bağımsızlığını yeni ilân etmiş olan çocuğun geri dönüp annesinin eteğine sarıldığı dönem olan ayrılma-bireyleşme sürecinin "yeniden yaklaşma [rapprochement] alt-dönemi", insanların yeni bir yetkinlik düzeyine eriştikten hemen sonra aşina oldukları şeylere tutunma eğiliminin örneklerinden yalnızca biridir.

Uzun dönemli psikoterapi ve psikanaliz içinde bu eğilim açıkça görülür. Yeni bir davranış tarzını deneme cesaretini sonunda toplayan bir hasta, bu çabası, özellikle, terapistle ilişkisinde yeni bir davranışı denemeyi içeriyorsa (örn., eleştirilerini veya kızgınlığını dile getirmek, mastürbasyon fantazilerini açmak veya çocukluğunda izin verilmiş olandan daha fazla bir düzeyde kendini ortaya koyarak ücrette bir indirim veya seans saat ve günlerinde bir değişiklik istemek), bu davranışın gerçekleştirildiği seansın sonrasındaki seanslarda çoğu kez eski düşünce, duygu ve davranış alışkanlıklarına yeniden dönecektir. Gelişimsel değişim sürecinin doğal bir parçası olan gelgitleri değerlendirmeye almayan bir terapistin bu olgu karşısında cesareti kırılabilir (terapistin karşı-aktarımı, küçük çocuğunu bütün gece boyunca uyumaya alıştırmayı sonunda başarmış olan bir ebeveynin, bunun sonrasındaki hafta içinde her gece yarısı saat üçte çocuğun ebeveynin odasına gelmesi durumunda yaşayacağı normal kızgınlık hâline benzeyebilir). Terapistin bu cesaret kı-

rıklığı, danışanın çabalarının gerilemeli boyutuna karşın değişimin genel yönünün ileriye doğru olduğu iyice ortaya çıktığında kaybolur.

Tam olarak belirtecek olursak, bir kişinin biraz daha fazla desteğe ihtiyacı olduğunu hissetmesi ve çevresindekilerin onun yanında daha çok bulunmasını istemesi gerileme değildir veya ilksel seviyelerdeki dürtülerini boşaltmaya yönelik olarak bir yol araması –örneğin, rekabet içeren sporlar yaparak– gerileme değildir. Kişinin yaşadığı sürecin bir savunma mekanizması olarak nitelendirilebilmesi için bu sürecin bilinçdışı olarak yaşanması gereklidir. Kendindeki bir hırsı görmesinin hemen ardından farkında olmayarak uysal, küçük kızlara özgü davranış ve ilişki kurma tarzlarına kayan bir kadın veya eşiyle ilişkisinde yeni bir yakınlık düzeyini sağlamayı başarmış olmasının hemen ardından eşine saldırganca davranan bir adam, terimin taşıdığı psikanalitik anlamda gerileme yaşamaktadırlar; çünkü yeni davranışlarının veya içgörülerinin hemen ardından gelen davranışları bilinçli olarak seçilmiş ve sürdürülmüş değildir.

Bazı kişiler gerileme savunmasını diğer kişilere göre daha fazla kullanırlar. Örneğin, bazılarımız, büyüme ve değişmenin yol açtığı strese hastalanarak tepki veririz. Tanısı konabilen belirli bir hastalığı olmayan birçok kişi, fiziksel yönden çok kötü hissedebilir ve yataklarından çıkmayabilirler. Bu süreç asla bilinçli değildir (eğer bilinçliyse, buna yalandan-hastalanma denir) ve hem gerilemiş durumdaki kişinin hem de onunla ilişki içinde olanların birçok sıkıntı yaşamalarına yol açabilir. Gerilemenin bu biçimi *bedenleştirme*[4] olarak bilinir ve genellikle değişime dirençlidir ve terapötik açıdan ele alınabilmesi için çok çaba gerektirir (bkz. McDougall, 1989).

Tedaviye cevap vermeyen belirsiz ve değişen şikâyetler dizisiyle hekimleri şaşkına çeviren hastalar bazı hipokondriak kişiler, hasta rolüne gerilemeyi, hayatlarının sıkıntı verici yönleriyle başa çıkmakta birincil yol olarak kullanırlar. Bir terapiste danışmaları için ikna edilinceye kadar, uzunca bir zamandır şımartılmış bir çocuk veya mahsus ilgi çekmeye çalışan biri olarak algılanıp o şekilde davranılmaları sonucu, daha da güçlendirilmiş ve içinden geçilmesi hemen hemen imkânsız hâle gelmiş bir savunma duvarı kurarlar, genellikle. Klinisyenlerin onları yalandan-hastalanan kişiler olarak görüp maskelerini indirmeye çalışacakları beklentisi içindedirler terapi esnasında. Dola-

4 Bu terimi psikanalitik geleneğe uygun olarak kullanıyorum; bu gelenek içinde, bedenleştirme (duygusal strese bağlı fiziksel bozukluk) konversiyon (fizyolojik açıdan açıklanamayan, felç veya körlük gibi, belirgin fiziksel bozukluk) savunmasından ayırt edilir. Bu bağlamda, bedenleştirme daha genel bir fiziksel güçsüzlük durumuna gönderme yapar.

yısıyla, hasta rolüne gerilemeyi esas savunması olarak kullanan bir danışanıyla çalışırken terapist, neredeyse insanüstü düzeyde bir duyarlılığa ve sabra sahip olmalıdır; hastanın, hasta olarak yatakta yatma örüntüsü, bu durumun getirdiği başka ödüllerle pekiştirilmişse ("ikincil kazanç"; bkz., Bölüm 14) terapistin bu özellikleri göstermesi daha da gerekli hâle gelmektedir.

Fiziksel acı veya yorgunluktan şikayetçi olan bir kişinin, gerileme savunmasını duygusal strese verilmiş birincil tepki olarak kullandığı sonucuna alelacele ve bu iyice değerlendirilmeden varılmamalıdır; çünkü hastalanmış bir kişide hastalığın doğurduğu stresin kendisi gerilemeli bir tepkiye neden olacaktır. İnsanlar bilinçdışı olarak depresyon yaşamalarından dolayı hastalanabilirler; tıbbi hastalıkları olduğu için de depresyona girebilirler. Ancak bedenleştirmenin ve hipokondrianın ve hayatla nispeten yardıma muhtaç ve çocuksu baş etme biçimlerine doğru başka türde gerilemelerin, kişinin karakterinin bir tür temel niteliği olabileceğine yaygın olarak işaret edilmiştir. Gerilemenin, hayatın getirdiği zorluklarla baş etmede kişinin esas stratejisini oluşturduğu durumlarda, o kişi doğru şekilde *çocuksu kişilik*[5] olarak nitelendirilebilir.

YALITMA

İnsanların kaygıyla ve diğer acı verici zihinsel durumlarla baş etmekte kullanabilecekleri bir yol da hissettikleri duyguları bildikleri bilgilerden yalıtmaktır. Daha teknik şekilde söylersek, bir deneyimin veya fikrin duygulanımsal yönü, bilişsel boyutundan kopartılarak ayrı hâle getirilebilir. Bir duygulanımın yalıtılmasının önemli yararları olabilir: Cerrahlar, hastalarının fiziksel acılarına veya başkasının bedenini keserken yaşadıkları tepkilere, streslere veya sadizme sürekli olarak kendilerini açık tutsalardı işlerini iyi şekilde yapamazlardı; generaller, savaşın canlı dehşetiyle sürekli olarak temas hâlinde olsalardı savaş stratejileri plânlayamazlardı; polisler de, vahşice işlenmiş suçları altüst olmadan inceleyemezlerdi.

Lifton'ın (1968) bir felâket sonucunda yaşanan bir durum olarak betimlediği "psişik küntleşme", duygulanımın sosyal bir düzeyde yalıtılmasının işleyişine bir örnektir. Holokost'tan* sağ kurtulmuş kişilerle çalışan terapist-

---

5 DSM'nin ikinci baskısından sonra, birçok analitik klinisyen bu tanı kategorisini kullanmaya devam etmişse de, bu kategori resmi olarak ortadan kalkmıştır. Kernberg (1984), DSM-III ve sonrasındaki baskılarda yer alan histrionik kişilik betimlemesinin, daha önceleri kullanılan çocuksu kişilik örgütlenmesi kavramının kimi yönlerini içerdiğini ileri sürdü. DSM'nin bu daha sonraki baskılarında bulunan Bağımlı Kişilik Bozukluğu tanısı da gerilemenin kullanımına işaret eder.

(*) İkinci Dünya Savaşı sırasında Nazilerce yürütülen Yahudi soykırımı – ç.n.

ler, bu kişilerin, hayal gücünü zorlayan yıkımları anlatırkenki fazlasıyla katı ve duygusuz betimlemeleri karşısında şaşkınlığa düşmüşlerdir. Bir nükleer patlamanın muhtemel sonuçları üzerine etkileyici bir kitap yazmış olan siyaset bilimci Herman Kahn (1962), kitabında, yaşanabilecek felâketin en dehşet verici sonuçlarını şaka dolu bir anlatımın eşlik ettiği kopuk bir nesnellikle dile getirir. Aşırı durumlardaki uyum sağlayıcı yararları açısından yalıtma, dissosiyasyona göre, bir derece daha ince bir ayrım yapar. Deneyim bilinçli yaşantıdan tamamen silinmemiştir, ancak duygusal anlamı kopartılmıştır.

Yalıtma, belirli bir çocuk yetiştirme tarzının belirli tipte bir çocuk mizacı ile kesişmesi hâlinde, bir travma yaşanmadığı durumlarda da, temel bir savunma niteliğini kazanabilir. Hepimiz, çoğu kişinin güçlü duygusal tepkiler verdikleri durumlar için hiçbir duygusal tepki hissetmediklerini ileri süren insanlar tanırız; bu kişiler bazen yalıtma savunmasını bir erdem olarak sunarlar ve sadece akılcı meselelerden bahsetmeyi ideal bir durum olarak görürler. Duygulanımı düşünceden yalıtma kapasitesini takdir etmeye yönelik kültürel eğilimimiz, eski "Star Trek" hayranlarının birçoğunun Vulkan'lı Mr. Spock karakterine bağlılıklarında açıkça görülebilir. Yalıtmanın, doğal bir durum değil, savunmacı bir durum olarak değerlendirildiği gerçeği, bu serinin yazarlarının, Spock karakterine, dünyalı annesinden gelen gizli bir duygusal yön verme kararlarında açığa çıkar.

Psikanalitik teorisyenler yalıtmayı, "düşünsel savunmalar" içinde en ilkel olanı ve düşünselleştirme, akılcılaştırma ve ahlâksallaştırma gibi mekanizmalardaki psikolojik işleyişin temel birimi olarak görürler. İlerideki kısımlarda bu savunmalar ayrı ayrı ele alınacaktır. Bu savunmaların ortak noktası, herhangi bir durumun veya fikrin veya olayın kişisel ve derin anlam ve sonuçlarını bilinçdışına göndermeleridir. Kişinin birincil savunması yalıtma olduğunda ve hayat örüntüsü düşünme işlevine aşırı değer verilmesini ve duygu işlevinin göz ardı edilmesini içerdiğinde, o kişinin karakter yapısı *obsesif* olarak kabul edilir.

DÜŞÜNSELLEŞTİRME

Düşünselleştirme, duygulanımın düşünceden yalıtılmasının üst düzey bir biçimine verilmiş addır. Yalıtmayı kullanan kişi tipik olarak duyguları bulunmadığını bildirir; öte yandan, düşünselleştirmeyi kullanan kişi ise, dinleyiciyi sözlerinin duygusuz olmasıyla çarpan bir şekilde duygular *hakkında* konuşur. Örneğin, kayıtsız, mesafeli ve kopuk bir ses tonuyla dile getirilen "Evet, doğal olarak buna yönelik belli bir kızgınlık taşıyorum" şeklindeki bir yorum

şuna işaret etmektedir: Kişiye kızgınlık hissetme fikri teorik olarak kabul edilebilir gelse de bu duygunun bilfiil ifade edilmesi hâlen ketlenmektedir. Psikanalizdeki hastalar tedavilerini düşünselleştirdiklerinde, psikanaliz divanındaki deneyimlerini, onları duygusal açıdan etkilemiş olan önemli bir durumu başkalarına açıyorlarmış gibi değil, daha çok, kendi ruh dünyalarıyla ilgili bir hava raporu okuyorlarmış gibi gelen bir konuşma tarzıyla özetleme eğilimindedirler. Amerika'da 1998 yılı başkanlık kampanyalarında, Michael Dukakis, eşinin tecavüze uğradığı varsayımsal bir duruma ilişkin tepkisinin sorulduğu bir soruya düşünselleştirmeyle cevap vermiş ve açıkça görülen savunmacı tutumundan dolayı kamunun kızgın eleştirilerine uğramıştı.

Düşünselleştirme, olağan bir duygusal aşırı yükle, yalıtmanın, travmatik nitelikteki bir aşırı uyarılmayla başa çıkmasına benzer bir yolla başa çıkar. Duygusal anlamlarla dolu bir durum içindeyken rasyonel şekilde düşünebilmek, kişinin iyi düzeyde bir ego gücüne sahip olduğunu gösterir ve o durumun sonrasında, o durumun taşıdığı duygulanımsal yönler daha fazla bir duygusal katılım ve kabulle işleniyorsa savunma yararlı olacak şekilde çalışmaktadır. Birçok kişi, stres altında, itkisel veya tepkisel bir davranışta bulunmak yerine düşünselleştirme yapabildiklerinde, olgunlaşmaya doğru bir sıçrama gerçekleştirdiklerini hissederler. Ancak kişi, savunmacı nitelikteki bir bilişsel ve duygu-karşıtı duruşu bırakamıyor göründüğünde (yukarıdaki Dukakis örneğinde olduğu gibi kışkırtıldığında bile), başkaları sezgisel olarak onu duygusal açıdan dürüst davranmayan biri olarak değerlendirirler. Hayatla başa çıkmakta öncelikli olarak düşünselleştirmeyi kullanmayı öğrenmiş bir kişide, oyun oynamanın; cinsellik, şakalaşma, sanatsal anlatım ve diğer doyurucu yetişkin biçimleri gelişmemiş bir halde kalabilir.

AKILCILAŞTIRMA

Akılcılaştırma savunması, burada fazla bir açıklamayı gerektirmeyecek derecede tanıdık bir savunmadır. Bu terim, psikanalitik metinlerde kullanıldığına benzer bir anlamla günlük kullanıma sızmış olmasının yanı sıra, çoğumuzun doğal olarak eğlendirici bulduğumuz –en azından başkalarında– bir olgudur da. Benjamin Franklin iğneleyici şekilde şöyle demiştir: "Bir *akılcı canlı* olmak son derece iyi bir şeydir; çünkü bu, kişinin, yapmayı düşündüğü her şey için akıl dolu bir neden bulmasını veya üretmesini sağlar" (K. Silverman, 1986, s. 39). Akılcılaştırma şu durumlarda devreye girebilir: İstediğimiz bir şeyi elde edemediğimizde ve geriye bakıp aslında o şeyin o kadar da arzu edilir bir şey olmadığı sonucuna vardığımızda (buna bazen Aesop'un tilki ve

üzüm hikâyesi hatırlatılarak "ekşi üzüm akılcılaştırması" denir) veya kötü bir şey olduğunda ve biz bunun o kadar da kötü bir şey olmadığına karar verdiğimizde ("tatlı limon akılcılaştırması"). İlk tür akılcılaştırmaya bir örnek olarak, satın almaya paramızın yetmediği bir evin nihayet bizim için çok büyük olduğu sonucuna varmamız; ikinci tür akılcılaştırmaya bir örnek olarak da, tecrübeye değer verenlerin evrensel yaygınlıktaki akılcılaştırmaları olan "Öyle oldu, ama, bu durumdan çok tecrübe kazandım" sözü verilebilir.

Zeki ve yaratıcı kişiler akılcılaştırmayı kullanmakta genellikle daha beceriklidirler. Bu savunma, kişinin zor bir durumdan en az kırılmayı yaşayarak çıkmasına imkân sağladığında selim şekilde işlemektedir. Ancak akılcılaştırmanın bir savunma stratejisi olarak dezavantajı hemen hemen her şeyin akılcılaştırmaya tâbi tutulabilecek olmasıdır. İnsanlar bir şeyi duygularına kapıldıkları için yaptıklarını nadiren söylerler; çoğu kez, verdikleri kararları iyi nedenlerle açıklamayı tercih ederler: Bir çocuğa vurmuş olan hasta, bunu güya çocuğun "kendi iyiliği" için yaptığını düşünerek saldırganlığı akılcılaştırır; bir hastanın seans ücretini hastanın durumuna duyarsız kalarak yükselten bir terapist, daha yüksek bir ücret ödemenin danışanın özsaygısına yararı olacağına düşünerek açgözlülüğü akılcılaştırır; sürekli diyet yapan biri bunun sağlıklı olmayla ilgili olduğunu düşünerek fiziksel gösterişe verdiği önemi akılcılaştırır.

AHLÂKSALLAŞTIRMA

Ahlâksallaştırma akılcılaştırmanın yakın akrabasıdır. Kişi akılcılaştırdığında, bilinçdışı şekilde, kararları veya davranışlarıyla ilgili olarak bilişsel açıdan kabul edilebilir nedenler bulmaya çalışır; kişi ahlâksallaştırdığında ise, o karar veya davranışları takip etmenin kişinin *görevi* olduğunu hissetmesini sağlayacak yolları bulmaya çalışır. Akılcılaştırma kişinin zaten istemekte olduğu şeyi makul bir kılığa sokar; ahlâksallaştırma ise, bunu, haklı veya ahlâken zorunlu olanın alanına aktarır. Akılcılaştırma yapan kişinin, belli bir hayal kırıklığı karşısında "tecrübe kazandım" dediği bir durumda, ahlâksallaştırma yapan kişi, bu hayal kırıklığının onun "kişiliğini geliştirdiği"ni söyleyecektir.

İtkinin bu özel dönüşümünün kendini haklı gören niteliği karşısında insanlar bunu ya eğlendirici ya da belli belirsiz rahatsız edici bulurlar; ancak bazı sosyal veya politik durumlarda, seçmenlerinin ahlâken üstün hissetme arzusunu sömüren liderler, kitlesel düzeyde bir ahlâksallaştırmayı o kadar kolay gerçekleştirirler ki, bu şekilde belli bir yöne sevk edilmiş olan kamu gözünü kırpmadan o yönde hareket eder. Sömürgecilerin, kaynaklarını yağma-

ladıkları halklara daha üst düzeyde bir uygarlık getirdiklerine inanmaları ahlâksallaştırmaya iyi bir örnektir. Hitler, Yahudilerin, eşcinsellerin ve çingenelerin yok edilmesinin insan ırkının etik ve tinsel gelişimi için gerekli olduğuna, şaşırtıcı sayıda takipçisini ikna etmesi sonucunda, cinai fantazilerini hayata geçirmeye çalışmıştı. İspanyol Engizisyonu, bugün, saldırganlığın, açgözlülüğün ve tümgüçlü olma çabalarının ahlâksallaştırılmasının örneği olarak bilinen başka bir sosyal hareketti.

Ahlâksallaştırmaya daha günlük örnekler de verebiliriz: Bir astını aşırı sert şekilde eleştirmesini, bir çalışanın eksiklikleri hakkında açık sözlü davranmanın bir yöneticinin görevi olduğunu ileri sürerek savunan kişilere çoğumuz tanık olmuşuzdur. Akademik sözlü sınavlarda, düşmanca duyguları olan sınav sorumluları, bu duygularını "Bu öğrenciye, yaptığı çalışmanın gerektirdiği eleştirileri belirtmemekle ona kötülük yapmış olmayacak mıyız?" şeklinde ahlâksallaştırarak dile getirebilirler. İç dekoratör olan arkadaşlarımdan biri, pahalı bir yüz gerdirme estetiği yaptırma kararının ardındaki kendini beğenmişliği, şöyle ahlâksallaştırmıştı: Ne yazık ki, müşterilerime çekici bir görünüm sunmak benim zorunlu bir görevim! Bette Davis, II. Dünya Savaşı esnasında oyunculuk kariyerine devam edip etmeme isteği konusunda kararsız kaldığını söyler; yaşadığı sıkıntıyı şunun farkına vararak aşmıştır: "Ama daha sonra hissettim ki, bu düşmanın istediği şeydir –Amerika'yı tahrip ve felç etmek. Böylece çalışmaya devam etmeye karar verdim" (Sorel, 1991).

Ahlâksallaştırmanın, gelişimsel açıdan bölünme savunmasının daha ileri bir biçimi olarak görülmesi yararlı olabilir. Psikanalitik literatürde ahlâksallaştırmanın bu şekilde sunulduğunu görmedim, ancak ahlâksallaştırmaya yönelik bir eğilimin, toptan iyi-kötü ayrımları yapmaya yönelik ilkel eğilimin sonraki doğal aşaması olacağı düşüncesi mantıklı geliyor. Bölünme, çocukta çift-değerlilik yaşama kapasitesi olan bir bütünleşmiş kendilik kurulmadan önce doğal olarak meydana gelirken, ahlâksallaştırma, daha gelişmiş bir kendiliğin taşıma gücünü edindiği karmaşık hâlde bulunan duyguları belirli ahlâki ilkeleri kullanarak bir çözüme kavuşturur. Ahlâksallaştırmanın kullanılması gerçi genellikle katı ve cezalandırıcı da olsa, bir süperego işleyişinin devrede olduğu çıkarımını yapmamızı sağlar.

Ahlâksallaştırma analistlerin *ahlâki mazoşizm* (Reik, 1941) adını verdikleri bir karakter örgütlenmesinde en önde gelen savunmadır. Bazı obsesif ve kompülsif kişiler de bu savunmayı çokça kullanırlar. Ahlâksallaştırma yapan kişiler psikoterapide klinisyenlere kızdırıcı açmazlar yaratabilirler: Hastalarını belirli kendi aleyhine işleyen tutum veya davranışlarıyla yüzleştirdik-

lerinde, hastalarının onları meseleleri kendileri gibi görmedikleri için bazı erdemlerden yoksun olarak algılamalarıyla karşı karşıya kalabilirler. Sınırdurum süreklilik hattı üzerinde nevrotik tarafa daha yakın olan obsesif kompülsif karakterdeki erkek hastalarımdan biri, benden, bunun davranışıyla ilgili çatışmasını çözeceğini umut ederek, kompülsif şekilde mastürbasyon yapması hakkında ahlâki bir yargıda bulunmamı istiyordu ısrarla. Ona "Davranışınızın, dışarı çıkıp kadınlarla ilişki kurmanızı engellediğini düşündüğümü söyleseydim nasıl hissederdiniz?"diye sordum. "Eleştiriye uğramış ve bir hayli utanmış hissederdim –gizli bir yere girip saklanmak isterdim" diye cevap verdi. "Peki, baskılayıcı geçmişinizi göz önünde bulundurarak, bir tür cinsel doyum yolu bulmuş olmanızın bir başarı olduğunu ve mastürbasyon yapmanızın cinsel gelişiminiz açısından ileri doğru bir hareket eğilimini temsil ettiğini söyleseydim, ne olurdu?" diye tekrar sordum. Şöyle cevap verdi: "Sizin ahlâkı bozuk biri olduğunuzu düşünürdüm."

Ahlâksallaştırma savunması terapistlerin dikkat etmesi gereken bir duruma örnek teşkil eder: Bir savunma "olgun" bir mekanizma olarak kabul edilse bile, terapötik etkinin nüfuzuna hâlen çıldırtıcı derecede kapalı olabilir. Karakteri, belirli bir savunma stratejisini kronik ve esneklikten yoksun bir şekilde kullanmasıyla tanımlanmış olan nevrotik yelpazede bulunan bir danışanla çalışmak, açıkça psikotik olan hastalarla çalışmak kadar çetin ve yorucu bir çalışma olabilir.

BÖLMELEME

Bölmeleme düşünsel savunmalardan biridir ve muhtemelen, dissosiyatif süreçlerle, akılcılaştırma ve ahlâksallaştırmayla olduğundan daha yakından ilişkilidir –akılcılaştırma çoğu kez bölmelemeyi desteklemek için yardıma çağrılsa da. Bölmeleme, duygulanımın yalıtılmasında olduğu gibi, savunmalar yelpazesinde daha ilkel tarafta bulunmaktadır; işlevi, iki çatışan durumun, bilinç alanında bir karışıklık, suçluluk, utanç veya kaygı yaşanmadan, yan yana bulunmasını sağlamaktır. Yalıtma, biliş ve duygu arasında bir ayrıştırmayı içerirken, bölmelemede, uyuşmaz nitelikteki bilişsel kurgular arasında bir ayrıştırma vardır. Bir kişi bölmeleme yaptığında, temel nitelikleri ve tanımları gereği çatışma hâlindeki iki veya daha fazla fikri, tutumu veya davranışı, aralarındaki çelişkiyi değerlendirmeye almaksızın, birlikte yaşar veya yapar. Psikolojik bakış açısına sahip olmayan bir gözlemciye bölmeleme ikiyüzlülükten farklı gelmez.

Çoğumuzun ara sıra yaptığı davranışlar içinde yer alan ve bölmelemenin günlük hayattaki görünümleri olarak sayılabilecek aynı anda yaşanan

farklı tutumlara şöyle örnekler verilebilir: Kuralların herkes için geçerli olduğunu ileri sürerken bazı durumlarda kimi kişileri kayırmak; bir yandan belirli bir kişi ile konuşmama durumunu sürdürmeyi savunurken öte yandan açık iletişimin önemini vurgulamak; önyargıları üzüntüyle karşılarken aynı zamanda etnik şakalar yapıyor yapmak. Bölmeleme süreklilik hattı üzerinde daha patolojik olan tarafta, toplum içinde fevkalade insancıl olmalarına rağmen kendi özel hayatlarında çocuklarına uyguladıkları şiddeti savunan kişileri görürüz. Kimi zaman, haberlerde, hatalı gördükleri eylemlere duydukları öfkeyi dile getiren kişilerin kendilerinin benzer durumların içine fazlasıyla girdiklerine tanık oluruz. Pornografiye karşı savaş açmış bazı kişilerin kendilerinin çok büyük bir erotik yayın koleksiyonuna sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Açık bir suçluluk duygusuyla veya dissosiye bir durumdayken günah veya suç işlemek gibi bir deneyimin, bölmeleme savunmasının görünümü olarak düşünülmesi doğru değildir; bölmeleme terimi, ancak çelişki içeren eylemlerin veya fikirlerin her ikisi de bilincin ulaşabileceği konumdaysa uygulanabilir. Bölmeleme yapan kişi, bununla yüzleştirildiğinde, çelişkilerin birbiriyle uyuşmazlığından akılcılaştırmayla kurtulacaktır.

YAPIP-BOZMA

Tıpkı ahlâksallaştırmanın bölünmenin daha çok yetişkinlerin kullandığı biçimi olarak görülebileceği gibi, yapıp-bozma da tümgüçlü kontrolün doğal ardılı olarak görülebilir. Savunmacı yapıp-bozmayı kullanan kişinin, gözlemleyen egosunun desteği alınarak, batıl özellik kazanmış davranışının anlamını görmesi çoğu kez sağlanabilir; bununla beraber, bu savunmanın arkaik kökenlerini ele veren sihirli bir niteliği de vardır. Yapıp-bozma tam da belirttiği eylemi içeren bir terimdir: bazı duygulanımları (genellikle, suçluluk veya utanç), bunları sihirli şekilde silecek olan bir tutum veya davranışla karşıdengeleme için harcanan bilinçdışı çaba. Günlük hayattan bir örnek olarak, önceki akşamki öfke patlamasını telâfi etmek niyetiyle alınmış bir hediyeyle eve gelen bir eş verilebilir. Bu güdü bilinçliyse, bunu teknik olarak yapıp-bozma diye adlandıramayız; yapıp-bozma terimi, yapıp-bozmayı kullanan kişiler yaşadıkları utanç veya suçluluk duygularının farkında olmadıklarında ve dolayısıyla bu duyguların cezasını çekme arzularını bilinçli olarak sahiplenemediklerinde uygun olur.

Birçok dinsel ritüelde bir yapıp-bozma işlemi bulunur. Düşünce düzeyinde işlenmiş olanlar da dâhil olmak üzere, her türlü günahın veya suçun kefaretini ödeme çabası evrensel bir insan itkisi olabilir. Çocukların ölüm ger-

çeğini bilişsel açıdan kavrayabildikleri yaşlar civarında, yapıp-bozma öğesi içeren birçok sihirli ritüel görülebilir. Çocuklukta, annesinin düşüp bir yerini incitmesine yol açmamak için çocuğun kaldırımda bulunan yarıklara basmaktan kaçınması oyunu, psikanalitik açıdan, annenin ölümüne yönelik bilinçdışı arzular üzerinde bir yapıp-bozma işlemi olarak anlaşılabilir; çünkü bu arzular, çocuk küçükken, çocuğun ölüm kavramına ilişkin daha olgun bir kavrayışa ulaştığı dönemde yarattıkları korkulara göre, daha büyük korkular yaratırlar. Tümgüçlülük fantazileri, bu davranışla anlatılan ve çocuğun düşmanca duygularının tehlikeli olduğu şeklindeki inancın içinde görülebilir: Düşünce eylemle eşdeğerdir.

Hastalarımdan biri arada bir bana çiçek getirirdi. Ağır bir rahatsızlığı olduğu ve bu hediyeleri reddetmemi veya hatta bana bu hediyeleri getirme eğilimini analiz etmemi onun cömert itkilerinin büyük oranda tanınmaması şeklinde yaşayacağı için, uzunca bir süre bu davranışının anlamını onunla araştırmaya girişmedim. Hastam, terapisi ilerledikçe en sonunda, bir önceki seansta bana aşırı derecede kızmış olduğunda çiçek getirme eğilimine girdiğini kendisi anlayabilecek duruma geldi: "Sanırım o çiçekler aslında sizin mezarınız içindi" diye açıkladı, gergince gülümseyerek.

Geçmiş günahları, hataları ve başarısızlıkları için (bunlar gerçekten olmuş, abartılı hâle getirilmiş veya sadece düşüncede gerçekleşmiş olabilir) yüksek düzeyde pişmanlık duyan kişiler, yapıp-bozma savunmasına dayalı ve bir ömür boyu sürecek çalışmalara atılabilirler. Örneğin, bir çocukken kazayla küçük kuzenini öldüren Adlai Stevenson, hayatının geri kalanını sosyal hizmetlere adamıştır. Karakterolojik olarak diğerkâm [altruist] kişilerin psikolojileri üzerine bir araştırma (McWilliams, 1984) çerçevesinde görüştüğüm orta-sınıfa mensup 79 yaşındaki beyaz bir kadın, beyaz olmayan kişiler için eşit düzeyde adalet sağlanmasına yönelik çalışmalara adamıştı kendini çok uzun yıllardır; bu kadının geçmişinde, 9 yaşındayken, çok sevdiği başka renkten bir kadını kasıtsız olarak aşağılamış olduğu bir olay vardı. Tomkins'in (1964) kendilerini köleliğin kaldırılması için çaba harcamaya adamış kişiler üzerine olan çalışması, yapıp-bozma savunması çerçevesinde kurulmuş benzer bir kişilik örgütlenmesine işaret etmiştir.

Yapıp-bozma kişinin repertuarında merkezi bir savunma olduğunda ve geçmiş suçların cezasını çekmeyi içeren bilinçdışı bir öneme sahip edimler kişinin özsaygısının temel destek kaynağını oluşturduklarında, bu kişinin kişiliğini *kompülsif* olarak değerlendiririz. "Kompülsiyon" ve "kompülsif" terimleri çok sık olarak istenmeyen davranışlarla ilişkilendirildiği için, burada,

kompülsiflik teriminin ahlâki içerik açısından yansız bir terim olduğunu vurgulamak isterim. Başka bir deyişle, bir insan sürekli ve durdurulamaz şekilde, yani kompülsif olarak, içki içen biri olabilir veya bir insan tutkulu ve yılmaz şekilde, yani kompülsif olarak, insancıl amaçlara yönelik çalışmalar gerçekleştiren biri olabilir.[6]

KENDİNE-KARŞI-DÖNDÜRME

Anna Freud yazılarında yalın ve günlük bir dil kullanmaya çalışmıştır ve onun "kendine-karşı-döndürme" terimi bu çabasına bir istisna oluşturmaz. Kendine-karşı-döndürme kavramı, ortalama bir kişinin anlayacağı şeyle aynı anlama gelir, yani, bazı olumsuz duygulanım veya tutumları dışsal bir nesneye yöneltmek yerine kendiliğe doğru yöneltmek anlamına. Örnek olarak şu durumları verebiliriz: İyi niyetli olması güvenliğimiz açısından önemli görünen otorite konumundaki bir kişiye yönelik bazı eleştirilerimiz varsa ve o kişinin eleştiriye tahammül edemediğini düşünüyorsak, eleştirel fikirlerimizi kendi içimize yöneltmeyi daha güvenli buluruz. Gidebilecekleri başka yerleri olmayan ve alıngan bir bakıcıyı gücendirmekten dolayı ağır bir bedel ödemek durumunda kalabilecek olan çocuklarda, kendine-karşı-döndürme savunması, bu savunmanın yol açacağı sıkıntıya göre çok daha sıkıntı verici bir gerçek olan, selâmetlerinin güvenilmez bir yetişkine bağlı olduğu gerçeğini onların zihinlerinden uzaklaştırabilir. Özeleştirel hissetmek ne kadar tatsız olursa olsun, kişinin olup bitenleri değiştirme gücünün olmadığı bir durumda varlığını sürdürmesine yönelik gerçek bir tehdidi tanıyıp kabul etmesine göre duygusal açıdan daha tercih edilir bir deneyimdir.

Kadın hastalarımdan biri, erken çocukluk yıllarını intihara eğilimli bir anne ile bir görünen bir kaybolan bencil bir babanın bakımı altında geçirmişti. Ailesinin bu duygusal koşullarının yanı sıra maddi koşulları da sınırdaydı: Hastamın bazı en erken anıları, kira ödenmediği için ebeveynlerinin oturdukları daireden çıkarılmalarıyla ilgiliydi. Annesinin kendini öldüreceğine ve babasının kendini şımartan projeler peşinde ortadan kaybolacağına ilişkin –

6 "Obsesif" ve "kompülsif" terimleri patolojik obsesyon ve kompülsiyon durumlarını anlama çabaları çerçevesinde geliştirilmişlerse de, kişilik yapısına uygulandıklarında bu terimler ille de yerici bir nitelik taşımazlar. Egoya-yabancı, ısrarla süren, istenmeyen düşüncelerden (obsesyonlar) veya ısrarla süren, istenmeyen edimlerden (kompülsiyonlar) muzdarip olan kişinin acilen yardıma ihtiyacı olabilir. Bunun aksine, kendini yazmakta olduğu romana obsesif şekilde kaptırmış keyifle çalışan bir kişi veya kompülsif şekilde bahçesiyle keyifle uğraşan bir kişi "hasta" olarak görülmez. Karakteri betimlerken, ki bu betimlediğimiz karakter üst düzeyde uyum sağlayan ve sağlıklı bir karakter de olabilir, "obsesif" terimi düşünme tarzlarına ve "kompülsif" terimi uyum sağlamaya yönelik edim biçimlerine uygulanır.

bunların ikisi de gerçekleşmesi mümkün olasılıklardı– kronik bir dehşet duygusu içinde yaşamaktansa, hastam şuna inandırmıştı kendini: Daha iyi bir insan olabilirse, ebeveynleri ona sevgilerini ve koruyuculuklarını sağlayacaklardı. Çocukluğunda uyum sağlayıcı olmuş olan bu inanç, yetişkinliğinde sürekli acı çekmesine neden oluyordu; çünkü karşılaştığı mutsuz bir duruma, o durumu iyileştirmeye yönelik yaratıcı çabalarla tepki vermek yerine kendine saldırı ile tepki veriyordu. Hastamın, artık, işlevsel açıdan bozuk bir aile içinde yaşayan ve yaşadığı koşullara etki edebilme duygusunu kazanmasına yönelik tek umudunun kendini içsel açıdan geliştirme çabalarında yattığına inanan güçsüz bir çocuk olmadığını duygusal bir düzeyde anlaması terapide uzun yıllarını aldı.

Kendine-karşı-döndürme sürecinin, sıkıntı verici durumlar üzerinde o anda sahip olabildiğimizden daha fazla bir kontrole sahip olduğumuz yanılsamasını yaratmasından dolayı, çoğumuz, olumsuz duygulanımları, tutumları ve algılamaları kendine-karşı-döndürmeye yönelik belli bir eğilimi taşımaya devam ederiz. Kendine-karşı-döndürme, olumsuz nitelikleri inkâr etmeye veya yansıtmaya yönelik eğilimlerin farkında olup bunlara kapılmayan nispeten daha sağlıklı kişilerin çoğunun kullandığı bir savunmadır; bu kişiler, bir sorunun başkasının hatası olduğunu düşünmekten çok kendi hataları olduğunu düşünme yönünde yanılmayı tercih ederler. Depresif kişiliklerde ve bazı tür karakterolojik mazoşizm olgularında bu savunmanın otomatik ve kompülsif kullanımı sıkça görülür.

YER-DEĞİŞTİRME

Yer-değiştirme, teknik psikanalitik anlamı fazlaca bir çarpıtmaya uğratılmamış şekilde yaygın olarak bilinen savunmalardan biridir. Henüz 11 yaşındayken, kızlarımdan biri, köpeğimizin, yaptığı bir yaramazlıktan dolayı azarlandıktan hemen sonra kendi oyuncağına saldırdığını gözlemlediğinde şöyle bir yorum yapmıştı: "Şuna da bak! Kızgınlığını oyuncağından çıkarıyor –tıpkı insanlar gibi!" Yer-değiştirme terimi, bir dürtü, duygu, düşünce veya davranışın, ilerlediği ilk yönün bazı nedenler sonucu kaygıya yol açıcı olmasından dolayı, ilk veya doğal nesnesinden başka bir nesneye tekrar-yönlendirilmesine gönderme yapar.

Patronu tarafından azarlanan adamın evine döndüğünde karısına bağırması, karısının da çocuklara kızması, çocukların da köpeği itip kakmalarını gösteren klâsik karikatür yer-değiştirme savunmasını anlatır. Murray Bowen'in okuluna bağlı aile terapistlerinin üzerinde durduğu "üçgenlere böl-

me" bir yer-değiştirme olgusudur. Bir eşin diğerini aldattığı çiftlerde, aldatılan eşin, yaşadığı tepkisel nefretin büyük bölümünü sadakatsiz davranmış olan eşine değil de "öteki" kadına veya erkeğe yönlendirdiğini görmüşümdür. "Yuva yıkıcı" kişilerle ilgili konuşmalar –bunlar, dolaylı olarak, ihanet eden eşin sinsice bir baştan çıkarmanın masum kurbanı olduğunu belirtir–, zaten acı çekmekte olan bir kişiyi, yaşadığı hıncı doğrudan eşine yöneltmesi durumunda, kurtarılabilecek mevcut ilişkilerini daha fazla zedeleyebilecek bir tehdit üretme riskine girmekten korur gibidir.

Şehvet de yer-değiştirebilir; cinsel fetişler erotik ilgilerin bir insanın cinsel organlarından, ayak veya hatta ayakkabı gibi bazı bilinçdışı şekilde ilgili alanlara yeniden-yönlendirilmesi olarak açıklanabilir görünmektedir. Bir erkeğin geçmişindeki olaylar vajinayı tehlikeli olarak algılanır hale getirmişse, vajinanın yerine kadınlarla ilgili başka nesneler geçebilir. Kaygının kendisi bile yer-değiştirebilir: Freud'un ünlü hastası "Kurt Adam", daha sonraki yıllarda, Ruth Mack Brunswick tarafından, burnuyla ilgili marazi bir zihinsel takıntı nedeniyle tedavi edilmişti; bu zihinsel takıntı, penisiyle ilgili korkutucu, sakatlayıcı fantazilerin yer-değiştirmesi olarak anlaşılmıştı sonunda (Gardiner, 1971). Bir insan, kaygının yer-değiştirmesini, bazı başka alanlarla ilgili kaygıyı, aşırı korku duyulan olguları simgeleyen (örn., örümceklerden korkmak – bilinçdışında, anne tarafından yutulma anlamına gelir– veya bıçaklardan korkmak –bilinçdışında, penisin girişiyle eşdeğer olarak görülür–) spesifik bir nesneye taşıyarak kullandığında, o kişi bir *fobi* yaşamaktadır (Nemiah, 1973). Kişi, hayatının büyük bölümünde, bir yer-değiştirmiş, korkulu takıntılar örüntüsü yaşıyorsa, o kişinin karakterini *fobik* olarak değerlendiririz.

Irkçılık, cinsiyetçilik, heteroseksizm ve genelde, kendi karşı görüşlerini belirtmek için fazlaca güçleri olmayan grupların toplumsal sorunlardan dolayı suçlanması gibi bazı üzücü kültürel eğilimlerde oldukça büyük bir yer-değiştirme öğesi bulunur. Birçok örgütlerde ve alt-kültürlerde karşılaşılan günah keçisi yaratma eğilimi de aynı şekilde bir yer-değiştirme öğesi içerir. Aktarım, hem klinikteki hem de Sullivan'ın "parataksik çarpıtma" olarak adlandırdığı klinik dışındaki görünümlerinde, yansıtma (kendiliğin içsel özelliklerinin yansıtılması) sürecinin yanı sıra, yer-değiştirme (erken dönemdeki önemli kişilere yönelik duyguların yer-değiştirmesi) sürecini de kapsar. Yer-değiştirmenin selim biçimleri, saldırgan enerjinin yaratıcı etkinliğe yöneltilmesini – insanlar bir şeye çok kızdıklarında oldukça yoğun bir çalışma dönemine girebilirler– ve erotik itkilerin imkânsız veya yasak cinsel nesnelerden uygun bir eşe yeniden-yönlendirilmesini içerir.

KARŞIT-TEPKİ OLUŞTURMA

Karşıt-tepki oluşturma savunması şaşırtıcı bir olgudur. Bu savunma, insan organizmasının bir şeyi daha az tehdit edici hâle getirmek için o şeyi tam zıddına döndürme yeteneğine sahip olduğunu gösterir. Karşıt-tepki oluşturmanın geleneksel tanımı, bir olumsuz duygulanımın olumlu hâle veya bir olumlu duygulanımın olumsuz hâle döndürülmesini içerir. Örneğin, nefretin sevgiye veya özlemin küçümsemeye veya hasedin beğeniye dönüşmesi, günlük hayatta yaşanan birçok etkileşimde tespit edilebilir.

Dışarıdan izleyen biri için, bu sürecin görülebilir hâle geldiği en küçük yaş, çocuğun üçüncü veya dördüncü yaşı gibidir. Çocuk bu yaşlara geldiğinde, aileye yeni bir bebeğin katılmasıyla yerinden olması hâlinde, öfkesi ve kıskançlığıyla, muhtemelen, bunları yeni doğmuş bebeğe hissettiği bilinçli bir sevgi duygusuna döndürerek başa çıkacak ego gücüne ulaşmış olacaktır. Reddedilmiş olan duygulanımın bir kısmının savunmanın içinden "sızıntı yapması", karşıt-tepki oluşturmanın tipik bir özelliğidir; kişiyi gözlemleyenler, kişinin bilincindeki duyguda biraz fazla veya yanlış bir şeylerin bulunduğunu hissedebilirler. Örneğin, yeni doğmuş bir erkek kardeşten dolayı yerinden olmuş olan okul öncesi dönemdeki bir kız çocuğunun bebeğe duyduğu "feci sevgi"yi gösterirken çocuktaki eğilim davranışlarında kendini ele verebilir: bebeği çok sıkarak kucaklamak, bebeğe çok yüksek sesle şarkı söylemek, bebeğe çok saldırganca dokunmak, vb. gibi. Çoğu yetişkin büyük kardeşler, yeni doğmuş bebeğin yanağını onu bağırtıncaya kadar sıktırdıkları veya aslında zehirli olan bir yiyeceği bebeğe yemesi için uzattıkları veya güya sevginin güdülediği başka benzer şeyler yaptıklarına ilişkin kendileriyle ilgili bir hikâye hatırlarlar.

Karşıt-tepki oluşturmayı, bir duygunun karşıtına döndürülmesi olarak betimlemekten daha doğru bir betimleme, karşıt-tepki oluşturmanın, çift-değerlilik durumunu inkâr etmeye hizmet ettiğine işaret etmek olabilir. Hiçbir eğilimin tamamen saf bir hâlde bulunmadığı temel bir psikanalitik varsayımdır. Sevdiğimiz kişiden nefret de edebiliriz veya minnettar olduğumuz kişiye kızgın da olabiliriz; duygusal durumumuz basit bir şekilde bu eğilimlerden birine veya diğerine indirgenemez.[7] Psikanalitik yorumlamaya ilişkin yaygınlık

---

7 Freud, anlaşılan, annesinin ona bir bebek olarak hiçbir olumsuz duygu beslemediğine inanmaya yönelik kişisel arzusundan dolayı, bir duygu durumunun hiçbir zaman çift-değerlilik içermez nitelikte olmadığı şeklindeki değiştirilemez psikanalitik önermenin bir istisnası bulunduğuna ilişkin çekici ve şüpheli bir görüş ileri sürmüştür: annenin bir erkek bebeğe yönelik sevgisi. Çoğu psikanalistler Freud'un bu konudaki fikirlerini kabul etmemişlerdir (bkz., Stolorow & Atwood, 1979; Gay, 1988).

kazanmış şöyle bir yanlış-anlama vardır: "Analist, kişinin, "x" duygusunu hissediyor *gibi göründüğü*, ama *aslında*, "y" duygusunu hissettiği gerçeğini açığa çıkarmayı ister." Hâlbuki, psikanalitik açıdan ancak şunu söylemek doğrudur: "Kişi "x" duygusunu hissederken, aynı zamanda (belki, bilinçdışı olarak), "y" duygusunu da hisseder." Karşıt-tepki oluşturmada, kişi, hem "x" hem de "y" duygusunu hissederken kendini sadece "x" veya sadece "y" duygusunu hissettiğine ikna eder.

Duygu nüansları arasındaki ve (daha önemlisi) duygular ile eylemler arasındaki ince ayrımları yapmanın olgunlaşma açısından henüz mümkün olmadığı bir yaşta, olumsuz duygulanımları hissetmekten kaçınmanın ve yalnızca olumlu duyguları deneyimlemenin bir yolunu bulan yerinden olmuş kardeş örneğinde böyle bir savunmanın ne kadar değerli olabileceğini görebiliriz. Bu savunmanın işleyişinin çoğunlukla selim nitelikte olduğu deneyimlere başka bir örnek de, hem cinai öğeler hem de hayranlık öğeleri içeren rekabetçi duyguların, çocuğu, yakın ve yetenekli bir arkadaşını reddetmek yerine gıpta ile taklit etmeye yönlendirdiği durumları içerir. Yetişkinlerde de karşıt-tepki oluşturma görülür, ancak genellikle, yetişkinlerin herhangi bir duruma verdikleri duygusal tepkilerin tüm yönlerini tanıyıp kabul etmeye ve yaşadıkları ketlenmeleri duygu alanı yerine davranış alanına uygulamaya daha yatkın olacaklarını varsayarız.

Karşıt-tepki oluşturma, düşmanca duyguların ve saldırgan yönelişlerin ciddi endişe kaynağı oldukları ve denetimden çıkma tehlikesi gösteriyor olarak deneyimlendikleri psikopatolojilerde daha çok kullanılan bir savunmadır. Örneğin, paranoid kişiler, dışarıdaki bir gözlemci özlem ve bağımlılık da hissediyor olabileceklerini tahmin ederken çoğu kez yalnızca nefret ve kuşku duygularının farkındadırlar; obsesif ve kompülsif kişiler ise, başkaları aynı zamanda kızgınlık da hissediyor olabileceklerini tahmin ederken çoğu kez otorite konumundakilere yalnızca saygı ve beğeni duyduklarına inanırlar.

TERSİNE-ÇEVİRME

Kendiliğe psikolojik bir tehlike oluşturan duygularla başa çıkmanın başka bir yolu da, kişiyi özne konumundan nesne konumuna veya nesne konumundan özne konumuna getiren bir senaryoyu eylemle-canlandırmaktır. Örneğin, kişi, ilgi gösterilme ve sevilme arzusunun utanç verici ve tehlikeli olduğunu hissediyorsa, , başka birine ilgi ve sevgi gösterip o kişinin bakım görmekten dolayı yaşadığı doyumla bilinçdışı şekilde özdeşleşerek kendi bağımlılık ihtiyaçlarını doyurabilir. Bu örnekteki gibi yaşanan bir *tersine-çevirme* süreci, çoğu

kez kendi bağımlılıklarından rahatsız olan ancak kendilerine bağımlı olunması hoşlarına giden terapistlerin kullandıkları savunmalardan biridir.

Çocukların oyuncaklarla oynayacak yaşa gelir gelmez tersine-çevirmeyi kullanmaya başladıkları söylenebilir. Tersine-çevirmenin bir yararı, kişinin, kendini, ondan istenilen rolü değil de istediği rolü oynayan konumuna geçirecek şekilde, bir etkileşimin güç paylaşımı içeren yönlerini değiştirebilir olmasıdır. Kontrol-hâkimiyet teorisini geliştirenler buna "edilginin-etkene dönüşümü" adını vermişlerdir. Savunma, tersine-çevrilen senaryo selim nitelikte olduğunda yapıcı şekilde; tersine-çevrilen durum esasen olumsuz nitelikte olduğunda ise yıkıcı şekilde işler. Örneğin, bazı gruplara katılım aşamasında görülen ve istismar edici davranışları içeren geçiş törenlerinde, kişinin kendi kabul töreninde yaşadığı eziyet deneyimleri daha sonra olumlu olarak hissedilen bir duruma dönüştürülür; çünkü başkalarının üyeliğe kabul töreninde kişinin konumu edilginden etkene, kurban edilenden kurban edene değişmiştir.

Klinik uygulamada, bazen, tersine-çevirmenin terapistin terapötik becerilerini aşırı zorlayan şekillerde kullanıldığı görülür. Bir dönem, çok depresif ve alkolik bir annesi olan bir erkek hastayla uzunca süren bir çalışma yapmıştım. Bu hasta, çocukluğunda her sabah mutfağa gittiğinde annesini kahvesinin başında elinde sigara, tükenmiş ve berbat bir halde görmüştü. Terapiye başvuru nedeni, depresyona girmeye yatkın oluşuydu; bunun da kaynağında, bu berbat hâldeki ve intihar etme ihtimali olan kadınla yaşadığı ve doyurucu olmaktan uzak ilişki vardı. Bir seansa geldiğinde, çoğu kez, yüzüme şöyle bir baktıktan sonra, "Bugün çok yorgun görünüyorsunuz" veya "Bir şey sizi çok üzmüş gibi görünüyorsunuz" derdi. Kimi zamanlar haklıydı; ancak çoğunlukla keyfim yerinde olurdu ve hastamın gözleminin ne kadar hatalı olduğuna şaşırırdım. Seanslar devam ettikçe, yorgun veya üzgün olduğuma ilişkin varsayımlarına, hastama, yorgun veya üzgün olduğumun farkında olmadığımı belirterek giderek daha çok itiraz etmeye başladım. Bu tutumum karşısında, itirazlarımı ilgiye değer bulmak ve yaptığım yorumu, hangi içeriğin yerini-değiştirdiğini veya hangi içeriği yansıttığını anlamakta bir sıçrama tahtası olarak kullanmak yerine, bana, ben iyi olduğumu *düşünürken* aslında hiç de iyi durumda olmadığımı, çok duyarlı bir gözlemci olduğunu ve depresif birini gördüğünde o kişinin depresyonda olduğunu hemen anladığını belirterek, terapi odasındaki rollerimizi psikolojik olarak tersine-çevirmeye başladı.

Bu hasta gerçekte kendini terapist beni de hasta konumuna getirmiş ve böylece onun için çok zor olan bir durumu tersine-çevirmişti. Çocukluğunda-

ki güvenilmez anne figürü deneyimi, onu, başkalarına (özellikle de, bir kadına) inanmayı içeren bir rolde duygusal açıdan güven içinde hissetme imkânından yoksun bırakmıştı. Bu hastanın tersine-çevirmeyi kullanması onu bazı aşırı rahatsız edici duyguları görüp kabul etmekten koruyorduysa da, duygusal açıdan karşılıklılığa dayalı ilişkiler kurmasını ve sürdürmesini zorlaştırma yönünde kötü bir yan etkisi vardı. Depresif semptomlarının nedenlerinden bir kısmı, bir dizi başarısızlığa uğramış arkadaşlık ve aşk ilişkisiydi; bu ilişkilerde, kendisi ikinci rolde olacak şekilde, ihtiyaç hâlindeki çocuk ve empatik açıdan yetersiz ebeveyn senaryosunu tekrar yaratma eğilimi, sonunda ilişki içinde olduğu kişileri kızdırmıştı.

Tersine-çevirmeye başka bir örnek olarak, diğerkâmlık [altruism] üzerine olan çalışmamda (McWilliams, 1984) yer almış olan kırklı yaşlarında, çekici ve başarılı bir adamın deneyimini verebilirim. Bu adam, hayatındaki en büyük mutluluğu, bir aile tarafından evlât edinilmesiyle ilgili zorluklar bulunan çocukların (dışlanan bir etnik kökenden gelen, fiziksel engel veya kusurları ya da doğuştan getirdikleri hastalıkları olan çocuklar) evlât edinilmesine yönelik çalışmalar yürüten uluslararası bir kurumda gönüllü olarak yaptığı çalışmalarda buluyordu. Deneyimini şöyle dile getiriyordu: "Bebeği, evlât edinen anneye teslim ettiğimde ve o bebek için yeni bir hayatın başlamakta olduğunu gördüğümde yaşadığım coşkuyu anlatamam." Bu adamın kişisel tarihçesine baktığımızda, çocukluğunda şu olaylar dizisi vardı: İki yaşındayken annesinin aniden ve onu çok zedeleyen ölümü, büyük sıkıntı yaşadığı kısa bir dönem, evin işlerini yürüten bir kadının onu resmi olmayan şekilde evlât edinmesi ve daha sonra da bu kadının babasıyla evlenmesi ve onun psikolojik açıdan her anlamda annesi hâline gelmesi. Ne zaman bir bebeğin evlat edinilmesi sürecini başarıyla gerçekleştirse bir başkasını kurtarmış olmanın coşkusunu sanki kendisi kurtarılmış gibi yaşıyor (onunla çalışmaya başladığımız döneme kadar kendi geçmişi ile insancıl çabaları arasında bilinçli olarak bir bağ kurmamıştı) ve bu sefer durumun tersine-çevrilmiş olmasının getirdiği rahatlamayı hissediyordu: Kurtarıcı olan, güçlü konumda olan oydu ve yardıma muhtaç olan, bağımlı çocuk olan diğer taraftı.

Üst düzey savunma süreçlerine ilişkin bu tartışmalar esnasında okuyucu şu noktayı görmeye başlamış olabilir: Bu savunmaların aşırı kullanımını yansıtan tek tek kişilik tipleri bulunmamaktadır. Psikolojik açıdan nispeten daha sağlıklı kişiler, hem daha olgun savunmaları (örn., tersine-çevirme) kullanma hem de kaygı ve başka zorlayıcı duygusal durumlarla birden çok çeşitte savunma biçimini kullanarak başa çıkma eğilimini gösterirler. Dolayısıyla,

nispeten daha sağlıklı kişilerin tek bir etiket verilerek belli bir tip olarak değerlendirilmeleri nadiren görülür.

ÖZDEŞİM

*Özdeşim*in savunma mekanizmaları listesine dâhil edilmesi şaşırtıcı gelebilir; çünkü çoğumuz, başka bir kişiyle veya onun bazı yönleriyle özdeşim kapasitesini selim ve savunmacı olmayan bir eğilim olarak görürüz. Bazı tür özdeşimlerin (örn., sosyal öğrenme yönelimindeki psikologların "örnek oluşturma" olarak adlandırdıkları türde özdeşimlerin) savunmacı öğelerinin –eğer bu öğeler varsa– çok az sayıda olduğu genel olarak kabul edilmiştir; ancak psikanalitik teorisyenler, özdeşimin görüldüğü birçok durumu, kaygı, üzüntü, utanç veya başka acı verici duygulanımlardan kaçınma ihtiyaçları veya tehdit altındaki kendilik-uyumu ve özsaygı duygusunun güvenliğinin yeniden sağlanması ihtiyaçları tarafından güdülenmiş olarak görürler. Diğer olgun savunma süreçleri gibi, özdeşim de, psikolojik gelişimin normal bir yönüdür ve ancak belirli koşullar altında sorunlu hâle gelir.

Freud (1923), anaklitik özdeşim olarak adlandırdığı tipteki özdeşimi (anaklitik, "yaslanmak" anlamlarına gelen Yunanca kökenli bir sözcüktür) "saldırganla özdeşim"den ayrı olarak değerlendirmiş ve bu çerçevede, savunmacı olmayan ile savunmacı olan özdeşim arasında bir ayrım yapılmasını önermiştir. İlk tipteki özdeşimin, değer verilen bir kişi gibi olmaya yönelik karmaşık olmayan bir arzuyla güdülendiğini düşünmüştür (Annem, cömert ve rahatlatıcı biri, ben de tam onun gibi olmak istiyorum). İkinci tipteki özdeşimin ise, başka bir kişinin gücünün tehdidi altında olduğunu hissediyor olma durumuna, ilk tiple eşit derecede otomatik ancak savunmacı şekilde güdülenmiş bir çözüm olduğunu düşünmüştür (Düşmanca itkilerimden dolayı annemin beni cezalandırmasından korkuyorum; eğer ben annem *olursam*, onun gücü benim dışımda değil içimde bulunacaktır). Freud, birçok özdeşim ediminin, hem sevilen kişiyi doğrudan içe almaya hem de savunmacı şekilde korkulan kişi olmaya ilişkin öğeler taşıdığını varsaymıştır.

Analistler özdeşim sözcüğünü, maksatlı olarak (ancak en azından kısmen bilinçdışı şekilde) başka bir kişi gibi olmaya yönelmenin olgun bir düzeyini belirtmek için kullanırlar. Bu kapasite, doğal bir gelişimsel hat üzerinde, başka bir kişiyi bütünüyle yutma niteliğini taşıyan içe-atmanın en erken bebeksi biçimlerinden, başka bir kişinin özelliklerini seçici şekilde kendine katmaya yönelik daha incelikli, ayrım yapabilen ve öznel isteğe bağlı olan süreçlere doğru gelişerek hareket eder. Özdeşim potansiyelinin kişide hayatın fark-

lı dönemlerinde farklı şekillerde işlediği ve psikolojik büyüme ve değişimin duygusal temeli olduğu varsayılır. Aslında, yakın ilişkilerin karşılıklı olarak zenginleştiren özdeşimlere yönelik olarak sağladığı fırsat, analistlerin eskiden beri duygusal yakınlığa verdikleri değeri açıklar (örn., Blanck'ların evlilik üzerine olan kitaplarında bulunan [R. Blanck & G. Blanck, 1968] bu konuyla ilgili tartışmaya bakılabilir). İlkel yansıtmanın, duygusal açıdan nispeten daha sağlıklı bir kişinin ömrü içinde kendini giderek büyüyen bir empati kapasitesine dönüştürmesine benzer şekilde, özdeşimin arkaik biçimleri de, giderek artan düzeyde ayırt edici ve nüanslı biçimlerde kendiliği zenginleştirmeye doğru, beğenilen başkalarının niteliklerini biriktirerek tedricen dönüşür.

Freud'un en bilinen savunmacı özdeşim paradigması ödipal durumdu. Bu ünlü senaryoda, küçük çocuk, yaklaşık 3 yaş civarında, annenin tek başına sahibi olmaya yönelik arzularının, babanın annenin sevgisi ve fiziksel yakınlığı konusunda öncelikli konumda olmasına ilişkin sert gerçekle çarpıştığı bir döneme girer. Erkek[8] çocuk, gücünün üstünlüğü aşikâr olan babasının, onu, rakip olarak gördüğü babasını öldürme veya sakatlama arzularına misilleme olarak öldüreceğinden veya sakatlayacağından korkar. Çocuk, bu fantazilerle bağlantılı kaygıyı özdeşimle çözer ("Belki babamdan kurtulamıyorum –her şeye karşın onu seviyorum ve onu gerçekten bir yana atmayı istemiyorum– veya annemi sadece kendime ait olacak şekilde alamıyorum –bunun da getireceği başka sorunlar olacaktı–, ancak babam *gibi* olabilir ve büyüdüğümde, sadece benim eşim olacak olan annem *gibi* birini bulabilirim"). Freud, normal ve evrensel olarak gördüğü bu fantazinin, saldırganla özdeşimin –bu durumda, hayal edilmiş bir saldırgan söz konusudur– prototipi olduğunu düşündü.[9]

Özdeşim esasen yansız bir süreçtir; özdeşim nesnesinin kim olduğuna bağlı olarak olumlu veya olumsuz sonuçları olabilir. Psikoterapi sürecinin önemli bir kısmı, geçmişte otomatik olarak benimsenmiş ve o dönemde çocuğun karşılaştığı bir çatışmayı çözmüş olan ama şimdi yetişkinlikte çatışmaya yol açan, eski ve artık sorunlu özdeşimlerin yeniden gözden geçirilmesini içe-

8 Burada, bilerek, erkek çocuk olarak belirtiyorum; çünkü Freud'un bu süreç üzerine betimlemeleri erkek çocuklara ilişkin görüşlerine dayanıyordu ve daha sonraları kadınları da kapsayacak şekilde genişletilmişti. Kadınların bu çerçevede ele alınmasını, sonraki birçok teorisyen, özellikle de kadın olanlar, gerçeklere pek uymayan ve küçük kız çocuğunun durumuna empatiden yoksun betimlemeler görmüşlerdir (örn., bkz. Horney, 1926; Thompson, 1964; Chasseguet-Smirgel, 1971; J. B. Miller, 1973; D. Silverman, 1986; Chodorow, 1989; Fast, 1990; D. Bernstein, 1993).

9 Birçok çağdaş analist, saldırganla özdeşimi, Bölüm 5'te de belirtildiği gibi, çok daha erken dönemlerden, bebekliğin ilk yılına özgü korkulardan ve fantazilerden kaynaklanan köklere sahip bir mekanizma olarak düşünürler (bkz. Segal, 1964).

rir. Örneğin, terapisini yaptığım bir papaz, istismar edici, alkolik bir baba ve etkisiz, fobik bir anneden oluşan tahripkâr aile ortamından, her türlü kişilerarası sorunu yumruklarıyla çözen sert bir adam olan Harry Amca'sını taklit ederek çıkabilmişti. Bu çözüm, hastam açısından, ergenliği boyunca, kaotik bir aile içinde ve kentin farklı bölgelerinde oturdukları düşmanca nitelikteki semtlerde oldukça uyum sağlayıcı olmuştu; önüne çıkan herkesi devirebiliyordu ve sonuçta hiç kimse ona bulaşmıyordu. Bu davranış tarzı onun, kaygısını azaltma, evde kabul görmeyen sıkıntı verici duygularını boşaltma, özsaygısını onarma ve başkalarının saygısını elde etme yoluydu. Sonraki yıllarda, bir yetişkin olarak mesleki hayatında, rahatsız olduğu bazı kilise kıdemlilerini yumruklarıyla tehdit ettiğinde, onun davranışının Hıristiyan duyarlılığıyla tutarlı olmadığını düşünen kendi kilisesindeki birçok kişinin saygısını *kaybetmişti.* Bu durum karşısında, stresle başa çıkmakta yeni yollar geliştirmek zorunda olduğunu anladığı için de terapiye başvurmuştu; bu danışan, erken dönem özdeşimlerinin doğasını ve bu özdeşimlerinin sonucunda bugün ödediği bedeli fark ettikçe yeni başa çıkma yolları geliştirmeyi başardı.

Özdeşim, hayatın tüm karmaşıklıklarına bir çözümmüş gibi görülebildiği için, kişi duygusal stres altında olduğunda, özellikle de, kişinin kim olduğuna ilişkin daha önceki öznel görüşleri zorlayan türde streslerde, bir savunma olarak daha sık kullanılabilir. Ölüm veya kayıp tahmin edileceği gibi özdeşime yol açacaktır; bu özdeşim, hem kaybedilmiş sevgi nesnesiyle hem de, daha sonra, kişinin duygusal dünyasında kaybedilmiş kişinin yerine geçen kişilerle olacaktır. Ergenlerin, yaklaşan yetişkinliğin karmaşık taleplerine cevap verebilme çabaları esnasında taklit edebilecekleri kahramanlar bulmaya yönelik arzuları yüzyıllardır belirtilmiştir; aslında, günümüzde ergenlerin Batı kültürünün bugün önerdiği kahramanlardan memnun olmamalarını bazı psikanalitik gözlemciler son on yıllarda ergen intiharlarındaki korkutucu artışla bağlantılı olarak görmüşlerdir (örn., Hendin, 1975).

Bazı kişiler, sanki, önlerine gelen her türlü psikolojik mürekkebe uygun kurutma kağıdıymışlar gibi, diğer kişilere göre daha kolay ve refleks olarak özdeşime giriyor gibidirler. Hangi şiddette olursa olsun temel kimlik karmaşası yaşayanlar, bu noktada açıkça risk altındadırlar; bunu, tapınma davranışını incelemiş olan herkes doğrulayabilir. Din değiştirme deneyimleri, oldukça güçlü bir savunmacı özdeşim öğesi içerir. Bazı alanlarda kimlik sorunu olan nispeten daha sağlıklı kişiler bile (örn., cinsiyetinin bir sorun olduğuna ilişkin bilinçdışı duyguları bulunan histerik örgütlenme gösteren bir kadın gibi), hayatın getirdiği zorluklarla daha iyi başa çıkmakta olduğu izlenimini ve-

ren yakınlarındaki biriyle özdeşime genelde olduklarından daha fazla eğilimli olabilirler.

İnsanların yeni sevgi nesneleriyle özdeşim kapasiteleri, muhtemelen, yaşadıkları duygusal acıların iyileşmesinin başlıca aracı ve türü ne olursa olsun psikoterapinin değişimi sağlamasının başlıca yoludur. Tedavi süreci üzerine olan araştırmalar, hasta ve terapist arasındaki ilişkinin duygusal niteliğinin, başka her türlü spesifik etkene göre sonuçla daha yüksek bir ilişki gösterdiğini tekrar tekrar ortaya koymaktadır (Strupp, 1989). Terapi süreci üzerine yakın dönemde yazılmış bazı analitik metinlerde ilişki o denli öne çıkarılmaktadır ki, bir zamanlar psikolojik iyileşmenin dayanak noktası olarak görülen yorumdan neredeyse hiç bahsedilmeden geçilebilmektedir (örn., Loewald, 1957; Levenson, 1972; Greenberg & Mitchell, 1983; Meissner, 1991).

Psikanalitik tedavide, hastanın terapistle özdeşimler kurma eğilimi onarıcı potansiyelinden dolayı oldukça kabul görmüştür ve aynı zamanda, bu eğilimin istismar edilmesi ihtimali mümkün olduğunca engellenmeye çalışılmıştır. Klinisyenler, bir yandan, kişisel niteliklerinin ayrıntılarını göstermekte, tavsiyelerde bulunmakta veya kişisel görüşlerini paylaşmakta ihtiyatlı davranırken, öte yandan, insani erdemlerin genel niteliklerini (örn., şefkat, merak, farklılıklara hoşgörü göstermek ve kendi davranışların tam olarak sorumlusu olma duygusu gibi) kişiliklerinde örneklendirerek, hastanın özdeşime girmeye hazır halde olmasını istismar etmekten kaçınmaya çalışırlar. Freud'un, analistlere kendilerini hastalarına büyüklenmeci bir şekilde kurtarıcılar, şifacılar veya peygamberler olarak sunmanın cezp ediciliğine kapılmaktan kaçınmaları yönünde tekrar tekrar yaptığı uyarı, psikanaliz alanında hâlen rehberlik edici bir kuraldır; hastanın özdeşim arzusunun narsisistik şekilde suistimal edilmesi mesleki bir tabu olarak durmaktadır bugün de –ancak bu tabu da, diğerleri gibi, çoğumuzun itiraf edeceğinden daha sık çiğnenmektedir muhtemelen.

EYLEME-KOYMA

Burada tartışılmaya değer başka bir mekanizma da "eyleme-koyma" genel kategorisidir. Bugün bu terimin, terimi kullanan kişinin, hoşlanmadığı her türden davranışa, çoğu kez de terimin yericilikten uzak ilk anlamı ile oldukça çelişen bir tavırla, uygulanma sıklığına dikkati çekmek için tırnak işaretleri arasında belirttim terimi. Bu kitabın birçok okuru, muhtemelen, terimin pek tasvip edilmeyen şekillerde tartışıldığını duymuştur, ancak bu kavramın daha mesleki ve teknik kullanımlarından haberdar değildir.

Bildiğim kadarıyla, "eyleme-koyma" ifadesinin en erken kullanımı, hastaların davranışları, özellikle analistle birlikteyken, analiste yönelik farkında olmadıkları veya bilince ulaşmasına izin veremeyecek derecede korktukları duygular içeriyor gibi göründüğü bir dönemde, hastaların ofis dışında gerçekleştirdikleri eylemlerin psikanalitik betimlemelerinde yer alır. (Freud, 1914a). Sonraları, "eyleme-koyma", daha genel bir çerçevede, içsel olarak yasaklanmış duygular ve arzularla ve çok rahatsız edici korkular, fantaziler ve anılarla bağlantılı kaygı üzerinde hâkimiyet kurabilmeye yönelik bilinçdışı ihtiyaçlar tarafından güdülenen davranışları betimlemek amacıyla kullanılır olmuştur (Aichhorn, 1936; Fenichel, 1945). Korkutucu senaryoları *eyleme-canlandırarak*, bilinçdışı şekilde kaygılı olan kişi, oynanan senaryo ne kadar olumsuz olursa olsun, çaresizlik ve korunmasızlık duygusunu, etkisi ve gücü olma deneyimine dönüştürür ve böylece edilgin olanı etkene döndürür (krş., Weiss, Sampson, & Mount Zion Psikoterapi Araştırma Grubu, 1986).

Uzun bir süre önce tedavisini yaptığım, yargılayıcı annesiyle olan ilişkisi sonucu yakınlıktan hem korkan hem de yakınlık açlığı yaşayan biri olan bir kadın öğretmen, terapiye başladıktan birkaç hafta sonra Nancy adlı bir meslektaşıyla cinsel nitelikli bir ilişkiye girdi. Bu durumu şöyle algıladım: Benimle daha yakın olmaya yönelik bazı arzular hissetmeye başlamıştı ve bilinçdışı şekilde, benim (annesinin yapmış olduğu gibi) onun arzularını küçümseyeceğimi varsayıyordu ve bu bilinçdışı ve yasak yönelişleriyle, arzuladığı ve korktuğu şeylerin çeşitli yönlerini benim adımı taşıyan biriyle eyleme-koyarak başa çıkıyordu. Bu tür bir eylemle-canlandırma, benim buna ilişkin yorumumun doğru olduğunu varsayarsak, analizde, özellikle, ihtiyaçları ve duygularının bir otorite tarafından reddedileceğinden korkmalarına ilişkin çocukluklarından kaynaklanan nedenleri olan hastalarda sık sık yaşanır.

Eyleme-koyma terimi, uygun kullanımında, hastanın henüz sözcüklerle tedaviye getirecek düzeyde güven içinde hissetmediği aktarım tutumlarının anlatımı olduğu varsayılan herhangi bir davranışa gönderme yapar. Ayrıca, tedavi çalışması içinde veya dışında yaşanan herhangi bir tutumun, o tutumu saran korkular üzerinde hâkimiyet kurabilmeye yönelik bilinçdışı amaç doğrultusunda, eylem içinde serbestçe anlatım bulmasını sağlayabilecek süreci adlandırmakta kullanılabilir. Eyleme-konan tutum, ağırlıklı olarak, özyıkıcı veya gelişimi ilerletici veya her ikisi birden olabilir; bu süreci eyleme-koyma yapan etken içeriğinin iyi veya kötü olması değil, kişiyi eyleme yönelten itkilerin doğasının bilinçdışı ve korkutucu olması ve eyleme-koymadaki davranışların gerçekleştirilmesinin kompülsif ve otomatik şekilde olmasıdır. Her-

hangi beğenilmeyen bir davranışı --örneğin, haylaz çocuklarda veya kabalık yapan tanıdıklarımızda gördüğümüz– "eyleme-koyma" olarak adlandırmaya yönelik yaygın eğilim psikanalitik açıdan doğru değildir. Terimin kazandığı olumsuz anlam, yararlı türdeki eyleme-koyma davranışlarının, yıkıcı türdeki eyleme-koyma davranışlarında olduğu gibi dikkatimizi çekmemeleri gerçeğini yansıtıyor olabilir.

Genellikle bilinçdışı şekilde güdülenen çeşitli davranış sınıflarını betimlemek için analistlerin ürettiği bir dizi etkileyici terim eyleme-koyma genel başlığı altına girmektedir. Bu terimler, örneğin, teşhircilik, gözetlemecilik, sadizm, mazoşizm, sapkınlık ve birçok "karşı-" terimlerini (karşı-fobi, bağımlılığa-karşı-direngenlik, karşı-düşmanlık, vb.) içerir.[10] Savunmacı olarak görülen spesifik edimlere uygulandıklarında, bu terimlerin tümünün, altta yatan korku veya başka türde reddedilmiş olumsuz duyguların bulunduğu varsayımını taşıdıkları görülür. Freud'un, hatırlamadıklarımızı eyleme-koyduğumuz şeklindeki ilk gözlemleri hâlen çok isabetli tespitler olarak geçerlidir; özellikle de, hatırlamamamızın nedeninin, hatırlanmayan ve şimdi-eylemle-canlandırılan durumla birlikte çok acı verici bir şeylerin de yaşanmış olması olduğu varsayımını kabul edersek.

Yaşadıkları psikolojik zorluklarla baş etmekte büyük oranda eyleme-koymaya dayanan kişilerin *itkisel kişilikler* olarak adlandırılabilecek bir kategoriye girecekleri düşünülebilir. Ancak böyle bir sınıflandırma yanıltıcıdır; çünkü kişinin belli bir anda ne yapmayı istiyorsa onu yapmaya başka karmaşık süreçleri hesaba katmaksızın hazır olması anlamını taşımaktadır. Psikoterapi uygulamalarından elde edilen deneyimler, bu konulara kafa yoran klinisyenlerin büyük kısmını, spontan nitelikte ve başka karmaşık süreçleri içermeyen itkisellik gibi görünebilen davranışların, çoğu kez, içeriği masum ve rastlantısal davranışlar olmadığına, bunların bilinçdışı olarak ve oldukça karmaşık şekillerde dürtülenmiş davranışlar olduklarına inanmaya yöneltmiştir. Histerik örgütlenme gösteren kişiler bilinçdışı cinsel senaryoları eyleme-koymalarıyla tanınırlar; her türden bağımlı kişiler kullandıkları maddeyle ilişkilerini (bu durumlarda, elbette, kimyasal bağımlılık zaten bulunan psikolojik

---

10 Psikanalitik terminolojinin insanların gösterdikleri eğilimlere göre belirlendiği diğer alanlarda olduğu gibi, bu süreçlerin herhangi birinin esasen olumsuz veya hatta esasen savunmacı olduğu şeklinde bir varsayımda bulunul*ma*mıştır. İnsanların, örneğin, normal gözetlemecilik ve teşhircilik ihtiyaçları olduğu varsayılmıştır ve bunlar, sosyal açıdan uygun nitelikteki bakma ve bakılma deneyimleri vasıtasıyla günlük hayat içinde serbestçe yaşanırlar. Mazoşistik ve sadistik yönelişler de insan deneyiminin normal yönleri olarak görülmüştür; bunlar, sırasıyla, kişisel fedakârlık veya hâkimiyet edimleri içinde olumlu şekilde ifade edilirler.

bağımlılığı daha da karmaşık bir hâle getirebilir) tekrar tekrar eyleme-koyan kişiler olarak anlaşılabilirler; kompülsiyonları olan kişiler, tanımları gereği, belirli kompülsif edimleri yapmalarına yönelik içsel baskıya yenildiklerinde eyleme-koyma durumuna girmiş olurlar; sosyopatik kişiler karmaşık bir manipülasyon örüntüsünü yeniden eylemle-canlandırıyor olabilirler. Verdiğim bu örnekler, eyleme-koyma savunmasının birçok birbirinden farklı klinik profiller içinde görülebileceğine işaret etmektedir.

CİNSELLEŞTİRME (İÇGÜDÜSELLEŞTİRME)

Savunma süreçleri üzerine yazan bazı yazarlar cinselleştirmeyi, işleyişinin genellikle bir eylemle-canlandırma biçimini almasından dolayı eyleme-koyma başlığı altında sınıflandırabilirler. Ben bu savunmayı ayrı bir başlık altında vermeyi tercih ettim; bu tercihim, kısmen, eyleme-koyma olmaksızın cinselleştirmenin mümkün olmasından (daha doğru olarak, *erotikleştirme* terimiyle belirtilen süreç), kısmen de, cinselleştirmenin, özel olarak üzerinde durulmayı hak edecek derecede genel ve ilgi çekici bir kavram olmasından kaynaklandı.

Freud, geliştirdiği ilk teorilerde, temel cinsel enerjinin –Freud'un libido terimiyle belirttiği bir güç– neredeyse tüm insan etkinliklerinin altında yattığını varsaymıştı. (Freud, daha sonraki teorilerinde, insan yıkıcılığının yaygınlığından etkilendiği için, saldırgan yönelişlerin de aynı derecede temel ve güdüleyici bir güç olduğuna karar verdi; ancak klinik teorisinin dili, büyük oranda, düşüncesindeki bu değişiklikten önceki dönemlerden gelmektedir). Freud'un biyolojik, dürtü-temelli psikolojik teorisinin bir sonucu, cinsel davranışları, bir türevsel ve savunmacı güdülenimin değil, bir *birincil* güdülenimin dışavurumu olarak görme eğilimiydi. Şu açıktır ki, cinsellik insanlarda güçlü bir temel dinamizmdir ve insan cinsel davranışlarının büyük bölümü türümüzün üreme zorunluluğunun nispeten doğrudan dışavurumlarını oluşturur. Ancak Freud'un çalışmasından bu yana geçen yıllar içinde edinilen klinik deneyimler ve araştırma bulguları (örn., Stoller, 1968, 1975, 1980, 1985; Money, 1980, 1988), cinsel etkinliğin ve cinsel fantazinin ne kadar çok alanda savunmacı şekillerde kullanılmakta olduğunu göstererek (kaygı üzerinde hâkimiyet kazanmak, özsaygıyı onarmak, utanç duygusuna karşı koymak veya içsel ölmüşlük duygusunu dağıtmak) psikanalitik yönelime yakın çoğu teorisyeni oldukça etkileşmiştir.

İnsanlar, herhangi bir deneyimi cinselleştirebilirler; bunu, korku veya acı veya başka aşırı bir duyumu heyecan duyumuna döndürmeye yönelik bi-

linçdışı bir niyetle yaparlar. Bu süreçten analitik literatürde *içgüdüselleştirme* olarak da bahsedilmiştir. Cinsel uyarılma canlı hissetmenin güvenilir bir yoludur; bir çocuğun yaşadığı ölüm korkusu –terk edilme, istismar edilme veya başka çok korkulan bir felâket sonucunda– travmatik bir durumun hayatı olumlayan bir duruma döndürülmesiyle psikolojik açıdan hâkimiyet altına alınabilir. Az rastlanan cinsel eğilimleri olan kişilerle yapılmış çalışmalarda, çoğu kez, yaşandıkları erken dönemde çocuğun başa çıkma kapasitesini çok aşmış olan ve bu nedenle bugün kişinin travmayı cinselleştirmesi şeklindeki dönüşümlere uğrayan çocuksu deneyimler tespit edilmiştir. Örneğin, Stoller'in (1975) cinsel açıdan mazoşistik kişilerle –erotik doyum elde edebilmek için acı hissetme ihtiyacında olduklarını bildiren kişilerle– yaptığı çalışmalar, bu kişilerin büyük bir kısmının küçük çocukken acı verici tıbbi tedaviler gördüklerini ortaya çıkarmıştır.

Çoğumuz, daha genel bir biçimde, hayatın sıkıntı verici yönleriyle başa çıkmak ve hayatı renklendirmek amacıyla cinselleştirmeyi belli bir derecede kullanırız. Cinselleştirme eğilimi gösterdikleri şeyler açısından kadınlar ve erkekler arasında birtakım yaygın farklar vardır: Örneğin, kadınlar bağımlılığı, erkekler saldırganlığı cinselleştirmeye daha eğilimlidirler. Bazı kişiler parayı, bazıları kiri, bazıları gücü cinselleştirir, vb. Birçoğumuz öğrenme deneyimini cinselleştiririz; yetenekli öğretmenlerin erotik bir duygu veren ders anlatımlarına Sokrates zamanından beri dikkat çekilmiştir. İnsanların, güç sahibi herhangi bir kişiye yönelik tepkilerini erotikleştirme eğilimleri, niye politika ve başka alanlardaki ünlü kişilerin çevrelerinin genellikle cinsel yakınlık gösteren hayranlarla sarıldığını ve niye güçlü ve ünlü kişilerde cinsel yozlaşma ve sömürü potansiyelinin bu kadar büyük olduğunu açıklayabilir.

Nispeten zayıf bir konumda olan kişiler, haset ve düşmanlık duygularını ve kötü davranışa maruz kalma korkularını bir cinsel senaryoya döndürdükleri ilişkilerin içinde kendilerini kolayca bulabilirler; çünkü böyle bir senaryoda, günlük gerçeklik içinde yaşadıkları güç eksikliklerini oldukça kişisel nitelikte bir erotik güce dayanarak telâfi edebilirler. Bu durum, yapısal olarak başkalarına bağımlı olanların bağımlı oldukları kişilerle ilişkilerinde (işgörenler işverenlere, öğrenciler öğretmenlere bağımlıdır, vb.) onları koruyan ve ilişkileri iki taraf açısından da düzenleyen yasaların ve kuralların bulunmasının sosyal açıdan önemli olmasının nedenlerinden biridir. Hepimiz, hem kendi savunmalarımızın yarattığı ayartmalardan hem de hayatımızda otorite konumunda olan kişilerce istismara uğrama olasılığından uzak tutulmaya ve korunmaya ihtiyaç duyarız.

Tüm savunma süreçleri için geçerli olan bir noktayı ısrarla söylüyor olma riskine girsem de şunu vurgulamak isterim: Cinselleştirme esasen sorunlu veya yıkıcı değildir. İnsanların bireysel cinsel nitelikli fantazileri, tepki örüntüleri ve davranışları, muhtemelen, hayatlarının başka psikolojik yönlerinin neredeyse tamamından daha fazla kendilerine özgü bir tarz taşır; birini erotik açıdan heyecanlandıran fantazi diğer bir insanın içini soğutabilir. Saçlarıma dokunulması deneyimini cinselleştirmişsem (böyle yapmamın çocukluk kökenleri, bir zamanlar annemin saçlarımı beni hırpalama niyetiyle çekmiş olmasını savunmacı biçimlerde cinselleştirmiş olmam olsa bile) ve cinsel partnerim saçlarıma dokunmayı seviyorsa, psikoterapiye başvurmayı pek düşünmem. Ancak istismar edici erkekler tarafından korkutulmuş olma deneyimini cinselleştirmişsem ve beni döven erkeklerle tekrar tekrar ilişkiye giriyorsam, psikoterapiye başlamam iyi olabilir. Diğer tüm savunmalarda olduğu gibi, cinselleştirmenin makul bir değerlendirme çerçevesinde hem kendilik hem de başkaları tarafından ne şekilde görüleceğini (Olumlu bir uyum sağlama olarak mı? Önemli olmayan bir alışkanlık olarak mı? Yoksa patolojik bir sorun olarak mı?) yetişkinlikteki kullanımının bağlamı ve sonuçları belirler.

YÜCELTME

Eskiden *yüceltme* kavramı yüksek eğitimli kişiler arasında oldukça yaygın olarak bilinir ve birçok farklı bireysel eğilimleri açıklamanın popüler bir yolu olarak kullanılırdı. Günümüzde ise, genel psikanalitik düşüncede dürtü teorisinin merkezi konumunu kaybetmesiyle, psikanalitik literatürde yüceltmeden daha az bahsedilir oldu ve yüceltme bir kavram olarak eski popülerliğinden uzaklaştı. İlk kavramsallaştırıldığı dönemde yüceltme "iyi" bir savunma olarak görülmüştü; yüceltme, tanımı gereği, ilkel itkiler ve ketleyici güçler arasındaki içsel çatışmalara ilişkin yaratıcı, sağlıklı, sosyal açıdan kabul edilebilir veya yararlı bir çözümü temsil ediyordu.

Yüceltme, Freud'un, biyolojik temelli itkilerin (Freud'a göre bunlar, emme, ısırma, kirletme, dövüşme, çiftleşme, başkalarını seyretme ve başkaları tarafından seyredilme, başkalarının canını yakma, acıya dayanma, zayıf olanı koruma, vb. itkilerini içeriyordu) sosyal açıdan değerli biçimlerde dışavurumuna verdiği addı. Örneğin, Freud, bir diş hekiminin sadizmini, bir gösteri sanatçısının teşhirciliğini, bir avukatın düşmanlarını öldürme arzusunu yüceltmekte olabileceğini söyleyebilirdi. Ona göre, içgüdüsel yönelişler kişinin çocukluk koşullarının etkisi altında kalırlar; bu etki sonucunda, belirli

dürtüler veya çatışmalar özel bir nitelik kazanır ve böylece, yaratıcı şekilde, yararlı etkinliklere yöneltilebilirler.

Bu savunmanın, psikolojik açmazları çözmenin en sağlıklı yolu olarak görülmüş olmasının iki nedeni vardır: İlk olarak, yüceltme, insan türü için yararlı nitelikte davranışların geliştirilmesini sağlar; ikinci olarak, yüceltme, bir dürtüyü, başka bir şeye dönüştürerek (örn., karşıt-tepki oluşturma savunmasının yapacağı gibi) veya bir zıt güçle ona karşı-koyarak (örn., inkâr, bastırma) büyük miktarda bir duygusal enerjiyi israf etmek yerine, o dürtüyü *boşaltır*. Böyle bir enerji boşaltımının esasen yararlı olduğu varsayılmıştır: Bu, insan organizmasını uygun homeostaz durumunda tutar (Fenichel, 1945).

Yüceltme analitik literatürde hâlen gönderme yapılan bir kavramdır; bunu, sorun oluşturan itkilerini ve çatışmalarını yaratıcı ve yararlı şekillerde dışavurmanın bir yolunu bulan kişilerden bahsedilen kimi makalelerde görebiliriz. Sağlıklılık ve büyümeye ilişkin psikanalitik görüş, psikoterapinin amacının kişiyi çocuksu yönelişlerinden kurtarmak olduğu şeklindeki yaygın bir yanlış-anlamanın tersine, doğamızın çocuksu kısımlarının yetişkinlik boyunca canlı olarak kaldığı varsayımını içerir. Kendimizi bunlardan tecrit etme seçeneğimiz yoktur; bunları ancak daha iyi veya daha kötü şekillerde yönetebiliriz.

Analitik terapinin hedefleri, kendiliğin en ilkel ve rahatsız edici yönleri dâhil tüm yönlerinin anlaşılmasını, kendine (ve –kişinin daha önce reddedilmiş niteliklerini yansıtma ve bunların yerini-değiştirme ihtiyacı azaldıkça– başkalarına) sevgi duyguları geliştirilmesini ve kişinin özgürlüğünün eski çatışmaları yeni yollarla çözecek şekilde genişletilmesini içerir; kendiliği iğrenilen yönlerinden arıtmayı veya ilkel arzuları yok etmeyi içermez. Yüceltmenin ego gelişiminin doruk noktası olarak düşünülmüş olması, insan organizmasına ve onun doğuştan gelen potansiyellerine ve sınırlarına ilişkin temel psikanalitik tutum hakkında ve psikanalitik tanı koyma sürecini yönlendiren temel değerler hakkında birçok şey söyler.

Bireysel karakter örgütlenmesinin anlaşılmasıyla ilişkili olan savunmacı işlemler üzerine yaptığım değerlendirmelerimi tamamladım. Bu noktada, okuyucuya, bu kitabın, kişilik *yapısı* üzerine bir kitap olduğunu –sadece kişilik *bozuklukları* üzerine değil– hatırlatmam gerekli. Kitabın odağında, yardım almak amacıyla gelen kişinin acı çekmekte olduğunu kabul eden klinik tanı koyma işi yer alıyorsa da, çözümü için yardım istenilen sorunun hastanın temel karakterinde yatmayabileceği hatırlanmalıdır. Sorun, örneğin, karakter

yapısı ne olursa olsun herkesin kişisel kaynaklarını zorlayacak nitelikteki stres kaynaklarına verilmiş olan bir tepki olabilir.

Öte yandan, bir kişinin *nasıl* acı çekmekte olduğu da onun kişilik örgütlenmesini yansıtacaktır. O kişinin acısını azaltmaya başka bir kişinin nasıl yardım edebileceği, kişilik farklılıklarına yönelik bir duyarlılığı gerektirir. Kaktüs de sarmaşık da ışık ve su verildiğinde büyürler; ancak bu iki bitki arasındaki farklılıkları değerlendiremeyen bir bahçıvan ikisinin de tam olarak gelişmesini sağlayamaz. Temel karakterleri açısından insanlar arasındaki çeşitlilik üzerine bir kavrayışa ulaşmak, ele alınacak sorun karakterolojik olsun veya olmasın etkili bir psikoterapi çalışmasının yapılması için zorunludur. Depresyon yaşayan bir obsesif kişiye yararlı olan terapötik duruş, temel karakteri histerik örgütlenme gösteren başka bir depresyon yaşayan danışana yararlı olan terapötik duruştan farklı olacaktır.

Hepimiz çocukluğumuzda yoğun korku ve özlemler yaşarız, bunlarla o dönemde kullanabildiğimiz en iyi savunma stratejileriyle başa çıkmaya çalışırız ve bu başa çıkma yöntemlerini başka talepler hayatlarımızın erken dönem senaryolarının yerini alırken sürdürürüz. Duyarlılıkla gerçekleştirilen bir tanı koyma sürecinin amacı, bir insanın ne kadar "hasta" olduğunu değerlendirmek veya kimlerin sosyal açıdan normal olarak tanımlanmış olanın sınırlarının ötesinde kaldığını belirlemek değil (McDougall, 1980), o insanın yaşadığı acının ve sahip olduğu güçlü yönlerin *o kişiye özgü niteliklerini* anlamak ve böylece, terapiste ilkini hafifletebilme ikincisini de geliştirebilme imkanını sağlamaktır.

İzleyen bölümlerde, psikodinamik açıdan önemli olan başlıca kişilik örgütlenmelerini betimleyeceğim. Daha önce de belirttiğim gibi, her bir kategori, bir savunma veya savunmalar grubunun karakterolojik kullanımını içerir ve açıkça psikotik olanlardan psikolojik sağlıklılık örnekleri olan kişilere doğru uzanan bir gelişimsel yelpaze üzerinde yer alır. Kişilik örgütlenmelerini betimlerken her bir kişilik tipindeki kişilerle çalışmanın öznel ve nesnel yönlerini anlatacağım ve mümkün olduğu noktalarda, psikanalitik genellemeleri ve soyutlamaları somut klinik etkileşimlere tercüme edeceğim.

Özet

Bu bölümde en yaygın ve klinik açıdan en uygun ikincil veya "üst düzey" de diyebiliriz, savunmalar ele alındı: bastırma, gerileme, yalıtma, düşünselleştirme, akılcılaştırma, ahlâksallaştırma, bölmeleme, yapıp-bozma, kendine-karşı-döndürme, yer-değiştirme, karşıt-tepki oluşturma, tersine-çevirme, özdeşim, eyleme-koyma, cinselleştirme ve yü-

celtme. Her bir savunmanın uyum sağlayıcı ve uyum bozucu örnekleri verildi ve ayrıca bu savunmalarla bağlantılı karakter tipleri hakkında açıklamalar yapıldı. Son olarak da, ilerleyen bölümlerin konularına bir geçiş sağlaması amacıyla savunmaların karakterle ilişkisi üzerine bazı genel yorumlar verildi.

İleri Okuma Önerileri

Bölüm 5'in sonunda belirttiğim gibi, savunmalar hakkındaki açıklamalar genellikle ele alınan başka konuların içinde geçmektedir ve nadiren belli bir kitabın başlıca konusu olmuşlardır. Anna Freud'un (1936)* ve H. P. Laughlin'in (1970, 1979) çalışmaları bu durumun istisnalarıdır ve her ikisinin kitapları da okunmaya değer çalışmalardır. Cesur okurlar için Fenichel'in (1945) çalışmasını önereceğim: Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*'da Bölüm 8 ve 9'da, konuyu her zamanki çok ayrıntılı yaklaşımıyla ele almıştır.

(*) *Ben ve Savunma Mekanizmaları*, çev. Yeşim Erim, İstanbul: Metis Yayınları, 2004 – ç.n.

İKİNCİ KISIM

Karakter Örgütlenmesi Tipleri

Bu kısımdaki her bir bölümde temel bir karakter tipi ele alınmaktadır. Karakter tiplerinin ele alınma sırası değişebilir nitelikte olsa da, nesne-ilişkililik düzeyi açısından kabaca alt düzeylerden üst düzeylere doğru gitmektedir. Her bir tip hakkındaki tartışmaları aşağıdaki başlıklar çerçevesinde düzenlenmiştir: (1) dürtü, duygulanım ve mizaç değerlendirmeleri; (2) egonun uyum sağlayıcı ve savunmacı işleyişleri; (3) karakter tipinin gelişimini etkileyen, zamanla içselleştirilen ve "senaryo" olarak tekrar edilen nesne ilişkileri örüntüleri; (4) kendilik deneyimleri (bilinçli ve bilinçdışı olarak kişinin kendini nasıl gördüğü ve özsaygısını nasıl sağladığı); (5) kendiliğin ve ötekilerin ve de bunların tekrarlayıcı nitelikteki ilişkilerinin içsel temsillerini taşıyor olmanın aktarım ve karşı-aktarım açısından sonuçları; (6) karakter tipinin tedavi açısından taşıdığı anlamlar ve (7) ayırıcı tanı değerlendirmeleri.

BÖLÜMLERİN DÜZENLENMESİNDE TEMEL ALINAN BAKIŞ AÇISI

Listelediğim ilk dört kategoriyi, doğrudan, bazı ayrıntıları ekleyerek, bireysel psikolojinin dürtü, ego, nesne ilişkileri ve kendilik yönlerini aşağıdaki şekilde özetlemiş olan Pine'dan (1990) aldım:

> Genel olarak, bu dört terimle, sırasıyla, şu alanlar üzerinde duruyorum: (a) dürtüler, itkiler, arzular; (b) savunma, uyum sağlama, gerçeklik sınaması ve bunların her birinin gelişimindeki kusurlar; (c) *deneyimlendiği* ve hafıza-

> da taşındığı şekliyle asli ötekilerle ilişkiler –deneyimlerin ve hatıraların bu ilişkilerde yol açmış olabileceği her türlü çarpıtmalarla birlikte; ve (d) sınırlar, özsaygı, otantiklik, öznelik gibi olgular çerçevesinde kendiliğin öznel deneyimi. (s. 13)

Pine gibi, ben de, bu dört bakış açısının psikanalitik geleneği bir bütün olarak yansıttığını ve çok katmanlı psikolojik süreçlerin farklı yönlerini ayrıştırmakta yararlı olduğunu düşünüyorum.

Pine'ın tanımladığı ilk alana duygulanım kategorisini de ekledim (krş. Tomkins, 1962, 1963, 1991, 1992; Kernberg, 1976; Isaacs, 1990; Spezzano, 1993). Psikodinamik metinlerde dürtü kavramıyla belirtilmek istenilenlerin büyük kısmı aslında duygulanım niteliği taşır. Breuer ve Freud'un (1893-1895) tepkinin dışavurulması sürecini histerik sıkıntılardan kurtulmanın gerekli bir koşulu olarak gördükleri dönemden bu yana duygunun önemi üzerine yapılan ve psikanalitik betimlemelerdeki temel görüşlerden biri hâline gelmiş olan vurguya karşın ve terapistlerin eskiden beri düşünsel içgörü yerine duygusal içgörüye daha çok değer vermelerine karşın, duygulanımın kişilik yapısını örgütlemekte ve tanımlamaktaki rolü hâlâ başlıca psikanalitik teorilerin çoğunda yeterince belirtilmemektedir.

Pine'ın ilk alanına, duygulanımdan başka, mizaç kategorisini de ekledim. Freud'un, dürtünün yönü ve gücü gibi alanlarda doğuştan gelen bireysel farklılıklar konusuna verdiği önem, bugünden bakıldığında, oldukça uygun gözükmektedir. Terapi sadece kendiliğin değiştirilebilir yönlerini ele aldığı için klinisyenler doğuştan gelen eğilimler üzerinde pek durmazlar. Ancak bir insanın bünyesel niteliklerini bilmek terapide uygun hedeflerin seçilmesine katkıda bulunur. Ayrıca, terapistin danışanlarına bu etkenlerle ilgili bilgi vermesi, danışanların temel mizaç eğilimlerini kabul etmelerine ve kendi doğalarının bazı değişmez yönleriyle gerçekçi şekilde uzlaşmalarına yardımcı olur.

Her bir kişilik tipini betimlerken üzerinde durduğum sonraki iki konu, belirli bir kişilik tipi tanısı konmuş kişinin kendine özgü kişilerarası tarzını ve bu kişilik tipindeki kişiyle etkili terapi yapmanın gerekli koşullarını aydınlatma amacını taşımaktadır. Karşı-aktarım ayrıntıları ise, hem tanısal hem de terapötik nedenlerden dolayı verilmiştir. Terapistin duygusal tepkileri önemli tanısal bilgiler içerir ve çoğu kez, farklı farklı terapötik yaklaşımları gerektiren iki karakter tipini birbirinden ayırt etmekte terapistin elindeki yegâne ipuçlarıdır bunlar (özellikle daha ağır rahatsızlıkları olan hastalarda). Ayrıca, karşı-aktarım bilgisi terapistleri belirli bir danışanla çalışırken neler hissede-

cekleri konusunda hazırlıklı hâle getirebilir; böylece terapistler duygularını daha etkili şekillerde yönetme şanslarını artırabilirler. Bu kısma, terapistlerin, kontrol-hâkimiyet teorisyenlerinin her bir kişilik tipinin kendine özgü "sınavlar"ı olarak değerlendirecekleri davranışların nasıl üstesinden gelebileceklerine ilişkin fikirlerimi de ekledim (Weiss, Sampson, & Mount Zion Psikoterapi Araştırma Grubu, 1986).

Son olarak, her bir kişilik tipinde ayırıcı tanı üzerinde durulmuştur; bundaki amaç, terapisti, özellikle, tanı alternatiflerinin önemli terapötik sonuçlarının olduğu durumlarda, belirlenmiş bir tanının olası alternatifleri konusunda uyanık hâlde tutmaktır. Örneğin, histerik bir kadın danışanı temelde narsisistik biri olarak veya narsisistik bir erkek danışanı karakterolojik bir obsesif olarak veya çoklu kişilik bozukluğu olan bir kişiyi şizofrenik olarak yanlış şekilde değerlendirmek çok ağır sonuçlara yol açabilir. Ne var ki, bu hataların tümü her zaman yapılır; çünkü yukarıdaki her tanı ikilisindeki hastaların yüzeydeki görünümleri ve semptomları neredeyse birbirinin aynıdır. DSM'nin tüm iyi özelliklerine karşın, tanı koymadaki kontrol listesi yaklaşımı bu tür hatalara açıktır.

KARAKTER, KARAKTER PATOLOJİSİ VE DURUMSAL ETKENLER

Aşağıdaki betimlemeler her bir karakter tipinin hem hasta biçimine hem de nispeten daha sağlıklı biçimine yöneliktir. Herkesin bir karakteri vardır. Çoğumuzun karakteri "bozuk" değildir. İçimizdeki bazı eğilimler diğerlerine göre daha öne çıkabilir, ancak hepimiz, birkaç kişilik tarzının özelliklerini birlikte taşırız. Belli bir kategoriye tam olarak uymayan birçok kişi, iki tip kişilik örgütlenmesinin bir birleşimi olarak betimlendiklerinde en uygun şekilde tanıtılmış olurlar (paranoid-şizoid, depresif-mazoşistik, vb.). Bir danışanın karakter yapısının değerlendirilmesi, bir kişilik bozukluğu bulunmadığı durumlarda bile, terapiste, hangi tür müdahalelerin danışan açısından özümlenebilir olacağı ve hangi tarz ilişkilenmenin danışanı terapistin yardıma yönelik çabalarına en yüksek düzeyde açık kılacağı hakkında bir fikir verir. Hiç kimse bir tanı kitabındaki betimlemeye kelimesi kelimesine uymasa da, çoğu insan, bir klinisyene terapide nasıl hareket ederse terapötik olabileceğine ilişkin bir yönelim sağlayacak olan belli bir genel alan içinde konumlandırılabilir.

Dinamik işleyiş psikopatolojik işleyiş anlamına gelmez. Bir kişinin patolojik bir karakteri olduğu veya bir kişilik bozukluğu gösterdiği değerlendirmesini, ancak o kişinin savunmaları, psikolojik gelişimi ve uyumu engelleye-

cek derecede stereotipik olduklarında yapmak gerekir. Obsesif bir adam, hayatını, düşünme ve yaratıcı düşünce edimleri (akademik çalışmalar, mantıksal analiz, ayrıntılı plânlama, doğru kararlar alma gibi) vasıtasıyla özsaygısını geliştirme etrafında örgütler. Patolojik nitelikte obsesif biriyse, üretken olmayan şekilde düşünür durur ve hiçbir hedefine ulaşamaz, hiçbir isteğini gerçekleştiremez ve bir kısır döngü içinde seyredip durduğu için de kendinden nefret eder. Depresif bir kadın başkalarının bakımını üstlenmekten doyum sağlar; patolojik nitelikte depresif biriyse, kendi bakımını bile üstlenemez.

Karakter ve duruma göre yanıt-verirlik [responsivity] arasında bir ayrım yapmak da önemlidir. Bazı durumlar, bir insanın kişiliğinde bulunan ancak başka koşullar altında gizil kalabilen kimi yönleri ortaya çıkarır: Kayıplar kişinin depresif yönünü ortaya çıkarır; kişinin güvenliğine yönelik tehditler kişide paranoyayı uyarır; kontrol çatışmaları obsesif düşünceyi doğurur; cinsel istismar histeriyi tetikler. Terapist tanı koyarken durumsal ve karakterolojik etkenlerin göreceli etkisini tartmayı unutmamalıdır. Bir hastanın belirli bir karakter tipinin betimlemesine uyacak şekilde tepki verdiği durumlarda, hastanın içinde bulunduğu bağlamı dikkate almaksızın o tipte bir kişiliği olduğunun varsayılması yaygın olarak yapılan bir hatadır.

Süpervizyon verdiğim terapistlerin biriyle terapide olan Çinli bir lisansüstü öğrencisinin temelde narsisistik nitelikte olan birçok endişesi vardı: Bu kadın nasıl algılandığı konusunda aşırı derecede duyarlıydı; duygusal enerjisinin çoğunu özsaygısını korumaya harcıyordu; her şeyi çok kolayca elde ediyor gözüken Amerikalı öğrencilere haset duyuyordu ve sürekli olarak çevresine "uyup uymadığı"ndan kaygılanıyordu. Ancak terapistiyle ilişkisindeki sıcakkanlı tutumu ve terapistinin karşı-aktarımını renklendiren sevgi duyguları, temelde narsisistik bir kişiliği olduğu şeklinde bir değerlendirmenin yanlış olduğuna işaret ediyordu. Bu kişinin yeni bir çevreye uyum sağlamaya çalışırken yaşadığı stres, kabul edilme, kimlik ve özsaygı alanlarına ilişkin örtük hâldeki endişeleri şiddetlendirmişti; aşina olduğu kültürel ortamdan başka bir ortama geçen herkesin bu alanlarla ilgili sıkıntılar yaşaması olağandır. Bu vaka, kişilik ile tepki-verirliğin [reactivity] birbirine karıştırılmaması gerektiğine ilişkin bir uyarıyı örneklendirmesinin yanı sıra, aktarım ve karşı-aktarım bilgisinin değerlendirme sürecindeki kritik önemine de işaret etmektedir.

KİŞİLİKTE DEĞİŞİMİN SINIRLARI

Analitik tecrübelerimiz, kişiliğin terapi uygulamalarıyla çokça *değiştirilebileceğini* ancak *dönüştürülemeyeceğini* telkin etmektedir. Dürtü-teorisinin bu

görüşü özetleyen veciz sözü şudur: "Ruhsal ekonomiyi değiştirebilirsiniz, ruhsal dinamikleri değil". Başka bir deyişle, bir terapist, depresif bir danışanına, depresif hâlinin tahripkâr ve dirençli niteliğini azaltmasında yardımcı olabilir, ancak onun, histerik veya şizoid bir karakter hâline gelmesini sağlayamaz. İnsanlar çekirdek nitelikteki içsel senaryolarını, çatışmalarını, beklentilerini ve savunmalarını korur ve sürdürürler; ama, temel kişiliklerinin içerdiği öğeleri iyi değerlendirebilirlerse özerkliklerini ve gerçekçi özsaygılarını çokça artırabilirler. Daha özgür hissetme deneyimi, önceleri otomatik olarak yaptıkları davranışlar üzerinde şimdi bir hâkimiyet kurma ve seçim yapabilme gücünü elde etmiş olmalarından kaynaklanır; kendini kabul deneyimi, kendilerine özgü eğilimler birleşiminin nasıl oluştuğuna ilişkin bir kavrayışa ulaşmalarından kaynaklanır. Terapistle danışan arasında yapılan bir terapi sözleşmesi karakteri değiştirmeye yönelik bir anlaşmayı içersin veya içermesin, danışanın karakterinin doğasının hem terapist hem de danışan tarafından iyi bir şekilde değerlendirilmesi yapacakları çalışmanın daha kolay ilerlemesini sağlayacaktır.

Kitabın bu kısımdaki bölümlerde, psikopatik, narsisistik, şizoid, paranoid, depresif, manik, mazoşistik, obsesif, kompülsif, histerik ve dissosiyatif kişiliklerin derinlikli betimlemeleri verilmektedir. Daha kapsamlı bir kitapta başka birçok iyi incelenmiş karakter prototipleri hakkında yazılmış bölümler de bulunacaktır; bunlar, pasif agresif, sadistik, patlayıcı [exsplosive], itkisel, çocuksu, hipokondriyak, psikosomatik ve fobik karakter örgütlenmelerini içerebilir. Benim bu başka karakter tiplerini kitabın dışında bırakma kararımı çeşitli etkenler belirlemiştir. Bu etkenler içinde birincil olanı, terapistlere, psikanalitik karakter tanısı koyma sürecinin genel bir değerlendirmesini veren bir kitap yazma çabamdır; amacım, her bir karakter tipi üzerine bir inceleme içeren bir kitap yazmak olmamıştır. Kitabın kapsam açısından yeterli düzeyde geniş olmasını, ancak öte yandan, okuyucunun taşıyamayacağı kadar ağır, masraflı ve bıktırıcı olmamasını istedim.

İkincil etken, bazı karakter tipleriyle, bunlar hakkında güvenle yazacak kadar yeterli düzeyde doğrudan, kişisel klinik deneyimimin bulunmamasıdır. Örneğin, agorafobi ve başka fobik tepkileri olan danışanlarla yapılmış birkaç terapinin süpervizyonunu yaptıysam da, kendim, fobik kişiliği olan biriyle yoğun bir terapi çalışmasını hiç yapmadım. Belirli tipteki kişiler üzerine yazılmış olan literatürü bildiğim durumlarda bile, güçlü bir deneyimsel kavrayış düzeyine ulaşmadan bunları dile dökemiyorum. Karakter yapısı açısından fobik olan hastalar söz konusu olduğunda, okuyucu, MacKinnon ve

Michels'in (1971) bu konu üzerine yazdıkları ve bugün de oldukça aydınlatıcı olan bölümü okuyarak teselli bulabilir.

Son etken de, kitabın dışında bıraktığım karakter tiplerinin çoğunluğunun, daha çok, senfonik temalar olarak değil melodik çeşitlemeler olarak işlediği yönünde bir izlenimimin bulunmasıdır. Örneğin, kişilikleri, en iyi, sadistik olarak betimlenen insanlar varsa da, sadizm, genellikle, bir insanın karakterindeki örgütleyici bir ilke olmaktan çok, psikopatide veya dissosiyasyonda görülen öğelerden biridir. İtkisellik, genelde, sınırdurum kişilik örgütlenmesinin, bazen de, psikopatik veya histerik kişilik yapısının bir özelliği olma eğilimindedir. Çocuksu kişilik, muhtemelen, en iyi, histerinin bir alt kümesi olarak anlaşılabilir. Hipokondri, genellikle, karakterolojik narsisizmin semptomlarından biridir. Pasif agresif örüntüler, her bir kişilik örgütlenmesinde farklı nedenlerle olsa da, tüm kişiliklerde görülebilecek örüntülerdir. Mevcut her türlü farklı nitelikteki karakter yapılarını bilmek okuyucu açısından bir gereklilik olsa da ve bunları duyarlı bir şekilde kavramsallaştırma yeteneğinin önemli klinik katkıları olacaksa da, hiçbir kitap tüm önemli kişilik örgütlenmesi türlerini içeremez.

YEDİNCİ BÖLÜM

Psikopatik (Antisosyal) Kişilikler

Kişilik örgütlenmesinin tipolojik kategorilerini tartışmaya, ruh sağlığı alanındaki çalışmalarda karşılaşılan, muhtemelen, en istenmeyen ve yıldırıcı hastalarla, yani, esasen psikopatik olanlarla başlayacağım. Bu kişilik tipi için, Moley'in (1988) yaptığı gibi, eskiden kullanılan terimi kullanıyorum; çünkü bu terimin psikanalitik literatürde oturmuş bir yeri var. "Sosyopatik" ve "antisosyal" terimlerini de, bu terimleri, suça eğilimli alt-kültürlerde yaşayan ve karakter yapısı açısından illâ psikopatik olmayan kişiler için kullanan daha önceki bazı analitik yazarlardan farklı olarak, eşanlamlı şekilde kullanıyor olacağım.

Kişilikleri psikopatik örgütlenme çerçevesinde yapılanmış kişiler şu yelpaze içinde yer alırlar: Bir tarafta, aşırı psikotik, dağılmış, itkisel, sadistik kişiler vardır (Biondi & Hecox, 1992; Ressler & Schactman, 1992); örneğin, rasgele cinayet işlemiş ve kurbanlarını parçalayıp kanlarını içmiş olan (kendi kanının zehirlendiği ve hayatta kalmak için başkalarının kanına ihtiyacı olduğu hezeyanıyla) Richard Chase gibi. Öbür tarafta da, nazik ve çekici görünüşlü kişiler vardır; örneğin, Stewart'ın (1991), Amerikan şirket yönetimlerinin en üst kademelerindeki görev suistimallerini bildirdiği çarpıcı raporunda betimlediği bazı karakterler gibi.

Psikopatik süreklilik hattı, sınırdurum-psikotik yönüne doğru çok yüklüdür; çünkü tanımı gereği, psikopatik tanısı, insanlara bağlanma konusunda temel bir başarısızlığa ve çok ilkel savunmaların kullanımına gönderme yapar. Ancak Bursten'le (1973a) hem fikir olarak, daha üst düzeyde işlev-

selliği olup da, kişilikleri sosyopatinin özelliklerini başka özelliklere göre daha fazla gösteren ve üst düzey psikopatlar olarak tanı konması uygun olan kişiler bulunduğu görüşündeyim. Bu kişiler, nevrotik yelpazede bulunuyor olarak değerlendirilmelerini sağlayacak derecede yeterli düzeyde kimlik bütünleşmesi, gerçeklik sınaması ve daha olgun savunmaları kullanma kapasitesi gösterirler; ancak yine de, en temel düşünme ve eylemde bulunma tarzları antisosyal eğilimin izlerini taşır. Buna bir örnek olarak, başarılı ve sosyal açıdan ünlü olan ama sahtekârlıktan ceza almış kişiler verilebilir. Bursten'in, bu kişilerin davranışlarını örgütleyici meselenin "başkalarını atlatmak" veya başkalarını bilinçli olarak manipüle etmek olduğu şeklindeki psikopati tanısı koyma kriteri, psikopatik psikolojinin özünü yansıtır. Bu şekilde düşünüldüğünde, karakterolojik sosyopati tanısının aleni suç işleme eğilimiyle hiçbir ilgisi yoktur; bu kişilik örgütlenmesi tamamen içsel güdülenmeyle ilişkilidir.

PSİKOPATİDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Yetişkinliklerinde antisosyal olan kişilerin başkalarına göre daha fazla temel saldırganlık taşıdıklarına ilişkin bazı kanıtlar vardır. Bebeklerin doğumlarından itibaren mizaçları açısından farklılık gösterdikleri gerçeği (ikiden fazla çocukları olan ebeveynler bunu iyi bilirler) bugün bilimsel olarak kabul edilmiş bir gerçektir (Thomas, Chess, & Birch, 1968). Bebeklerin doğuştan getirdikleri farklılıkları ortaya koydukları etkinlik düzeyi, saldırganlık, tepkisellik, yatıştırılabilirlik, vb. gibi bazı alanlar, gelişimi psikopatik bir yönde etkileyebilecek faktörleri içerirler. Evlât edinilmiş çocuklar ve ikizler üzerine yapılmış araştırmalar (Schulsinger, 1977; Mednick, Gabrielli, & Hutchings, 1984) sosyopatide bazı genetik faktörlerin işlemekte olduğunu telkin etmektedir; bu faktörler, nihai belirleyiciler olmasalar da, başka yatkınlığa yol açıcı faktörler de varsa (Vanderberg, Singer, & Pauls, 1986) sosyopatinin temelini atmaktadırlar. Nörokimya ve hormon araştırmaları (Wolman, 1986; Meloy, 1988) antisosyal kişilerde görülen yüksek düzeylerdeki duygulanımsal ve yırtıcı saldırganlığın nedeni olarak bir biyolojik alt-yapı bulunması olasılığına işaret etmektedir.

Psikopat tanısı konmuş kişilerde, otonomik sinir sisteminin tepki-verirlik düzeyi testleri hep düşük sonuç vermiştir (Lykken, 1957; Hare, 1970; Loeb & Mednick, 1977); bu bulgu, psikopatik kişilerin yüksek düzeyde uyaran arayışına girmelerini ve bir türlü "deneyimlerinden bir şey öğrenememe" durumlarını (Cleckley, 1941) açıklayan bir bulgu olarak görülmüştür. Kısaca belirtecek olursak, yetişkinliklerinde antisosyal olan kişiler, doğuştan, saldır-

ganlığa yönelik eğilimlere ve ortalamadan-yüksek-düzeyde haz verici bir uyarılma eşiğine sahip görünmektedirler. Çoğumuz, iyi müzik, sevgi dolu cinsellik, doğa güzellikleri, zekice bir şaka veya bir işi iyi yapma gibi deneyim veya etkinliklerden duygusal doyum sağlayabilirken, psikopat kişi, canlı ve iyi hissetmek için, daha keskin, daha sarsıcı deneyimlere ihtiyaç duyabilir. Antisosyal bir kişiyle ilgili olarak bu gerçeği göz önünde tutmak, terapistte toleranslı bir tutumun gelişmesine katkıda bulunabilir; sevilmesi aşırı derecede zor olan biriyle çalışma azmini sürdürebilmek için terapistin birçok bilişsel desteğe ihtiyacı olacaktır.

Sosyopatik kişilerin yaşadıkları başlıca duygulara gelirsek; bu kişilerin duyguları dile getirme yeteneğine sahip olmamalarından dolayı bunları açıkça belirtmek zordur. Antisosyal kişiler konuşmak yerine eylemde bulunurlar. Spesifik duygulanımları olduğu algısından yoksun olarak temel bir uyarılma duyumunu yaşıyor gibidirler. Bir duygu hissettiklerinde ise, yaşadıkları deneyim muhtemelen ya kör bir hınç ya da manik bir coşkudur. Aşağıda, nesne ilişkileri üzerine olan kısımda, bu "ağır duygulanım tıkanıklığı"na (Model, 1975) ilişkin bazı nedenler belirtilecektir. Bu aşamada, okuyucu, psikopatlara yönelik etkili bir tedavinin, başka karakter tiplerindeki kişilerle yapılan terapiden belirgin şekilde farklı olduğu noktalardan birinin, klinisyenin, hastanın duyguları üzerinde durmaya çalışarak hastayla bir bağ kurmayı bekleyemeyeceği olduğunu kaydetmelidir.

PSİKOPATİDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Psikopatik kişilerin kullandığı temel savunmacı mekanizma tümgüçlü kontroldür. Bu kişiler, ayrıca, yansıtmalı özdeşimi, karmaşık birçok dissosiyatif süreçleri ve eyleme-koymayı kullanırlar. Kendi güçlerini dayatma ihtiyaçları başka amaçların hepsinin önüne geçer. Bu ihtiyaç onları utanç duygusuna karşı korur ve özellikle acımasız psikopatlarda, suç işleme eğiliminin çoğu kez altında yatan cinsel sapkınlıkları başkalarının görmelerini engeller (Ressler & Schactman, 1992). Sosyopatlardaki vicdan eksikliği (Cleckley, 1941), kusurlu bir süperegonun kanıtı olmasının yanı sıra (Johnson, 1949), başka kişilerle birincil karşılıklı bağlanma deneyiminin bulunmamasının da kanıtıdır. Antisosyal kişi için, başka kişilerin değeri yararlılıklarına indirgenmiştir; bu yararlılık, başkalarının, antisosyal kişilerin kendi nüfuzlarını kullanmalarına imkân vermeleriyle orantılıdır.

Psikopatik kişiler, dinleyenlerin onların güçlerinden etkileneceklerini düşünürlerse çevirdikleri dalaverelerle, zaferleriyle ve üçkağıtçılıklarıyla ilgili

olarak açık şekilde övünürler. Bu süreçte bilinçdışı olan hiçbir şey yoktur; bu, düz şekilde söylersek, utanmazca yapılan bir davranıştır. Yasaları uygulayan failler, suçluların bir cinayeti kolayca itiraf etmeleri ama öbür yandan daha hafif suçları (cinsel kompülsiyonları, bir cinayet kurbanının çantasından birkaç dolar almayı) saklamaları karşısında tekrar tekrar şaşkınlığa düşerler; psikopatik kişiler ise bu ikinci gruptaki suçları zayıflık işaretleri olarak görürler (N. Susalis, kişisel iletişim, 7 Mayıs, 1993). Kernberg (1984) psikopatın "habis büyüklenmecilik" özelliğinden bahseder; bu özellik, sosyopat bir kişinin terapiyi sabote ederek sadistik şekilde terapisti yenme çabasına tanık olmuş tüm terapistlere doğru gelecektir. Psikopatik manipülasyon ile histerik ve sınırdurum hastalarda görülen ve çoğu kez manipülasyon olarak adlandırılan davranışlar arasında bir ayrım yapmak önemlidir.[1] İlki, kasıtlı ve kişiyle bağdaşan bir başkalarını kullanma girişimidir; ikincisi ise, hasta spesifik bir manipülatif niyetin nispeten farkında değilken, başkalarını kullanılmış *hissettirir*.

Tecrübeli klinisyenler uzun zaman önce psikopatların –özyıkıcı davranıştan kaçınmış ve hapse düşmemiş olanların– nasıl orta yaşlarda "tükenme" eğilimi gösterdiklerine ve çoğu kez, şaşırtıcı şekilde düzgün yurttaşlar olduklarına dikkat çekmişlerdir. Bu kişiler, ayrıca, psikoterapiye de daha uygun bir hâle gelirler ve psikopati tanısı konmuş daha genç kişilere göre psikoterapiden daha fazla yarar sağlayabilirler. Bu değişim, kısmen, eylemde bulunmaya yönelik içsel baskıları zayıflatabilecek nitelikteki hormon seviyesi azalmalarıyla açıklanabilir, ancak bu değişimin, orta yaşlarda yaşanılan fiziksel güç kaybından kaynaklanması da muhtemeldir. Tümgüçlü savunmalar sınırlarla engellenmediği müddetçe kişinin daha olgun uyum sağlayıcı davranışlar geliştirmek için bir nedeni olmayacaktır. Tüm kişilik tiplerindeki büyük ergenler ve genç yetişkinler, özellikle de sağlıklı genç erkekler,[2] tipik olarak, tümgüçlü

---

1 Bölüm 4'te de belirtildiği gibi, "manipülasyon" teriminin sosyopatik kişilikler için kullanılmasını öneriyorum; çünkü bu kişilerde manipülasyon, başka karakter tiplerindeki kişileri güdüleyen kaynaklara göre çok farklı kaynakları olan bilinçli ve kasıtlı bir davranıştır. Histerik ve sınırdurum hastalar, ihtiyaçlarının karşılanmasını, diğer kişileri kızdıran ve hastanın manipülasyon yaptığını düşündürten dolaylı yollarla sağlamaya çalışırlar. Psikopat için "manipülatif" teriminin kullanılması sadece betimsel bir amaç taşır; hâlbuki, başka klinik örneklemler için kullanıldığında, bu terim, hem yargılayıcı hem de hastada neler olup bittiğini anlamaya yönelik daha yararlı yaklaşımları engelleyici bir nitelik taşır hâle gelmektedir.

2 Psikopatinin erkeklerde daha yaygın olmasının nedenlerinden biri, kadınların gerçekçi sınırlarla daha erken karşılaşıyor olmaları olabilir. Kadınlar fiziksel açıdan erkekler kadar güçlü değildirler; erken ergenlikten itibaren mensturasyon sıkıntılarıyla ve hamile kalma tehdidiyle başa çıkmak zorundadırlar; tecavüze uğrama ve fiziksel şiddete maruz kalma riskleri daha fazladır ve birincil bakıcılar olarak, zihinlerindeki ideal anne etkililiği imgesi ile çocuk yetiştirmeye çalışmanın duygusal gerçekleri arasındaki farklar onları daha mütevazı yapar.

duygular içinde olacaklardır: Ölüm uzaklardadır ve yetişkin biri olmanın ayrıcalıklarına sahiptirler. Bu durum çocuksu büyüklenmeciliği pekiştirir. Ancak gerçeklik, er ya da geç, çoğumuza kendini hissettirir. Aşağı yukarı kırk yaşlarında ölüm artık bir soyutlama olmaktan çıkar, kişinin fiziksel gücü azalmıştır, tepki zamanı düşmüştür, sağlık durumundan yüzde yüz emin olamaz ve zorlu bir hayat sürmüş olmanın uzun dönemli bedelleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Hayatın bu gerçeklerinin kişiye hayli olgunlaştırıcı bir etkisi olabilir.

Yansıtmalı özdeşim savunmasına gelirsek; sosyopatik kişilerde bu sürecin kullanılması, bir gelişimsel duraklamayı ve genel olarak ilkel savunmaların kullanımını göstermesinin yanı sıra, kendini dile getirme becerilerinin olmayışının sonuçlarının da bir görünümüdür. Duyguları sözel olarak anlatmaktaki yeteneksizlikleri ve/veya isteksizlikleri şu anlama gelir: Bu kişilerin ne hissettiklerini başkalarının anlamasını sağlayabilmelerinin tek yolu başkalarında aynı duyguları ortaya çıkarmalarıdır. Aktarım ve karşı-aktarım üzerine olan kısımda bu süreç hakkında daha fazla açıklama yapacağım. Psikopatlardaki dissosiyatif savunmalara sık sık işaret edilmiştir; ancak bu savunmaları spesifik örnekler üzerinden değerlendirmek kolay değildir. Dissosiyatif durumlar, kişinin yaptığı bir hatadaki rolünü unuttuğu sıradan örneklerden, vahşice işlenmiş bir suçun tamamen unutulmasına kadar yayılan bir yelpazede yer alırlar. Kişisel sorumluluğun dissosiyasyonu, psikopatinin önemli bir tanısal işaretidir; sevgilisini yumruklayarak dövmüş olmasını sadece bir "tartışma" olarak açıklayan ve "galiba biraz fazla öfkelendim" diyen şiddet dolu biri veya güya pişman olmuş olan ve "bu sefer yanlış değerlendirdim" diyen düzenbaz biri sosyopatiklere özgü önemsizleştirmenin örneklerini göstermektedirler. Bir görüşmeci bunu tespit ettiğinde olayla ilgili ayrıntıları sormalıdır: "Öfkelendiğinizde tam olarak ne yaptınız?" veya "Tam olarak neyi yanlış değerlendirdiniz?" (ikinci soruya verilen cevap, genellikle, yakalanmış olmaktan dolayı üzüntü duymayı gösterir, yalan söylemiş olmaktan dolayı değil).

Psikopatik bir kişi, bir deneyim esnasında, özellikle de bir suçun işlenmesi esnasında, duygusal açıdan dissosiye durumda veya amnezik durumda olduğunu iddia ettiğinde, deneyimin gerçekten dissosiye mi edildiğini yoksa bu iddianın sorumluluktan manipülatif bir şekilde kaçma çabası mı olduğunu söylemek oldukça zordur. Antisosyal tanısı konmuş kişilerin tarihçelerinde çoğu kez ağır istismarların bulunması ve istismara uğramış olma ile dissosiyasyon arasındaki nedensel ilişki göz önünde tutulursa, dissosiyasyonun psikopatik kişilikte sık sık yaşanan bir durum olduğu düşünülebilir; yine de,

antisosyal kişilerin beyanlarının güvenilmez olması bu konuyu kafa karıştırıcı bir hâle getirmektedir. Aşağıda, ayırıcı tanı üzerine olan yorumlarda ve Bölüm 15'te bu konu hakkında daha fazla açıklama yapacağım.

Eyleme-koyma aslında psikopatinin tanımının bir parçasıdır. Sosyopatik kişiler, uyarıldıklarında veya sıkıldıklarında eyleme doğru içsel bir itilme yaşarlar; öte yandan, itki denetimini başaran birinin yaşadığı özsaygı deneyimi nasıl bir duygudur bunu bilmezler. Sık sık, psikopatların kaygı yaşamadıkları düşünülmüştür (örn., Ellis, 1961); ancak bu konuda, Greenwald'ın (1974) görüşünün haklı olabileceğini düşünüyorum: Çok hızlı şekilde eyleme-koymaya geçmeleri ve "zayıf" duyguları kabul etmeyi reddetmeleri kaygı yaşamıyor gibi görülmelerini açıklamaktadır (ayrıca bkz. Deutsch, 1955). Başka bir deyişle, bu kişiler de kaygı yaşarlar, ancak böyle ağır bir duygudan kendilerini kurtarmak için o kadar hızlı şekilde eyleme-koymaya geçerler ki bir gözlemcinin o kişinin kaygı yaşadığını görme şansı olmaz. Dahası, sorulsa bile bu duyguyu yaşadıklarını asla kabul etmeyeceklerdir. Greenwald, terapideki antisosyal kişilerin, kaygıyı tanıyıp kabul etme ve kaygıya verdikleri tepkileri denetleme kapasitesini geliştirdikçe yaşadıkları haz duygusundan bahseder.

PSİKOPATİDE NESNE İLİŞKİLERİ

Antisosyal kişilerin çocukluk geçmişleri çoğu kez güvensizlik ve kaos durumlarıyla doludur. Literatürde, katı disiplin ile aşırı şımartma tutumlarının çocuğu şaşırtan şekilde iç içe geçmiş olarak uygulandığı belirtilmiştir (Abraham, 1935; Aichhorn, 1936; Redl & Wineman, 1951; Greenacre, 1958; Akhtar, 1992). Özellikle, daha tahripkâr, suça eğilimli psikopatların tarihçelerinde, tutarlı, sevecen ve yeterince koruyucu nitelikte bir aile etkisi neredeyse hiç bulunmaz. Zayıf, depresyonlu veya mazoşistik anneler ve patlayıcı, tutarsız veya sadistik babalar ve ailede alkolizm ya da başka tür madde kullanımı psikopati ile bağlantılı görülmüştür. Taşınma, kayıp ve ailenin dağılması gibi olaylara da yaygın olarak rastlanmaktadır. Bu gibi istikrarsız ve korkutucu koşullar altında, kişinin, erken dönemki kendi tümgüçlü duygularına ve daha sonra başkalarının onun küçük kendiliğini koruma gücüne normal olarak duyacağı güven muhtemelen doğal bir seyir içinde gelişemeyecektir. Gelişimsel açıdan uygun zamanlarda, güçlü olduğu duygusunun kurulamamış olması, çocukları, hayatlarının geri kalanını kendi tümgüçlülüklerinin teyit ve kabul edilmesini sağlamak için harcayacakları bu çıkmaza itebilir.

Psikopatik kişiler olağan duyguları, bunları zayıf olma ve korunmasız kalma durumlarıyla ilişkilendirdikleri için, tanıyıp kabul edemezler. Bireysel

tarihçelerinde hiç kimsenin onlara duygusal deneyimlerini sözcüklerle dile getirmeleri için yardım etmemiş olmasına da yaygın olarak rastlanılabilir. Psikopatik bireyler duygulanım tıkanması yaşadıklarından, dili, duyguları sözcüklere dökmek için kullanmaya yönelik bir kavrayışları da yoktur; çoğumuz, sözcükleri, kendimizi anlatmak için kullanırken, psikopatik kişiler, başkalarını manipüle etmek için kullanırlar. Konuşmanın başka bir rolü de olduğunu anlamalarını sağlayacak içselleştirilmiş bir temele sahip değildirler. Klinik gözlemler, bu kişilerin yetiştikleri ailelerde, dilin dışavurumsal ve iletişimsel işlevlerinin önemi üzerinde çok az durulduğunu telkin etmektedir; bunun yerine, sözcükler çoğu kez başkalarını denetim altına almak için kullanılmıştır.

Psikopatik kişilerin bakıcılarının duygusal ihtiyaçları dile getirmekteki ve cevaplamaktaki yetersizlikleri başka bir klinik gözlemle açıklanabilir: Yetişkinliklerinde sosyopatik olan çocuklar maddi açıdan şımartılmış ve duygusal açıdan yoksun bırakılmışlardır. Antisosyal bir hastamın ebeveynleri hastama üzgün göründüğü zamanlarda aşırı pahalı hediyeler (müzik seti, araba) alıyorlardı. Bu ebeveynlerin aklına kızlarıyla konuşmak ve onun sıkıntılarını dinlemek gelmiyordu. Bu tür bir "cömertlik" özellikle tahripkârdır; benim hastamın durumunda, ebeveynlerinin bu tutumu, ona, hep yaşadığı o, hayatında bir şeylerin eksik olduğu hissini formüle etmesi için hiçbir yol bırakmıyordu.

Psikopati üzerine yakın dönemde ileri sürülmüş en derinlikli psikanalitik görüşler (örn., Kernberg, 1984; Meloy, 1988), içselleştirme başarısızlığı üzerinde dururlar; bu başarısızlık, çeşitli mizaç eğilimlerinden ve yetiştirme hatalarından kaynaklanmış olabilir. Antisosyal kişi, hiçbir zaman (herhangi bir normal düzeyde) psikolojik bağlanma yaşamamış, iyi nesneleri içe-almamış veya bakıcılarla özdeşim kuramamıştır. Bu kişi, sevgiyi tanımamış ve asla sevilmemiştir. Bunun yerine, özdeşim, yırtıcı olarak deneyimlenen bir "yabancı kendilik nesnesi" (Grotstein, 1982) ile gerçekleşmiş olabilir. Meloy (1988) şöyle yazmaktadır: "...başlangıçta, birincil ebeveyn figürüyle özdeşimlerde ve daha sonra, toplum, kültür ve genel olarak insanlıkla arketipsel ve yönlendirici özdeşimlerde derin ve bilinçdışı bir eksiklik" (s. 44).

Tümgüçlü fantaziler ve antisosyal davranış etrafında örgütlenmiş bir karakterin ortaya çıkmasına yol açan bir diğer olası kaynak da, ebeveynlerin veya başka önemli kişilerin çocuğun güç gösterilerine aşırı önem verdikleri ve böyle doğuştan gücünü dayatma hakkı olan birinin ayrıcalıklarına hayatın hiçbir sınır koymaması gerektiği yönünde tekrarlanan mesajlar gönderdikleri bir kişisel tarihçedir. Bu tür ebeveynler, daha sonra, öğretmenler, danışman-

lar veya yasaları uygulayan failler onların çocuklarına bir sınır koymaya çalıştıklarında, çocuğun karşı koyucu davranışıyla özdeşleşerek ve kendilerinin otoriteye duydukları nefreti eyleme-koyarak aşırı öfkeyle tepki verme eğilimi gösterirler. Tüm karakter tiplerinden olduğu gibi, psikopati de "miras" olarak devralınabilir; çünkü çocuk, ebeveynlerinin savunmacı tutum ve davranışlarını taklit eder.

Kişinin karakterolojik psikopatisinin ana kaynağının, manipülatif ve kendinde-hak-gören davranışa ebeveynin oluşturduğu örnek ve sağladığı pekiştirme olduğu durumlarda, patolojinin gidişatı, psikopatinin daha önce belirtilen kaotik ve aşırı istismarcı ortamlardan kaynaklandığı durumlara göre, muhtemelen, daha iyidir. Çocuklarını şımartan ve yozlaştıran ebeveynlerin çocukları, en azından, birileriyle özdeşleşmeyi başarmışlardır ve bir bağ kurma kapasitesinden tamamen yoksun değillerdir. Bu tür aile ortamlarından nispeten daha sağlıklı psikopatlar; daha şiddet dolu ve karmaşık aile ortamlarından daha derin rahatsızlıkları olan psikopatlar çıkıyor olabilir; ancak buna tam bir cevap verebilmek için yapılacak iyi araştırmalara ihtiyaç vardır.

PSİKOPATİK KENDİLİK

Yukarıda da belirtildiği gibi, psikopatiye yatkınlığın bünyesel yönlerinden biri, çocuğu, hangi koşullar altında olursa olsun, sakinleştirilmesi, rahatlatılması ve sevgiyle aynalanması zor bir çocuk hâline getiren düzeyde bir saldırganlıktır. Doğuştan hiperaktif, talepkâr, dikkati dağınık ve inatçı bir çocuk, sakin ve kolayca avutulan bir çocuğa göre, ebeveynin çok daha aktif ve enerjik olmasını gerektirir. Zor çocuğun, ayrıca, Batı toplumlarındaki çoğu okulöncesi çocuğun yaşayabildiğinden çok daha fazla düzeyde, bir baba figürüyle ilişki ve etkileşime ihtiyaç duyduğu ileri sürülmektedir (bkz., Herzog, 1980; Cath, 1986; McWilliams, 1991; Diamond, 1993). Tek bir ebeveynin idare etme gücünü aştığı açıkça görülen, ancak yeterince psikolojik uyaran ve sevgiye dayalı disiplin sağlanırsa bağlanma kapasitesini gösteren yüksek düzeyde saldırgan kimi çocukları kişisel olarak biliyorum. Bir bakıcının (genellikle annedir bu bakıcı) yeterli olduğunu varsaymaya yönelik kültürel eğilimlerimizi göz önünde tutarsak, muhtemelen, başka şekillerde değerlendirdiğimizde göremeyeceğimiz kadar çok sayıda psikopat yetiştirmekteyiz.

Sosyolojik görüşleri bir yana bırakırsak; ilk günden itibaren bir sorun çocuk olarak görülme durumu, potansiyel bir psikopatın özsaygısını, bakıcıların sevgisini ve bebekten duydukları gururu hissetmeye dayalı normal seyir çerçevesinde geliştirmesini oldukça zorlaştırır. Dışarıdaki nesneler hayal kı-

rıklığı yarattığından, yatırım yapılacak tek nesne kendilik ve kendiliğin kişinin denetimindeki gücüdür. Bu durumda, kendilik-temsilleri, bir tarafta, arzulanan kişisel tümgüçlülük durumu ve diğer tarafta, korkulan aşırı zayıflık durumu olmak üzere iki kümeye bölünebilir. Sosyopatik bir kişide, saldırgan ve sadistik edimler, hem rahatsızlık verici uyarılma durumlarını azaltarak hem de özsaygıyı onararak, kendilik duygusunu istikrara kavuşturabilir.

Ünlü "Sam'in Oğlu" lâkaplı seri katil David Berkowitz, genç kadınları öldürdüğü cinayetlerine biyolojik annesinin hayalindeki yüceltilmiş kadın değil de özensiz, dağınık bir kadın olduğunu öğrendikten sonra başlamıştı (Abrahamsen, 1985). Evlât edinilmiş biri olarak, özsaygısını üstün bir "gerçek" annesi olduğu fantazisine dayandırmıştı ve bu yanılsama gerçeklerle karşılaşıp yıkıldığında, telafi edici bir saldırganlığa başvurmuştu. Kişinin büyüklenmeciliğini yıkan darbeler ile o kişinin daha sonra suç işlemeye başlaması arasında benzer bağlantılar birçok çarpıcı olguda bildirilmiştir; ancak manipülatif kişilerin günlük hayat içinde gözlemlenmesi, bu örüntünün esası itibariyle sadece psikopatik katillerle sınırlı olmadığını telkin etmektedir. En sevdiği *kendilik imgeleri gerçekdışı üstünlük hayallerini yansıtan ve sadece* bir insan olduğunun kanıtlarıyla yüzleşmek durumunda kalan herhangi bir kişi, özsaygısını, başkaları üzerinde güç kullanarak onarmaya çalışacaktır.

Ayrıca, çocuğun yetiştiği çevre ne kadar kaotik ve bakıcılar ne kadar tükenmiş ve yetersizler olurlarsa, çocuğun etkili sınırlarla karşılaşmaması ve itkisel eylemlerinin sonuçlarını ciddiye almak zorunda kalmaması olasılığı da o kadar artacaktır. Sosyal öğrenme teorisinin bakış açısıyla değerlendirirsek, çocukta büyüklenmecilik, tutarlı disiplinin bulunmadığı bir yetiştirmenin beklenebilir sonucu olacaktır. Çocuğun, bakıcısına göre çok daha fazla enerjiyle dolu olması durumu, ona, başkalarının ihtiyaçlarını görmezden gelebileceği, o anda canı ne isterse yapabileceği ve olası kötü sonuçları kaçarak, yalan söyleyerek ve başkalarını ayartarak veya korkutarak halledebileceğini öğretecektir.

Psikopatik hastada kendilik deneyiminin üzerinde durulması gereken başka bir özelliği de *ilkel haset* duygusudur; yani, kişinin en çok arzu ettiği şeyi yok etme isteği (Klein, 1957). Antisosyal kişiler haset duygusunu nadiren dile getirseler de, davranışlarının birçoğu bu duyguyu gösterir. Başkalarının tadını çıkardıkları bir şeylerin kendinde eksik olduğunu bilen kişi, başkalarına sevgi duyamayan biri hâline gelebilir. İnsan hayatının sevgiyle ilgili alanlarındaki her türlü deneyimi hızla değersizleştirme ve küçümseme, tüm patoloji düzeylerindeki sosyopatların temel niteliklerindendir; psikotik yelpazede

bulunan antisosyal kişiler, onları cezbeden şeyleri öldürmeleriyle bilinirler. Örneğin, Ted Bundy, çekici genç kadınları (başkaları bu kadınların onun annesine benzediğini belirtmişlerdir) yok etme ihtiyacını, bir tür onlara "sahip olma" olarak betimlemiştir (Michaud & Aynesworth, 1983). Truman Capote'nin (1965) *In Cold Blood* adlı kitabında anlattığı katiller, mutlu bir aileyi, muhtemelen, mutlu bir aile *olmaları* dışında "hiçbir nedeni yok"ken öldürüp yok ederler; bu aile karşısında, katiller, içlerindeki onları yiyip bitiren haset duygularını hissetmeye tahammül edememiş olmalıdırlar.

PSİKOPATİK HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Psikopatın terapiste yaptığı temel aktarım, kendi içsel yırtıcılık deneyiminin yansıtılmasıdır; psikopat, klinisyenin onu kendi bencilce amaçlarına göre kullanma niyetinde olduğunu varsayar. Sevgi ve empati içeren hiçbir duygusal deneyimi olmadığından, antisosyal hastanın, terapistin ona gösterdiği ilginin sevecen yönlerini anlamasının hiçbir olanağı yoktur ve bu yüzden terapistin "avlama tarzı"nı anlamaya çalışacaktır. Hastanın, kimi kişisel plânlarını gerçekleştirmek için terapistin kullanılabileceğine inanmasını sağlayacak gerekçeleri varsa (örn., hâkime veya şartlı tahliye memuruna iyi bir rapor verilmesi gibi), tecrübesiz bir klinisyenin kanabileceği derecede çekici davranabilir.

Hastanın terapisti kullanma veya terapistte bulunduğunu varsaydığı yırtıcı plânları alt etme çabalarına yönelik olarak genellikle rastlanan karşı-aktarım, terapistin başkalarına yardım eden biri şeklindeki temel kimliğinin yok edildiği duygusuyla sarsılma ve buna direnmektir. Naif terapist yardım etme niyetini ispatlama isteğine yenilebilir. Bu çabası başarısızlığa uğradığında ise, psikopatik kişiye yönelik düşmanlık, küçümseme, ahlâki açıdan yargılayıcı öfke tepkileri sıkça görülen tepkilerdir. Olağan koşullarda sevecen olan kişilerin bu "empatik olmayan" duyguları, paradoksal şekilde, psikopatik psikolojiyle bir tür empati olarak anlaşılmalıdır: Danışan terapiste insani bir ilgi gösterememektedir; terapist de danışana insani bir ilgi göstermeyi neredeyse aynı derecede zor bulmaktadır. Hastadan açıkça nefret etmek az rastlanan bir durum değildir; ancak nefret etme kapasitesi bir bağlanma türü olduğu için endişe duyulması gereken bir durum da değildir (Bollas, 1987). Terapist yaşadığı içsel soğukluk ve hatta nefret deneyimine tahammül edebilirse, psikopatik örgütlenme gösteren biri olmanın neye benzediğine ilişkin rahatsız edici de olsa yararlı bir tecrübe kazanacaktır.

Sıkça karşılaşılan başka karşı-aktarım tepkileri, bağdaşan nitelikte olmaktan çok, tamamlayıcı niteliktedir (Racker, 1968; bkz. Bölüm 2) ve en

çok, özellikle hayra yorulamayacak türde bir korku içerirler. Psikopatlarla çalışan terapistler sık sık, bu hastaların soğuk ve acımasız gözlerinden bahsederler ve hastanın onları "tesirleri altına" aldıklarından endişe ederler (Moley, 1988). Ürkütücü önseziler yaygın olarak görülür. Daha önce de belirtildiği gibi, klinisyenin, bu sıkıntı verici tepkileri inkâr etmeye veya bunları hafifletmeye çalışmaktansa bunlara tahammül etmesi daha önemlidir; çünkü gerçek bir sosyapatın yarattığı tehdidi yok saymaya çalışmak akıllıca bir şey değildir (hem gerçekçi açıdan bakıldığında hem de böyle bir tutumun danışanı kendi tahripkâr gücünü göstermeye sevk edebileceği için).

Son olarak, yoğun ve hatta sadistik şekilde küçümsenme deneyimi, terapistte, aşırı düşmanlığa veya umutsuzca bir geri çekilmeye neden olabilir. Değersizleştirici mesajların haset duygusuna karşı bir savunma oluşturduğunun farkında olmak, psikopatın hiç azalmayan küçümsemesi karşısında ancak kuru bir düşünsel rahatlama sağlayabilir; ama bu, yine de, terapiste yardımcı olur.

PSİKOPATİ TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Antisosyal hastaların kötü namını göz önünde bulundurarak, hemen, iyi bir psikoterapiden oldukça çok yarar sağlamış birçok psikopatik kişiyi tanıdığımı belirtmeliyim. Ancak terapist, psikopatik kişilerle terapi çalışmasında neyin ne kadar başarılabileceği konusunda fazla iddialı olamaz. Ayrıca, herhangi bir sosyopat hastanın tedavi edilebilir olup olmadığını görmek için dikkatli bir değerlendirmenin yapılması diğer tanı kategorilerindeki hastalarda olduğuna göre daha kritik bir önem taşır. Bazıları o kadar hasarlı, tehlikeli veya terapistin hedeflerini yok etmeyi kafasına koymuş bir hâldedir ki psikoterapi çalışması boş yere kürek çekmekten başka bir şey olmayacaktır. Tedavi edilebilirlik konusunun özel olarak ele alınması bu kitabın amacının dışında kaldığından, okuyucuya, Meloy'un kitabındaki (1988), herhangi bir psikopatik kişiyle psikoterapi çalışmasının yapılmasının yararlı olup olmayacağını değerlendirmeye yönelik olarak Kernberg'ün yapılandırılmış görüşme tekniğini uygulama üzerine olan mükemmel bölümü incelemesini tavsiye ederim.

Meloy, ayrıca, değerlendirme yapan kişi ile terapist rolleri arasında kritik bir ayrım yapar; bu ayrım, çoğu başka karakter tiplerindeki hastalarla çalışırken gereksizdir (çünkü bu hastalarda psikopatta görülen klinisyeni mağlup etme emeli yoktur) ama psikopatik hastalarla çalışırken zorunludur. Meloy'un *terapötik nihilizm* olgusuna (Lion, 1978) ilişkin açıklamaları benim deneyimlerimi de yansıtmaktadır:

> Psikopatik nitelikli rahatsızlığı veya antisosyal kişilik bozukluğu olan tüm bireylerin, *bir sınıf olarak*, tanılarından dolayı tedavi edilemez oldukları yargısı stereotipik bir yargıdır. Böyle bir yargı hem bireysel farklılıkları hem de psikopatolojinin ağırlık düzeyinin bir süreklilik hattı üzerinde yer aldığı gerçeğini göz ardı eder. Kamu ruh sağlığı alanında çalışan klinisyenlerde bu tepkiyi çok sık olarak gözlemişimdir; bu klinisyenlere görmeleri için gönderilen hastalar göz hapsi, şartlı tahliye veya mahkeme koşullarından gelen kişilerdir ve bu kişilerin tedaviye gelme şekillerinin zorlamaya dayalı olmasından dolayı bu klinisyenler... herhangi bir psikoterapötik kazancın imkansız olduğunu varsayarlar.
>
> Bu tür tepkiler, çoğu kez, kıdemli ve eğitim veren klinisyenlerden alınan eğitimler esnasında bir "sözlü gelenek" olarak içselleştirilmiş tutumların ürünüdür. Bunlar nadiren dolaysız ve bireysel deneyimin ürünüdür. Bu durum, bir anlamda, ahlâki yargının mesleki değerlendirme üzerinde nüfuz kurduğu bir kitlesel misilleme tutumudur. Psikopatın davranışsal patolojisi olan, başkalarını değersizleştirme ve insani niteliklerini görmezden gelme eğilimleri, klinisyenin bağdaşan özdeşimi hâline gelir; bu süreçte klinisyen psikopata, psikopatın başkalarına yaptığını düşündüğü şeyi yapar, yani, onu değersizleştirir ve insani niteliklerini görmezden gelir. (Meloy, 1988, s. 325)

Bu tutumlar, ayrıca, çoğu eğitim programlarında –lisansüstü öğrencilerini, psikopatik kişilerle dolu olan hapishanelerde ve ilâç tedavi merkezlerinde staj ve uygulama yapmaya gönderen programlarda bile– bu hasta grubuyla yapılacak çalışmalara uygun teknik becerilerin geliştirilmesi konusu üzerinde çok az durulduğu (bazen de hiç durulmadığı) gerçeğini yansıtıyor olabilir. Tecrübesiz terapistler, başka karakter tiplerinde etkili olan teknikleri uygulayıp başarısızlığa uğradıklarında, kendi eğitimlerindeki eksikliklerden şikâyetçi olmak yerine hastayı suçlayabilirler.[3]

Sosyopatik kişiyle çalışmaya karar verdiğinde –veya başka bir yaklaşımla çalışmakta olduğu bir hastanın temelde sosyopatik olduğunu anladığında– terapistin benimseyeceği tedavi yaklaşımının en önemli özelliği, terapistin rolünün, terapi çerçevesinin ve terapiyi mümkün kılan koşulların *bozulmazlık* özelliğidir. Empatik olarak görüleceği umuduyla, hastanın zayıflık olarak göreceği bir yaklaşımı benimsemektense, kuralları hiç esnetmeden uygulamaya dayanan bir yaklaşımı benimseme yönünde hata yapmak çok daha iyidir. Antisosyal kişiler empatiyi görmezler; başkalarını kullanmayı ise iyi bilirler.

---

3 Karon ve VandenBos (1981) aynı düzeyde yaygın ve yetersiz kanıtlara dayalı bir görüş olan şizofreninin psikodinamik temelli terapiyle iyi bir şekilde tedavi edilemediği görüşünü benzer bir tutumla eleştirmişlerdir. Böyle bir görüşe göre değerlendirilen psikotik düzeyde kişilik örgütlenmesi gösteren psikopatik hastalara psikoterapi kapıları bu iki nedenden dolayı iyice kapanabilir.

Dolayısıyla, tedavi anlaşmasının kesin sınırlamalarını uygulamakta çekimser davranan bir terapiste şükran duymayacaklardır; yaşayacakları duygu terapisti alt ettiklerine ilişkin sadistik bir zafer duygusu olacaktır. *Silence of the Lambs** filminde, Anthony Hopkins, canlandırdığı karakterin Jodie Foster'ın oynadığı dedektife yönelik manipülatif davranışları üzerinden, psikopatın başka bir kişinin en zayıf noktasını tespit etmekteki yeteneğinin insanın içini donduran bir örneğini sergilemiştir. Terapötik tekniğin zayıflık veya hassaslık olarak yorumlanabilecek tüm yönleri bu şekilde psikopat hastanın manipülasyonlarına maruz kalabilir.

Antisosyal kişilerin sevgi göstermesini beklemek gerçekçi değildir; ancak terapist, bu kişilere onlar kadar sert ve kati davranarak saygılarını kazanabilir. Sosyopatik hastalarla çalıştığımda, seans ücretinin her seansın başlangıcında ödenmesinde ısrar ederim ve ödemenin yapılmaması durumunda, danışanın açıklaması ne kadar makul bir olursa olsun, seansı iptal eder ve onu geri gönderirim. Eğitimlerinin başlangıcında, her hastanın özel ihtiyaçlarını değerlendirebilmek için esnek davranmak gerektiği öğretilen çoğu terapist gibi, ben de, psikopatın özel ihtiyaçlarına en doğru tutumun hiç esnek davranmamak olduğunu yaşadığım deneyimlerle öğrenmek zorunda kaldım. Terapinin başlangıç aşamasında, hastaların tedavi anlaşmasının korunup korunmayacağını sınamaya yönelik olarak bulunduğu varsayılan güdülerini analiz etmem; hastalara, sadece, anlaşmamızın, onların seansın başında seans ücretini ödeyecekleri ve onlar bunu yaparsa benim de anlaşmaya göre kendi yapmam gerekenleri yapacağım –kendilerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmak için uzmanlık bilgimin uygulanması– şeklinde olduğunu hatırlatırım.

Bozulmazlık özelliğiyle ilişkili bir özellik de *ödünsüz dürüstlük* özelliğidir; söyleyeceğini doğrudan söylemek, verilen sözleri yerine getirmek, hasta ikazlara uymadığında yapacağını söylediği şeyleri yapmak ve ısrarla gerçekliği ön plana çıkarmak. Dürüstlük, terapistin, hem karşı-aktarım hem de gerçekçi tehlike algıları çerçevesinde yaşadığı, hastaya yönelik yoğun olumsuz duygularını kabul etmesini de içerir. Bu tür tepkiler inkâr edilirse, karşı-aktarımlar eyleme-konabilir ve haklı korkular yokmuşlar gibi hareket edilebilir. Hastanın psikolojisiyle özdeşim kurmalarını sağlayacak bir temele sahip olabilmeleri için, terapistlerin, kendi antisosyal eğilimleriyle barışmaları gerekir. Örneğin, para konusu gündeme geldiğinde, terapist aldığı ücretin nedenini açıklarken bencillik ve hırs gibi özelliklerini kendini savunmadan kabul edebilmelidir.

(*) *Kuzuların Sessizliği* (1991) – ç.n.

Dürüstlük, terapötik anlaşmayla ilgili olan yukarıdaki gibi meseleleri terapistin kabul etmesini içerir, ancak bunların ötesinde, kendisi hakkında bilgi vermesi anlamına gelmez; terapistin kendini açması hasta tarafından sadece zayıflık olarak yorumlanacaktır. Dürüstlükle ilgili bir diğer önemli nokta, dürüstlüğün ahlâk dersi verme anlamına da gelmediğidir. Hastanın yıkıcı eylemlerini analiz ederken, hastada bulunduğu varsayılan kötü olma duygularının anlatılmasını teşvik etmek yararsızdır; çünkü hastanın normal bir süperegosu yoktur ve olumsuz davranışları, kötü (zayıf) hissetmekten ziyade iyi (tümgüçlü) hissetmek için yaptığı şüphesizdir. Terapist yaklaşımını, hastanın ahlâk dışı davranışlarının gerçeklik içindeki muhtemel sonuçları üzerinde durmaya yönelik olacak şekilde sınırlamalıdır. Hastanın yaşadığı varsayılan vicdani mücadeleleri ortaya çıkarmaya yönelik sorular, Willie Sutton'ın, niçin banka soyduğu sorulduğunda verdiği söylenen şu cevaba benzer cevaplar doğururlar genellikle: "Paranın bulunduğu yer orası da ondan."

Terapistin; ısrarla hastanın yaptığı her bir büyüklenmeci plânın taşıdığı gerçekçi riskleri, bu konuların ciddi sonuçları varsa da, mizahtan yoksun bir şekilde vurgulaması gerekmez. Antisosyal danışanlarla çalışmaktaki yeteneğiyle ünlü bir kadın meslektaşım, mahkeme tarafından gönderilmiş bir araba hırsızıyla arasında geçen yarı şaka yarı ciddi bir konuşmayı şöyle aktarmıştı:

> "Bu adam bana başarmasına ramak kalmış olan soygun için yaptığı plânının ne kadar zekice olduğunu, bir küçük beklenmedik şey olmamış olsaydı bunun ne kadar mükemmel bir suç olmuş olacağını anlatıyordu. Konuştukça daha da heyecanlandı ve canlandı ve ben de ondan etkilenerek, biraz beğeniyle karışık şekilde soygunu neredeyse tamamlamayıp kaçmayı başarma noktasına geldiğini kabul ettim. Sanki soygunu ikimiz birlikte plânlamışız gibi bir hava doğdu. Nihayet, kendini o kadar kaptırdı ki, bana şunu sordu: "Sen de böyle bir soygun yapar mıydın?"
>
> " 'Hayır' dedim.
>
> " 'Niye olmasın ki?' diye sordu bu sefer, biraz bozulmuş bir hâlde.
>
> " 'İki nedenden dolayı' dedim. İlki, *her zaman* yanlış gidebilecek bazı küçük şeyler vardır, en zekice plânı uygularken bile. Hayat o kadar kontrol edilebilir değildir. Ve yakalanırsam, ya hapse yollarlar beni ya da bir ruh sağlığı hastanesine, senin durumunda olduğu gibi ve orada istemesem de bir deli doktoruyla konuşuyor hâlde bulurum kendimi. İkinci olarak da, böyle bir soygun işine girişmezdim, çünkü bende, sende olmayan bir şey var: vicdan.
>
> " 'Evet' dedi. 'Bu vicdan dediğin şeyden nerede bulabilirim acaba?' "

Elbette, bir vicdan (daha teknik olarak söylersek, bir süperego) geliştirmeye yönelik ilk adım, başka bir kişiye o kişinin görüşlerinin bizim için önemli olacağı derecede ilgi duymaktır. Ahlak dersi vermeye girişmeden terapist, sadece *tutarlı, cezalandırıcı olmayan, sömürülmeye izin vermeyen bir nesne olarak*, hastayı daha sorumlu davranışlara doğru yönlendirir. Los Angeles yeraltı dünyasındaki antisosyal kişilerle çalışmış olan Greenwald (1958, 1974), psikopatlarla onların anladığı bir dilde nasıl bağ kurduğunu betimler. Şöyle düşünür Greenwald: Antisosyal kişilerin saygı duydukları tek nitelik güç olduğu için, terapistin göstermesi gereken ilk şey de güçtür. Greenwald (1974) aşağıdaki örneği vermektedir:

> Bir pezevenk bana geldi ve kendi hayat tarzı hakkında konuşmaya başladı: "Yani, övünmek falan gibi şeylerden utanırım, ama, bizim iş de hayatını kazanmak için iyi bir iş, birçok eleman da böyle bir hayatı ister, yani, bir pezevenk olarak yaşamayı ister. Öyle kötü bir hayat değil bu –kızların dışarıda senin için çalışmalarını sağlıyorsun–, niye yapmayasın ki? Niye başkaları da yapmasın ki?" Ona şöyle cevap verdim: "Sen hayvanın tekisin." "Niye?" diye sordu. Ben de ona: "Bak, tele-kızların hayatları bana da kazanç sağladı. Onlarla ilgili bir kitap yazdım; bundan dolayı insanlar bana saygı duydular; ünlü oldum; kitabımı filme çektiler. Senin kazanabileceğinden çok daha fazla para kazandım tele-kızlar aracılığıyla, ama sen, pislik herif, her an tutuklanabilir ve on yıllığına hapse atılabilirsin, bense saygı görüyorum, onurlandırılıyorum, beğeniliyorum." Ne demek istediğimi anlamıştı. Kendine benzer olarak gördüğü birinin aynı amacı çok daha üstün bir yolla gerçekleştirdiğini gördü. (s.371)

Greenwald'ın kendine özgü serbest bir tarzı olsa da, psikopatik hastalarla çalışırken temelde bozulmazlık niteliğini taşıyan bir tarz bu. Greenwald, terapistin saygı görmeyi hak ettiğini göstermesinin bir yolu olarak "psikopatı ters-köşe etme"nin veya "dolandırıcıyı dolandırma"nın yararını keşfetmiş olan tek terapist değildir. Daha önce alıntıladığım meslektaşım gibi, o da, kendi kişiliğinde psikopatik itkileri, danışanlarının duygusal dünyasına tamamen yabancı hissetmekten kurtulmasını sağlayacak derecede benimseyebilir. Aydınlatıcı şekilde, Greenwald, sosyopatik hastalarla yaptığı yoğun tedavi çalışmasının ikinci veya üçüncü yılında bu hastaların tipik olarak ağır ve çoğu kez psikotik nitelikte bir depresyona girdiklerini belirtmektedir. Bu durumu, hastaların onunla, manipüle edecekleri bir nesne olarak değil, içten bir tutumla ilişki kurmaya başladıklarının ve bunu fark edince de psikolojik bağımlılıklarından dolayı acı veren bir duygu hâline sürüklendiklerinin kanıtı

olarak anlamaktadır. Ancak yavaş yavaş iyileşen bu depresyon, esasen, Klein (1935) tarafından betimlediği biçimde, bebeğin hayatın ikinci 6 ayındaki duygularına benzemektedir; bu dönemde, annenin bebeğin kontrolü dışında ayrı bir kişi olarak varolduğu gerçeğini fark etmesi çocuğa oldukça acı verici bir deneyim yaşatır.

Başka kişilik tanıları konmuş kişilere uygun olan terapilerdeki tutumlarının aksine, psikopatik bir danışanın terapisti, *kayıtsızlık sınırına yakın bir bağımsız güç* duygusunu taşıyan bir tutumu benimsemelidir. Terapist hastanın değişeceği beklentisine girip buna göre hareket edemez; çünkü antisosyal bir kişi terapistte bu ihtiyacı gördüğü anda terapistin iktidarsızlığını göstermek için psikoterapiyi sabote edecektir. Bunun yerine, terapistin, hastaya ilişkin kavrayışını geliştirmeye çalışması, işini en iyi şekilde yapacağını belirten bir tavır ortaya koyması ve terapiden yararlanıp yararlanmamanın hastanın kendisine bağlı olduğunu iletmesi daha iyi bir tutumdur. Bu ilke, her polis memurunun bir suç araştırmasıyla ilgili olarak öğrendiği derse benzemektedir: Şüpheliye asla ona suçunu itiraf ettirmenin sizin için önemli olduğunu göstermeyin.

Antisosyal kişilerle mülâkat alanında tanıdığım en becerikli kişi, yaşadığım şehirdeki önde gelen dedektiflerden biridir. Bu dedektif, tecavüzcülerin, çocuklara işkence yapanların, katillerin ve seri cinayet işleyenlerin suçlarını itiraf etmelerini –çoğu kez dokunaklı gözyaşlarıyla– sağlamakta olağanüstü biriydi. Onun sorgulama kayıtlarını dinlerken, rencide etmeyen tutumu ve en gaddar suçlunun bile başka birine gerçeği anlatmaya önem verdiğine yönelik gizli inancı insanı etkiler. Onurunu koruyan şekilde davranılıyor olması karşısında, şüphelinin, kendini açığa vuran davranışları hüzün vericidir –özellikle de, sorgulamayı yapan kişinin niyetinin onu hapse göndermek olduğunu biliyor olmasını düşündüğümüzde. Bu dedektifin sorguladığı hiç kimse ihanete uğradığından şikâyetçi olmamıştır; dedektif mahkemede itirafları çerçevesinde kendileri aleyhine tanıklık ettiğinde bile. Söyledikleri şey "Bana âdil davrandı" olmuştur.

Bu örnekler, psikopatın anlatılagelen duygusuzluğunun; istismar edici (çocuklukta olduğu ve sonra acımasız bir alt-kültür içinde tekrarlandığı gibi) ya da anlaşılmaz bulunan (terapistin yardım etme isteğini danışanın kavrayamamasında olduğu gibi) çevrelere bir tepki olup olmadığı sorusunu doğurur. İnsanları öldüren ve yaralayan bu kişilerin, onları hapse göndermeyi isteyen birine itirafta bulundukları için belirgin şekilde rahatlamaları, en ıslah olmaz suçlunun bile ilkel bir sorumluluk duygusu olduğu ve insani bir ilişkiden bir

şeyler kazanabileceğini telkin etmektedir.[4] Sadistik katil Carl Panzram (Gaddis & Long, 1970) ona sıradan bir konuda iyi davranmış bir hapishane görevlisiyle ömür boyu arkadaşlık etmiştir. Antisosyal kişilerle çalışırken özenli sertlik ve temel insani saygı en işe yarar tutumu oluşturuyor gibidir.

Tedavi süreci içinde, psikopatik kişinin tümgüçlü kontrol, yansıtmalı özdeşim, hasetle hükmetme ve özyıkıcı davranışları bu tutumla ısrarla analiz edildikçe hasta gerçekten de değişecektir. Sözcükleri manipüle etme amacıyla kullanıyor olmaktan dürüst şekilde kendini ifade etme amacıyla kullanıyor olmaya doğru yaşanacak bir değişim, antisosyal kişinin ancak kimlik bütünlüğü olan biriyle tekrar tekrar bir araya gelmesiyle gerçekleşebilecek ciddi bir başarıdır. Danışanın bir itkisini ketlediği ve özdenetiminden gurur duymanın ne olduğuna ilişkin bir şeyler öğrendiği nokta terapide bir kilometre taşı olarak görülmelidir. Psikopat kişide insani bağ kurmaya yönelik küçük bir hareket bile büyük acıları engelleyebilir; böyle bir ilerleme, terapistin bunu sağlamak için dökeceği her damla tere değecek niteliktedir.

AYIRICI TANI

Kişiliğinde psikopatik yönler bulunan bir danışanda antisosyal özellikleri tespit etmek genellikle zor değildir. Bu özelliklerin, kişiyi karakter yapısı açısından psikopatik olarak tanımlamaya yetecek derecede merkezi bir nitelik taşıyıp taşımadıkları sorusu ise daha karmaşık bir sorudur. Temelde sosyopatik diye kolayca yanlış değerlendirilebilecek psikolojik yapılar arasında paranoid, dissosiyatif ve narsisistik durumlar bulunur. Ayrıca, histeroid kişiliği olan bazı kişilere de yanlış şekilde antisosyal tanısı konabilir; bu konu Bölüm 14'te tartışılacaktır.

Psikopatik – Paranoid Kişilik Karşılaştırması

Esasen psikopatik psikolojik yapılar ile daha çok paranoid örgütlenme gösteren yapılar arasında büyük oranda bir örtüşme vardır; çoğu hastada her iki yönelimin de özellikleri çokça vardır. Hem antisosyal hem de paranoid kişiler, farklı bakış açılarından, güç meseleleriyle bir hayli ilgilidirler. Esasen paranoid karakter yapısı gösteren kişiler, psikopatlardan farklı olarak, derin

4 Bu gözlem, tehlikeli suçlulara "ılımlı" davranılmasına yönelik bir görüşü taşımaz. Psikopatik kişilerin belirli yollarla yardım edilebilecek birer insanoğlu olduklarını anlamak, psikoterapinin bir katili örnek bir yurttaşa dönüştürebileceği yönünde arzu-doyurucu-tarzda-düşünmekle karıştırılmamalıdır. Bu kişiler bir terapötik ilişkiden bireysel olarak yararlanabilecek olsunlar veya olmasınlar ve bu kişilerin işledikleri suçlar psikodinamik açıdan açıklanabilir olsun veya olmasın, toplumun antisosyal kişilere karşı güvenilir şekilde korunması gerekir.

suçluluk duyguları yaşarlar; bu suçluluk duygularının analizi yaşadıkları acılardan kurtulmalarında önemli bir yer tutar. Bu çerçevede düşünürsek, hem paranoid hem de sosyopatik özellikler taşıyan bir kişiyi hangi eğilimin daha önde olduğunu anlamaya yönelik olarak değerlendirmek kritik bir noktadır.

Psikopatik – Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

Psikopatik ve dissosiyatif durumlar arasında da büyük bir örtüşme vardır. Görüşmecinin, bir hastanın, bazı dissosiyatif savunmaları kullanan ama temelde psikopatik olan biri mi olduğu, yoksa, bir ya da daha fazla antisosyal veya eziyet edici öbür [alter] kişilikleri bulunan çoklu kişilik bozukluğu olan biri mi olduğu değerlendirmesini yapması önemlidir. İlk türdeki hastada gidişat ihtiyatla ele alınmalıdır; esasen dissosiyatif kişiler ise, doğru tanı konduğunda, terapiye çok daha hızlı ve olumlu şekilde cevap verirler. Ne yazık ki, bir uzman tarafından yapıldığında bile, bu değerlendirme çok zor olabilir. Temelde dissosiyatif ve temelde psikopatik olan kişiler başkalarına derin bir güvensizlik duyarlar ve farklı nedenlerden dolayı (ilkinde istismar edilme korkusu, ikincisinde tümgüçlü zafer arzusu), ikisi de terapistten kendilerini saklayacak, yüzeyde terapistle uyumluymuş gibi davranacak ve terapisti tepetaklak devirmeye çalışacaklardır.

Bu ayırıcı tanı çalışmasını yapmayı, bu çalışmaya bağlı bazı önemli sonuçların söz konusu olduğu durumlarda tavsiye etmiyorum –örneğin, cinayet işlemiş birinin, bir uzmanı çoklu kişilik bozukluğu olduğuna ikna edebilirse, akıl sağlığı yerinde olmadığı nedeniyle suçluluğunu reddedebileceği bir durumda. Böyle yeni sorunlar doğuran bir durum yokken de bu ayırıcı tanıyı koymak zaten yeterince zordur; ancak bu ayrım, yasal açıdan o kadar önemlidir ki klinisyenler bu ayrımı daha güvenilir kılmak için başka bazı yöntemler geliştirmek zorundadırlar. Hipnoz bu alanda kısmen ümit vaat etmektedir. Bölüm 15'te bu tanısal ayrım üzerinde daha fazla duracağım.

Psikopatik – Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

Son olarak; psikopatik ve narsisistik durumlar arasında çok yakın bir bağ vardır. Her iki karakter tipi de öznel açıdan boş bir içsel dünyayı ve özsaygının sağlamasında dışsal olaylara bağımlılığı yansıtır. Bazı teorisyenler (Kernberg, 1975; Meloy, 1988) psikopati ve narsisizmi, genel olarak narsisistik nitelikte olan bir tek boyut üzerine yerleştirirler; psikopatın da, bu narsisistik süreklilik hattının patolojik tarafında bulunduğu düşünülür. Ben antisosyal ve narsisistik kişilerin her birinin ayrı bir süreklilik hattı gerektirecek kadar birbirlerin-

den farklı oldukları görüşündeyim. Çoğu sosyopatik kişi tekrar tekrar idealize etme eğilimine girmez ve çoğu narsisistik kişi tümgüçlü kontrole bağlı olarak hareket etmez. Ancak birçok hasta her iki karakter tipinin de özelliklerini sergiler ve kendilik-şişmesi her ikisinin de belirgin niteliği olabilir.

Her bir gruba uygun tedavi yaklaşımları oldukça farklı olduğundan (örn., anlayışlı bir aynalama çoğu narsisistik kişiyi rahatlatırken antisosyal kişileri olumsuz davranmaya kışkırtır) her ikisinde de ortak olan özelliklere ve her iki yönelimin de özelliklerini sergileyen kişi sayısına karşın, bu ikisi arasında dikkatli şekilde bir ayrım yapmak bana daha yararlı görünüyor.

Özet

Bu bölümde psikopatik kişilik, başkaları üzerinde tesir gücünü hissetme, onları manipüle etme ve "atlatma"ya yönelik örgütleyici bir ihtiyacı dışavuran bir kişilik olarak betimlendi. Antisosyal davranışa yol açan bünyesel yatkınlıklar kısaca özetlendi. Bunun yanı sıra, sosyopatik kişilerin temel niteliklerinden olan duygulanım tıkanıklığını kısa bir süreliğine açan hınç ve mani duygularına dikkat çekildi. Psikopati, tümgüçlü kontrol, yansıtmalı özdeşim, dissosiyasyon ve eyleme-koyma savunmaları; istikrarsızlık, sömürme, duygusal açıdan yanlış anlama, istismar ve bazen gaddarlık gibi durumları içeren nesne ilişkileri ve zayıflık ve haset duygularından kaçınmaya yönelik büyüklenmeci çabaların egemen olduğu bir kendilik yapısı çerçevesinde ele alındı. Empatik olmayan aktarım ve karşı-aktarım tepkileri tartışıldı. Ayrıca, tedavi için gerekli koşullar olan, terapistin bozulmazlık, tutarlılık ve yardım eden biri gibi görünme ihtiyacından bağımsızlık özellikleri tartışıldı. Son olarak da, psikopatik karakterin paranoid, dissosiyatif ve narsisistik karakterlerden farkları gösterildi.

İleri Okuma Önerileri

Ne yazık ki, genel bir süreç olarak psikoterapi üzerine olan kitaplar psikopatik danışanlara nadiren yeterli düzeyde yer ayırırlar ve bu danışan grubuna ilişkin olarak yazılmış iyi analitik literatür çok azdır. Bu yüzden, antisosyal kişilerle sistematik hale getirilmiş psikodinamik çalışma hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyen okuyucular ancak kısıtlı sayıda kaynağa sahiptirler. Bursten'in (1973a) *The Manipulator* adlı incelemesi ve Meloy'un (1988) *The Psychopathic Mind* adlı kitabı bu konuyu araştıran benim bildiğim en kapsamlı ve okunmaya değer çalışmalardır. Ayrıca, Akhtar'ın (1992) *Broken Structures* adlı kitabında bu konu üzerine yazdığı iyi bir bölüm bulunmaktadır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Narsisistik Kişilikler

Psikanalistler, kişilikleri, özsaygılarını kendileri dışından onay olarak sürdürme çabası etrafında örgütlenmiş kişileri narsisistik olarak adlandırırlar. Hepimizde, kim olduğumuz ve ne kadar değerli olduğumuz duygusu zayıflıklar ve kırılganlıklar taşır ve hepimiz hayatlarımızı kendimiz hakkında iyi hissedebilmemizi sağlayacak şekilde yaşamaya çalışırız. Bizim için önemli olan kişilerin davranışlarımızı onaylamaları özsaygımızı güçlendirir; onaylamamaları ise özsaygımızı yaralar. Bazılarımızda, özsaygımızı besleyen "narsisistik tedarikler"e veya destekleyen kaynaklara ilişkin endişeler başka meselelerin o kadar önüne geçer ki, aşırı derecede kendiyle meşgul biri olarak değerlendirilmemiz doğru olabilir. "Narsisistik kişilik" ve "patolojik narsisizm" gibi terimler, bu orantısız derecedeki kendiyle ilgilenme durumu için kullanılır; normal nitelikteki, onaylanmaktan hoşlanma veya eleştirilmeye duyarlı olma durumu için değil.

Hem normal hem de patolojik narsisizm Freud'un (1914b) farklı dönemlerde tekrar tekrar üzerinde durduğu bir konudur. Narsisizm terimini de, sudaki kendi yansısına âşık olmuş ve bu imgenin hiçbir şekilde doyuramadığı bir tür özlem duygusu yüzünden sonunda ölmüş bir genç olan Narsissus'a ilişkin Yunan mitinden almıştır.Narsisizm üzerinde çok durmuş olmasına karşın, Freud, narsisistik meselelerin kişiliklerinde merkezi bir yer tuttuğu kişilerle yapılacak terapi çalışması hakkında pek fazla bir şey söylememiştir. Hem Alfred Adler (örn., 1927) hem de Otto Rank (örn., 1929) bugün narsisizm başlığı altında değerlendirebileceğimiz makaleler yazmışlardır; ancak ikisinin de

Freud'dan uzaklaşması sonucu, ana psikanalitik akım içindeki birçok terapist bu çalışmalardan haberdar olamamışlardır. Psikanalizin ilk zamanlarından bu yana, bazı kişilerin, özsaygı alanıyla ilgili ve yalnızca dürtü ve bilinçdışı çatışmalar çerçevesinde açıklanması ve buna paralel olarak da çatışma-temelli terapi modellerine göre tedavi edilmesi zor olan sorunlar yaşadıklarına işaret edilmiştir. Çağdaş psikanalize göre, bu tür sorunlar yaşayan kişilerin deneyimlerini bir eksiklik modeli daha iyi açıklar görünmektedir; bu kişilerin içsel hayatlarında bir şeyler orada bulunmamaktadır, eksiktir.

Başkalarına nasıl göründükleriyle meşgul hâldeki narsisistik örgütlenme gösteren kişiler, alttan alta, insanları kandıran ve onlara verecek sevgileri olmayan kişiler gibi hissedebilirler. Bu kişilerin kendini kabul duygusunu geliştirmelerine ve ilişkilerini derinleştirmelerine nasıl yardım edileceği, dinamik psikolojinin, Freud'un el atmaya ancak başladığı alanlara doğru ilerlemesiyle bulundu.Temel güven ve kimlik (Sullivan, 1953; Erikson, 1950, 1968), daha işlevselci bir nitelik taşıyan ego kavramı yerine kendilik (Winnicott, 1960b; Jacobson, 1964), özsaygı ayarı (A. Reich, 1960), bağlanma ve ayrılma (Spitz, 1965; Bowlby, 1969, 1973), gelişimsel duraklama ve eksiklik (Kohut, 1971; Stolorow & Lachmann, 1978) ve utanç (Lynd, 1958; Lewis, 1971; Morrison, 1989) gibi kavramların geliştirilmesi narsisizme ilişkin anlayışımıza katkıda bulundu.

Freud sonrası yıllarda yeni teorik alanlar araştırıldıkça, eski alanlar da narsisistik sorunların tedavisinde ilerlemeler sağlayacak şekillerde yeniden ele alındı. Nesne ilişkileri teorisyenlerinin (Horney, 1939; Fairbairn, 1954; Balint, 1960), Freud'un, bebeğin öteki kişilerden önce kendiliğe yatırım yaptığı varsayımını ifade eden "birincil narsisizm" kavramına karşı ortaya attıkları görüşlerin ardından birçok heyecanlı klinik tartışmalar yaşanmıştır. Birincil *ilişkililik* olgusunu öne çıkaran teorisyenler, narsisistik patolojiyi, normal bebeksi büyüklenmeciliğe saplanma durumu olarak değil, ilişkilerde yaşanmış erken dönem hayal kırıklıklarını telâfi edici bir durum olarak gördüler. Bu tartışmaların yaşandığı yıllarda, içinde-taşıyabilme (Bion, 1967), kucaklayıcı çevre (Winnicott, 1945, 1960a; Modell, 1976) ve aynalama (Winnicott, 1967; Kohut, 1968) gibi kavramlar terapiyi yeniden tanımlayan teoriler oldular. Bu fikirler, kendilik duygusunun ve buna bağlanmış özsaygı duygusunun sürekliliğinin en temelde sorunlu olduğu kişilere, önceki psikopatoloji ve tedavi modellerine göre, daha uygulanabilir bir nitelik taşıyorlardı.

Freud'un yazdığı yıllarda, bugün salgın hâlinde olan narsisistik sorunların daha az görülüyor olması da muhtemeldir. Psikanalitik teoriden etkilen-

muş sosyal teorisyenler (örn., Fromm, 1947; Slater, 1970; Hendin, 1975; Lasch, 1978, 1984) çağdaş hayatın değişken yapısının narsisistik endişeleri pekiştirdiğini ileri sürmüşlerdir.[1]

Bugün hızla değişen bir dünyada yaşıyoruz ve sürekli hareket hâlindeyiz; bir yandan, medya güvensizliklerimizi sömürüyor ve kibrimizi ve açgözlülüğümüzü kışkırtıp besliyor; diğer yandan, dinin toplumsal hayat üzerindeki gücünün zayıflamış olmasıyla bir zamanlar dinsel geleneklerin sağladığı içsel normlar çözülüyor. Kitlesel toplumlarda ve hızlı değişim zamanlarında, başkaları üzerinde ilk anda bırakılan izlenim kişinin bütünlük ve içtenlik niteliklerinden daha etkileyici olabilir; bütünlük ve içtenlik nitelikleri, insanların birbirlerini, geçmişlerine ve çevrelerinde nasıl bilindiklerine göre değerlendirme yapabilecekleri derecede iyi tanıdıkları küçük ve daha istikrarlı gruplar içinde değer görür genelde.

Freud'un hastalarının birçoğunun yaşadığı sıkıntı, iyi veya kötü olduklarına ilişkin çok fazla oranda içsel yoruma maruz kalmalarıydı; Freud bu durumu, "acımasız bir süperego"nun göstergesi olarak betimlemişti. Bunun aksine, günümüzdeki danışanlar, eleştirel içselleştirmelerle dolu hissetmek yerine, çoğu kez, öznel açıdan boş hissetmektedirler; ilkelerine ihanet ediyor olmaktan endişe etmek yerine, çevrelerine "katılamadıkları"ndan endişe etmektedirler ve düşünceleri, kimliklerinin ve bütünlük duygularının daha kişisel yönlerine takılmak yerine, güzellik, ün, zenginlik veya politik açıdan doğru görülmek gibi gözlemlenebilir niteliklerine takılmaktadır.Bu durumlarda, imge özün yerini almaktadır ve kişinin, Jung'un (1945) persona dediği (dünyaya gösterilen kendilik) yönü, gerçek kişiden daha canlı ve kişi için daha güvenilir bir hâle gelmektedir.

---

1 Amerika Birleşik Devletleri'ndeki narsisistik kendine dönüklük ortamı bazı çağdaş sosyal teorisyenlerin ileri sürdükleri kadar yakın bir döneme ait bir gelişme olmayabilir. Alexis de Tocqueville, 1800'lerin başlarında, fırsat eşitliğini öne çıkaran bir toplumun, yurttaşlarını özel bir değerleri olduğunu nasıl gösterecekleri meselesiyle karşı karşıya bıraktığını belirtmiştir. Görünür statü düzeyleri sağlayan bir sınıf sisteminin yokluğunda, yurttaşlar, toplum içindeki kendi uygun "konum"larının (kişisel başarısızlıklarını özellikle göstermeye çalışmadıkları sürece, aşağı bir yer olamayacak olan bir "konum"dur bu) gözlemlenebilir kanıtlarını biriktirmeye çalışacaklardır. Bu görüşü, E. M. Forster'in (1921) Leonard Bast'ı nasıl betimlediğiyle karşılaştırın:

Fakir olduğunu biliyordu; bunu da kabul ederdi; ama, zenginlerden herhangi bir şekilde aşağıda kaldığını açıkça söylemektense hemen oracıkta ölmeye tercih ederdi.. Birkaç yüzyıl önce, geçmişin parlak renklerle dolu uygarlıklarında yaşamış olsaydı, kesin bir statüsü olurdu ve konumu ile geliri birbiriyle uyuşurdu. Ne var ki, onun yaşadığı günlerde Demokrasi meleği yükselmiş, deriden yapılmış kanatlarının gölgesiyle sınıfları örtüp şunu ilân etmişti: "Tüm insanlar eşittir –tüm insanlar, yani, koruyucu şemsiyesi olanlar"; böylece o, hiçbir şeyin değerinin olmadığı ve Demokrasi'nin sözlerinin duyulamadığı bir uçuruma kayıp düşmemek için soylu olduğunu iddia etmek zorunda kalmıştı.

"Tanrı Kompleksi" adlı makalesiyle Ernest Jones (1913) alenen büyüklenmeci türde olan narsisistik kişileri betimleyen ilk analist olmuştu. Jones, teşhircilik, duygusal açıdan uzaklık ve ulaşılamazlık, tümgüçlülük fantazileri, yaratıcılığına aşırı değer verme ve yargılayıcı olma eğilimi niteliklerinin öne çıktığı bir insan tipi betimlemiştir. Bu kişileri, psikotikten normale doğru ilerleyen bir ruh sağlığı süreklilik hattı üzerinde değerlendirmiş ve "bu kişiler ruh sağlıklarını tamamen yitirdiklerinde, aslında Tanrı oldukları hezeyanını açıkça dile getirir bir hâle gelebilirler; her akıl hastanesinde bunun örneklerine rastlanabilir" (s. 245) yorumunu yapmıştır. Wilhelm Reich (1933) *Character Analysis* adlı kitabının bir bölümünü "fallik narsisistik karakter"in değerlendirilmesine ayırmıştır; bu karakter, "kendinden emin... kibirli... enerjik, davranışları çoğu kez etkileyici... gelmekte olduğunu sezdiği bir saldırıyı genellikle kendi saldırısıyla karşılayan biri" (s. 217-218) olarak betimlenmiştir.

Bu aşina olduğumuz tip, DSM'nin son baskılarındaki narsisistik kişilik betimlemesinde temel nitelikleriyle görülmektedir.

Kişiliğe ilişkin psikanalitik gözlemler arttıkça, alenen büyüklenmeci kişiliğin, bugün narsisistik sorun veya "kendilik bozukluğu" (Kohut & Wolf, 1978) olarak yorumladığımız türdeki patolojilerin yalnızca bir biçimi olduğu anlaşıldı. Günümüzdeki analitik teorilerde, kimlik ve özsaygı alanlarıyla ilgili temel bir sorunun birçok farklı dışsal görünümleri olabileceği kabul edilir. Bursten (1973b) aşırı-gereksinimli, paranoid, manipülatif ve fallik narsisistik alt-tipleri içeren bir narsisistik kişilikler tipolojisi önermiştir. Dahası, birçok yazar, her kendini beğenmiş ve büyüklenmeci narsisistte sıkılgan, utangaç bir çocuğun saklı olduğunu ve her depresyonlu ve özeleştirel narsisistte o kişinin kim olması gerektiğini veya olabileceğini içeren büyüklenmeci bir hayalin gizlendiğini gözlemlemişlerdir (A. Miller, 1975; Meissner, 1979; Morrison, 1983). Farklı görünümleriyle tüm narsisistik kişilerin ortak olan yönü ise, içsel bir yetersizlik, utanç, zayıflık, aşağı olma duygusu ve/veya korkusudur. Farklı alt-tiplerin telâfi edici davranışları birbirinden çok farklı olabilir, ancak yine de, bu davranışlar benzer meselelerle uğraşıyor olmayı yansıtır. Bu yüzden, Judy Garland'tan Sokrates'in sorunlu öğrencisi Alcibiades'e* kadar birbirinden çok farklı birçok birey narsisistik örgütlenme gösteriyor olarak değerlendirilebilirler.

(*) İ.Ö. 450 – 404 arasında yaşamış Atinalı devlet adamı ve komutan; Sokrates'in öğrencisi; Eflatun'un *Symposium* (Şölen) adlı eserinin karakterlerinden biri [Ç.N.]

NARSİSİZMDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Yetişkinlikteki narsisistik kişilik örgütlenmesinin oluşmasında payı olabilecek bünyesel ve mizaçsal etkilerin neler olduğu konusu üzerinde çok az kontrollü araştırma yapılmıştır. Toplumda açık ve bedeli yüksek sorunlara neden olan ve dolayısıyla patolojilerinin bilimsel açıdan incelenmesine yönelik kaynakların ayrılması gerektiği düşüncesini doğuran antisosyal kişilerden farklı olarak, narsisistik bireyler, oldukça çeşitli alt-tiplerde yer alırlar, patolojilerinin tespit edilmesi çoğu kez zordur ve başkalarına da o denli açık şekilde zarar vermezler. Ekonomik, sosyal, siyasi, askerî veya başka bir açıdan başarılı narsisistik kişileri insanlar beğenebilir ve örnek alabilirler. Tanınıp kabul edilmeye yönelik narsisistik açlığın içsel bedellerini dışarıdan bakanlar nadiren görebilirler ve narsisistik amaçları gerçekleştirmeye çalışırken başkalarına verilen zararlar, önemsiz şeyler veya yetkin biri olmanın zorunlu olumsuz etkileri olarak akılcılaştırılabilir ("Yumurtaları kırmadan omlet yapamazsın"). Ayrıca, narsisizmin daha karmaşık türlerinin tedavi edilebilir karakter sorunları olarak kabul edilmesi son iki veya üç on yılın bir başarısıdır.

Bu nedenlerden dolayı, narsisistik kişilik yapısına yatkınlığa ilişkin görüşlerimizin çoğu klinik gözlemlerden gelmektedir. Bu konu üzerinde literatürde en sık tekrarlanan nokta, narsisistik karakter geliştirme riski altında olan kişilerin, başkalarına göre, söze dökülmemiş duygusal mesajlara bünyesel olarak daha hassas olabilecekleri gibi görünmektedir. Spesifik olarak, narsisizm, başkalarının dile getirilmemiş duygulanımlarına, tutumlarına ve beklentilerine olağanüstü derecede hassas görünen bebeklerle ilişkilendirilmiştir. Alice Miller (1975), örneğin, birçok ailede, doğal sezgisel yetenekleri bilinçdışı şekilde bakıcıları tarafından bakıcılarının *kendi* özsaygılarının sürekliliğinin sağlanmasına yönelik olarak sömürülmüş bir çocuk bulunduğuna ve bu çocuğun da yetişkinliğe ulaştığında kimin hayatını yaşaması gerektiği konusunda kafası karışmış bir hâle geldiğine inanır. Alice Miller'a göre, böyle yetenekli çocuklara narsisistik uzantılar[2] olarak davranılması yetenekleri sınırlı

2 Analistler, başkalarının özsaygılarını sürdürmelerine destek olma işlevi görmek üzere ihtiyaç duyulan kişilerden "narsisistik uzantılar" olarak bahsederler. Bu terim, uzantı olarak yaşanan kişi ayrı bir kişi olarak görülmediğinde, o kişiyi sömürme anlamını taşır; ancak o kişiyle gurur duyma ve o kişi üzerinden kendinin yansılanması gibi deneyimlerin daha selim biçimlerine de işaret edebilir. Fantazilerde ve rüyalarda, narsisistik uzantıların fiziksel imgeleri sıkça görülür; örneğin, bir erkek sevgilisini kendi kayıp göğsü olarak hayal ettiğinde veya bir kadın bir erkeği kendi penisi olarak hayal ettiğinde olduğu gibi. Kendiliği cinsiyet sınırlarının ötesine genişletmeye yönelik narsisistik özlem, heteroseksüel romantik sevginin evrensel bir yönüdür (Bergmann, 1987; Kernberg, 1991).

çocuklara göre daha muhtemeldir ve dolayısıyla bu çocukların büyüdüklerinde narsisistik yetişkinler olma ihtimalleri de yüksektir.

Başka bir çalışmada, Kernberg (1970), kendinde-hak-gören, nispeten daha büyüklenmeci narsisistik danışanları tartışırken, bu kişilerin ya doğuştan gelen güçlü bir saldırgan dürtüye sahip olabileceklerini ya da saldırgan itkilerle ilgili kaygıya bünyesel olarak belirlenmiş bir tahammül eksikliği yaşıyor olabileceklerini ileri sürmüştür. Bu tür yatkınlıklar, narsisistik kişilerin kendi dürtülerini ve iştahlarını tanıyıp kabul etmekten kaçınmak için harcayabilecekleri çabaları kısmen açıklayacaktır: Narsisistik kişiler, dürtülerinin ve isteklerinin gücünden ürkebilirler. Bu görüşlerin ötesinde, narsisistik karakter yapısının oluşmasında payı olabilecek mizaç eğilimleri hakkında çok az şey biliyoruz.

Narsisistik kişilik örgütlenmesiyle ilişkilendirilen başlıca duygulara gelirsek; utanç ve haset klinik literatürde üzerinde tekrar tekrar durulan duygulardır. Narsisistik kişilerin öznel deneyimlerini utanç duyguları ve utandırılma korkuları sarar. İlk analistler bu duyguların gücünü yeterince görememişler ve çoğu kez bu duyguları suçluluk duygularına benzetip narsisistik hastaların empatiden yoksun buldukları suçluluk-yönelimli yorumlar yapmışlardır. Suçluluk, kişinin, suçlu olduğu veya suç işlediği inancıdır ve içsel eleştirel ebeveyn veya süperego çerçevesinde kavramsallaştırılabilir. Utanç ise, kötü veya hatalı olarak *görülme* duygusudur; burada kişiyi izleyenler kendiliğin dışındadır. Suçlulukta, bu duygunun yanı sıra, etkin nitelikte bir kötülük yapma potansiyeli duygusu vardır; utançta ise, çaresizlik, çirkinlik ve güçsüzlük duyguları bulunur.

Duygularla ilgili başka bir olgu da, narsisistik kişinin haset duygusuna kapılmaya yatkın olmasıdır. Belli yönlerden eksikliklerim olduğuna ve yetersizliklerimin her an açığa çıkma riskinin bulunduğuna ilişkin içsel bir inancım varsa, kendilerinden memnun görünenlere veya bende eksik olanları telâfi edeceğine inandığım nitelikleri olanlara haset duyarım. Haset, ayrıca, narsisistik örgütlenme gösteren kişilerin hem kendilerine hem de başkalarına yönelik olarak sıkça gözlemlenen yargılayıcı tutumlarının kaynağı da olabilir. Kendimde bir şeylerin eksik olduğunu hissediyorsam ve sizi bunların tümüne sahip biri olarak algılıyorsam, sizin sahip olduklarınızı beğenmeyerek, küçümseyerek veya eleştirerek tahrip etmeye çalışabilirim.

NARSİSİZMDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Narsisistik karakter yapılanması gösteren kişiler bir dizi savunma kullanabilirler; ancak kullandıkları en temel savunmalar idealizasyon ve değersizleştir-

medir. Bu savunmalar birbirlerini tamamlayıcı bir nitelik taşırlar; kendilik idealize edildiğinde, öteki kişiler değersizleştirilir veya kendilik değersizleştirildiğinde, öteki kişiler idealize edilir. Kohut (1971) "büyüklenmeci kendilik" terimini, ilk olarak, narsisistik kişilerin içsel dünyalarının bir kutbunun nitelikleri olan kendini abartma ve üstünlük duygularını anlatabilmek için kullanmıştır. Bu büyüklenmecilik içsel olarak deneyimlenebilir veya dışarıya yansıtılabilir.

Narsisistik kişilerin karşılarına çıkan herhangi bir konuyu ele alırken kullandıkları değişmez bir "sıralama" süreci vardır: "En iyi" doktor kimdir? "En iyi" anaokulu hangidir? "En iyi" eğitim nerede verilmektedir? Diğer olasılıklarla karşılaştırmaya dayalı bir prestijle ilgili endişeler, gerçekçi avantaj ve dezavantajları tamamen bir yana itebilir.

Örneğin, tanıdığım bir kadın oğlunun "en iyi" üniversiteye gitmesinde kesin kararlıydı. Oğlunu birçok özel okulu görmeye götürdü, yaptırabildiği yerlerde iltimaslar yaptırdı ve hatta görüştüğü okul yöneticilerine teşekkür mektupları yazdı. Nisan ortalarında geldiklerinde, oğlu, Amherst, Columbia, Princeton, Chicago Üniversitesi ve Williams tarafından kabul edilmişti ve Yale'de bekleme listesinde bulunuyordu. Annenin tepkisi ise, oğlunun Harvard tarafından reddedilmiş olmasından dolayı kendini harap etmek oldu. Bu genç, kabul edildiği üniversiteler arasından Princeton'a gitmeyi seçti. Princeton'daki ilk yılı boyunca annesi Harvard yöneticilerini oğlunu nakil öğrenci olarak almaları için hiç rahat bırakmadı. Princeton'da başarılı olmasına karşın, annesinin bitip tükenmeyen ricalarına Harvard yöneticileri sonunda teslim olduklarında, oğlunun eğitimine artık nerede devam edeceği de kesinleşmişti.

Burada, başka konuların, değerli görme ve değersizleştirme meselelerinden daha az önemli sayılması dikkat çekicidir. Bu gencin annesi Princeton'daki öğretim üyelerinin oğlunun seçtiği alanda Harvard'ı Princeton'dan daha yetersiz bulduklarını biliyordu; Harvard'daki lisans öğrencilerinin Princeton'daki lisans öğrencilerine göre daha az ilgi gördüklerini de biliyordu; ilk yılını Princeton'da okuduğu için oğlunun Harvard'da sosyal açıdan sıkıntı yaşayacağının da farkındaydı. Yine de, oğlunun Harvard'a gitmesi gerektiği düşüncesinden vazgeçmedi. Narsisistik bir karakter olmamasına rağmen bu kadın oğlunu bu durumda bir narsisistik uzantı olarak kullanmıştı; çünkü üniversiteye başvurduğu dönemde kadınlar için "en iyi" okul olan Radcliffe'e gitmiş olsaydı hayatının büyük bir dönüşümden geçmiş olacağı kanısını içeren savunmacı bir inanç sistemi vardı.

Ebeveynin bir şeyi değerli görmesi ve değersizleştirmesinin karakterolojik olduğu bir duruma örnek olarak, sanatsal ve edebî yeteneklere sahip bir üniversite öğrencisi olan hastalarımdan birini verebilirim: Bu hastamın büyüklenmeci babası, doktor (tercihen) veya avukat olmasını (doğal bilimler alanında yetenekli biri olmadığı görülürse) destekleyeceğini ama bunların dışında bir alanı seçerse onu desteklemeyeceğini söylemişti.Tıp ve hukuk para ve saygınlık getiriyordu; başka herhangi bir meslek ise ailenin adı açısından kötü bir izlenim bırakacaktı. Bu genç adama tüm hayatı boyunca bir narsisistik uzantı olarak davranılmış olduğu için, kendisi de, babasının tutumunda herhangi bir tuhaflık görmemişti.

Bununla bağlantılı olan ve narsisistik güdülenme içindeki kişilerin kapıldıkları başka bir savunmacı tutum da mükemmeliyetçiliktir. Bu kişiler kendilerini gerçekdışı ideallere göre değerlendirirler; bunun sonucunda da, ya kendilerini bu ideallere ulaştıklarına ikna ederler (büyüklenmeci sonuç) ya da bu ideallere ulaşamamalarına, kabul edilebilecek kusurları olan bir insan oldukları duygusu yerine doğuştan kusurlu oldukları duygusuyla tepki verirler (depresif sonuç). Terapide, bu kişiler, tedaviden geçme amacının, kendiliği anlamak ve kendiliğin ihtiyaçlarını karşılamanın daha iyi yollarını bulmak değil de, kendiliği mükemmelleştirmek olduğu şeklinde egoyla-uyumlu bir beklenti içinde olabilirler. Mükemmellik talebi, kendiliği veya başkalarını sürekli olarak eleştirme tutumuyla (değersizleştirilmiş kendiliğin yansıtılıp yansıtılmadığına bağlı olarak) ve hayattan, insan varoluşunun içerdiği belirsizliklere rağmen keyif alma becerisinin bulunmamasıyla açığa vurulur.

Bazen narsisistik kişiler özsaygı sorunlarıyla başka birini –bir öğretmeni, kahramanı veya sevilen birini– mükemmel olarak kabul edip o kişiyle özdeşleşerek kendini de o kişi gibi önemli hissetme yoluyla başa çıkmaya çalışırlar ("Ben, asla hata yapmayacak olan o kişinin bir parçasıyım". Bazıları da, başka birini önce idealize etme sonra da o kişinin bir kusuru ortaya çıktığında onu fırlatıp atma biçiminde ömür boyu devam eden bir örüntü gösterirler. Narsisistik sorunlara mükemmeliyetçi çözümler esasen kişinin kendi aleyhine işleyen çözümlerdir. Kendilik duygusunda mükemmellik dışında başka hiçbir şeyin telâfi edemeyeceği derecede aşağı olarak hissedilen kusurları telâfi etmek için abartılı idealler yaratır narsisistik kişi; ancak hiç kimse mükemmel olmadığı için, bu strateji başarısız olmaya mahkûmdur ve küçümsenen kendilik varlığını tekrar hissettirir.

NARSİSİZMDE NESNE İLİŞKİLERİ

Şu ana kadar okuyucu, narsisistik kişilerin ego süreçlerine ve bunların temelde sorun çözücü olmaktan uzak niteliklerine ilişkin yukarıdaki betimlemelerden, muhtemelen, narsisistik kişiler ile başkaları arasındaki ilişkilerin narsisistik tarafın özsaygı meseleleriyle aşırı yüklü bir hâle geldiği sonucuna varmıştır. Narsisistik kişilik bozukluğu olan bir kişinin, açıkça, daha iyi bir arkadaş veya aile üyesi veya sevgili olmaya yönelik bir gündemle terapiye başvurduğu nadiren görülse de, bu kişinin, özellikle en azından orta yaşlardaysa, başkalarıyla ilişkilerinde bir şeylerin yanlış olduğunun farkında olması az rastlanır bir durum değildir. Bu tür hastalara yardım ederken karşılaşılan bir sorun, bu kişilere, başka birini yargılamadan ve sömürmeden kabul etmenin, idealize etmeden sevmenin ve utanç duymadan gerçek duygularını dile getirmenin nasıl bir şey olduğunu iletmekte yatar. Narsisistik kişiler bu olasılıklara ilişkin herhangi bir kavrayışa sahip olmayabilirler; terapistlerin bu kişileri gerçekten oldukları hâlleriyle kabul etmeleri, yakınlık deneyimini duygusal açıdan kavramalarına yönelik bir örnek oluşturacaktır.

Kendilik psikologları, hayatımızda yer alan ve onay, beğeni ve destek içeren davranışlarıyla bizde bir kimlik ve özdeğer duygusunun gelişmesine katkıda bulunan kişileri betimlemek için "kendiliknesnesi" terimi üretmişlerdir. Bu terim, bu rolü üstlenmiş bireylerin, hem kendiliğin dışındaki nesneler olarak hem de kişinin kendilik tanımının bir parçası olarak işlev gördükleri gerçeğini yansıtır. Bu kişiler, özsaygıyı düzenlemeye yardım ederek, hepimizin içsel olarak da yaptığımız bir şeyin daha iyi yapılmasını sağlarlar veya bunun yapılmasını kendi üstlerine alırlar. Hepimizin kendiliknesneleri vardır ve hepimiz bunlara ihtiyaç duyarız. Kendiliknesnemizi kaybedersek, sanki hayati bir parçamız ölmüş gibi, bizden bir şeylerin eksildiğini hissederiz. Ne var ki, gerçeklik ve ahlâki davranış, başkalarının kendiliknesneleri olmaktan daha fazla bir anlam taşımalarını, onları, bizim için ne yaptıkları açısından değil sadece, kim oldukları ve nelere ihtiyaç duydukları açısından da görmemizi gerektirir.

Narsisistik kişi kendiliknesnelerine o kadar çok ihtiyaç duyar ki, babası doktor veya avukat olması dışında başka bir meslek sahibi olmasını desteklemeyen danışanımda olduğu gibi, ilişkinin diğer yönleri gözden kaybolur ve hatta akla gelmez olur. Bu yüzden, narsisistik yönelimin en ağır bedeli kişinin sevme kapasitesinin yeterince gelişmemiş bir hâlde kalmış olmasıdır. Narsisistik kişinin bir denge durumunu sürdürmesinde başkalarının taşıdığı öneme karşın, bu kişinin, özdeğerinin teyit edilmesine duyduğu insanı tüketen ihti-

yaç, diğer kişilerde kendiliknesneleri ve narsisistik uzantılar olarak işlev görmelerinin dışında bir enerji bırakmaz. Böyle olunca da, narsisistik kişilerin arkadaşları ve aileleri şu kafa karıştırıcı mesajı almış olurlar: Başkalarına duydukları ihtiyaç derin, sevgileri ise sığdır.

Analistlerin çoğu, insanların, narsisistik uzantılar olarak kullanılmış olmaları sonucunda bu duruma geldiklerine inanmaktadırlar. Bu yönde düşünen Alice Miller'in teorilerinden daha önce bahsetmiştim. Narsisistik hastalar, ebeveynleri veya başka bakıcıları için, *gerçekten kim olduklarından dolayı değil, yerine getirdikleri işlevden dolayı* büyük bir önem taşımış olabilirler.Çocuğa çok değer verildiği, ancak bu değerin sadece, çocuğun oynadığı belirli bir rol için verildiği şeklindeki kafa karıştırıcı mesaj şuna yol açar: Çocuk, gerçek duyguları, özellikle de, düşmanca veya bencilce olan duyguları ortaya çıkarsa reddedileceğini veya küçük düşeceğini hisseder.Bu süreç, Winnicott'un (1960a) "sahte kendilik" dediği bir kendiliğin gelişmesine neden olur; "sahte kendilik", kişinin başkalarına, kabul edilebilir olduğunu öğrendiği bir kimliği göstermesine gönderme yapar.[3]

Ebeveynlerin çoğu, çocuklarını narsisistik ihtiyaçlar ile gerçek empatinin birleşimini içeren bir duyguyla yetiştirirler. Her çocuğa belli bir derecede bir narsisistik uzantı olarak davranılır ve makul sınırlar içinde, çocuklar kendilerine böyle davranılmasını severler. Ebeveynlerin, oğulları veya kızları beğenildiğinde sanki kendileri de beğenilmişler gibi, kendilerinden gurur duymalarını sağlamak çocukluğun en tatlı hazlarından biridir. Her zaman olduğu gibi, mesele bir derece ve denge meselesidir: Çocuk, ebeveynin amaçlarının gerçekleşmesine katkıda bulunup bulunmamasından bağımsız olarak da ebeveyninden ilgi görmekte midir?

Çocuğuna narsisistik olmayan bir tutumla davranmanın örneğini, Amerika'da ekonomik çöküntü* döneminde 12 çocuk yetiştirmiş olan 85 yaşındaki bir arkadaşımın anlattıklarında görebiliriz. Ağır fakirlik koşullarına ve bazı acı kayıplara karşın, bu çocukların hepsi hayatlarında başarılı olmuşlardır.

---

3 Psikopati ile narsisizmin etiyolojileri arasındaki çok önemli bir fark şu olabilir: Antisosyal kişi gerçekten ihmal edildiği bir ortamda yetişir. Narsisistik örgütlenme gösteren kişi ise, belirli bir tipte ilgi gördüğü ve hatta üzerine titrendiği bir ortamda yetişir. Ancak narsisistik kişinin durumunda, çocuğa verilen destek, çocuğun ebeveynin narsisistik plânlarıyla işbirliği yapması gizli koşuluna bağlıdır.

(*) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1929'da başlamış ve tüm dünyaya yayılarak 1930'lar boyu etkisini sürdürmüş olan ekonomik çöküntü – ç.n.

> "Her hamile kalışımda, ağlardım. Nasıl para bulacağımızı düşünürdüm şaşkınlık içinde, bu çocuğu nasıl besleyeceğimi ve her şeyi nasıl idare edeceğimi. Ama, dördüncü ay civarında içindeki bebeği hissetmeye başladığımda çok heyecanlanır ve bu sefer de 'Sen dünyaya gelesiye ve senin kim olduğunu göresiye kadar nasıl bekleyeceğim, bilemiyorum' diye düşünürdüm."

Bu alıntıyı, arkadaşımın duygularını, çocuğunun kim olacağını "bilen" bir ebeveyn adayının duygularıyla karşılaştırmak için verdim: Bu ikinci tip ebeveyne göre, çocuk, ebeveynlerinin gerçekleşmemiş tüm hayallerini gerçekleştirecek ve ailesine bekledikleri görkemi sağlayacak biri olacaktır.

Yetişkinliklerinde narsisistik olan kişilerin yetiştirilmeleriyle ilgili başka bir nokta da, çocuğun sürekli bir değerlendirmeye maruz kaldığı bir aile ortamıdır.Bir ebeveynin, çocuğu için, kendi özsaygısı açısından hayati nitelik taşıyan bir plânı varsa, çocuk ebeveyni her hayal kırıklığına uğrattığında ebeveyn çocuğu doğrudan veya üstü kapalı olarak eleştirecektir.Hiçbir ebeveyn çocuğunu hiç eleştirmeden büyütmemiştir; ancak artalanda yer alan ve çocuğun muğlak bırakılan kimi yönlerden yeterince iyi olmadığı şeklindeki mesaj, hatalı davranışlara verilen spesifik geribildirimden tamamen farklı bir mesajdır. Narsisistik çocukları olan ailelerin az sayıdaki bazılarında görülen ve çocuğu sürekli övmeyi ve alkışlamayı içeren değerlendirici bir ortam da, gerçeklere dayalı bir özsaygının gelişmesine eşit derecede zarar vericidir. Verilen yargı olumlu olsa bile, çocuk yargılandığının her zaman farkındadır. Çocuk bu sürekli beğeni tutumunda sahte bir nitelik olduğunu bir düzeyde bilir. Bu tutum, çocukta oluşturabileceği, bilinç düzeyinde yaşanan bir imtiyaz duygusuna karşın, çocuğun, gerçekten olduğu kişiyle bağlantısız görünen tüm o övgüleri hak etmeyen, bir parça sahtekâr biri olduğu yönünde rahatsız edici bir endişe de doğurur.

Bu noktalar, bir kez daha, narsisistik bozukluk gösteren bir çocuk yetiştirmek için ebeveynlerin kendilerinin narsisistik kişilikleri olmasının gerekmediğini; başka bir takım süreçlerle belirli karakter yapılarının "ebeveynden kalıtımsal" olarak aktarılabileceğini gösterir. Ebeveynlerin, ailedeki belli bir çocuğa yönelttikleri ve çocuğun gerçek duygular ile başkalarını memnun etmeye veya etkilemeye yönelik çabalar arasındaki farkı ayırt edemeyecek bir hâle gelmesine yol açan koşulları yaratan narsisistik ihtiyaçları bulunabilir (oğlu Harvard'a gitmek zorunda olan kadının durumunda olduğu gibi). Ebeveynlerin biri için önemli olmayan bir konu diğeri için çok önemli olabilir. Hepimiz çocuklarımız için kendi hayatlarımızda eksik kalmış olan şeyleri is-

teriz; bu, onlara, kendi hayatlarını bizim için yaşamalarına yönelik herhangi bir baskı uygulamadığımız sürece zararsız bir arzudur.

Narsisistik dinamiklerle ilgili toplumsal açıdan ilginç bir değişim Martha Wolfenstein'ın (1951) "Eğlence Ahlâkının Ortaya Çıkışı" adlı makalesinde dile getirilmiştir; bu makalede, 1950'lerde liberal entelektüel ebeveynlerin, zor bir dönemde büyümüş olmaları sonucunda, nasıl çocuklarına, eğer hayatlarında *eğlence* yoksa kötü hissetmeleri gerektiği yönünde bir mesaj verdikleri betimlenir. Savaş veya başka türde kimi felâketlerden dolayı hayattaki seçenekleri aşırı derecede kısıtlanmış olan kişiler çocuklarına, kendilerinin hiç yaşayamadıkları hayatı yaşamaları gerektiği yönünde mesajlar göndermeye özellikle eğilimlidirler.

Travmaya maruz kalmış ebeveynlerin çocukları, genellikle, belli düzeyde bir kimlik karmaşası ve muğlâk utanç ve boşluk duygularıyla büyürler (bkz. Fogelman & Savran, 1979; Bergmann, 1985; Fogelman, 1988); bunun en dramatik örneği Holokost'tan sağ kurtulmuş kişilerin çocuklarıdır. "Benden farklı olarak sen her şeye sahip olabilirsin" mesajı özellikle tahripkârdır; çünkü hiç kimse her şeye sahip olamaz; her nesil kendi koşullarının getirdiği sınırlarla karşı karşıyadır. Özsaygının böyle gerçekdışı hedeflere bağlanması bireyleri örseleyecek bir mirastır.

NARSİSİSTİK KENDİLİK

Şu ana kadar, narsisistik tanısı konabilecek durumda olan kişilerin kendilik deneyimlerinin birçok yönünden bahsettim. Bu deneyimler, muğlak bir sahtelik, utanç, haset, boşluk veya tamamlanmamışlık, çirkinlik ve aşağı olma veya bunların telafi edici diğer yüzleri olan, kendini haklı görme, gurur, küçümseme, savunmacı özyeterlilik, kibir ve üstünlük duygularını içerir. Kernberg (1975) bu kutupları birbirine karşıt ego durumları olarak, büyüklenmeci (tamamen-iyi) ve karşıtı olan içi-boşalmış [depleted] (tamamen-kötü) kendilik tanımları olarak betimler; narsisistik kişilerin içsel deneyimlerini örgütlemek için kullanabilecekleri seçenekler yalnızca bunlardır. "Yeterli düzeyde iyi" olma duygusu bu kişilerin içsel kategorileri arasında yer almaz.

Narsisistik yapılanma gösteren kişiler belli bir düzeyde psikolojik kırılganlıklarının farkındadırlar. Bu kişiler dağılmaktan, özsaygılarını veya öztutarlılıklarını umulmadık şekilde kaybetmekten (örn., eleştirildiklerinde) ve bir anda "biri" değil de "hiç kimse" olarak hissetmekten korkarlar (Goldberg, 1990a). Kimliklerinin, parçalarını bir arada tutamayacak ve az bir zorlanmaya bile dayanamayacak denli zayıf olduğunu hissederler. İçsel kendilik-

benin parçalara bölüneceği korkusu çoğu kez fiziksel sağlıklarıyla ilgili bir endişeyle yer değiştirir; bu yüzden, hipokondriyak endişelere ve ağır ölüm korkularına kapılmaya yatkındırlar.

Narsisistik kişilerin mükemmeliyetçiliklerinin önemli bir sonucu, hata yapabilir biri olma veya başkalarına gerçekçi bağımlılık deneyimlerine ilişkin bir farkındalığı dışavuran duygulardan ve eylemlerden kaçınma davranışıdır. Özellikle, pişmanlık ve şükran, narsisistik kişilerin inkâr etme eğiliminde oldukları tutumlardır (McWilliams & Lependorf, 1990). Kimi kişisel hatalardan veya neden olunan zararlardan dolayı pişmanlık duymamız, kusurlarımız olduğunu kabul etmemizi; bize yardım eden birine şükran duymamız da, bizim de yardıma ihtiyacımız olduğunu kabul etmemizi içerir.

Narsisistik kişi, kusurları olmadığı ve başkalarına ihtiyacı bulunmadığı yanılsamaları zemininde olumlu değerlendirilen bir kendilik duygusu kurmaya çalıştığı için, suçluluk veya bağımlılık duygularını kabul etmesinin, çok utanç verici bir şeyleri açığa çıkaracağından korkar. İçten özür ve teşekkür ifadeleri, pişmanlık ve şükran duygularının davranışsal anlatımlarıdır; ancak narsisistik kişiler, yaşadıkları korkulardan dolayı bu davranışlardan, başkalarıyla ilişkilerinin aşırı yoksullaşması pahasına kaçınabilirler ya da bunları yüzeysel bir şekilde yaparlar.

Narsisistik kişilik örgütlenmesine ilişkin bir değerlenme, tanımı gereği, görüşmecinin hastanın içsel geçerlilik duygusunu yaşaması için dışsal onaya ihtiyacı olduğunu gözlemlemesi gerekliliğini içerir. Teorisyenler arasında, narsisistik kendilik deneyiminin büyüklenmeci veya içi-boşalmış yönlerinin hangisinin üzerinde daha çok durdukları açısından büyük farklılıklar vardır; en aşina olduğumuz görüş farklılığı da, Kernberg ile Kohut arasındaki, narsisistik karakterleri nasıl anlamak ve tedavi etmek gerektiği konusundaki anlaşmazlıktır; buna daha sonra tekrar döneceğim. Bu meseleyle ilgili tartışmalar en azından, bireyin birincil kendilik sevgisinin önemini belirtmiş olan Freud (1914b) ile narsisistik savunmaların aşağı olma duygularını nasıl telâfi ettiğinin üzerinde durmuş olan A. Adler (1927) arasındaki görüş farklılıklarına kadar gider. Patolojik narsisizmin evriminde, büyüklenmeci kendilik durumunun mu yoksa içi-boşalmış ve küçük düşürülmüş kendilik durumunun mu daha önce geldiği sorusu, tavuk-yumurta bilmecesinin psikanalitik örneği olabilir. Fenomenolojik açıdan bakarsak, birçok yönden, depresyon ve mani durumlarının aynı psikolojik olgunun karşıt yüzleri olmasına benzer şekilde, bu karşıt ego durumları birbirleriyle çok yakından bağlantılıdırlar.

NARSİSİSTİK HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Narsisistik danışanların tedavisindeki aktarım, terapistin başka kişilik tiplerinin çoğundaki kişilerle yaptığı çalışmalarda alıştığı aktarımdan niteliksel olarak farklı bir duygu verir. Bu karakter tipinde en üst düzeyde işlevselliği olan, en çok işbirliği yapan kişiyle çalışırken bile terapötik ilişkideki ambiyans, diğer, motivasyonu yüksek, nispeten daha sağlıklı hastaların terapide yarattığı ambiyanstan oldukça farklıdır.

Genellikle, terapist ilk önce, başka tipteki kişilerin aydınlatıcı ve yararlı olarak görecekleri aktarım araştırmalarına hastanın ilgisiz kaldığını fark eder. Danışan, terapiste yönelik olarak nasıl hissettiğine ilişkin yorumları veya soruları, engelleyici, sinirlendirici veya yaşadığı sıkıntılarla bağlantısız müdahaleler olarak görebilir. Danışanın, terapistin bu konuları kendini beğenmişliğinden veya aynalanma ihtiyacı duyduğundan açtığı sonucuna varmasına da sık sık rastlanır. (Bu tür söylenmeyen hipotezler, doğru olsalar bile, danışanın yansıtmalarından oluşur, elbette; ancak bunlar çoğu kez söze dökülmeden kalırlar ve en azından tedavinin başlangıç aşamalarında, bunların yararlı olacak şekilde yorumlanabilme imkanı nadiren ortaya çıkar.)[4]

Narsisistik hastaların da terapiste yönelik güçlü duygusal tepkileri vardır. Terapisti aşırı düzeylerde değersizleştirebilir veya idealize edebilirler. Ancak bu tepkilerin ne anlama geldiğine şaşırtıcı şekilde ilgisiz kalırlar ve klinisyenin, yaşadıkları duygular üzerinde neden bu kadar çok durduğu konusunda gerçekten kafaları karışır. Genellikle, aktarımları, araştırılmaya imkan vermeyecek denli egoyla-uyumludur; narsisistik bir hasta, terapist nesnel açıdan ikinci-sınıf biri olduğu için onu değersizleştirdiğine ya da nesnel açıdan harika biri olduğu için onu idealize ettiğine inanır. Bu tür tepkileri egoya-yabancı hâle getirmeye yönelik çabalar, en azından ilk başlarda, genellikle başarısızlıkla sonuçlanacaktır: Hastanın eleştirel tutumuna işaret eden değersizleştirilmiş klinisyen savunmacı olarak algılanacaktır ve hastanın aşırı değer verme tutumu üzerine yorum yapan idealize edilmiş klinisyen mükemmel kişiliğini örnek bir tevazu ile birleştirmiş biri olarak daha da idealize edilecektir.

Tecrübesiz terapistler, değersizleştirildikleri aktarımlarla, idealize edildikleri aktarımlara göre çok daha fazla karşılaşırlar. Birçok düzeyde ve sürekli olarak işleyen küçümseyici bir tutumun nesnesi olmanın yaşattığı sıkın-

4 Psikanalizin ilk dönemlerindeki analistler bunu fark etmişler ve narsisistik hastaların libidinal enerjileri tamamen kendiliğe doğru yöneltildiği için aktarıma girmedikleri sonucuna varmışlardı; bu hastaların tedavi edilebilir olup olmadıkları konusundaki şüphelerinin başka bir nedeni de buydu. Çağdaş analitik teoride narsisistik danışanların aktarım tepkisi gösterdikleri ancak bunun başka hastalara göre farklı türde olduğu kabul edilir.

tılar için az da olsa bir teselli olacaksa, şunu belirtmeliyim ki, narsisistik bir idealleştiren aktarımın nesnesi olmak da daha iyi bir deneyim değildir. Her iki durumda da, terapist, belli bir alanda uzmanlaşmış ve hastaya içten bir şekilde yardım etmeye çalışan bir insan olarak gerçekliğinin ortadan kaldırıldığını hisseder. Aslında, gerçek bir insan olarak yok sayılmış, görmezden gelinmiş olma duygularını içeren bu karşı-aktarım deneyimi, hastada narsisistik dinamiklerin bulunduğuna işaret eder.

Bu hastalara yönelik başka tür karşı-aktarımlar, can sıkıntısı, sinirlenme, uyuklama ve muğlak bir tedavide hiçbir şey olmuyor duygusu gibi deneyimleri içerir. Süpervizyondaki bir terapistin narsisistik bir danışan için yapacağı tipik bir yorum şöyle olacaktır: "Her hafta geliyor, hafta içinde yaşadığı olayları bunlar hakkında neler düşündüğüyle anlatıyor, kıyafetimi eleştiriyor, yaptığım tüm terapötik müdahaleleri başından savıyor ve seans süresi bitince gidiyor. Peki, niye her hafta tekrar tekrar geliyor buraya? Böyle devam eden görüşmelerden ne elde ediyor?" Terapistin terapi odasında gerçekten var olmadığı şeklinde tuhaf bir duygu da sık sık yaşanır. Narsisistik hastalara yönelik belki de en tatsız karşı-aktarım tepkisi aşırı uykulu olma hâlidir; bu durumu her yaşadığımda, kendimi buna ilişkin biyolojik açıklamalar yaparken bulurum (önceki gece uykumu yeterince alamadım; öğlen çok fazla yemek yedim; galiba soğuk algınlığına yakalanıyorum). Ama, o hastanın seansı bitip hasta ayrıldığında ve başka bir hastayla seansa başladığımda tamamen uyanmış ve dikkati canlanmış olurum. Bazen terapistin idealleştiren bir danışana yönelik karşı-aktarımı bir büyüklenmeci genişleme duygusu, hastaya kendi büyüklüğü konusunda katılma duygusu olabilir; bu durumda, hasta da terapist de terapiste hayran olurlar. Ancak terapist de karakter yapısı açısından narsisistik olmadıkça, bu tür duygusal tepkilere kendini kaptırmaz ve bunlar çok sürmeden geçerler.

Bu tepkilerin psikanalitik açıklaması, narsisistik kişilerin yaşadıkları kendilerine özgü türde bir aktarımla bağlantılıdır. Narsisistik kişiler, ayrı içsel bir nesneyi (örneğin, bir ebeveyni) terapiste yansıtmak yerine kendiliklerinin bir yönünü dışsallaştırırlar. Spesifik olarak, hasta terapistin hastanın annesi veya babası gibi olduğunu hissetmek yerine (her ne kadar bazen bu tür aktarımların izleri görülse de), *kendiliğin* ya büyüklenmeci ya da değersizleştirilmiş parçasını yansıtır. Böylece, terapist, özsaygıyı sürdürmeye yönelik içsel süreci hasta adına gerçekleştirme rolünü üstlenmiş olur. Terapist, bir kendiliknesnesi olmuştur ve bir kendiliknesnesi olarak, artık, hastanın, geçmişinde yer etmiş, daha önceden tanıdığı biriymiş *gibi olduğunu* hissettiği tamamen ayrı bir kişi değildir.

Ayrı bir *kişi* olarak algılanmak yerine, diğer kişinin özsaygısını sürdür-

mesine yönelik bir *işlev* olarak kullanılıyor olmak can sıkıcı ve moral bozucudur. Narsisistik kişilerin tutumlarının karşılarındaki kişinin insani niteliklerini silici etkisi, analitik terapistlerin bu tür danışanların tedavisiyle ilgili olarak betimledikleri bazı olumsuz karşı-aktarım tepkilerini açıklar. Öte yandan, çoğu terapist, yaşadıkları bu karşı-aktarım tepkilerini, narsisistik kişilik yapısının tedavisinin beklenilen ve anlaşılabilir nitelikteki özellikleri olarak görmeye başladıklarında, bu tepkileri kolayca kaldırabildiklerini, denetleyebildiklerini ve bunlardan empatik bir kavrayışa ulaştıklarını da bildirmişlerdir. Bir terapist olarak kusurlu olduğunu hissetme eğilimi, neredeyse kesin şekilde, hastanın özdeğerine ilişkin en temel endişelerinin bir aynasıdır; neyi yanlış yaptığına ilişkin düşünceler içinde kaybolmak yerine hastaya ilişkin klinik formülasyonu gözden geçirip yenilemek terapist için daha rahatlatıcı olacaktır.

Heinz Kohut ve kendilik psikolojisine yakın diğer analistler (örn., Bach, 1985; Stolorow ve diğ. 1987; Wolf, 1988; Rowe & MacIsaac, 1989), narsisistik hastalarda farklı alt-tiplerde kendiliknesnesi aktarımları bulunduğunu düşünürler; bunlar, ayna, ikizlik ve öbür-ego [alter-ego] örüntülerindeki kendiliknesnesi aktarımlarıdır. Bu kavramların açıklanması bu kitabın amacının dışındaysa da, bunlara dayalı bir narsisistik karakter patolojisi betimlemesinin, daha önceleri başka şekillerde yorumladıkları bir hastaya uyduğunu gören okuyucular, kendilik psikologlarının danışanlarının deneyimlerini kavramsallaştırmakta kullandıkları dili incelemeyi yararlı bulacaklardır.

NARSİSİZM TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Narsisistik bir kişiye, kendiliği şişirmeden veya başkalarını küçümsemeden kendini kabul etmeyi öğrenmesine yardım etmeyi başaran bir terapist zor bir konuda gerçekten iyi bir iş başarmıştır. Narsisistik patolojiyi tedavi edebilmek için birincil koşul sabırdır. Narsisistik hastaların tedavisinde başarılı bir geçmişi olan hiçbir terapist bu tedavileri bir anda gerçekleştirmemişlerdir. Tipi ne olursa olsun bir karakter yapısının değişim geçirmesi, uzun dönemli bir terapötik çalışmaya bağlıdır; ancak sabırlı olma gerekliliği, terapist can sıkıntısı ve cesaretinin kırılması karşı-aktarım tepkileriyle baş etmek zorunda olduğu için, narsisistik danışanlarla çalışırken diğer karakter tiplerine göre daha yoğun olarak hissedilebilir.

Günümüzde birbirine rakip nitelikte etiyoloji ve terapi teorileri bulunduğundan, narsisistik hastaların tedavileriyle ilgili genel psikodinamik birikimi özetlemek zordur. Tartışmaların büyük kısmı, Kohut ve Kernberg arasında 1970'ler ve 1980'lerde yaşanmış olan çok boyutlu fikir ayrılığının çeşitli

görünümleridir. Bu iki teorisyenin görüşlerinin ana fikirleri şöyle betimlenebilir: Kohut (1971, 1977, 1984) patolojik narsisizmi *gelişimsel açıdan* görür (hastanın olgunlaşma süreci normal olarak devam ederken, hasta, normal nitelikteki önce idealize etme sonra da idealizasyonu geri çekme ihtiyaçlarının karşılanıp çözüme kavuşturulmasında bir takım sıkıntılarla karşılaşmıştır). Kernberg (1975, 1976, 1984) ise, patolojik narsisizmi *yapısal açıdan* görür (çok erken dönemde bir şeyler ters gitmiş ve kişiyi, derinlere kök salmış ilkel savunmalarla kuşatılmış bir hâlde bırakmıştır ve bu durum, normal durumdan derece olarak değil tür olarak farklıdır). Kohut'un narsisistik kişilere ilişkin görüşünü, uygun dönemlerde çok az su ve güneş ışığı sağlanmış olmasından dolayı gelişmesi duraklamış bir bitki örneğiyle; Kernberg'ün görüşünü ise, melez bir hâle dönüşüme uğramış bir bitki örneğiyle düşünebiliriz.[5]

Kohut ve Kernberg'ün teorilerindeki bu farklılığın bir sonucu şu olmuştur: Narsisizmin tedavisine yönelik bazı yaklaşımlar, bitkiye çokça su ve güneş ışığı sağlamanın gerekliliğini vurgularlar; böylece bitki büyüyebilecektir. Diğer yaklaşımlar ise, bitkinin bozuk gelişmiş kısımlarını budamak gerektiğini ileri sürerler; böylece bitki olmuş olması gerektiği hâle gelebilecektir. Kendilik psikolojisi taraftarları, bu yüzden, idealizasyonun veya değersizleştirmenin yumuşak şekilde kabul edilmesini ve hastanın deneyimine sürekli bir empati gösterilmesini önerirler. Kernberg ise, hastanın, doğrudan da yaşıyor olsa yansıtıyor da olsa, büyüklenmeciliğiyle duyarlı ancak ısrarlı bir şekilde yüzleştirilmesini ve haset ve açgözlülüğe karşı savunmalarının sistematik olarak yorumlanmasını önerir. Kendilik psikolojisi yönelimli terapistler hastanın öznel deneyiminin *içinde* kalmaya çalışırlarken, ego psikolojisi ve nesne ilişkileri teorisinden etkilenmiş olan analistler içsel ve dışsal konumların bazen birine bazen diğerine odaklanırlar (bkz. Gardner, 1991).

Kohut'un ve Kernberg'ün birbirine karşıt teorilerine veya bu konu üzerine çalışan başka teorisyenlerin teorilerine ilişkin eleştirel bir değerlendirme yapmayacağım. Tanıdığım terapistlerin büyük bir kısmı, bazı hastalarına Kohut'un, bazılarına da Kernberg'ün etiyolojik ve terapötik formülasyonlarının uygun geldiğini fark etmişlerdir. Kernberg (1982), Kohut'un yaklaşımının destekleyici terapinin bir alt-tipi olarak değerlendirilebileceğini ve dolayısıyla, patoloji hattı üzerinde sınırdurum-psikotik aralığında bulunan narsisistik hastalar için uygun olduğunu ileri sürmüştür. Bu fikir, Kohut'un önerilerini, daha ağır patoloji gösteren, depresyonlu ve tükenmiş narsisistik danışanları-

5 Kernberg (1989): "Patolojik narsisizm, bütünleşmiş normal bir kendilik-yapısına değil de, patolojik bir kendilik-yapısına yapılmış bir libidinal yatırımı gösterir" (s. 723).

na uygulanabilir bulduklarını söyleyen birçok meslektaşım tarafından da desteklenmiştir. Ancak bu görüş şöyle bir sorun içerir: Kohut'un kitaplarında bahsettiği narsisistik kırılganlıkları olan kişiler Kohut'la geleneksel analize devam ediyorlardı (divanda yapılan ve her hafta birkaç seanstan fazla sayıda seans içeren analize); bu yüzden Kohut'un bu danışanları üst düzeyde işlevselliği olan kişiler olarak değerlendirmiş olduğunu varsayabiliriz. Kohut-Kernberg tartışmasında henüz nihai bir karara varılamadığı ve okuyucu her bir teorik kavramsallaştırmanın getirdiği teknik öneriler için özgün kaynaklara başvurabileceği için, narsisizmin tedavisine ilişkin olarak, bu tartışmanın dışında kalan bazı genel önerilerde bulunacağım yalnızca.

Terapistin sabırlı olması gerektiği konusundan yukarıda bahsetmiştim. Bu tutum, *insani kusurları kabul etme* duygusunu da içerir. Terapistin kendinde bulunan kusurlar terapötik çalışmayı terapist için yorucu ve zorlayıcı kılarlar. Hepimizin kusurları olduğu ve değişime direnç gösterdiğimiz şeklindeki gerçekçi varsayım, narsisistik kişinin içselleştirdiklerinden oldukça farklıdır. Bu varsayım eleştirici ve tümgüçlü değil, insancıl ve gerçekçidir. Bu varsayıma dayalı bir duruş, belli bir terapötik etkiyi hâlihazırda içerir. Özet olarak söylersek, terapist, kendi kırılganlıklarına yargılayıcı olmayan, gerçekçi bir tutum takınmalıdır.

Kohut'un en önemli teknik katkılarından biri, terapistin yaptığı hataları, özellikle de empatideki hataları, görüp kabul etmesinin sonuçları üzerinde durmasıdır. Dürtü teorisi ile ego psikolojisinin bakış açılarından, terapötik bir hata, analistin kendi içinde öznel bir değerlendirme yapması dışında başkaca bir şey yapmasını gerektirmez; hasta, diğer zamanlarda olduğu gibi, yalnızca, olup bitenlerle ilgili olarak serbest çağrışım yapmaya ve tepkilerini bildirmeye teşvik edilir (bkz. Greenson, 1967). Kendilik psikologları narsisistik bir kişinin klinisyenin empati kurmaktaki başarısızlığından ne kadar ağır şekilde etkilenebileceğine ve böyle bir hasarı onarmanın tek yolunun terapistin üzüntüsünü dile getirmesi olduğuna dikkatimizi çekmişlerdir. Bir özür, hem hastanın kötü davranılmış olduğu yönündeki algısını doğrular (böylece, narsisistik kişilerin yapmaya alıştıkları içtenliksiz bir şekilde uyumlu hareket etme davranışını daha da pekiştirmek yerine, yaşadıkları gerçek duyguların geçerliliğini onaylamış olur) hem de eksikliklerini kabul ederken özsaygısını sürdürme durumuna bir örnek oluşturur.[6]

---

6 Kohut'un teknikle ilgili önerilerinin birçoğunun ilk izleri Carl Rogers'ın danışmanlık teorileri bulunmaktadır. (bkz. Stolorow, 1976). Kohut'un Rogers'ın görüşlerinin çok ötesine geçtiği esas konu, terapistin hataları nasıl ele alacağı meselesi olmuştur. Roger'ın yazıları çoğu okuyucuya danı-

Terapistin, kendi kaçınılmaz hatalarını görüp kabul ettiğinde bunu aşırı derecede özeleştirel bir tutumla yapmaması önemlidir. Hasta, terapistin pişmanlık acısı yaşadığını görürse, alacağı mesaj, hataların nadiren yapılması gerektiği ve yapıldığında da sert bir kendini kınamayı gerektirdiği olacaktır; bu ise narsisistik kişinin zaten acısını çektiği bir yanılgıdır. Bu konularda ne yapacağımızın ipuçlarını Winnicott'ta aramak doğru olacaktır. Winnicott, yorumlama konusunda temel aldığı kuralların neler olduğuna ilişkin bir soruyu şöyle cevaplamıştır: "İki amaçla yorum yaparım: İlki, hastaya uyanık hâlde olduğumu göstermektir. İkincisi de, hastaya hata yapabileceğimi göstermektir." Benzer şekilde, sanat terapisinde ve diğer dışavurumcu tedavi biçimlerinde uzmanlaşmış bir psikanalist olan Arthur Robbins (1991) teknikle ilgili teorisini şöyle betimlemektedir: "Hata terapisi: Ben hata yaparım, hasta da beni düzeltir."

Narsisistik bir hastaya yardım etme çabaları, ayrıca, yüzeyde görülen kendilik durumu ne kadar öne çıkarsa çıksın, sürekli olarak *hastanın gizil kendilik durumunu akılda tutma* çabasını gerektirir. En kibirli, kendinde-hak-gören narsisist bile eleştirildiğini hissettiği bir durumda ağır acı veren utanç duygularına maruz kalabileceği için, terapist hastanın deneyimlerine hassas nitelikte müdahaleler yapmak için çaba harcamalıdır. Narsisistik hastalarla ilişkililik hâli her zaman pamuk ipliğine bağlı gibidir; çünkü bu hastalar, kırılgan özsaygılarının daha da zayıf düştüğü durumların içinde bulunmaya tahammül edemezler. Eskiden beri tedavi edilmesi imkânsız hastalar olarak görülmeleri; kısmen analistlerin, bu hastaların yıllar süren terapilerini bile duyguları incindiğinde aniden bırakmalarına tanık olmalarından kaynaklanmıştır.

Narsisistik kişinin deneyiminde utanç duygusunun gücünden ve terapistin bu duygulanım ile suçluluk duygusu arasında bir ayrım yapmasının öneminden bahsetmiştim. Özsaygıları kırılgan olan kişiler, hayatlarında başlarına gelen herhangi bir olumsuz durumdaki rollerini görüp kabul etmekten kaçınmak için bulabildikleri tüm çarelere başvuracaklardır. Hemen suçlu hisseden ve yaptıkları hataların, bunları onarmaya yönelik çabalarla üzerinde duran kişilerden farklı olarak, narsisistik eğilimlerle güdülenmiş kişiler hatalarından kaçarlar ve bu hataları ortaya çıkarabilecek kişilerden uzak dururlar. Narsisistik kişiler terapistlerde şu iki eğilimden birini harekete geçirirler: Hastaları, yaşadıkları zorluklardaki kendi paylarıyla empatik olmayan şekilde yüzleştirme eğilimini; ya da, hastaların başkalarının onlara ne kadar kötü

şanla tam bir empatinin, duygusal ahengin ve içtenliğin mümkün olduğunu belirtiyor gibi görünmüştür. Kohut'un ise böyle yanılsamaları yoktu.

davranmış olduklarına duydukları üzüntüye katılıp onlarla birlikte üzülme eğilimini. İkinci eğilim, bu tür bir yaklaşımın gösterilmemesi durumunda rezil olma duygusuna varan bir utanç duygusuna kapılabilecek olan bir hastayı o an için rahatlatacak olsa da; bu iki eğilim de terapötik değildir.

Terapist şu zor görevle karşı karşıyadır: Tedaviyi bırakmasına veya terapistten kendisini saklamasına yol açabilecek derecede utanç duygusuna neden olmadan, narsisistik hastanın, davranışlarının gerçek niteliklerine ilişkin farkındalığını arttırma ve bu nitelikleri dürüst bir şekilde ele alma becerisini geliştirme görevi. Hasta başkalarına yönelik şikâyetlerde ve eleştirilerde bulunurken bunu yapmanın bir yolu hastaya "Siz ihtiyaçlarınızı açıkça belirttiniz mi?" diye sormaktır. Bu sorunun ardında şu düşünce yatar: Narsisistik kişiler başkalarından herhangi bir şey istemekten derin bir utanç duyarlar; bir ihtiyacı kabul etmenin kendilikteki bir eksikliği açığa vuracağına inanırlar. Bunun sonucunda da, başka bir kişinin onların ihtiyaçlarını onların çabasını gerektirmeden sezip anlamadığı ve istedikleri şeyleri bir şey istiyor olmanın küçük düşürücülüğü olarak gördükleri bir durumu yaşamalarını gerektirmeden vermedikleri için acı çektikleri kişilerarası durumlara girerler. Sonra da, terapide analisti sorularının birlikte yaşadıkları kişilerin duyarsız kişiler olması olduğuna ikna etmeye çalışırlar. İhtiyaçların dile getirilmesine ilişkin soru, doğrudan, hastanın bir başka kişiye ihtiyaç duymanın utanç verici olduğu inancını hedefler ve terapistin hastayı insanların birbirlerine ihtiyaçları olduğu konusunda yeniden eğitmesine yönelik bir fırsat yaratmaya çalışır.

Önceki kısımlarda, kendiliknesnesi ve nesne aktarımları (eski literatürde bunlardan, sırasıyla, narsisistik ve nevrotik aktarımlar olarak bahsedilmiştir) arasındaki farklılık üzerinde durmuştum. Bu farklılığın bir sonucu, terapistin narsisistik hastaların aktarım tepkilerini diğer hastaların aktarım tepkilerini inceleyebildiği gibi verimli bir şekilde inceleyemeyecek olmasıdır. Terapistin yaklaşımında Kohut'un görüşleri de hakim olsa Kernberg'ün görüşleri de hakim olsa, terapist, hasta için hiçbir anlam taşımadığı şeklindeki karşı-aktarım duygusuna karşın, narsisistik bir kişinin aslında terapiste ciddi özsaygı eksiklikleri olmayan kişilerden *daha fazla* ihtiyaç duyduğunun farkına varmalıdır. Narsisistik hastalarla tecrübesi az olan terapistlerin, onları terapi seanslarında önemsiz ve iktidarsız kılan aynı kişinin, seans odası dışında onların sözlerini beğeniyle başkalarıyla paylaştıklarını öğrenmeleri sık sık yaşadıkları bir sürprizdir. Kibirli, övüngen ve başkalarından hiç etkilenmezmiş gibi görünen bir hasta bile, terapist duyarsız davrandığında yıkılmışlık duygusuna kolayca kapılmasıyla terapiste derin bir bağımlılık yaşadığını ortaya koyar. Kli-

nisyenler, narsisistik kişilerle çalışırken, başka tip hastalarla üzerinde durup konuşacakları birçok içeriği kendilerinde tutmaya alışmak durumundadırlar.

AYIRICI TANI

Özsaygısının yaralanması herkesi geçici olarak narsisistik bir karaktere benzer şekilde davranmaya yöneltebilir. Dahası, kişilik yapısı tiplerinin hepsinin narsisistik bir işlevi vardır: Belirli savunmaları kullanarak özsaygıyı korurlar. Bir insanın karakter yapısı açısından narsisistik olarak nitelendirilebilmesi için ise, uzun zamandır devam eden, otomatik hâle gelmiş ve durumdan bağımsız işleyen öznellik ve davranış örüntülerinin bulunması zorunludur. Narsisistik kişilik örgütlenmesi günümüzde, belki özellikle psikodinamik klinisyenler tarafından, çok sık konulan bir tanı tipi olarak görünmektedir. Bu kavram, sık sık, yanlış olarak, duruma özgü tepkiler gösteren kişiler ile psikopatik, depresif, obsesif kompülsif ve histerik kişiliklere uygulanmaktadır.

Narsisistik Kişilik – Narsisistik Tepki Karşılaştırması

Karakterolojik narsisizm tanısını koyarken birincil olarak dikkat edilmesi gereken bir nokta daha önceki sayfalarda belirtilmiştir: Narsisistik endişeler, insanların yaşayabilecekleri başka psikolojik durumların hepsinden daha fazla yaşanır, her zaman ve her yerde bulunur ve koşullara bağlı olarak kolayca harekete geçirilebilir. Kohut ve Wolf (1978) daha önceki kimlik duygularını zorlayan ve özsaygılarını zayıflatan durumlarla karşı karşıya kalan bireylerden (kitabın II. kısmının Giriş sayfalarında anlatılmış olan Çinli lisansüstü öğrencisinin durumunda olduğu gibi) narsisistik karakter bozukluğu değil, "ikincil narsisistik bozukluk" yaşayan kişiler olarak bahsetmişlerdir. Bu önemli bir ayrımdır. Narsisistik olmayan bir insan, kimlik ve güven duygusunu zorlayan durumlar altında, kibirli ve değersizleştiren veya boş ve idealleştiren biri gibi görünebilir. Tıp fakültesi ve psikoterapi eğitimi programları başarılı ve özerk yetişkinleri alıp onları yetersiz çocuklar gibi hissettirmekle ünlüdür. Kendiyle övünme, önyargılı konuşmalar, aşırı eleştirici yorumlar veya bir öğretmenin idealize edilmesi gibi telâfi edici davranışlar bu koşullar altında beklenebilecek davranışlardır. Bu gibi olgulardan psikanalitik literatürde bazen "narsisistik savunma" oluşturan olgular olarak bahsedilmiştir (örn., Kernberg, 1984). Kişinin narsisistik meselelerden muzdarip olması, narsisistik bir kişiliği olduğu anlamına gelmez. Durumsal etkenler kişide narsisistik bir tablonun belirleyicisi olarak göründüklerinde, görüşmeci, narsisistik yaralanmanın altında yatan kişilik yapısının ne olduğunu çıkarsamak için tarihsel ve aktarımsal verilere dayanmalıdır.

Narsisistik Kişilik – Psikopatik Kişilik Karşılaştırması

Bir önceki bölümün son kısmında, temelde sosyopatik olan bir kişilik yapısıyla temelde narsisistik olan bir kişilik yapısı arasında bir ayrım yapmanın önemini belirtmiştim. Empatik ilişkililik hâlini sağlayamaya yönelik Kohutcu çabalar, en azından genelde uygulandıkları şekliyle, psikopatik kişilerle çalışırken etkisiz kalacaktır; çünkü psikopatik hastalar anlayışlı tutumları duygusal açıdan kavrayamazlar ve ilgi ve yakınlık gösteren bir tutumu zayıflık işareti olarak görüp küçümserler. Kernberg'ün savunduğu yaklaşım ise, kişinin büyüklenmeci kendilikle yüzleştirilmesine odaklanır ve psikopatik örgütlenme gösteren bir hasta tarafından daha çok saygıyla karşılanır; ancak konuyla ilgili makalelerinde Kernberg'ün belirttiği gibi (örn., 1989), bu yaklaşım, psikopatın denetlemeye yönelik mücadelelerine ve tahrip etmeye yönelik çabalarına yeterince odaklanmamaktadır. Kernberg, antisosyal eğilimleri muhtemelen tedavi edilmez olmanın işaretleri olarak görür; bu nedenle, psikopatik danışanlarla çalışmakta uzmanlaşmış olan Greenwald, Bursten, Groth (örn., 1979) ve Meloy gibi terapistlerden farklı olarak, bu klinik örneklem için teknikle ilgili önerilerde bulunmamıştır.

Narsisistik Kişilik – Depresif Kişilik Karşılaştırması

Depresyonlu narsisistik kişi, yanlış şekilde, kolayca depresif kişilik olarak değerlendirilebilir. Oldukça kabarık miktardaki klinik teoriyi ve gözlemi yalın bir imgede toplayacak olursak, bu iki kişilik tipi arasındaki temel fark, narsisistik kökenli depresif kişiler öznel açıdan boş hissederlerken karakterolojik depresif kişiler (eskiden, daha ziyade "melânkolik" veya suçlu hissedilen tipte depresyon yaşıyor olarak betimlenen kişiler) öznel açıdan –eleştirel ve öfkeli içselleştirmelerle– dolu hissederler. Narsisistik depresif kişi temel nitelikte ve varlığı hissedilir bir kendiliğin eksikliğini yaşar; melânkolik depresif kişi ise, gerçek bir kendiliğinin bulunduğunu bilir ancak bunu değiştirilemez derecede kötü olarak görür. Bölüm 11'de bu farklar ve bunların taşıdığı değişik terapötik anlamlar üzerinde daha çok duracağım.

Narsisistik Kişilik – Obsesif Kompülsif Kişilik Karşılaştırması

Narsisistik bir kişiyi, mükemmele ulaşmaya yönelik narsisistik arayışın bir parçası olabilecek olan ayrıntılara aşırı dikkat etme özelliğine dayanarak, obsesif ve/veya kompülsif olarak görme hatasına kolayca düşülebilir. Psikanalitik uygulamaların ilk dönemlerinde, temelde narsisistik olan kişiler, semptom tabloları bu kategorilerden birine veya her ikisine birden girdiği için, çoğu

kez, obsesif veya kompülsif olarak görülmüşlerdir. Sonra da, obsesif kompülsif karakterin etiyolojisine ilişkin, kontrolü altına alma mücadelesinin ve öfke ve fantazideki saldırganlıkla ilgili suçluluk duygularının önemi üzerinde duran varsayımlara göre tedavi edilmişlerdir.

Öfkeli olmaktan ziyade içi boş olan narsisistik hastalar bu tür terapilerde pek bir ilerleme kaydedememişlerdir; terapist bu hastaların öznellikleri açısından merkezi bir önem taşımayan meseleler üzerinde ısrarla duruyor göründüğünde hastalar yanlış anlaşıldıklarını ve eleştirildiklerini hissetmişlerdir. Birçok kişi hem narsisistik hem de daha klasik obsesif sorunlar yaşasalar da, kişilikleri temelde narsisistik olan kişiler 1970'lerin öncesinde analitik terapiden çok az yarar sağlayabilmişlerdir; kendilik bozukluğu olan kişilere yardım etme becerilerimiz ancak 1970'lerde patolojik narsisizme ilişkin etiyoloji ve tedavi teorilerinin geliştirilmesiyle kapsamlı bir şekilde artmıştır. Bu dönemin öncesinde analitik yöntemle tedavi edilmiş ve hâlen, terapistlerine ve genelde psikanalize karşı kin taşıyan tanıdığım birkaç kişi var.

Psikoterapi deneyimlerine ilişkin popüler yayınlarda, yanlış konan tanıların etkilerine ilişkin örnekler olduklarını düşündürten olguları görmek mümkündür; örneğin, David Viscott'un (1972), "Dr. Frost" diye adlandırdığı bir terapistle başarısız sonuçlanmış terapisini betimlediği kitabı, analistinin, obsesif bir kişi için uygun olabilecek ancak Viscott'un kendiliğinin empatik aynalanma ve onaylanmaya duyduğu açlığa açık şekilde duyarsız kalan bir tarzı uyguladığı izlenimini vermektedir. Bu iki tip arasındaki ayrım ve bunun tespit edilememesine bağlı bir tanısal hatanın doğuracağı sonuçlar üzerine daha fazla ayrıntı Bölüm 13'te bulunabilir.

Narsisistik Kişilik – Histerik Kişilik Karşılaştırması

Narsisistik kişilik ile obsesif kompülsif kişilik arasındaki farkın tespiti erkek hastalarla çalışırken daha sık olarak gerekli olurken, narsisizm ile histeri arasındaki farkın tespiti kadın hastalarla çalışırken daha sık olarak gerekli olmaktadır. Histerik örgütlenme gösteren kişileri, narsisistik savunmaları kullanmalarından dolayı, kolayca narsisistik karakter olarak yanlış şekilde değerlendirme hatasına düşülür. Histerik belirtileri, yüksek düzeyde teşhirci davranış ve erkeklerle, idealizasyonun hemen ardından değersizleştirmenin geldiği bir ilişki kurma örüntüsü içeren kadınlar temelde narsisistik olarak görülebilirler, ancak bu kişilerin kendilikle ilgili meseleleri cinsiyetle ilişkilidir ve bu meselelerin şiddetini utanç duygusundan çok kaygı arttırır. Belirli aşırı çatışmalı alanlar dışında, bu kişiler, sıcakkanlı ve sevecendirler ve içleri boş

değildir (bkz. Kernberg, 1984). Narsisistik kişilik ile histerik kişilik arasındaki farkların ayırt edilmesinin önemi bu iki kişilik tipinin birbirinden oldukça farklı terapötik koşulları gerektirmesinde yatar. Histerik hastalar nesne aktarımlarının, narsisistik hastalar ise kendiliknesnesi aktarımlarının iyi takip edilmesini gerektirirler ve terapide ancak bu şekilde bir ilerleme sağlarlar. Bölüm 14'te bu konu üzerinde daha ayrıntılı olarak duracağım.

Özet

Bu bölümde, karakteri narsisistik örgütlenme gösteren kişinin içi-boşalmış öznel dünyası ve bu durumdaki bir kişinin tutarlı ve değerli bir kendilik duygusunu sürdürmeye yönelik telâfi edici davranışlar betimlendi.Utanç ve haset duygulanımlarının, idealizasyon ve değersizleştirme savunmalarının ve özsaygıyı dengede tutmaya ve özsaygının uğradığı hasarı onarmaya yönelik olan kullanma ve kullanılma ilişki örüntülerinin önemi üzerinde durdum. Narsisistik kişinin kendiliknesnesi aktarımlarına eğilimi ve terapistin, ilişkisizlik duygusunun hâkim olduğu karşı-aktarım tepkileri tartışıldı. Narsisistik durumun bu kendine özgü yönlerinin göz önünde tutulmasına dayalı olarak teknikle ilgili kimi tespitler yapıldı; öte yandan, bu hasta grubuna uygun tekniğin ne olduğu konusunu tartışmalı bir mesele hâline getiren, narsisizme ilişkin psikanalitik görüşlerdeki ayrılıkların hâlen devam ettiği de kabul edilmiştir. Son olarak, narsisistik karakter örgütlenmesi narsisistik tepkilerden, psikopatiden, depresif (melankolik) kişilikten, obsesif ve kompülsif karakter yapısından ve histeriden ayırt edilmiştir.

İleri Okuma Önerileri

Kohut'un (1971) *The Analysis of the Self* adlı kitabını yayınlamasının ve Kernberg'ün (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism** adlı kitabında alternatif bir görüşü ileri sürmesinin ardından 1970'lerden bu yana narsisizm üzerine çok hacimli bir psikanalitik literatür oluşmuştur. Belirttiğim bu iki kitap o kadar çok mesleki jargon içermektedir ki, psikanalizle yeni tanışmış birinin bunları okuması neredeyse imkânsızdır. Daha başa çıkılabilir seçenekler arasında Alice Miller'ın (1975) *Prisoners of Childhood* (başka bir baskısında *The Drama of the Gifted Child*** adıyla yayınlanmıştır), Bach'ın (1985) *Narcissistic Suites and the Therapeutic Process* ve Morrison'ın (1989) *Shame: The Underside of Narcissism* adlı kitapları sayılabilir. Morrison (1986) ayrıca, narsisizm üzerine başlıca psikanalitik makaleleri içeren *Essential Papers on Narcissism* adlı bir kitabın editörlüğünü yapmıştır; bu kitaptaki makalelerin de çoğu mükemmeldir.

(*) Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm (1999), çev. Mustafa Atalay. İstanbul: Metis Yayınları – ç.n.

(**) *Yetenekli Çocuğun Dramı.* (2006). çev. Emine Avşar. İstanbul: Profil Yayıncılık – ç.n.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Şizoid Kişilikler

Karakteri temelde şizoid olan kişiler, şizoid dinamiklerin her zaman oldukça ilkel bir yapıya işaret ettiği yönünde yaygın bir hatalı kanıya dayanılarak birçok açıdan yanlış değerlendirilirler. Şizoid süreklilik hattının daha patolojik tarafındaki kişilere kesin olarak psikotik bir tanı kategorisi olan şizofreni tanısı uyduğu için ve şizoid kişilerin davranışları, alışılmışın dışında, eksantrik ve hatta garip olabildiği için; şizoid olmayan kişiler şizoid dinamikleri olan kişileri, bu kişiler, egolarının güçlü olduğu birçok alan bulunan, yetkin ve özerk kişiler olsalar da olmasalar da, patolojik olarak değerlendirme eğilimine girmektedirler. Aslında, şizoid kişiler, bir tarafta hastanede yatan katatonik hastadan, diğer tarafta yaratıcı dâhiye kadar yayılan bir yelpaze içinde yer alırlar.

Diğer tipolojik kategorilerde olduğu gibi, bir insan, psikolojik açıdan tamamen işlevselliğini kaybetmiş bir hâlden, ortalama düzeye göre daha iyi hâle kadar, çeşitli düzeylerde şizoid olabilir. Şizoid karakteri tanımlayan savunma ilkel nitelikte bir savunma olduğu için (fantaziye geri-çekilme), nispeten daha sağlıklı olan şizoid kişilerin sayısı hasta olanlara göre daha az olabilir; ancak bu varsayımı ampirik açıdan destekleyen araştırma bulgularına veya sistematik klinik gözlemlere hiç rastlamadım.[1] Felsefi inceleme, tinsel uy-

---

1 Daha sonra şizofrenik olan kişilerde en sık görülen hastalık öncesi kişilik tipinin şizoid kişilik olduğunu gösteren kanıtlar uzunca bir dönemdir ortaya konmaktadır (E. Bleuler, 1911; Nannarello, 1953; M. Bleuler, 1977; Peralta, Cuesta, & de Leon, 1991); ancak tüm şizoid kişilerin psikotik bir çökme riski altında oldukları yönündeki görüşün ampirik bir temeli yoktur.

gulamalar, teorik bilim ve yaratıcı sanatlar gibi alanlardaki meslekler karakteri şizoid olan kişileri çeken mesleklerdir. Şizoid yelpazenin üst düzey işlevsellik tarafında Ludwig Wittgenstein, Martha Graham gibi oldukça özgün ve bir parça da eksantrik diğer bireyleri görebiliriz.

Analistlerin çoğunun şizoid yelpazede farklı olasılıklar veya genel şizoid temaların büyük farklılık göstermeyen değişik biçimleri olarak değerlendirecekleri durumlar, 1980'de yayınlanan DSM-III'te birbirinden ayrı kategoriler olarak kabul edildi. Böyle bir kararın verilmesinde karmaşık teorik meselelerin etkisi olmuştur (bkz. Lion, 1986) ve bu karar, belirli şizoid durumların doğası hakkında eskiden beri süren tartışmaları yankılayan güncel görüş farklılıklarını göstermektedir (E. Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919; Kretschmer, 1925; Schneider, 1959; Jaspers, 1963; Gottesman, 1991; Akhtar, 1992). Bugün, analitik uygulayıcıların çoğu, şizoid, şizotipal ve kaçıngan kişilik bozukluğu tanılarını şizoid karakterin psikotik olmayan biçimleri olarak ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ve şizoafektif bozukluk tanılarını şizoid karakter işleyişinin psikotik düzeyleri olarak görmeye devam ederler.

ŞİZOİD KİŞİLİKLERDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Klinik deneyimler, yetişkinliğinde şizoid olan kişilerin mizaç açısından dışsal uyaranlara karşı aşırı-tepkisel ve hemen aşırı uyarılma durumuna girdiklerini telkin etmektedir. Şizoid kişiler çoğu kez kendilerini doğuştan duyarlı olarak betimlerler ve yakınları da sık sık bu kişilerin çok fazla ışık, ses veya hareket karşısında geri çekilen bebeklerden olduklarını belirtirler. Sanki şizoid bireylerin sinir uçları diğer kişilere göre yüzeye daha yakındır. Çocuklarda mizaç üzerine yapılan kontrollü gözlemler ve araştırmalar (Thomas, Chess, & Birch, 1970; Brazelton, 1982), nesiller boyu ebeveynlerin bildirdikleri gözlemleri onaylamıştır: Bebeklerin çoğu, sıcak bir bakıcının bedenine tutunup, sarılıp, kendilerini kucaklatırlarken, bebeklerin bazıları sanki onlara dokunan yetiştin rahatlarını ve güvenliklerini bozmuş gibi kasılır veya geri çekilirler. Bu tür bebeklerin, özellikle de bu bebeklerle esas bakıcıları arasında "yetersiz uyum" varsa (Escalona, 1968), bünyesel olarak şizoid kişilik yapısına eğilimli oldukları düşünülmektedir.

Şizoid kişi, klâsik açıdan anlaşıldığı şekliyle dürtü alanında, oral-düzey meselelerle mücadele etmekte olduğu izlenimini verir. Spesifik olarak, bu kişi, dışarıdaki biri veya bir şey tarafından yutulma, işgal edilme, bozulma, ele geçirilme, yenilme tehlikelerinden kaçınma meseleleriyle uğraşır. Geçmişte katıldığım bir süpervizyon grubundaki yetenekli bir şizoid terapist grup üye-

lerine, gruptaki kişilerin çember şeklindeki oturma düzenlerinin çok büyük bir ağız veya devasa bir "C" harfi oluşturduğuna ilişkin oldukça canlı bir fantazisini betimlemişti. Eğer hastalarından birine ilişkin duygularını içten bir şekilde anlatarak kendi korunmasızlığını açığa vurursa, grubun onun üzerine kapanacağını ve "C"nin "O" olacağını ve bu çemberin içinde boğulup yok olacağını hayal etmişti.

Bu meslektaşımın fantazilerine benzer nitelikteki fantaziler, fantaziyi kuran kişinin kendi açlığının yansıtmalarından ve dönüşümlerinden oluşmakta oldukları yorumunu akla getirmekteyseler de (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1961), şizoid kişi iştahlı dürtüleri kendiliğin içinden geliyor olarak deneyimlemez. Bunun yerine, dışsal dünya, kişinin güvenliğine ve bireyselliğine karşı yutucu ve bozucu tehditlerle dolu olarak deneyimlenir. Fairbairn'in şizoid durumları "aç kalmış sevgi" olarak gören anlayışı; şizoid kişinin günlük öznel deneyimini değil, karşıt yönde işleyen ve görülür nitelikteki eğilimler olan geri çekilme, fantazide doyum arama, maddi dünyayı reddetme eğilimlerinin altında yatan dinamikleri betimlemektedir. Şizoid kişiler duygusal açlıklarından kaynaklanan tamahkârlıklarından o denli kopukturlar ki, fiziksel açıdan ince yapılı olmaya yatkınlık bile gösterirler (krş., Kretschmer, 1925).

Bu duruma benzer şekilde, şizoid kişiler, bazı fantazilerinin şiddet dolu içeriğine karşın başkalarında pek de saldırgan oldukları izlenimi bırakmazlar. Aileleri ve arkadaşları çoğu kez bu kişileri az rastlanır derecede nazik ve sakin insanlar olarak görürler. Yeteneklerine ve geleneklere şizoid kayıtsızlığına hep imrenmiş olduğum bir arkadaşım evlilik töreninde ablası tarafından, sevgiyle, her zaman "uysal bir insan" olmuş olduğu şeklinde betimlenmişti. Bu uysallık, arkadaşımın korku filmlerine, gerçekten işlenmiş suçlarla ilgili kitaplara ve dünyanın yok olduğuna ilişkin felaket fantazilerine gösterdiği eğilimle çarpıcı bir tezatlık içinde bir arada bulunuyordu. Burada bir dürtü yansıtması sürecinin işlediği kolayca varsayılabilir; ancak arkadaşımın kendisi hakkında bilinç düzeyindeki deneyimi –ve başkaları üzerinde bıraktığı izlenim– tatlı, uyumlu, sevilebilir eksantrik biri olduğu şeklindeydi. Bu kişiye benzer kişilerle çalışmış analitik teorisyenlerin çoğu, şizoid danışanların açlıklarını ve saldırganlıklarını ağır bir savunma duvarının altına gömdükleri sonucuna varmışlardır.

Duygulanımsal açıdan, şizoid dinamikleri olup üst düzey işlevselliği olan bireylerin birçoğunun en çarpıcı yönlerinden biri, yaygın olarak görülen savunmaların bu kişilerde *bulunmaması* durumudur.Genellikle, birçok

duygusal deneyimle, onları tanıyan kişileri şaşırtan ve hatta rahatsız eden bir derinlik ve gerçeklik düzeyinde tanışıktırlar. Şizoid bir kişinin, hayatın acımasız gerçekleri bu kadar ortadayken başkalarının kendilerine nasıl bu kadar kolayca yalan söyleyebildiklerine hayret etmesi sıkça görülen bir durumdur. Şizoid kişilerin yaşadıkları yabancılaşmanın bir kısmı, kendi duygusal, sezgisel ve duyumsal yeteneklerinin diğer kişiler tarafından anlaşılıp onaylanmamasından kaynaklanır; bunun basit nedeni de, diğer kişilerin şizoid kişilerin deneyimlerini algılamamalarıdır. Şizoid kişinin, diğer kişilerin reddettikleri veya görmezden geldikleri içerikleri algılama yeteneği o kadar doğal ve çabasızca işler ki, bunun sonucunda, şizoid olmayan akranlarının daha az açık, daha az çift-değerlikli ve daha az üzücü dünyasına empati kuramayabilir.

Şizoid kişiler, utanç veya suçluluk meseleleriyle gereğinden fazla uğraşıyor gibi görünmezler. Olan bitenleri değiştirmeye veya tersi şekilde, yargılamaktan uzak durmaya ilişkin içsel bir istek hissetmeden kendilerini ve dünyayı hemen hemen olduğu gibi alma eğilimi gösterirler. Buna karşın, temel güven alanında yoğun kaygı yaşayabilirler. Kaygıları çok arttığında da saklanırlar; bunu ya bir münzevinin inzivaya çekilmesine benzer şekilde dış dünyadan kendilerini yalıtarak ya da hayal dünyalarına geri çekilerek yaparlar (Kasanin & Rosen, 1933; Nannarello, 1953). Şizoid kişi her şeyden önce bir yabancı, bir seyirci, insanlık durumunun bir gözlemcisidir. Şizoid sözcüğünün etimolojisinde belirtilen "bölünme" iki alanda yaşanır: Kendilik ve dış dünya arasında; deneyimlenen kendilik ve arzu arasında (bkz. Laing, 1965). Analitik teorisyenler şizoid kişilerdeki bölünme deneyiminden bahsettiklerinde, kendiliğin bir parçasından veya hayattan yabancılaşma duygusunu kastetmektedirler. Kişinin, dönüşümlü olarak bir dönemde belli bir ego durumunu ve sonrasındaki dönemde bunun zıtı bir ego durumunu yaşadığı veya dünyayı savunmacı şekilde tümden-iyi ve tümden-kötü yönlere ayırdığı bölünme savunma mekanizmasında ise, bölünme sözcüğü başka bir sürece işaret eder.

ŞİZOİD KİŞİLİKLERDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Daha önce de belirtildiği gibi, şizoid kişilik örgütlenmesinde patolojinin varlığını gösteren savunma, kişinin içsel bir hayal dünyasına geri-çekilmesidir. Şizoid kişiler, ayrıca, yansıtma ve içe-atma, idealizasyon, değersizleştirme ve daha az düzeyde olmak üzere, kökenleri kendilik ve ötekilerin birbirlerinden tamamen ayrımlaştıkları dönemin öncesinde bulunan başka savunmaları da kullanabilirler. Nispeten "olgun" savunmalar arasında ise, düşünselleştirme

savunması, şizoid kişilerin çoğunun en belirgin tercihidir. Şizoid kişiler, inkâr ve bastırma gibi, duygulanımsal ve duyumsal bilgileri bloke eden mekanizmaları nadiren kullanırlar. Benzer şekilde, bölmeleme, ahlâksallaştırma, yapıpbozma, karşıt-tepki oluşturma ve kendine-karşı-döndürme gibi, deneyimleri iyi-ve-kötü kutuplarına göre düzenleyen savunmacı işleyişler şizoid kişilerin savunma repertuarlarında nadiren yer alır. Şizoid bireyler stres altındayken dışsal uyaranların yanı sıra kendi duygulanımlarından da geri-çekilebilirler ve çoğu kez, başkalarından gelen duygulanımsal mesajlara yüksek düzeyde algısal açıklıkları olduğuna ilişkin kanıtlar göstermelerine karşın donuk, durgun veya uygunsuz görünebilirler.

Şizoid kişinin en uyum sağlayıcı ve heyecan verici yeteneği yaratıcılıktır. En özgün sanatçıların güçlü bir şizoid yönleri vardır –sanatçının tanımı gereği bu böyledir neredeyse; çünkü kişinin, geleneğe yeni bir yaklaşımla bir etkide bulunabilmek için gelenekten ayrı durması gerekir. Nispeten daha sağlıklı şizoid kişiler temel niteliklerini sanat eserlerine, bilimsel araştırmalara, teorik çalışmalara veya tinsel keşiflere dönüştürürler; nispeten daha ağır durumdaki şizoid kişiler ise, yapabilecekleri olası çalışmaların, başlayamadan, yaşadıkları dehşet ve yabancılaşma duygularıyla engellendiği içsel bir cehennemde yaşarlar. Otistik geri-çekilmenin yaratıcı çalışmalara yüceltilmesi şizoid hastalarla yapılan terapinin birincil hedefidir.

ŞİZOİD DURUMLARDA NESNE İLİŞKİLERİ

Şizoid kişilerin yaşadığı birincil ilişkisel çatışma yakınlık ve uzaklık, sevgi ve korku meseleleriyle ilgilidir. Bağlanmaya yönelik derin bir çift-değerlilik öznel hayatlarını doldurur. Bir yandan diğer kişilere yakın olmaya büyük bir özlem duyarlar, öte yandan sürekli olarak diğer kişilerin onları yutacağı tehdidini yaşarlar; bir yandan güvenliklerinden ve ayrı bir hâlde olduklarından emin olmak için diğer kişilerle aralarına mesafe koymaya çalışırlar, öte yandan yabancılaşma ve yalnızlık duygularından şikâyetçi olabilirler (Karon & VandenBos, 1981). Şizoid bireylerin "klâsik açmaz"ını, "şizoid kişi, diğer bir kişiyle bir ilişkinin ne içinde bulunabilir ne de dışında durabilir, her iki durumda da, çeşitli şekillerde hem kendisini hem de nesnesini kaybetme tehlikesini yaşar" şeklinde betimlemiş olan Guntrip (1952) bu açmazdan "içinde ve dışında programı" olarak bahseder (s. 36). Robbins (1988) bu dinamiği şöyle bir mesaj şeklinde özetler: "Yalnızım, yaklaş bana; ama benden uzak dur, işgal edilmekten korkuyorum" (s. 398).

Cinsel açıdan bakıldığında, bazı şizoid kişilerin, işlevsel ve orgazmik

olmalarına karşın duygusal olarak oldukça donuk oldukları görülür. Diğer kişi ne kadar yakınsa, cinsel ilişkinin iç içe geçme anlamına geleceği endişesi de o kadar büyüktür. Birçok heteroseksüel kadın tutkulu bir müzisyene âşık olmuş ama sevdikleri kişinin tensel yoğunluğunu kullandığı müzik âletine sakladığını görmüşlerdir. Benzer şekilde, bazı şizoid kişiler, ulaşılabilir cinsel nesnelere muğlâk bir kayıtsızlık hissederken ulaşılamaz cinsel nesnelere büyük bir özlem duyarlar. Şizoid kişilerin partnerleri ise, bu kişilerin sevişirken mekanik veya o andan kopuk olduklarından şikâyet ederler bazen.

Şizoid dinamiklerin ortaya çıkışına ilişkin nesne ilişkileri teorileri, şizoid durumların kökenlerini belirli bir gelişim döneminde tespit etmeye yönelik çok fazla sayıda çalışmayla doludur kanımca. Karakter yapısı *tipini* açıklamakta saplanma-gerileme hipotezinin uygunluğu ve yeterliliği, daha önce de belirttiğim gibi, sorunludur; ancak bu hipotezin çekiciliği anlaşılabilir: Bu hipotez, kafa karıştırıcı olguları, bunları ortalama bir çocuksu hayatın olağan kalıntıları şeklinde değerlendirerek, bir çerçeve içine oturtur ve böylece normal olarak görülmelerini sağlar. Bu bakış açısıyla hareket eden Klein (1946), şizoid mekanizmaların kökenlerini erken bebeklikte yaşanan evrensel nitelikteki paranoid-şizoid durumda bulmuştur. Diğer erken dönem nesne ilişkileri analistleri de bu bakış açısını benimsemişler ve şizoid dinamiklerin yenidoğan dönemindeki deneyime doğru bir gerileme olarak görüldüğü açıklama paradigmaları geliştirmişlerdir (Fairbairn, 1941; Guntrip, 1971). Günümüzdeki teorisyenler de saplanma-gerileme modelinin gelişimsel yanlılığı çerçevesinde düşünme eğilimini sürdürmüşlerdir; ancak bu teorisyenler, saplanma noktasının hangi erken dönem olduğu konusunda farklı görüşler ortaya koyarlar. Örneğin, Kleincı gelenek içinde, Giovacchini (1979) şizoid bozuklukları temelde "zihinsellik-öncesi" dönemden kaynaklanıyor olarak değerlendirirken, Horner (1979) bu bozuklukların kökenlerini çocuğun ortakyaşarlık durumundan çıktığı daha sonraki bir yaşta görür.

Belki de, şizoid kişiliğin kaynakları hakkında daha verimli görüşler, çocukları şizoid gelişim yönünde etkileyen yetiştirme tarzlarına ilişkin analitik gözlemlerde yatmaktadır.

Çocuğu geri-çekilmeye yöneltebilecek bir ilişkililik tipi, nüfuz eden, aşırı yatırım yapan, aşırı karışan türde ebeveynlik tutumlarından oluşur (Winnicott, 1965). Boğucu bir annesi olan şizoid bir erkek yakın dönem popüler edebiyatın başlıca kişilerinden biridir ve akademik yayınlarda da bu kişiye rastlanabilir.

Şizoid özellikleri olan erkek hastaları tedavi etmiş klinisyenlerin sıkça

gözlemledikleri bir aile ortamı tipi, baştan çıkarıcı veya sınırları ihlâl edici bir anne ile sabırsız, eleştirel bir babanın bulunduğu ailelerdir.[2]

Ebeveynin ilişkiye katılımının yalnızca derecesi değil, *içeriği* de şizoid uzaklık ve geri-çekilme örüntüsünün gelişmesiyle bağlantılı olabilir. Şizofrenik psikoz geliştirmiş kişilerin ailelerini gözlemleyen birçok araştırmacı birbiriyle çelişen ve kafa karıştırıcı iletilerin rolünün önemini vurgulamışlardır (Searles, 1959; Laing, 1965; Lidz & Fleck, 1965; Singer & Wynne, 1965a, 1965b; Bateson ve diğ., 1969). Bu tür örüntülerin genel olarak şizoid dinamiklerin gelişmesine yol açması mümkündür. Çocuğu çift taraflı çıkmaz bir duruma sokan, duygusal açıdan dürüst olmayan mesajlarla yetiştirilmiş bir çocuk, kendiliği dayanılmaz düzeylerdeki içsel karışıklık ve öfkeden korumak için geri-çekilme mekanizmasını kullanmaya başlayabilir kolayca. Çocuk, ayrıca, derin düzeyde umutsuz hissetmeye de başlayacaktır; bu da şizoid hastalarda sık sık görülen bir tutumdur (örn., Giovacchini, 1979).

Şizoid özelliklerin gelişmesine ilişkin nüfuz edici-ebeveyn teorisinin açıklamalarına açık bir karşıtlık oluşturacak şekilde, çocuklukları ağır yalnızlık ve ihmal edilmişlik duygularıyla dolu olarak geçmiş insanlar da vardır; bu insanların, ne kadar derin düzeyde yalıtıcı olursa olsun, geri-çekilme tercihleri sıkıntılarla dolu bir durum içinde buldukları bir çıkış yolu olarak görülebilir.[3] Şizoid olgularla ilgili literatürün bir özelliği –şizofreninin ağır sosyal bedellerinden dolayı oldukça kapsamlı bir literatürdür bu– birbirine karşıt ve birbirini dışlayan formülasyonlara hangi kaynağa baksak rastlayabilecek olmamızdır (Sass, 1992). Hem nüfuz edici tutumların hem de yoksun kalmanın şizoid sorunları birlikte belirlemesi mümkündür: Bir çocuk yalnız ve yoksun kalmış bir hâldeyse ve ebeveynlerinden empatiden uzak ve mütecaviz tutumlar dışında başka bir tutum görmüyorsa, bir özlem duyma-kaçınma, yakınlık-uzaklık çatışmasının yaşanması da kaçınılmaz olacaktır. Masud Khan'ın

---

2 DSM'nin son baskıları şizoid, şizotipal ve kaçıngan tanılarındaki cinsiyet dağılımı oranına ilişkin bir bilgi vermese de, terapistlerin çoğu, şizoid kişilik gösteren erkek hastaları kadınlara göre daha çok sayıda görmektedirler. Bu tespit, ailelerin çoğunda birincil bakıcının, psikolojik açıdan kız çocuklarının özdeşleşmeleri ve erkek çocukların ayrılmaları gereken bir kadın olmasından dolayı, kadınların aşırı bağlanma nitelikleri gösteren bozukluklara (örn., depresyon, mazoşizm), erkeklerin ise diğer kişilerden aşırı yalıtılmışlığı gösteren bozukluklara (örn., psikopati, şizoid durumlar) daha yatkın oldukları yönündeki psikanalitik gözlemle de uyumludur. Bkz. Dinnerstein (1976) ve Chodorow (1978, 1989).

3 Kendi şizoid eğilimleri, şizoid deneyimlerini geniş ruh sağlığı camiasına açıklama çabalarını derinden etkilemiş iki analist olan Harry Stack Sullivan ve Arthur Robbins, erken dönemde yaşanan aşırı düzeyde bir yakın ilişki yoksunluğu ve bu yoksunluk sonucunda oluşan yalnızlık ve yalıtılmışlık duygusundan bahsederler (Mullahy, 1970; Robbins, 1988).

(1963, 1974) şizoid durumlara ilişkin çalışmaları, gerçekçi nitelikteki bir anne koruyuculuğu deneyimindeki yetersizliklerden kaynaklanan "birikimli travma" durumu ile annenin aşırı-özdeşim kurmasının içerdiği "ortakyaşamsal tümgüçlülük" durumunun bir arada yaşandığını vurgular.

ŞİZOİD KENDİLİK

Şizoid kişilikleri olan kişilerin en dikkat çekici yönlerinden biri geleneksel sosyal beklentilere aldırmazlıklarıdır. Bir önceki bölümde ele alınmış olan narsisistik kişilik tarzı ile çarpıcı bir karşıtlık oluşturacak şekilde, şizoid kişi, başkaları üzerindeki etkisine ve dış dünyada bulunan kişilerin değerlendirmelerine açıkça kayıtsız kalabilir. Görünüşte uyumlu tutumlar ve başkalarıyla uygunluk içinde olmaya yönelik davranışlar, acı veren öznel bir yalnızlık duygusunu hissediyor olsunlar veya olmasınlar, şizoid kişilerin doğasına aykırıdır. Uyum sağlayıp katılmakta olumlu bir yan gördüklerinde bile, sosyal nitelikli sohbetler yapmayı veya sosyal bir etkinlik içinde yer almayı, bunları temelde yapmacık ve yapay olarak değerlendirip tuhaf, hatta sahtelik içeren deneyimler olarak yaşarlar genellikle. Şizoid kendilik, insanlığın geri kalanından güvenli bir mesafede durur her zaman.

Şizoid kişilerin birçoğunun gösterdiği kopuk, alaycı ve hafiften küçümseyici tutumlara birçok araştırmacı dikkat çekmiştir (E. Bleuler, 1911; Sullivan, 1973; M. Bleuler, 1977). Yalıtılmış bir üstünlük duygusuna yönelik bu eğilimin kökenleri, yukarıda bahsedilmiş olan etiyolojik hipotezde belirtilen aşırı denetleyici veya aşırı mütecaviz Öteki'nin saldırılarını savuşturma çabalarında bulunabilir. En dağılmış görünen şizofren hastaların bile, bir tür maksatlı karşı koyma tutumu gösterdikleri eskiden beri belirtilir; sanki hastanın kendilik-bütünlüğü duygusunu korumasının tek yolu her türden geleneksel beklentiyi gülünç bir oyuna döndürmesinden geçmektedir. Sass (1992) bu olguyu "karşı-etiket" başlığı altında şöyle yorumlar:

> Kültürlerarası araştırmalar göstermiştir ki, ... şizofrenler genellikle "direncin en yüksek olduğu yol"a doğru gitmeye, içinde yaşadıkları toplumda o dönemde en kutsal görülen gelenekler ve kurallar hangileriyse bunları ihlâl etmeye eğilimli görünmektedirler. Bu nedenle, dini inançların yoğun olduğu Nijerya'da dinsel kuralları ihlâl etmeleri; Japonya'da ise, aile üyelerine saldırmaları çok daha muhtemeldir. (s. 110)

Eksantrik ve geleneklere meydan okuyucu davranışlara yönelik bu açıkça maksatlı tercihleri anlamanın bir yolu, şizoid kişinin, başkaları tarafından ta-

nımlanıyor olma durumundan –psikolojik olarak ele geçirilip yok edilme durumundan– büyük bir gayretle kurtulmaya çalışmakta olduğunu varsaymaktır.

Bu çerçeveden bakarsak, şizoid karakter yapısı gösteren kişiler için terk edilme duygusu yutulma duygusuna göre daha düşük düzeyde bir tehdittir. Michael Balint (1945), "Dostane Geniş Alanlar – Dehşet Verici Boş Alanlar" başlıklı ünlü bir makalesinde, birbirine karşıt şu iki karakter yönelimini karşılaştırmıştır: Tek başına olmanın huzurunu arayan "filobat" (uzak olmayı seven kişi) ve stres altındayken diğer kişilere *doğru* yönelen, ağlayacak bir omuz arayan "oknofil" (yakın olmayı seven kişi).[4] Şizoid kişiler, tanımına en uygun filobatlardır. Bu da pek şaşırtıcı değildir belki de; insanlar çoğu kez kendi sahip olduklarına zıt ve kıskandıkları niteliklere sahip olan kişileri çekici bulduklarından, şizoid kişiler, histerik kişilik gösteren kişiler gibi sıcak, kendini dile getiren ve sosyal kişilere çekici gelirler (ve bu kişileri çekici bulurlar) genellikle. Bu tür eğilimler, şizoid kişi yutulma korkusuyla daha da uzaklaşmaya çalışırken, şizoid olmayan partnerin ilişkide yaşanan kişilerarası gerilimi sürekli daha yakınlaşmaya çalışarak çözmeye çabaladığı bazı aşina olduğumuz ve zaman zaman da komik gelen sorunlara zemin hazırlarlar (krş. Wheelis'in [1966] "yanılsamasız" adam ve hayalci kadın üzerine yazdıkları).

Okuyucuya şizoid bireylerin soğuk veya ilgi ve sevgi göstermeyen kişiler oldukları izlenimini vermek istemem. Şizoid kişiler de diğer kişilere çokça ilgi ve sevgi gösterebilirler; ancak yine de, koruyucu bir kişisel alanı sürdürmeye ihtiyaçları vardır. Aslında, bazıları, psikoterapi alanında bir kariyere yönelirler ve bu alanda, olağanüstü duyarlılıklarını güvenlik içinde diğer kişilerin hizmetine sunarlar. Kendi şizoid özelliklerini iyi tanıdığı düşünülebilecek olan Alien Wheelis (1956), psikanaliz alanında bir kariyerin çekici ve sorunlu yönleri üzerine etkileyici bir makale yazmıştır. Wheelis, makalesinde, yakınlık ve uzaklık meseleleriyle ilgili temel bir çatışması olan kişilere, kendiliği divanın ardında ve yorumların yansızlığında saklarken, diğer kişileri başka hiç kimsenin tanıyamayacağı kadar yakından tanıma fırsatını veren bir meslek olan analiz mesleğinin nasıl çekici gelebileceğini anlatır.

Şizoid dinamikleri olan biri özsaygısını çoğu kez bireysel yaratıcı etkinliklerle korur ve sürdürür. Kendilerini değerlendirirken, düşüncelerine genel-

4 Psikanalitik geleneğin dışındaki araştırmacılar da, yakınlık ve uzaklık konusundaki bu farklı tercihlere ilişkin benzer nitelikte gözlemlerde bulunmuşlardır. Bunlara örnek olarak, peşinden giden-mesafe koyan paradigması veya yaklaşma-kaçınma çatışmaları kavramı verilebilir. Bu tür bir ikilem, bu meseleyi ele alan, hangi yaklaşımda olursa olsun neredeyse tüm araştırmacıların bakış açılarına göre, evrensel bir gerilim ve kişiliğin merkezi bir boyutu olarak görünmektedir. Bkz. Lachmann ve Beebe (1989) ve Livingston (1991).

likle kişisel bütünlük ve kendini ifade etme meseleleri hâkim olur. Psikopat kişinin kişisel güç kanıtlarının peşinde koştuğu veya narsisistik kişinin özdeğerini desteklemek için beğeni dolu geribildirimlerin arayışında olduğu durumlarda, şizoid kişi kendine ait özgünlük, duyarlılık ve biriciklik niteliklerinin onaylanmasını ister. Bu onay dışsal kaynaklar tarafından değil içsel kaynaklar tarafından, şizoid kişinin kendisi tarafından sağlanmalıdır. Ancak bu süreçte, yaratıcı çalışmalara ilişkin yüksek standartları olduğu için, şizoid kişiler kendilerine karşı çoğu kez oldukça özeleştirel bir tutum takınırlar. Aynı zamanda, otantiklik arayışlarını o kadar aşırı düzeylere vardırabilirler ki, yalıtılmışlık durumlarının devam etmesi ve yeni hayal kırıklıklarına uğramaları neredeyse kaçınılmaz olur.

Sass (1992) ikna edici bir şekilde, şizoid durumların modernitenin nasıl tam bir temsilini oluşturduğu betimlemiştir. Ona göre, çağdaş insanın ortak toplumsal bir duyarlılığa yabancılaşmış olması durumu, şizoid ve şizofrenik deneyimlerle ürkütücü benzerlikler taşır ve bu yabancılaşmayı, 20. yüzyılın sanat, edebiyat, antropoloji, felsefe ve eleştiri alanlarındaki yapı-sökücü yaklaşımlarında görebiliriz. Sass, spesifik olarak, modern ve post-modern düşünce ve sanat biçimlerinin özellikleri olan yabancılaşma, aşırı-düşünümsellik (çok katmanlı ve ayrıntılarla dolu özbilinç hâli), kopukluk ve aklını neredeyse yitirmiş akılcılık tutumlarına işaret eder ve bunları "doğal tutumların dünyası, günlük hayatın dünyası, paylaşılmış toplumsal anlamların ve gerçek fiziksel varlıkların dünyası"yla karşılaştırır (s. 354). Sass'ın yorumları, ayrıca, şizofreniye ve şizoid deneyime ilişkin birçok yüzeysel ve aşırı basitleştirilmiş açıklamaların, bu durumların içerdiği hepimizle ilgili önemli gerçekleri nasıl gözden kaçırdığına işaret eder.

ŞİZOİD HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Geri-çekilme eğilimlerine bakarak, sezgisel olarak, şizoid kişilerin psikoterapi ve psikanaliz gibi diğer kişiyle oldukça yakın bir ilişkiyi içeren ilişki biçimlerinden uzak duracakları düşünülebilirse de, şizoid kişiler, aslında, içsel deneyimlerine özenli ve saygılı bir yaklaşımla tedavi edildiklerinde, terapi sürecinde genellikle terapistin çabalarını görür ve işbirliği yaparlar. Klinisyenin seanslarda kendine ait bir gündeme değil danışana ait gündeme odaklanmaktaki disiplinli tutumu ve tedavinin geleneksel sınırlarının yarattığı güvenli mesafe (zaman sınırlamaları, ücret düzenlemeleri, danışanlarla sosyal veya cinsel ilişkilere yönelik ahlâki yasaklar, vb.) şizoid kişinin diğer kişiyle iç içe geçtiği ilişkisel deneyimler yaşayabileceği korkularını azaltır görünmektedir.

Şizoid danışanlar terapiye, diğer ilişkilerini şekillendiren aynı deneyim bileşimiyle, yani, duyarlılık ve dürüstlük tutumları ve yutulma korkularıyla yaklaşırlar. İnsan toplumundan yalıtılmışlık durumları çok acı vereci bir hâle geldiği için veya biriyle randevulaşmaya veya başka spesifik sosyal davranışları yapabilmeye karşı yaşadıkları ketlenmelerden kurtulma isteği gibi bu yalıtılmışlığı aşmaya yönelik belirli hedefleri gerçekleştirmek için yardım alma arayışında olabilirler. Bazen, kişilik tiplerinin getirdiği psikolojik dezavantajların farkında değildirler; yaşadıkları bir depresyondan veya kaygı durumundan veya başka türde bir semptom nevrozundan kurtulmayı istiyor olabilirler. Bazı durumlarda ise, tedaviye, delirmenin eşiğinde oldukları korkusuyla gelirler –çoğu kez de bu korkuyu duymakta haklıdırlar.

Şizoid kişinin terapinin erken dönemlerinde dili tutulmuş gibi konuşacak bir şey bulamaması ve boş ve kaybolmuş hissetmesi az rastlanır bir durum değildir. Hastanın, terapi ortamının sağladığı güvenliği içselleştirmesi esnasında yaşanan uzun süreli sessizliklerin sabırla beklenmesi gerekebilir. Danışan dayanılmaz düzeyde sessiz kalmıyorsa veya aşırı psikotik nitelikler göstermiyorsa, terapi devam ettikçe, analitik yönelimli terapistlerin çoğu şizoid karakter yapıları olan kişilerle çalışmayı severler. Bekleneceği gibi, şizoid kişiler çoğu kez içsel tepkilerini oldukça açık şekilde algılarlar ve bu deneyimlerinin, diğer kişilerde korku veya telaş duygusuna veya kendilerinin küçük görülmelerine veya alay konusu yapılmalarına yol açmadan dile getirilebildiği bir ortamın bulunmasından dolayı şükran duyarlar.

Şizoid bir hastayla çalışan bir terapistin çözüm getirmesi gereken ilk aktarım-karşı-aktarım durumu, hastanın öznel dünyasına, işgale uğrayacağı yönünde çok fazla kaygı uyarmadan ulaşmanın bir yolunu bulmaktır. Şizoid kişiler kopuk ve anlaşılması zor bir iletişim tarzına geri çekildikleri için, terapist de, bu kişileri, yaşayan insanlar olarak değil de ilginç olgu örnekleri olarak gördüğü bir karşı-kopukluk durumuna kolayca düşebilir. Şizoid kişilerin ilk aktarım "sınavları" (kontrol-hâkimiyet teorisinin bakış açısından), terapistin, hastayı anlama ve yardım etme kararlılığını koruyarak hastanın kafa karıştırıcı, cesaret kırıcı mesajlarına dayanabilecek derecede hastaya ilgi göstermekte olup olmadığını görmeye yönelik çabaları içerir. Doğal olarak, terapistin, hayatlarındaki diğer kişiler gibi, onlardan duygusal açıdan uzaklaşacaklarını ve onları umutsuz münzevi veya eğlendirici kaçık kategorisine atacakları korkusunu yaşarlar.

Şizoid durumları anlamaya yönelik çabaların tarihçesi, yalnızlık içindeki hastayı nesneye dönüştüren "uzmanlar"ın örnekleriyle doludur; şizoid

olguların çok ilgilerini çektiği bu uzmanlar, bu olguların temsil ettiği duygusal acıdan uzakta güvenli bir mesafede durmuş ve şizoid kişilerin sözlerini anlamsız, önemsiz veya çözme zahmetine değmeyecek derecede aşırı sembolik bulmuşlardır.

Şizoid durumların fizyolojik açıklamalarına duyulan günümüzdeki psikiyatrik ilgi de, şizoid kişinin öznelliğini ciddiye almamaya ilişkin bu eğilimin benzer bir biçimidir. Sass'ın (1992) da ileri sürdüğü gibi, şizofrenik ve şizoid durumlarda biyokimyasal ve nörolojik süreçlerin paylarını anlamaya yönelik çabalar, şizoid deneyimin hasta için taşıdığı *anlamı* ele almaya ilişkin hep duyulan ihtiyacı ortadan kaldırmaz. *The Divided Self* adlı kitabında R. D. Laing (1965) Emil Kraepelin'in görüşmüş olduğu şizofren bir kadını yeniden değerlendirir. Hastanın Kraepelin'e anlaşılmaz gelmiş olan sözleri, Laing'in empatik bakış açısından görüldüğünde anlam kazanır. Karon ve VandenBos (1981), uygun eğitimden geçmemiş veya hastayı anlama isteğini taşımayan klinisyenlerin kolayca "idareten bakım" verilmesi gerekir diye tanımlayarak baştan savabilecekleri ancak yardım edilebilir durumda olan çok sayıda hasta örneği verirler.

Karakter yapısı açısından şizoid olan ancak psikotik çökme tehlikesi göstermeyen kişiler –şizoid kişilerin çoğunluğu bu durumdadır–, patolojik geri-çekilme üzerine olan ciddi psikanalitik metinlerin büyük bölümünün konusu olan hastaneye yatırılmış şizofrenlere göre, terapistlerinde, çok daha az düzeyde bir kafa karışıklığına ve savunmacı kopukluk içeren tutumlara yol açarlar. Ama, şizoid kişilerin tedavisinde de, bu kişilerin durumlarına uyarlanmış biçimlerde, aynı terapötik koşullar geçerlidir. Şizoid hasta, terapistin kendisine, içsel deneyiminin, başkalarına tuhaf gelse de, anlaşılması mümkün bir anlam taşıdığı ve başka bir kişiyle tehdit edici olmayan bir yakınlığın temelini oluşturabileceği düşüncesi zemininde yaklaşması ihtiyacını duyar. Terapist, şizoid danışanın duygusal uzaklığının, ilişkisel bir bağ kurmaya aşılamaz bir engel değil, ele alınabilir bir savunma olduğunu aklında tutmalıdır. Klinisyen, hastayı terapinin daha erken dönemlerinde kendini açmaya itmeyi ya da hastayı nesneleştirme ve böylece kendinden uzaklaştırmayı içeren karşı-aktarım kışkırtmalarını eyleme-koymaktan kaçınabilirse, güçlü bir çalışma ittifakı yavaş yavaş gelişecektir.

Bir kez terapötik ilişkinin yoluna oturtulmasından sonra, bunu, bu ilişki zemini üzerinde, belirli başka duygusal sorunların ortaya çıkışı takip edebilir. Benim tecrübelerime göre, şizoid kişinin öznel kırılganlığı, terapistin sık sık yaşadığı zayıflık veya çaresizlik duygusu aracılığıyla görünür hâle gelir. Tah-

rip edici, yiyip yutucu dışsal dünya imgeleri ve fantazileri hem terapisti hem de şizoid kişiyi terapi sürecinin içinde tutsak alabilir. Tümgüçlülük ve paylaşılan üstünlük karşı-imgeleri de bulunabilir bu terapi ortamında ("İkimiz bir evreniz"). Hastanın eşsiz, farklı, yanlış anlaşılmış bir dahi veya yeterince takdir edilmemiş bir bilge olduğu yönünde hasta taraftarı algılamalar, belki de, bu özel çocuk için büyük bir gelecek tasarlamış olan aşırı karışan bir ebeveynin tutumlarına paralel olarak, terapistin içsel düşüncelerine hâkim olabilir.

ŞİZOİD KİŞİLİK TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Şizoid bir hastayla çalışan terapist, diğer karakter tiplerindeki hastalarda ancak yıllar süren bir çalışma sonrasında görülmesi mümkün olabilecek düzeyde bir özgünlüğe ve duygu ve imgelem farkındalığına açık olmalıdır. Tam bir kişisel analizden geçmeden danışan tiplerinin çoğunda başarılı olan birçok terapist tanıdım; ancak terapistlerin, kendileri de şizoid değillerse, kendi içsel derinlikleriyle kapsamlı bir terapötik karşılaşma yaşamadan şizoid hastalarla yapacakları çalışmalarda etkili ve başarılı olabileceklerinden kuşkuluyum.

Terapistlerin çoğu, terk edilme korkularının yutulma korkularından daha güçlü olduğu kısmen depresif bir psikoloji gösterdikleri için, doğal olarak, yardım etmeyi arzu ettikleri kişilere yakınlaşmaya çalışırlar. Dolayısıyla, şizoid hastaların duygusal alan ihtiyacına empati duymaları terapistler için zor olabilir. *Bir süpervizörüm geçmişte benim bir şizoid hastaya ulaşmaya yönelik yoğun ve aşırı nüfuz edici çabalarımı şöyle yorumlamıştı: "Bu adamın soda içmeye ihtiyacı var; sen ise, ona turta yedirmeye çalışıyorsun."* Emmanuel Hammer (1968) terapistin yalnızca koltuğunu hastadan biraz daha geriye doğru çekmesinin ve böylece hastaya terapistin onun alanına girmeyeceği, acele etmeyeceği, onu yönetmeye çalışmayacağı veya tutumuyla onu boğmayacağına yönelik sözsüz güvence vermesinin oldukça etkili olduğunu belirtmiştir.

Terapinin erken dönemlerinde, terapistin, hastanın mütecaviz bir tutuma maruz kalma korkularını göz önünde bulundurarak yorum yapmaktan kaçınması gerekir. Açıklamalar ve bazı rahat tepkiler olumlu duygularla kabul edilebilir; ancak şizoid kişiyi, dile getirdiklerinin ötesine doğru zorlama çabaları, onu huzursuz edecek veya olumsuz davranmaya itecektir. Bu durum da, danışanda geri-çekilme eğilimlerini arttıracaktır. Susan Deri (1968) hastanın gerçeklik ve içsel yapılanmışlık duygusunu pekiştirmek amacıyla, terapistin görüşlerini, sadece hastanın konuşmalarında kullandığı sözleri veya imgeleri kullanarak ifadelendirmesinin önemini vurgulamıştır. Hammer (1990), bunlara ek olarak, sorgulayıcı, sanki sınavdan geçiriyormuş gibi tutumlara

veya hastayı bir "vaka"ymış gibi hissettiren şekillerde davranışlara karşı terapistlere uyarılarda bulunur.

Normalleştirme, şizoid kişilerle verimli bir terapinin önemli bir yönüdür. Genel bir teknik olan "yukarı-yorumlama", Bölüm 4'te, psikotik-sınırdurum-nevrotik ekseninin psikotik tarafında yer alan kişilerle bağlantılı olarak tartışılmıştı; bu teknik, aşırı-şiddetli tepkilerinin anlaşılacağına ve dikkate alınacağına inanmakta zorluk çekmelerinden dolayı hangi psikolojik sağlık düzeyinde olursa olsun tüm şizoid kişiler için de yararlıdır. Belirgin şekilde üst düzey işlevsellikleri olsa bile, şizoid kişilerin çoğu, temelde normaldışı ve diğer kişilerin anlayamayacağı kişiler olduklarından endişe ederler. Bir yandan, önemsedikleri kişiler tarafından en tam şekilde tanınmak isterlerken; öte yandan da, içsel dünyalarını tamamen açarlarsa kaçık biri olarak görüleceklerinden korkarlar.

Şizoid kişiler arasında algılamalarının üstünlüğünden emin olanlar bile, diğer kişiler üzerinde yol açabilecekleri yabancılaştırıcı etkiye kayıtsız değillerdir. Terapist, şizoid kişinin içsel dünyasının anlaşılabilir nitelikte olduğunu mesajlarıyla paylaşan bir şekilde davranarak, şizoid kişinin, başka bir kişinin gündemine teslim olması istenmeden kabul edilme deneyimini içselleştirmesine yardım eder. Sonunda, hastanın özsaygı düzeyi, diğer kişiler onu anlamadıklarında bile zorluğun kendi deneyimlerinin olağandışılığında yatmıyor olabileceğini görebilmesini sağlayacak bir düzeye ulaşır; anlaşılma konusundaki zorlukların diğer kişilerin sınırlılıklarını yansıtıyor olabileceğini de görür. Terapistin danışanın dünyasının imge zenginliğini patoloji değil yetenek olarak yeniden adlandırması, duygusal deneyimleri tüm hayatları boyunca daha az duyarlı kişiler tarafından reddedilmiş veya önemsiz görülmüş olabilecek olan şizoid kişiler için son derece rahatlatıcıdır.

Terapistin, şizoid hasta tarafından yutan veya önemsizleştiren biri olarak deneyimlenmeden şizoid hastaya teyit ve kabul edildiğini göstermesinin bir yolu, hastanın yaşadığı meseleleri anlamakta olduğunu hastaya iletmek için sanatsal ve edebi imgelem kaynaklarını kullanmaktır.

Robbins (1988), kişinin kendisi hakkında, psikolojik dinamikleri tartışan bir bağlamda konuşabileceği bir yaklaşımı içeren, geçmişin saygıdeğer ve artık çoğu kez önem verilmeyen Freudcu geleneğin çerçevesinde, kendi psikanalizinin ilk dönemlerini şöyle betimler:

> Hayat hikâyemle ilgili olarak, ne söyleyeceğimi veya duygularımı nasıl paylaşacağımı bilemediğim birçok uzun sessizlikler yaşandığında, şanslıydım ki,

> analistim beni yalnız başıma o hâlde bırakmadı. Bazen bana, "uykudan önce hikâyeleri" anlatırdı [çocukken Robbins'e ebeveynleri hiç kitap okumamışlardı]; bunlar, tedavi esnasında ona ilettiğim dağınık konu ve imgelerle belli yönlerden ilişkili olan oyunlardan, edebi metinlerden veya filmlerden yapılmış alıntılar biçiminde olurdu. Bahsettiği kitaplar merakımı uyandırırdı ve ben de bunları bulup okurdum. Ibsen, Dostoyevski ve Kafka gibi yazarlar, içsel deneyimlerimi yansıttığını ve netleştirdiğini hissettiğim, zengin sembolik malzeme içeren önemli kaynaklar hâline geldiler benim için. Edebiyat ve daha sonra sanat, dile getirmeye çalıştığım meselelere sembolik biçimler veren alanlardı, sanki. En önemlisi de, bu kaynaklar, analistimle duyguları içeren paylaşımları yaşamamda temel bir yol sağladılar. (s. 394)

Robbins ve meslektaşları (Robbins ve diğ., 1980; Robbins, 1989) yaratıcı sanat terapilerine kapsamlı katkılarda bulundular ve danışanlarla yapılan psikanalitik çalışmaların estetik boyutunu ayrıntılı bir şekilde geliştirdiler. Bu boyut, şizoid kişilerle olan çalışmalarda özel bir uygunluk ve önem taşımaktadır.

Belki de, şizoid kişilerle terapötik bir ilerleme sağlamaya karşı en sık yaşanan engel –bir kez terapi ilişkisi sağlam bir şekilde yerine oturtulduktan ve hastayı anlama çabalarında yol alınmaya başlanıldıktan sonra–, hem terapistte hem de hastada görülen bir tür duygusal koza oluşturma eğilimidir. Bu kozanın içinde terapist ve hasta birbirlerini mükemmel şekilde anlarlar ve terapi seanslarını da, yorucu bir dünyadan bir süreliğine uzaklaştıkları bir mola olarak görüp sabırsızlıkla bekledikleri saatler olarak yaşarlar. Şizoid kişilerde, terapi ilişkisini, tedavi odası dışındaki hayatlarını geliştiren bir ilişki hâline getirmeye çalışmaktan çok, onun bir ikamesi hâline getirmeye çalışma eğilimi vardır; empatik bir terapist farkında olmadan danışanın bu eğilime katılabilir ve bunu pekiştirici davranışlara girebilir. Hastanın neredeyse her seansta zengin içgörüler geliştirmesine rağmen, sosyal bir etkinliğe katılmadığını, hiç kimseyi bir yere davet etmediğini, cinsellikle ilgili konularda herhangi bir ilerleme kaydetmediğini veya yaratıcı bir çalışmaya başlamadığını terapistin görüp anlayacağı zamana kadar terapide uzunca bir süre geçebilir.

Şizoid danışanın terapistle güvenli bir yakınlık ilişkisi kurmayı başarmasını terapi odası dışındaki dünyaya genellemesini sağlamak çok büyük bir çaba gerektirebilir. Terapist şu açmazla karşı karşıya kalır: Hastada daha iyi bir sosyal ve duygusal işleyişi geliştirmek üzere çalışmaktadır, ancak hastanın bu hedefi takip etmediğini hastaya belirtmeye yönelik davranışlarını hastanın mütecaviz, denetim altına alıcı ve alan ihtiyacına empatik olmayan yaklaşımlar olarak görebileceğini fark eder. Bu açmazın doğurduğu gerilim terapide

uygun bir noktada analiz edilebilir ve bu analiz, şizoid kişinin, yakınlık arzusu ile yakınlık korkusu arasında yaşadığı çatışmanın ne kadar güçlü bir çatışma olduğunu daha derin bir şekilde anlamasını sağlayabilir. Terapinin çoğu yönlerinde olduğu gibi burada da zamanlama çok önemlidir.

Robbins (1988) terapistin, sırf bir aktarım nesnesi olmadığı, bir "gerçek kişi" olduğu şeklinde davranmayı ve o şekilde görülmeyi istemesinin şizoid kişi için taşıdığı önemi belirtmiştir. Son yıllarda, aktarım tepkileriyle bir arada yaşanan "gerçek" ilişki birçok dinamik yönelimli klinisyen tarafından yeniden keşfedilmiş ve bu ilişkinin terapötik etkisi üzerinde durulmuştur (örn., Paolino, 1981). "Gerçek" ilişkiye odaklanılması, geçmişinde birçok "mış-gibi" ilişki bulunan ve terapistin bir insan olarak etkin katılımını deneyimlemeye ihtiyacı olan şizoid kişilerle yapılan çalışmalarda özellikle uygundur. Bu çerçevede, danışan açısından, terapistin etkin katılımına şöyle örnekler verilebilir: Diğer kişilerle ilişkilerini geliştirmeye yönelik olarak aldığı riskleri desteklemesi, geçmişinde yaşamadığı şekillerde terapistin davranışlarının mizah veya oyun içermesi ve diğer kişilerden saklanma veya duygusal bağ kurmaktan sakınma eğilimlerini önleyecek nitelikte tutumlarla danışana yaklaşması. Şizoid kişilerle çalışırken klinisyenler danışanla ilişkide daha katılımcı bir terapötik tarzın danışanın aktarım tepkilerinin ayırt edilmesini zorlaştırmadığını, hatta bu tepkilerin yoruma daha açık bir hâle gelebildiklerini görür.

AYIRICI TANI

Şizoid kişilerin görüşmeci üzerinde iyi bir izlenim bırakmaya ilişkin göreceli kayıtsızlık özellikleri şizoid psikolojinin kolayca tespit edilmesini sağlar. Şizoid kişilerle çalışırken temel tanısal zorluk, danışanın ego gücünü değerlendirmekte yatar. Diğer bir tanısal sorun da şudur: Bazı obsesif ve kompülsif kişileri, özellikle de patoloji yelpazesinin sınırdurum-psikotik tarafında bulunanları, olduklarından daha şizoid olarak görme hatasına kolayca düşülebilir.

Patoloji Derecesi

Şizoid yelpaze içinde bulunan bir kişinin patolojisinin ne kadar ağır olduğunu değerlendirmek oldukça önemlidir; dolayısıyla, şizoid kişilerle ilk yapılması gereken de böyle bir değerlendirmedir. DSM'nin son baskılarına katkıda bulunanları, geniş bir patoloji yelpazesini içeren başka birçok karakterolojik bozukluklar için yapmadıkları şekilde, birkaç şizoid tanı kategorisi vermeye yönelten nokta, şizoid durumun patoloji düzeyi boyutunu değerlendirmenin ne kadar önemli olduğunu görmüş olmalarıdır muhtemelen. Şizoid

tarz gösteren kişilerle yapılacak ilk değerlendirme görüşmelerinde olası psikotik süreçleri göz önünde bulundurmanın önemi ortadadır; halüsinasyon ve hezeyanlara ilişkin sorular, düşünce bozukluğunun bulunup bulunmadığına bakılması, hastanın düşünceleri eylemlerden ayırt etme kapasitesinin tespit edilmesi ve klinisyenin emin olamadığı durumlarda psikolojik test uygulamaları bu tür görüşmelerin zorunlu yönleridir. Değerlendirme sonuçları psikoza işaret ettiğinde, ilâç verme ve/veya hastaneye yatırma uygun olabilir.

Şizofrenik birini psikotik olmayan şizoid kişilik olarak değerlendirme hatasını yapmak bedeli ağır bir hata olabilir. Ne var ki, bir hastanın, sırf şizoid karakter gösterdiği için çözülme riski altında olduğunu varsaymak da eşit derecede şanssız bir hatadır. Şizoid kişiler çoğu kez olduklarından daha hasta olarak değerlendirilirler ve bir terapistin de bu hatayı yapması bu danışanların, bireyselliklerinin hep delilikle ilişkiliymiş gibi görüldüğü bir hayat boyunca yaşamak durumunda kalmış oldukları aşağılamaları biraz daha arttırır. (Aslında, psikotik bir hastayla çalışırken bile, terapistin, danışanın "yalnızca" bir şizofren olmadığı, birçok güçlü yönleri bulunan, yardım görmeyi bekleme hakkına sahip bir insan olduğu görüşünü yansıtacak şekildeki duruşu psikotik-düzey kaygıyı azaltan en etkili faktördür.)

Üst düzey işlevselliği olan şizoid kişinin özgünlüğüne ve bütünlüğüne saygı ve beğeni duymak, terapistin şizoid süreçlerin mutlaka olumsuz bir şeylere işaret etmediği gerçeğini bir kez kabul etmesinden sonra benimsenmesi kolay bir terapötik tutumdur. Kişilikleriyle ayrılmaz şekilde ilişkili olmayan bir sorundan dolayı terapiye başvurmuş bazı daha sağlıklı şizoid bireyler eksantrikliklerinin terapide ele alınmasını istemeyeceklerdir. Bu da onların hakkıdır. Şizoid bir kişinin kendini rahat hissetmesini ve kendini açmasını sağlayacak terapötik yaklaşımlar, bu durumda da, hastanın yüzleşmek istemediği meselelere yönelik çalışmaların başlamasını sağlayabilir.

Şizoid Kişilik – Obsesif ve Kompülsif Kişilik Karşılaştırması

Şizoid kişiler çoğu kez kendilerini diğer kişilerden yalıtırlar ve zamanlarının büyük bir kısmını fantazi dünyalarındaki başlıca meseleler hakkında düşünerek, hatta bu düşünceler içinde kaybolarak geçirirler. Ayrıca, yakınlık konusundaki çatışmalarından dolayı, donuk ve duygulanımsız görünebilirler ve kendilerine sorulan sorulara düşünselleştirmeye dayalı cevaplar verebilirler. Bazı şizoid kişiler, kompülsif olan veya kompülsif görünen davranışlar sergilerler veya hayatlarını kendilerine özgü bir dizi ritüele göre düzenlemişlerdir. Bunların sonucunda, obsesif veya obsesif kompülsif kişilik yapısı gösterdikle-

ri yönünde yanlış şekilde değerlendirilebilirler kolayca. Birçok kişide şizoid ve obsesif veya kompülsif nitelikler bir arada bulur; ancak bu iki tür kişilik örgütlenmesi "pür" tipler olarak ele alınabildikleri oranda, ikisi arasında bazı önemli farklar da vardır.

Obsesif bireyler şizoid kişilerin tam tersine, genellikle oldukça sosyal kişilerdir ve şizoid kişinin toplumsal beklentilere kayıtsız kalma eğiliminin yine tam tersine, saygınlık, uygunluk, akranların onayı ve toplum içindeki konumları konularında oldukça duyarlı davranabilirler. Obsesif kişiler, ayrıca, referans gruplarının hayat tarzını dikkatle takip etme ve ahlâki açıdan yargılayıcı olma eğilimi gösterirler; şizoid kişiler ise, geleneksel doğru ve yanlış sorularına cevap aramaya yönelik özel bir çaba göstermezler. Obsesif kompülsif kişilik gösteren kişiler duygularını inkâr eder veya yalıtırlar; şizoid kişiler ise, duygularını içsel olarak tespit ederler, ancak bunların dile getirilmesini talep eden ilişkilerden geri çekilirler.

Özet

Şizoid kişilikleri olan kişilerin, güvenlik duygusunu nasıl, onları yutacaklarından korktukları diğer kişilerle yakınlık kurmaktan kaçınarak ve içsel fantazi dünyasına kaçarak korudukları üzerinde durdum. Yakınlık-uzaklık çatışmasını yaşadıklarında, şizoid kişiler, taşıdığı yalnızlık durumuna karşın ikinci seçeneği seçeceklerdir; çünkü yakınlık, kendiliğin şizoid kişi için tehlikeli şekillerde diğer kişilerin işgaline uğraması anlamına gelmektedir. Muhtemel bünyesel öğeler, aşırı-duyarlılık ve buna bağlı olarak uyarandan kaçınma eğilimlerini içerir. Neredeyse otistik düzeyde işleyen bir fantaziye geri-çekilme savunmasını kullanmasına ilâveten şizoid kişi diğer "ilkel" savunmaları da kullanır; ancak özgün ve yaratıcı biri olmaya yönelik imrenilecek yetenekleri de vardır. Şizoid kişinin bünyesel eğilimlerinin, kullandığı savunmaların ve kendine özgü yeteneklerinin diğer kişilerle ilişkileri üzerindeki etkisi tartışıldı; bu tartışmalarda, şizoid kişinin yaşadığı yaklaşma-kaçınma çatışmasının, yani, diğer kişiden yoksunluk ve diğer kişinin işgaline uğrama deneyimlerinin aynı anda yaşanmasından kaynaklanan çatışmaların gelişmesine yol açmış olabilecek aile etkileşimi örüntüleri üzerinde duruldu.

Şizoid kişilerle yaşanan aktarım ve karşı-aktarım meselelerinin neler olduğu ele alındı. Bunlar, terapistin danışanın dünyasıyla ilk tanışması ve bu dünyaya kabul edilmesinde yaşanan zorlukları; terapistin, danışanın umarsız korunmasızlık veya büyüklenmeci üstünlük duygularını danışanla hem fikir olarak paylaşma eğilimini ve terapistin hastanın diğer kişilere doğru yönelmekteki isteksizliğine sessiz kalıp buna uyma eğilimini içerir. Tedaviyle ilgili tavsiyeler arasında, terapistin yüksek düzeyde özfarkındalık geliştirmiş olması ve bunun yanı sıra, sabırlı ve içten davranması, danışanın deneyimlerini normalleştirici bir yaklaşımı benimsemesi ve "gerçek" kişiliğini kullanma istekliliğini göstermesi belirtildi. Son olarak, şizoid yelpaze içinde kişinin konumunu

doğru olarak değerlendirmenin önemi vurgulanmış ve şizoid karakter ile obsesif ve kompülsif kişilikler arasındaki farklar ayırt edilmiştir.

İleri Okuma Önerileri

Şizoid durumla ilgili yorumlar, çoğu şizofreni üzerine yazılmış metinlerin içinde bulunmaktadır. Bunun güzel yazılmış ve etkileyici bir istisnası Guntrip'in (1969) *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self** adlı kitabıdır.

(*) *Şizoid Görüngü, Nesne İlişkileri ve Kendilik* (2003). çev. İpek Babacan. İstanbul: Metis Yayınları – ç.n.

ONUNCU BÖLÜM

Paranoid Kişilikler

Çoğumuzun zihninde paranoid bir kişinin nasıl biri olduğuna ilişkin net bir imge bulunur ve bir yerde bu tip betimlendiğinde onu hemen tanırız. Örneğin, Peter Sellers'ın *Doctor Strangelove*'da* sergilediği etkileyici performans, kendimizde de bulabileceğimiz paranoid eğilimlerin bu komik anlatımını gören veya paranoid tanıdıkları olan herkese aşina gelen, şüphecilik, mizahtan yoksunluk ve büyüklenmecilik niteliklerini çok iyi yansıtır. Bu örnekte olduğundan daha az bariz olan paranoid görünümleri tespit etmek ise daha sistematik bir duyarlılığı gerektirir. Paranoid kişilik örgütlenmesinin esası, kişinin olumsuz gördüğü nitelikleriyle bunları yansıtarak başa çıkma alışkanlığıdır; yansıtılarak reddedilmiş nitelikler böylece dışsal tehditler olarak algılanır. Bu yansıtma sürecine, bilinç düzeyinde yaşanan bir megalomanik kendilik duygusu da kimi zaman eşlik edebilir.

Paranoid kişilik yapısı tanısı, birçok kişi için ağır bir ruhsal rahatsızlık anlamını taşır; ancak paranoyaya özel bir göndermede bulunarak Bölüm 4'te belirttiğim gibi, bu kişilik örgütlenmesi tipi, bir uçta psikotik diğer uçta normal düzeyde olduğu bir patoloji süreklilik hattı üzerinde herhangi bir noktada örgütlenmiş olabilir (Freud, 1911; Shapiro, 1965; Meissner, 1978).[1]

(*) Stanley Kubrick'in yönettiği *Dr. Strangelove*'da (1964) Peter Sellers Pentagone'da görevli Amerikan vatandaşı olmuş bir Nazi fizikçi, ABD Başkanı Muffley ve Albay Mandrake rollerini canlandırmıştır – ç.n.

1 Bölüm 7 ile 9 arasında tartışılmış olan kişilik tiplerinde olduğu gibi, paranoyayı tanımlayan savunma, çocuğun içsel olanla dışsal olan arasında açık bir ayrım yapabilmesinden önce gelen ve kendilik ve nesnenin ayırt edilemeyip karıştırıldığı bir dönemden kaynaklanır. Paranoya, tanımı

"Nispeten daha sağlıklı" paranoid kişilere "nispeten hasta" olanlara göre daha az rastlanıyor olabilir; ancak son üç bölümde bahsedilen bireyler için geçerli olduğu gibi, bir birey, ego gücü, kimlik bütünleşmesi, gerçeklik sınaması ve nesne ilişkileri düzeylerinin herhangi bir düzeyinde yer alan bir paranoid karakter gösterebilir. Son DSM baskısında* yer alan Paranoid Kişilik Bozukluğu açıklamaları, psikotik olmayan paranoyanın mükemmel (empatiden uzak olsa da) bir betimlemesini verir ve ayrıca bu tanı kategorisine ilişkin bilgilerimizin sınırlı olabileceğini belirtir doğru olarak. Paranoid bir kişinin psikolojik yardım almak üzere başvurması (veya getirilmesi) için oldukça sıkışmış olduğu bir duruma düşmüş olması gerekir; paranoid kişiler yabancılara kolay kolay güven duymazlar. Depresif, histerik veya mazoşistik kişilerin tersine, örneğin, üst düzeyde işlevselliği olan paranoid bireyler, ağır duygusal acı yaşamadıkları veya çevrelerindekilere ciddi sıkıntılar yaşatmadıkları sürece psikoterapiden kaçınma eğilimi gösterirler.

Normal-düzeyde paranoid karakter gösteren kişiler, çoğunlukla, politik rollere yatkındırlar ve bu rolleri gerçekleştirebilecekleri konumlara ulaşmaya çalışırlar; böyle bir rol, paranoid kişiler için, kötü veya tehdit edici olarak gördükleri güçlere karşı koymaya yönelik eğilimlerini hazır kalıplar üzerinden kolayca yaşayabilecekleri konumlar sunar. Amerika'da 1992 yılı başkanlık seçimleri üzerine yazılar yazan birçok gazeteci, Ross Perot'a paranoid nitelikler yakıştırmışlardır; buna karşın, Perot'un gerçekten yetkin biri olmasından dolayı bu amatörce tanı koyanların bazıları bile muhtemelen ona oy vermişlerdir. J. Edgar Hoover** da, üst düzeyde işlevselliği olan ve kişiliğinde güçlü bir paranoid öğe bulunduğu izlenimini veren toplumca tanınmış başka bir kişiydi. Gelişimsel süreklilik hattının diğer tarafının en ucunda gördüğümüz, kurbanlarının onları öldürmeye çalıştıkları kanısıyla birçok kişiyi öldürmüş olan bazı seri katiller ve Kaliforniya "hippi" grubundan Charles Manson*** gibi kişiler, delirmişlik düzeyinde işleyen bir yansıtmanın tahripkârlığının, yani, daha olgun ego süreçlerinin yumuşatıcı etkisine tabi tutulmadan ve gerçekliğe ayakları basmadan işleyen bir paranoyanın tahripkârlığının örnekleridirler.

---

gereği, kendiliğin içinde bulunanı sanki kendiliğin dışında bulunuyormuş gibi deneyimlemeyi içerir.

(*) Nancy McWilliams bu kitabı yazarken DSM-III kullanılmaktadır – ç.n.

(**) John Edgar Hoover (1895-1972). ABD Federal Araştırma Bürosu olan FBI'a bugünkü kimliğini kazandıran kişidir; FBI'ın 48 yıl boyunca yöneticiliğini yapmıştır – ç.n.

(***) Charles Manson (1934-). 1967'de San Francisco'da, Manson Family olarak bilinen tarikat benzeri bir komün kurmuştur. Hâlen, bu komüne katılmış kişileri cinayete teşvik ve başka suçlardan dolayı hapiste yatmaktadır – ç.n.

Bölüm 5'te belirttiğim bir noktayı bir kez daha vurgulamak istiyorum: Görüşmeci, paranoya nitelemelerini, yardım arayışında olan kişinin görüşmeciye anlattığı ve tehlike içinde olduğu durumları içeren hikâyesinin aslında gerçekleri yansıtmadığı, o kişinin yansıtmalarından oluştuğu kanısı temelinde yapmamalıdır. Paranoid görünen bazı kişiler, gerçekten çeşitli gruplar tarafından veya reddedilmiş bir sevgili veya düşmanca duyguları olan bir yakınları tarafından takip veya tehdit edilmektedirler. (Bazı paranoid tanısı konabilecek kişiler gerçekçi açıdan bakıldığında *da* tehlike içindedirler; birçok paranoid kişinin rahatsız edici nitelikleri kaçınılmaz olarak diğer kişilerin onlara kötü davranmalarına yol açar aslında.) Tanı koyma amacıyla bir görüşme yaparken terapist görüşmedeki kişinin gerçek olaylardan dolayı haklı olarak korkmuş bir hâlde olması olasılığını veya kendisini terapiye başvurmaya teşvik eden kişilerin danışanın deli gibi görünmesini sağlamakta bir kişisel çıkarları olabileceği olasılığını hiçbir zaman bir yana atmamalıdır.

Bu durumların tersine, aslında paranoid olan bazı bireyler ise, paranoid oldukları yönünde bir izlenim vermezler. İçinde yer aldıkları sosyal gruplardaki paranoid olmayan tanıdıkları –ve görüşmeci– bu kişilerin, belirli kişi, güç veya kurumların (komünizm, kapitalizm, dinsel otoriteler, pornografi yayıncıları, medya, federal hükümet, ataerkil sistem, ırkçılar, başka renkten insanlar, vb. gibi iyinin kazanmasına engel olarak algılanan ne varsa) taşıdığı tehlikelere ilişkin görüşlerini paylaşabilirler ve bunun sonucunda, bu kişilerin uğraştıkları meselelerle ilgili içsel olarak üretilen ve kişiyi harekete geçiren bir şeylerin bulunduğunu ayırt edemeyebilirler (bkz. Cameron, 1959). Kongre üyesi Allard Lowenstein, 1960'lardaki öğrenci hareketlerinde koruduğu kişilerden biri olan ve daha sonra bir hezeyan içindeyken onu suikastla öldüren Dennis Sweeney'in paranoid karakterini görebilseydi, cinsel açıdan baştan çıkarma olarak yorumlanabilecek davranışlarda bulunmayacak ve bugün muhtemelen hayatta olacaktı (bkz. Harris, 1992). Lowenstein ve Sweeney, hangi sosyal kötülüklerle mücadele edilmesi gerektiği konusunda benzer görüşleri paylaşıyorlardı, ancak Lowenstein'in görüşleri temelde yansıtmalardan oluşmazken Sweeney'inkiler yansıtmalardan oluşuyordu.[2]

Algılamaları oldukça doğru çıkan paranoid kişiler de vardır; ne var ki,

2 Toplumsal ve politik hareketler, kaçınılmaz olarak, fanatiklikleri hareketin dışında olanlarda küçümsemeye ve hareketin içinde olanlarda sıkıntıya yol açan paranoid katılımcıların yer aldığı alt grupları içerir. Bu alt gruplar hareketin temsilcileri olarak topluma yansırsa, toplumdaki kimi paranoid kişiler de bu harekete yakın hissederler –bu olgu, yaşadığımız medya çağında, halktan kaynaklanan politik örgütlenmelerde yaygın olarak görülen ve bu örgütlenmelerin başını ağrıtan bir olgudur.

bu kişilerin algılamalarındaki doğruluk paranoid oldukları gerçeğini değiştirmez. Howard Hughes, çevrenin nükleer atıklarla kirlenmesi konusuna başka hiç kimsenin özel bir ilgi göstermediği bir dönemde, Nevada'da yapılan atom bombası testlerinin sonuçlarından büyük bir korku duymaktaydı. Yıllar sonra, radyasyonun yol açtığı zararlar daha iyi anlaşıldığında, birçok kişi onun o kadar da deli olmadığını düşündü. Ne var ki, görüşlerinin nihai doğruluğu onu daha az paranoid biri hâline getirmemişti; sonraki hayatındaki olaylar, yaşadığı acıların ne kadar büyük bir oranda yansıtmalarından kaynaklandığını açıkça ortaya koymaktadır (Maheu & Hack, 1992). Tüm bu olasılıkları tartışmama dahil etmekteki amacım, özellikle sert ve şüpheci niteliklerinden dolayı terapistlerin ısınmakta ve yaklaşmakta zorlandıkları danışanlarla çalışırken, otomatik ve önceden kabul edilmiş varsayımlarda bulunmak yerine bilgiye ve iyi bir değerlendirmeye dayalı tanısal yargılarda bulunmalarının önemini vurgulamaktır.

PARANOİD KİŞİLİKLERDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Yaşadıkları sıkıntıların kaynaklarını kendileri dışında bulunuyor olarak düşündüklerinden, patoloji yelpazesinin ağır patoloji içeren tarafında yer alan paranoid kişilerin, başkaları için, kendileri için olduklarından daha tehlikeli olmaları olasılığı yüksektir. Başka birinin (hayalî biridir bu) onları yakında öldürmesi tehlikesinden kurtulmak için kendilerini öldürmeleri bilinen bir durum olsa da, aynı ağırlıkta patoloji gösteren depresif kişilere göre intihar eğilimleri çok daha düşüktür. Birçok paranoid kişinin öfkeli, tehdit edici nitelikleri, paranoid bir yönelimin gelişmesinde payı olan etkenlerden birinin yüksek düzeyde doğuştan saldırganlık veya hırçınlık olabileceği yönünde görüşlere yol açmıştır. Küçük bir çocuğun yüksek düzeylerdeki saldırgan enerjiyle başa çıkması ve olumlu değerlendirilen bir kendilik duygusuyla bunu bütünleştirmesinin kolay olmayacağı ve saldırgan ve talepkâr bir bebeğe veya küçük çocuğa bakıcısının vereceği olumsuz tepkilerin çocukta dışarıdaki kişilerin zarar verici oldukları duygusunu pekiştireceği düşüncesi mantıklı gelmektedir. Meissner (1978), paranoyayı, bebeklikteki "etkin" bir semptomatik tarz (düzensizlik, uyum sağlayamama, tepki yoğunluğu ve olumsuz duygudurum) ve zayıf bir uyaran bariyeri ve bu zayıf uyaran bariyeri sonucunda yaşanan aşırı-uyarılabilirlik durumuyla (Bergman & Escalona, 1949; Brazelton, 1962) ilişkilendiren bazı ampirik kanıtları (Chess, Rutter, Thomas, & Birch, 1963; Chess, Thomas, & Birch, 1967) bir araya getirmiştir.

Duygulanımsal açıdan bakıldığında, paranoid kişiler, yalnızca öfke,

alınganlık, kin ve başka daha düşmanca duygularla boğuşmazlar, ayrıca, aşırı düzeylerde korku da yaşarlar. Teorik çalışmalarına, ampirik araştırmaları, psikodinamik duyarlılığa sahip metinlerde nadiren görülen bir düzeyde bütünleştirerek katmayı başarmış olan Silvan Tomkins (örn., 1963) paranoid durumu, korku ve utanç duygularının birleşimini içeren bir durum olarak değerlendirmiştir. Paranoid kişilerde yaygın olarak görülen aşağı-sola doğru göz hareketleri (meslekten olmayanların bile fark ettikleri "gizli bir şeylerin bulunduğu" duygusunu veren bir özelliktir bu), fiziksel açıdan, pür korku duygulanımına özgü yatay-sol yöne doğru hareketle ile pür utanç duygulanımına özgü dikey-aşağı yöne doğru hareketin birleşiminin sonucudur (S. Tomkins, kişisel iletişim, 1972). En büyüklenmeci paranoid kişi bile başkalarının ona zarar verebileceği dehşetiyle yaşar ve tüm kişilerarası ilişkilerini aşırı bir ihtiyatla takip eder.

Utanç duygulanımına gelirsek: Utanç, narsisistik kişiler için nasıl büyük bir tehlike ise paranoid kişiler için de öyle büyük bir tehlikedir; ancak tehlikeyi her bir tipteki kişiler oldukça farklı şekillerde yaşarlar. Narsisistik kişiler, en kibirli tipte olanları bile, belirli açılardan gerçek kendilikleri ortaya çıkarsa, bilinç düzeyinde yaşanan utanç duygularına maruz kalırlar. Değersiz olarak yaşadıkları kendilikleri diğer kişiler tarafından görülmesin diye enerjilerini diğer kişileri etkilemeye harcarlar. Paranoid kişiler ise, bunun tersine, inkâr ve yansıtma mekanizmalarını o denli yoğun olarak kullanırlar ki, kendilik içinde ulaşılabilecek bir utanç duygusu kalmaz. Dolayısıyla, paranoid kişilerin enerjileri, onları utandırmaya ve aşağılamaya kararlı olarak görülen kişilerin çabalarını önleyip boşa çıkarmaya harcanır. Narsisistik karakter yapısı gösteren kişiler yetersizliklerini göstermekten korkarlar; paranoid kişilikleri olan kişiler ise, diğer kişilerin kötülüğünden korkarlar. Kendiliğin nitelikleri yerine diğer kişilerin güdülerine yönelik bu odaklanma, paranoid hastalarla tecrübesi olan tüm terapistlerin de doğrulayacağı gibi, terapötik bir çalışma yapılmasını engelleyen aşılması güç bir durumdur.

Yine narsisistik kişilerde olduğu gibi, paranoid bireyler haset duygularına kapılmaya çok yatkındırlar. Ama, narsisistik kişilerin tersine, bu duygularla yansıtma mekanizmasını kullanarak başa çıkarlar. Bu iki kişilik tipi arasındaki farkların bir kısmı, başa çıkmak zorunda oldukları öfke ve duygu yoğunluğu derecesiyle açıklanabilir. Arada bir hezeyan boyutarına varan alınganlık ve kıskançlık paranoid kişilerin hayatlarını karartır. Bu tutumlar, kimi zaman, "diğer kişiler bende gördükleri ve haset duydukları şeylerden dolayı benim peşimdeler" şeklinde bir kanıya dönüşür ve doğrudan yansıtılır; çoğu

kez de, yaşadığı normal nitelikteki aldatma fantazilerinin farkında olmayan paranoid bir adamın, diğer erkeklerin onun eşine tehlikeli düzeylerde çekici geldiğine inanmaya başlaması durumunda olduğu gibi, başka duygulanımların ve itkilerin inkârına ve yansıtılmasına yardımcı bir etken olurlar. Bu tür kıskançlıklar, bir çok defasında, aynı cinsiyetten biriyle yakın ilişkiye duyulan bilinçdışı bir özlemi içerir. Paranoid kişiler böyle özlemleri, onları korkutan bir yönelim olan erotik eşcinsellikle karıştırdıkları için (Ovesey, 1955; Karon, 1989) bunlar iğrenç bulunur ve inkâr edilir. Aynı cinsiyetten birinin ilgi ve sevgisine duyulan bu arzular, daha sonra, örneğin, ortak bir erkek arkadaşlarıyla daha yakın olmayı isteyenin kendisi değil de kız arkadaşı olduğu şeklinde bir kanı hâlinde yeniden yüzeye çıkarlar.

Duygulanımlar hakkında son olarak şunu belirtmek istiyorum: Paranoid kişiler, suçluluk duygusuyla aşırı yüklüdürler; paranoid kişilerdeki bu suçluluk duygusu utanç duygusuna benzer şekilde kabul edilmeyip yansıtılmış bir duygudur. Derin düzeyde hissettikleri kötü biri oldukları duygusunun bazı nedenleri, bunların terapötik açıdan nasıl ele alınacağına ilişkin yöntemlerle birlikte aşağıda tartışılacaktır. Paranoid danışanların yaşadıkları tahammül edilemez düzeydeki bilinçdışı suçluluk duygusu, bu kişilerin psikolojilerinin, onlara yardım edilmesini aşırı zorlaştıran başka bir özelliğidir: Terapistin, bu kişileri gerçekten tanımaya başladığında, kendiliklerindeki tüm o suçlar ve kötülükler karşısında afallayacağı ve bu kişileri işledikleri suçlardan dolayı reddedeceği veya cezalandıracağı dehşetini yaşarlar. Kendilikteki, suçlanmayı hak eden her türlü duyguyu dışarıdan gelen ve kişiyi tehdit edici tehlikelere dönüştürerek, bu olası aşağılanmayı savuşturmaya çalışırlar sürekli olarak. Paranoid kişiler bilinçdışı olarak yakalanacakları beklentisi içindedirler ve yaşadıkları bu korkuyu diğer kişilerin onlara davranışlarının ardındaki "gerçek" kötü niyeti ayırt etmeye yönelik sürekli ve enerjilerini tüketen çabalara dönüştürürler.

PARANOYADA SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Paranoyanın tanımı gereği, yansıtma paranoid kişinin psikolojisine hâkim olan savunmadır. Hastanın ego gücüne ve yaşadığı stres düzeyine bağlı olarak, psikotik, sınırdurum veya nevrotik düzey bir yansıtma işliyor olabilir. Bu yansıtma düzeyleri arasındaki farklara bakarsak: Gerçekten psikotik olan bir kişide, kendiliğin endişe doğuran kısımları yansıtılır ve tamamen "dışarıda" bulunduklarına inanılır; bu yansıtmalar diğer kişilere ne kadar delice gelirse gelsin. İçtiği suyu eşcinsel Bulgar gizli servis ajanlarının zehirlediğine inanan paranoid şizofren, saldırganlığını, aynı cinsiyetten biriyle yakınlık isteğini,

ırkçılığını ve güç fantazilerini yansıtıyordur. Bu kişi görüşlerini genel olarak kabul edilmiş gerçeklik tanımına uydurmaya yönelik bir çaba harcamaz ve dışarıdaki tehdidi gören, dünyadaki tek kişinin kendisi olduğuna çok kesin olarak inanabilir.

Sınırdurum kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerde (sınırdurum tanımı gereği) gerçeklik sınaması yitirilmediği için, sınırdurum yelpazede bulunan paranoid kişiler yansıtmalarını o şekilde yaparlar ki, reddedilmiş tutumların yansıtıldığı kişiler, bu tutumları kendi içlerinde hissetmelerini sağlayacak şekilde gizlice kışkırtılmış olurlar. Bu sürece yansıtmalı özdeşim demekteyiz: Kişi belirli duyguları kendilikten uzaklaştırıp bunlardan kurtulmaya çalışır; ancak bu duygularla empatik bağını da korur ve kendiliğe bu duyguların gerçekçi duygular oldukları güvencesini verme ihtiyacını duyar. Buna göre, sınırdurum paranoid kişi, yansıtmalarını yansıtmanın yapıldığı kişinin davranışlarıyla "uyumlu" kılmaya çalışır. Bu süreçlerin hâkim olduğu ve nefret ve haset duygularını reddeden bir kadın hasta, terapistine, muhalif bir tavırla, terapistin onun başarılarını kıskandığını gördüğünü bildirir; terapist tarafından ilgi ve yakınlık gösteren bir tutumla yapılan yorumlar danışan tarafından terapistin haset duygularının harekete geçirdiği, hastanın konumunu zayıflatıp onu kontrol etmeye yönelik isteklerin kanıtı olarak yeniden yorumlanır ve kısa bir süre sonra da, hasta tarafından sürekli olarak yanlış değerlendirilmekten yorulan terapist, hastadan nefret etmeye ve hastanın hıncını çıkarmaktaki serbestliğine haset duymaya başlar (Searles, 1959). Bu çarpıcı süreç, mesleklerini, tedavi etmeyi amaçladıkları kişilere karşı bu denli güçlü olumsuz duygular taşımak zorunda kalmayı ummadan seçmiş olan terapistleri sıkıntı içinde çaresiz bırakır; bu durum, birçok ruh sağlığı çalışanı arasında sınırdurum ve paranoid hastalara karşı yaşanan genel tahammülsüzlüğü de açıklar.

Nevrotik düzeydeki paranoid kişilerde içsel meseleler daha sonra egoya-yabancı hâle gelmesi muhtemel bir şekilde yansıtılırlar. Başka bir ifadeyle, hasta yansıtmayı yapar, ancak hastanın kendiliğinde, güvenilir bir ilişki bağlamında, en sonunda, zihnin dışsallaştırılmış içeriklerini yansıtma olarak görüp kabul etme becerisini gösterebilecek olan gözlemleyen bir kısım da vardır. Bir ilk değerlendirme görüşmesinde kendilerini paranoid olarak betimleyen kişiler çoğu kez bu kategoride yer almaktadırlar (sınırdurum ve psikotik paranoid danışanlar da, jargonu bildiklerini göstermek çabasıyla, bazen bu şekilde konuşabilirler; ancak bu danışanların, korkularının yansıtmalar hâline geldiğine ilişkin gerçekçi nitelikte bir içsel algılamaları yoktur).

Karakter yapısı açısından paranoid olan yetenekli ve nispeten daha

sağlıklı bir hastam, başkaları üzerinde iyi bir izlenim bırakma ihtiyacımı doyurmak için onu kullanacağıma ilişkin derin korkular yaşamaktaydı. Örneğin, her ikimizi de tanıyan bir meslektaşım benimle konuşacak ve onu eleştirecek olsa, benim o kişiye bir şekilde onunla aynı fikirde olduğumu belirteceğimden emindi. (Bu duyguları yaşadığı dönemde, aktarımda kırıldığını hissettiğinde, bazı meslektaşlarımın hastamı tedavi ediş tarzımı bir hayli eleştirmelerine yol açan şekillerde başkalarına benden şikâyetçi olmaktan da geri kalmıyordu.) Bu korkuyu, kendi –beyhude yere nefret ettiği– kabul edilme ve beğenilme ihtiyaçlarının yansıtılması ve aynı zamanda, savunmacı eleştirilerinin yansıtılması ve eyleme-konması olarak anlayabildiği dönemin öncesinde bile, benim hak etmediğim bir şeyleri üzerime atıyor olabileceğini düşünmeye hazırdı.

Paranoid kişinin sıkıntı verici duygularla yansıtmayı kullanarak başa çıkma ihtiyacı, inkâr ve inkârla yakından bağlantılı olan karşıt-tepki oluşturma savunmalarının aşırı düzeyde kullanmasını gerektirir. Herkes yansıtma yapar; yansıtma yapmaya yönelik bu evrensel yatkınlık, analitik terapiyi mümkün kılan süreç olan aktarımın da temelidir aslında. Ne var ki, paranoid kişiler yansıtmayı, sıkıntı verici tutumları o denli büyük bir reddetme ihtiyacı bağlamında yaparlar ki, inkârın bu düzeyde bütünleşik olmadığı yansıtma süreçlerinden tamamen farklı bir süreç gibi görünür paranoid kişilerin yaptıkları yansıtma. Freud (1911) paranoyayı, en azından psikotik türde olanı, karşıt-tepki oluşturma ("Seni sevmiyorum; senden nefret ediyorum") ve yansıtma ("Senden nefret etmiyorum; sen benden nefret ediyorsun") savunmalarının birbirini izleyen bilinçdışı işleyişiyle açıklamıştır.

Bu gelişim seyri, paranoid kişinin, paranoid süreci başlatmış olan ilk ve insani açıdan daha kavranılabilir nitelikteki tutumlara çok uzak görünebilecek olan bir psikolojik durum içinde karşımıza gelmesini açıklayan birçok olası seyir hattından sadece biridir (Salzman, 1960b). Hezeyanların oluşumuyla ilgili bir makalesinde Karon (1989) hezeyanlı bir paranoid kişinin aynı cinsiyetten biriyle yakınlık istekleriyle başa çıkma yollarını şöyle özetlemektedir:

> "O erkeği seviyorum" duygusuna karşı konulabilecek farklı yolları düşünürsek, birçok tipik hezeyan türetilebileceğini görürüz: "O erkeği sevmiyorum, ben kendimi seviyorum (megalomani)." "O erkeği sevmiyorum, o kadını seviyorum (erotomani)." "O erkeği ben sevmiyorum, o erkeği o kadın seviyor (hezeyanlı kıskançlık)." "O erkeği ben sevmiyorum, o erkek beni seviyor (eşcinsellik yansıtılır ve hezeyanlı bir eşcinsel tehdit üretilir)." "O

> erkeği sevmiyorum, o erkekten nefret ediyorum (karşıt-tepki oluşturma)." Son olarak da, en çok rastlanan durum olan, hezeyanlı nefretin yansıtılması görülebilir: "O erkek benden nefret ediyor, bu yüzden, benim de o erkekten nefret etmem doğrudur (ve o erkekten nefret edersem o erkeği sevmiyor olurum)." (s. 176).

Paranoid kişilerle çalışmaktaki başka önemli bir zorluk da, temel duygulanımlarıyla bu duygulanımlara yönelik olarak aldıkları savunmacı tedbirler arasındaki mesafenin süre açısından ne kadar uzun bir zamanı içerdiği ve yapı açısından ne kadar karmaşık bir hâle geldiğiyle ilişkilidir.

PARANOYADA NESNE İLİŞKİLERİ

Klinik deneyimler, yetişkinliklerinde paranoid olan çocukların etkililik duygularının ezildiği ağır aşağılamalara maruz kalmış olduklarını; daha spesifik olarak söylersek, bu çocukların, tekrar tekrar yenilmiş ve küçük düşürülmüş hissettiklerini telkin etmektedir (Will, 1961; Tomkins, 1963; MacKinnon & Michels, (1971). Yaşadığı paranoid psikoz durumuna ilişkin olarak verdiği bilgiler çerçevesinde Freud'un (1911) bir paranoya teorisi kurduğu Daniel Paul Schreber'in ailesinde, baba, çocukları güçlendirmeyi amaçlayan zorlayıcı fiziksel uygulamaları savunan ve oğlunun bu uygulamaları yapmasında ısrar eden baskıcı bir aile reisiydi. (Niederland, 1959).[3] Eleştiriler, kapris yüzünden verilen cezalar, memnun edilemeyen yetişkinler ve tümden küçük düşürülme paranoid kişilerin geçmişlerinde sıkça rastlanan durum ve deneyimlerdir.

Yetişkinliğe vardıklarında paranoid olan kişilerin ebeveynleri, paranoid süreçleri çocuklarına kendi sergiledikleri birçok davranış üzerinden de öğretirler. Çocuk, bir insanın aile üyelerinden başka hiç kimseye güvenemeyeceğini ısrarla söyleyen ebeveynlerinde –ebeveynlerin kendi suistimal edici nitelikleri ile okul ve diğer sosyal ortamların nesnel açıdan daha olumlu dünyası arasındaki farkı göz önüne alırsak, bu bir çelişkidir– şüpheci ve kötüleyici tutumları gözleyip kaydedebilir. Patoloji yelpazesinin sınırdurum ve psikotik alanlarında bulunan paranoid kişiler, genellikle, eleştiri ve alayın aile ilişkilerine hâkim olduğu veya bir çocuğun (gelecekte paranoid olacak olan çocuktur bu) günah keçisi yapıldığı, yani, aile üyelerinin nefretinin ve yansıtılmış niteliklerinin (özellikle de "zayıflık" olarak gördükleri niteliklerinin) hedefi hâline getirildiği aşırı hırpalayıcı aile ortamlarında büyümüşlerdir. Nevrotik

---

3 Ancak Schreber'in "ruhunun öldürülmesi"nin babası tarafından değil, güvendiği otoriteler ve yaşadığı dönemdeki hukuk sistemi tarafından gerçekleştirildiği yönünde kanıtlar da ileri sürülmüştür yakın dönemde (bkz., Lothane 1992).

ile sağlıklı aralığında seyreden paranoid kişiler ise, genellikle, sıcaklık ve istikrarın dokundurmalar ve iğnelemelerle birlikte yaşandığı ailelerden gelirler.

Paranoid kişilik örgütlenmesinin gelişmesinde payı olan başka bir etken de, birincil bakıcının yaşadığı –mutlaka paranoid türde olması gerekmeyen– başa çıkılamaz düzeydeki kaygıdır. Paranoid bir hastamın geldiği ailede, anne, gittiği her yere yanında bir termos su götürmesini gerektirecek denli (çünkü ağzı kuruyordu) kronik bir kaygı hâlinde olan ve bedenini, içinde biriken gerilimden dolayı "bir çimento sütunu oldu" şeklinde betimleyen biriydi. Kızı, ne zaman ona bir sorununu açsa, bu anne, başka yeni kaygılara dayanamadığından sorunu inkâr ederek görmezden gelmiş veya sorunun yol açtığı kaygıyı taşıyamadığından sorunu büyütüp bir felaket olarak yaşamıştı. Ayrıca, fantazi ve gerçek davranış arasındaki çizgiyi de göremez duruma gelmiş biriydi ve bunun sonucunda kızına düşüncelerin eylemlerle eşdeğer olduğu inancını aşılamıştı. Kızı da, sevgi veya nefret dolu, ne şekilde olursa olsun özel duygularının tehlikeli bir gücü olduğu mesajını içselleştirmişti.

Örneğin, yetişkinliğinde hastam bir keresinde annesine, kocasının emredici ve sert tutumlarına tepki olarak onu uyardığını anlattığında, annesinin hastama ilk söylediği şey kocasının tutumlarını yanlış yorumladığıydı: Kocası ona çok düşkün biriydi; kocasının tutumlarında onu uyarması gerektiğini düşündüğü şeyleri o kendi kafasında kurmuş olmalıydı. Hastam kendi algılamalarının doğruluğunda ısrar ettiğinde, annesi, kızdırılacak olursa kocasının onu dövebileceğini veya terk edebileceğini belirterek ondan dikkatli olmasını istedi (annesi kendi kocası tarafından şiddete maruz kalmış ve sonra da kocasının isteğiyle boşanmışlardı). Hastam kocasının davranışlarına ilişkin öfkesini dile getirmeye devam ettiğinde, annesi bu sefer, ona, olumsuz düşünceleri durumu daha da kötüleştirmesin diye, başka şeyler hakkında düşünmesi için yalvarmaya başladı. Bu, gençliğinde hiç rahat yüzü görmemiş, iyi niyetli ancak ciddi sorunları olan annenin, kızını rahatlatacak gücü ve becerisi yoktu. Kızının çocukluğu boyunca, ona, kaygı dolu yönlendirmeleri ve olumsuzluk dolu beklentileriyle yaptığı annelik, kızının korkularını katlayarak artırmıştı. Bu koşullar altında danışanım, duygularını ancak kesin şekilde dönüştürerek kendisini rahatlatabilen biri olarak büyümüştü. Benimle çalışmaya başladığı zamana kadar, onun yoğun ihtiyaçları ve bitmeyen düşmanlığı tarafından yenilgiye uğratılmış birçok terapistle tecrübesi olmuştu. Bu terapistlerin hepsi de, doğru olarak, onu ya psikotik ya da alt düzey sınırdurum yelpazede bulunan paranoid biri olarak değerlendirmişlerdi. Annesiyle yaşadıklarına benzer etkileşimleri bana anlatabilme ve bu türden etkileşimlerin hayatı boyunca

onun için ne kadar tahripkâr olduklarını kavrayabilme yeteneği, terapide geçirdiği uzun yıllardan sonra gelişti ancak.[4]

Çarpık nitelikteki anne tepkilerini [responsiveness] gösteren yukarıdaki örnekte paranoyanın birçok farklı çekirdeği görülebilir. İlk olarak: Hem gerçeklik hem de hastanın normal duygusal tepkileri reddedilerek onaylanmamış ve böylece, anlaşılmış olma duygusu yerine korku ve utanç aşılanmıştır. İkinci olarak: Annenin sergilediği davranışların oluşturduğu modelle, hastanın inkâr ve yansıtma savunmalarının altyapısı kurulmuştur. Üçüncü olarak: İlkel tümgüçlü fantaziler pekiştirilmiş ve böylece, yaygın ve yoğun suçluluk duygularının temeli atılmıştır. Son olarak da: Anneyle olan etkileşim, yaşanan ilk strese hiçbir çözüm getirmezken öfkelenilecek yeni durumlar yaratmış ve böylece, hastanın temel duyguları ve algılamalarına ilişkin kafa karışıklığını iyice arttırmıştır. Bir insanın dolaylı şekilde aşağılandığı (bu hasta, kendisi için yapılanları anlamayan, duygularını yönetemeyen ve tehlikeli biri olarak görülmüştür) buna benzer durumlarda, o insan, bir düzeyde, deneyimini paylaşmadığı ilk durumuna göre daha da kötü hissedecektir. Ancak böyle bir tepki de, aşağılayan taraf sadece yardım etmeye çalışmış olduğundan, ya anlaşılmaz olarak ya da kötülük içeriyor olarak yargılanabilecektir.

Bu türden kafa karıştırıcı etkileşimler, paranoid kişilerin yetişkinliklerindeki ilişkilerinde aynı şekilde tekrar tekrar yaşanır. İçselleştirdikleri nesneler hem paranoid kişiyi hem de paranoid kişinin ilişki kurduğu kişileri sürekli olarak zor durumlara düşürür. Bir çocuğun birincil bilgi kaynağı, derin düzeyde kafa karışıklığı yaşayan ve kendisini ilkel mekanizmalarla savunan ve güvenlik içinde olduğunu veya önemli biri olduğunu hissetmeye yönelik umutsuz çabalar içinde, sözlerini, gerçekten yaşadığı duyguları dile getirmek için değil manipüle etmek için kullanan bir bakıcıysa, çocuğun daha sonraki insan ilişkileri bu deneyimlerin etkisinden kaçamaz. Paranoid kişinin "gerçekten" ne olup bittiğini anlamaya yönelik mücadelesi (Shapiro, 1965) ve paranoid arkadaş, tanıdık ve akrabalarla ilişki içindeki kişilerin yaşadığı şaşkınlık, çaresizlik ve yabancılaşma duyguları bu çerçeveden bakıldığında anlaşılabilir bir hâle gelir.

Bu kadın hastamın psikolojisini etkileyen tek etken annesinin kaygısı değildi, elbette. Eğer annesi haricindeki kişiler içinde onaylayıcı bir tarzda

4 Bu etkileşimin hastamın ergenliğinde yaşadığı bir prototipi, annesine babasının onu taciz etmeye yönelik davranışlarını anlatmasıydı. Annesi, bir şekilde, hem böyle bir şeyin olmadığında ısrar etmiş hem de bundan kızının cinselliğini suçlu çıkarmıştı. Hayatı boyu çok canı yanmış ancak sebat ederek dayanmış ve sonunda iyileşmiş olan bu kadının ayrıntılı vaka hikâyesi için bkz. McWilliams (1986).

ilişki kurma yeteneği olan bir bakıcısı olmuş olsaydı, kişiliği muhtemelen paranoid bir yönde gelişmemiş olacaktı. Ne var ki, babası, hastamın ileri ergenlik döneminde ailesini terk etmeden önce, korkutucu düzeyde eleştirel, aniden öfkelenen ve kişilerarası sınırlara saygısı olmayan biriydi. Paranoid kişilerin kaçınılmaz kötü davranışı pasif şekilde beklemenin kaygısını yaşamak yerine saldırıya geçme eğilimleri ("Sen bana vurmadan önce ben sana vuracağım"), bu tür bir ebeveynlik tarzının başka bir iyi bilinen ve şanssız bedelidir (Nydes, 1963). Korkutucu bir ebeveynin bulunması ancak bunun doğurduğu duyguları içsel bir süreçten geçirmesinde (duyguların daha da kötüleşmesine yol açmadan) çocuğa yardımcı olabilecek kişilerin bulunmaması, terapötik çalışmalarında bu tür duyguların içsel bir süreçten geçirilip hafifletilmesini başarıyla sağlamış birçok terapiste göre, paranoyanın gelişmesine zemin oluşturan yaygın bir durumdur (MacKinnon & Michels, 1971).

Güçle ilgili konulara duydukları ilgi ve eyleme-koyma eğilimlerinden dolayı paranoid kişiler psikopatik kişilerle ortak bazı nitelikler taşırlar. Ancak bu iki tip arasında, sevgi yetenekleri açısından önemli bir fark vardır. Paranoid bireyler, ilgi ve sevgi duydukları kişilerin güdüleri ve niyetlerine ilişkin acı veren şüphelere kapılma olasılıkları olsa da, derin bağlanma ve uzun süreli sadakat gösterme yeteneğine sahiptirler. Çocukluklarındaki bakıcılarını ne kadar eziyet edici veya olumsuz deneyimlemiş olurlarsa olsunlar, öyle anlaşıyor ki, çocukluklarının erken döneminde, bir ilgi ve sevgi duygusunu korumalarını sağlayacak düzeyde bakım görmüş ve tutarlı bir nesne ilişki yaşamışlardır. Bu tutumun korunabilmiş olması, paranoid kişilerin tüm çarpıtmalarına, muhalif yaklaşımlarına ve korkularına karşın empatiyle ahenk kurabilen bir terapiyi mümkün kılan etkendir.

PARANOİD KENDİLİK

Paranoid kişilerin kendilik-temsillerindeki temel karşıtlık güçsüz, küçük düşürülmüş ve aşağılanmış bir kendilik imgesi ile tümgüçlü, haklı çıkmış, zafer kazanmış bir kendilik imgesinden oluşur. Bu iki imge arasındaki gerilim paranoid kişilerin öznel dünyalarına hâkim olur. Ne yazık ki, bu imgelerin ikisi de huzur verici değildir: Zayıflık içeren kutupta, suistimal edileceği ve küçümseneceği dehşeti yaşanır; güçlülük içeren kutupta ise, varsayılan psikolojik gücün kaçınılmaz yan etkisi olan ezici bir suçluluk duygusu yaşanır.

Zayıflık içeren kutup, paranoid kişilerin sürekli olarak yaşadıkları yüksek derecedeki korku duygusunda görünür hâle gelir. Bir an bile tam bir güvenlik içinde hissetmezler ve duygusal enerjilerinin çok büyük bir bölümü-

nü, olası tehlikeleri tespit etmek amacıyla çevrelerini tarayarak harcarlar. Büyüklenmeci kutup ise, paranoid kişilerin kendini referans alan algılamalarında görünür hâle gelir: Olup biten her şeyin kişisel olarak onlarla bir bağlantısı vardır. Bu durum, hastanın, örneğin, uluslararası bir casusluk örgütünün hedefi olduğuna veya televizyon reklâmlarından dünyanın yakın sonu hakkında gizli mesajlar aldığına inandığı, paranoyanın psikotik düzeylerinde en açık şekliyle görülebilir. Ancak patoloji yelpazesinin diğer ucunda bulunan, üst düzeyde başarılı, gerçeklik-yönelimli danışanların, düşüncelerinin, kendi oturdukları koltuğa başka birinin de oturmuş olmasının kendilerini taciz etmeye ve küçük düşürmeye yönelik bir plâna işaret edip etmediğine takılıp kalmasıyla karşılaştığım da oldu. Şunu da belirtmeliyim ki, çoğu kez bu danışanlar ilk değerlendirme görüşmesinde paranoid olarak görünmezler ve birçok seans sonra, başlarına gelen her şeyin veya karşılaştıkları her durumun, bireysel varlıklarının başkalarının dikkati altında olmasıyla bağlantılı olduğunu yansıttığına ilişkin, deneyimlerini örgütleyen bir inancın ortaya çıkışını görmek terapist açısından şaşırtıcı olabilir.

Paranoid kişilerin, bilinçdışı olarak veya açıkça yaşadıkları megalomani, dayanılmaz suçluluk duygularına kapılmalarına yol açar. Ben tümgüçlüysem, o zaman, her türlü korkunç olay da benim hatalarımdan kaynaklanıyordur. Suçluluk ve paranoya arasındaki bu yakın bağlantı, suçlanmayı hak ettiğini hissetmiş ve ardından da suçunun ortaya çıkacağından ve cezalandırılacağından endişe etmiş olan herkes tarafından sezgisel olarak anlaşılabilir. Eğitimlerime katılan öğrencilerde şunu gözlemişimdir: Bir öğrenci teslim etmesi gereken bir ödevi teslim etmekte geciktiğinde, mümkün her durumda beni görmekten kaçınır; sanki benim kafamdaki tek şey, o öğrencinin sorumluluğunu yerine getirmemiş olması ve ona vermeyi plânladığım cezadır. Evlilik dışı ilişki yaşayan bir kadın hastam, sevgilisiyle arabada ele ele tutuşmuş giderlerken ileride bir polis aracı görünce hemen elini sevgilisinin elinden çektiğini biraz da eğlenerek anlatmıştı.

Birçok paranoid kişinin yaşadığı karmaşık ve kapsamlı bir mesele de, cinsel kimlik karmaşası, aynı cinsiyetten biriyle yakın olmaya duyulan özlem ve bunlarla bağlantılı eşcinsellik endişesinin birlikte doğurduğu durumdur. Paranoya ve eşcinsel endişeler arasındaki bağlantı klinisyenler tarafından sık sık belirtilmiştir (örn., Searles, 1961) ve bazı ampirik araştırmalarda bu bağlantı teyit edilmiştir (örn., Aronson, 1964). Paranoid kişiler, eşcinsel erotik duygularına göre hareket etmiş az sayıdaki paranoid kişiler dâhil, aynı cinsiyetten birini çekici bulma fikrini, paranoid olmayan kişilerin hayal edemeye-

cekleri derecede rahatsız edici bulabilirler. Cinsel yönelimlerinin neden bu kadar tehdit edici olarak algılandığını anlamakta zorlanan gey ve lezbiyen kişilere, paranoid kişinin eşcinsellik fobisi gerçekten korkutucu ve tehlikeli gelir. Nazizmin güçlü olduğu o kısa dönemin de gösterdiği gibi, paranoid eğilimler bütün bir kültür veya alt-kültür tarafından paylaşıldığında en dehşet verici olasılıklar bile gerçeğe dönüşebilir.[5]

Eşcinsellikle ilgili paranoid nitelikteki endişeler, kimi zaman, "bilinçdışı eşcinsel itkileri" yansıttıkları şeklinde açıklanmıştır. Ancak bu açıklama yanıltıcıdır; çünkü eşcinsellik korkusunu tetikleyen genellikle genital itkiler değil yalnızlık ve yakın bir arkadaşa duyulan özlemdir. Karon'un (1989) da sağduyu çerçevesinde açıkladığı gibi:

> Çocukluğumuzda, karşı cinsiyetten akranlarımızla birlikteyken rahat olabilmemizden önce aynı cinsiyetten akranlarımızla birlikteyken rahat olduğumuz için ve aynı cinsiyetten kişiler karşı cinsiyetten kişilere göre bize daha benzer olduğu için, herkesten uzaklaşıp içimize döndüğümüzde aynı cinsiyetten kişiler bize daha çekici gelirler. Ne yazık ki, hasta bu çekimin farkına vardığında bunu yanlış şekilde eşcinsellik olarak yorumlar ve bu da, savunmalarını harekete geçirir (s. 176).

Başka bir ifadeyle, paranoid kişilerin kendilik deneyimlerinin temelinde derin bir duygusal yalıtım ve Sullivan'ın (1953) bir "arkadaş" tarafından "karşılıklı rızaya dayalı onaylanma" dediği ihtiyaç vardır.

Paranoid kişilerin özsaygılarını artırmaya çalıştıkları başlıca yol, otoritelere ve bir nüfuza sahip kişilere karşı kendi güçlerini bir etkisi olacak şekilde göstermeye çalışmaktır. Haklı çıkma ve zafer deneyimleri paranoid kişilere rahatlatıcı nitelikte (geçici de olsa) bir güvenlik ve ahlâki doğruluk duygusu verir. Paranoid kişilerin korkulan davacı tutumları bu, eziyet eden ebeveyne meydan okuma ve mağlûp etme ihtiyacından kaynaklanır. Paranoid kişilik gösteren bazı kişiler, baskı ve suistimal kurbanları için kendilerini vakfederek katıldıkları hizmetler sağlarlar; çünkü adaletsiz otoritelerle savaşmaya ve ezilen kişilerin haklarını savunmaya eğilimleri, onların, bu tür mücadelele-

---

5 Nazizm üzerine çalışan araştırmacılar (örn., F. Stern, 1961; Gay, 1968; Rhodes, 1980) Nazizm'in psikolojik köklerini, klinisyenlerin paranoid kişilerin çocukluklarında tespit ettikleri olaylarla aynı türden olaylarda görmektedirler. Birinci Dünya Savaşı'nda Almanya'nın ağır şekilde küçük düşmesi ve ardından yaşanan, uluslararası camianın neredeyse tamamen kayıtsız kaldığı aşırı düzeydeki enflasyonu, açlığı ve paniği doğuran cezalandırıcı yaptırımlar, paranoid bir liderin çekici hâle gelmesinin ve Nazizm dediğimiz örgütlenmiş-paranoyanın zeminini oluşturdu. Nazilerin eşcinsellik fobisi ise iyi bilinen bir olgudur, şüphesiz.

rin ön saflarında, psikodinamikleri tükenmeye karşı benzer düzeyde koruyucu olmayan iyi niyetli sosyal aktivistlere göre çok daha uzun süre bulunmalarını sağlar.

PARANOİD HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Paranoid hastaların çoğunda aktarım hızla gelişir ve yoğun ve olumsuzdur. Terapist, bazen, yansıtılmış kurtarıcı imgelerinin alıcısıdır; ama, çoğu kez, reddedici ve küçük düşürücü davranma ihtimali olan biri olarak görülür. Paranoid danışanlar bir psikolojik değerlendirmeye, görüşmeyi yapan kişinin, danışanın kötü yönlerini açığa çıkararak kendi üstünlüğünü teyit etmeye veya danışanın iyiliğiyle hiçbir ilgisi olmayan, yine olumsuz başka bir plânı gerçekleştirmeye çalıştığı beklentisiyle yaklaşırlar. Terapistler bu danışanları sert, mizahtan yoksun ve eleştirmeye hazır kişiler olarak görürler genellikle. "Paranoid bakış" olarak adlandırılmış olan bakışlarla gözlerini terapistin üstüne amansızca sabitleyebilirler.

Bekleneceği gibi, görüşmeciler paranoid kişilerle birlikteyken bir incinebilirlik duygusu ve genel bir savunma hâli yaşarlar. Terapistin karşı-aktarımı genellikle ya kaygılı ya da düşmanca duyguları içerir; daha az karşılaşılan bir durum olan bir kurtarıcı olarak görülme durumunda ise, karşı-aktarım müşfik bir büyüklenmeciliği içerebilir. Terapist, narsisistik ve şizoid hastalarla yaşanan çoğu kez daha ince ve gizli bir düzeyde seyreden karşı-aktarımların tersine, paranoid hastalar karşısındaki her iki durumda da güçlü tepkiler yaşadığının genellikle farkındadır. Kendiliğin reddedilen kısımlarının dışa atılmasına yol açarak paranoyayı oluşturan inkâr ve yansıtma savunmalarının birlikte işlemesinden dolayı, paranoid hastaları tedavi eden terapistler çoğu kez kendilerini, danışanın bilincinden uzaklaştırdığı bir duygusal tepkinin içeriğini bilinçli olarak yaşıyor hâlde bulurlar. Örneğin, hasta, düşmanca duygularla dolu olabilir; terapist ise bu esnada, bu düşmanca duyguların uzaklaştırıcı bir savunma işlevi gördüğü korku duygusunu yaşar. Veya hasta korunmasız ve çaresiz hissediyor olabilir; terapist ise bu esnada kendini sadistik ve güçlü biri gibi hissedebilir.

Paranoid bir danışanın başa çıkmaya çalıştığı ve terapistin karşı-aktarım çerçevesinde yaşadığı bu içsel tepkilerin (terapist danışanın deneyimini kendi içsel dünyasında yaşamaktadır), terapisti zorlayıcı bir nitelik taşımasından ve duyarlı bir terapist için bu duyguların bir hayli acı verici olmasından dolayı, terapistlerin çoğunda, hastanın içinde bulunduğuna inandığı tehlikelerin gerçekçi olmayan doğasına ilişkin olarak "hastanın düzgün düşünmesi-

ni sağlamak" için çaba harcamaya yönelik bir karşı-aktarım eğilimi vardır. Belli bir terapi tecrübesi olan terapistlerin çoğunun, içinde bulunduğuna inandığı tehdit karşısında bir güvence verilmesine yoğun olarak ihtiyaç duyuyor gibi görünen, ancak bu güvence verildiğinde, bu sefer de, ters bir mantıkla, terapistin onu korkunç bir tehlikeden uzaklaştırmak için hazırlanmış bir plânın parçası olduğuna inanmaya başlayan en azından bir danışanı olmuştur. Terapistin, bu denli mutsuz ve şüpheci bir insana hemen rahatlatıcı düzeyde yardım etmesini sağlayacak bir gücünün olmaması, muhtemelen, zaman içinde danışanın sıkıntılarını hafifletebilecek nitelikte bir ilişkinin kurulmasına engel oluşturan ilk ve en moral bozucu durumdur.

PARANOYA TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Paranoid bir hastayla çalışırken terapistin karşılaştığı öncelikli mesele sağlam bir çalışma ittifakının kurulmasıdır. Kişilik tipi ne olursa olsun bir danışanın başarılı bir şekilde tedavi edilmesi için sağlam bir çalışma ittifakının kurulması gerekli (ve bazen çok zorlayıcı) olsa da, paranoid kişilerle yapılan çalışmalarda bu kişilerin başkalarına güvenmekte yaşadıkları sorunlardan dolayı böyle bir ilişkinin kurulması özellikle önemlidir. Terapi yapmaya yeni başlamış bir öğrencim, bir hayli paranoid olan bir kadın hastayla terapi çalışmasını nasıl gerçekleştireceğine ilişkin plânı sorulduğunda şöyle demişti: "İlk önce bana güvenmesini sağlayacağım. Sonra da, kendini ortaya koyma becerilerini geliştirmeye çalışacağım". Bu, yanlış bir yaklaşımdır. Paranoid bir danışan terapiste gerçekten güvendiğinde tedavi sona erer ve bu sonuç çok büyük bir başarıdır. Önerdiği yaklaşım yanlış olsa da, öğrencim bir açıdan haklıydı: Terapistin iyi niyetli ve yetkin biri olması *olasılığı* danışan tarafından terapinin başında en azından bir düzeyde kabul edilmelidir. Terapistin niyetini ve becerisini göstermesi ve bunun kabulünü sağlaması, oldukça sabırlı ve dayanıklı olmasını gerektirmesinin yanı sıra, olumsuz aktarım hakkında rahatça konuşabilme ve kendisine yöneltilmiş nefret ve şüphe duygularının düzeyinin terapi çalışmasında beklenilen bir derecede olduğunu dile getirebilme becerisinin belli bir kertede bulunmasını gerektirir. Terapistin, hastanın yoğun düzeydeki düşmanlık duygularını sakin bir şekilde kabul etmesi, kendisinden intikam alınacağı duygusuna karşı hastanın güvenlikte hissetmesine katkıda bulunur, nefretin tahrip edici sonuçları olduğu korkusunu hafifletir ve kötü olarak görülen kendilik yönlerinin nasıl yalnızca olağan insani nitelikler olduğuna örnek teşkil eder.

Bu bölümün terapi tekniğiyle ilgili kısmı, diğer kişilik tiplerine ilişkin bölümlerin çoğundaki teknikle ilgili kısımlara göre daha uzun olacaktır; çün-

kü paranoid danışanlarla çalışırken başarı sağlayacak terapötik yaklaşım, çoğumuzun "standart" psikanalitik uygulama olarak gördüğü yaklaşımdan oldukça farklıdır. Paranoid danışanlarla uygulanacak yaklaşım, standart yaklaşımla, hastayı en derin düzeyde anlama, kendiliğin bilinmeyen yönlerini bilinç alanına getirme ve kişinin bir insan olarak tüm yönlerini mümkün en tam şekilde kabul etmesini sağlamaya çalışma hedeflerini paylaşmasına karşın, bunları standart yaklaşıma göre farklı yolları takip ederek gerçekleştirir. Örneğin, "yüzeyden derine doğru" yorumlamanın yapılması paranoid danışanlarla çalışırken genellikle imkânsızdır; çünkü bu danışanların yüzeyde görünen meselelerinin öncesindeki ilk duyguları çok sayıda köklü dönüşümlerden geçmiştir. Kendi cinsiyetinden olan birinden destek görme özlemi duyan ve bilinçdışı bir şekilde bu özlemi cinsel bir arzu olarak yanlış okumuş, yaşadığı bu cinsel arzuyu inkâr etmiş, başka bir kişiye yansıtmış, yer değiştirmiş ve eşinin, arkadaşıyla bir ilişki yaşadığı korkularına boğulmuş bir erkek danışan, terapistin eşinin sadakatsizliği fikrine ilişkin çağrışım yapmaya teşvik etmesi durumunda, gerçek sıkıntıları ele alınmamış bir hâlde kalacaktır.

"Direnci içerikten önce yorumlamak" ilkesi de benzer şekilde talihsiz olabilir. Paranoid bir danışanın davranışlarına ve sözlerine ilişkin yorum yapmak danışanı yargılanmış veya lâboratuardaki bir deney nesnesi gibi gözlem altına alınmış hissettirir sadece (Hammer, 1990). İnkâr ve yansıtma savunmalarının analiz edilmeye kalkışılması, bu savunmaların daha da karmaşık şekillerde kullanılmasına yol açar ancak. Psikanalitik tekniğin, soruları cevaplamak yerine araştırmak, hastanın davranışlarının bilinçdışı veya saklanan bir duyguyu belirtiyor olabilecek yönlerini gündeme getirmek, sürçmelere dikkati çekmek, vb. gibi geleneksel yönleri, hastaların içsel malzemeye ulaşımını artırmak ve bu malzeme hakkında daha açık şekillerde konuşma cesaretlerini desteklemek amaçları çerçevesinde geliştirilmiştir (Greenson, 1967). Paranoid kişilerle çalışırken ise, bu tür uygulamalar ters teper. Danışanların kendilerini açmalarına yardım etmeye yönelik standart yöntemler danışanlardaki paranoid duyarlılığın daha da karmaşık şekillerde işlemesini tetikliyorsa ancak terapistin danışana yardım etmesi nasıl mümkün olacaktır?

İlk olarak: Mizah, kullanılacak yollardan biridir. Uzmanların çoğu (örn., MacKinnon & Michels, 1971), hastanın iğnelendiğini ve alay edildiğini düşünebileceğini ileri sürerek paranoyanın tedavisinde şakanın kullanılmasını tavsiye etmemişlerdir. Bu uyarıda bir haklılık payı vardır; ancak bu uyarı, terapistin, kendisiyle dalga geçtiği, dünyanın akıldışı yönlerine güldüğü ve şakanın diğer küçümseyici olmayan şekillerde kullanıldığı bir tutumu benim-

semesini geçersiz veya yanlış kılmaz. Mizah, terapinin vazgeçilmez bir öğesidir (belki özellikle de paranoid danışanlarla çalışırken); çünkü şakalar saldırganlığı güvenli bir şekilde boşaltmanın en uygun yollarından biridir. Hiçbir şey, hem hastayı hem de terapisti, paranoid hastayı çepeçevre sarmış karanlık tehlike bulutlarının ardındaki ışığın izlerinin görülmesi kadar rahatlatamaz. Mizahtan karşılıklı olarak keyif almayı sağlayacak bir ortamın hazırlanmasının en iyi yolu, terapistin kendi zaaflarına, yapaylıklarına ve hatalarına gülmesidir. Paranoid kişiler hiçbir şeyi gözden kaçırmazlar; terapistin kişiliğindeki hiçbir kusur paranoid kişilerin bakışlarından kurtulamaz. Bir arkadaşım, psikoterapistler için önemli bir beceri olan "burundan esneme" becerisini kusursuz hâle getirmişti; ancak onun bile, paranoid bir danışanı yanıltamayacağından eminim! Bu bölümün önceki kısımlarında bahsettiğim kadın hastam benim esnediğim anları, yüzüm ne kadar hareketsiz olursa olsun, hiç gözden kaçırmamıştır. Esnediğimi fark edip buna işaret ettiğinde, yine esnediğimi özür dileyici bir tutumla kabul ediyor ve o varken hiçbir şeyi onun bakışlarına yakalanmadan yapamadığımdan acınaklı bir şekilde şikayetçi oluyordum. Esnediğimi düşündüğünde zihninden geçen fantazilerin neler olduğunun araştırılmasını içeren ağır ve mizahtan yoksun bir yaklaşım yerine daha uygun bulduğum bu tür bir tepki, birlikte çalışmamızı kolaylaştırıp hızlandırmıştır.

Doğal olarak, terapist yaptığı şakanın alay edilme olarak algılanması durumunda özür dilemeye hazır durumdadır; ancak aşırı-duyarlı hastalarla yapılan terapinin, bunaltıcı bir ciddiyet atmosferi içinde yapılması gerektiği fikri, gereksiz yere kılı kırk yaran bir yaklaşımı içerir. Özellikle, sağlam bir çalışma ittifakı kurulduktan sonra (bu, ayları veya yılları alabilir), tümgüçlü fantazileri egoya-yabancı hâle getirmeye yönelik çabalar çerçevesinde, iyi ayarlanmış bir parça şaka yollu dokundurma paranoid kişi için bir hayli yararlı olabilir. Zor danışanlarla çalışma konusunda kıskanılacak bir yeteneği olan Jule Nydes (1963) aşağıdaki müdahale örneklerini verir:

> Bir hasta... hak ettiği bir tatil için Avrupa'ya giderken uçağının düşeceğine inanmıştı. Ona "Tanrının, seninle ilgili bir planı gerçekleştirmek için sırf, uçaktaki diğer yüz insanın hayatını feda edecek kadar acımasız olduğunu mu düşünüyorsunuz?" diye sorduğumda hem şaşırdı hem de rahatladı.
>
> Buna benzer başka bir örnek de, bilinçdışı şekilde önemli bir başarı olarak yaşadığı yakın dönemde yapacağı evlilikten kısa bir süre önce güçlü paranoid korkular geliştirmiş olan genç bir kadınla ilgilidir. Bu danışanı gördüğüm dönem "deli bombacı"nın ölümcül bombalarını metroya yerleştirdiği zamanlardaydı. Danışanım, metroda patlayacak bir bomba yüzünden

> öleceğinden emindi ve bu yüzden metroyu kullanmıyordu. Bana, "Siz, 'deli bombacı'dan korkmuyor musunuz?" diye sordu. Ben cevap veremeden de, alay ederek "Elbette korkmuyorsunuz. Sadece taksiyle yolculuk yaparsınız siz." dedi. Ona benim de metroyu kullandığımı, ancak "deli bombacı"nın benim peşimde değil onun peşinde olduğunu bildiğimden metrodan korkmadığımı belirttim (s. 71).

Paranoid hastalarla çalışırken, dolaylı ve terapisti sıkıntılı durumlara düşürmeyen yolları kullanarak içgörü paylaşımının önemini vurgulayan Hammer (1990), aşağıdaki fıkranın anlatılmasını, yansıtmanın neden olduğu sorunları yorumlamaya yönelik bir araç olarak önermektedir:

> Adamın biri komşusu olan bir arkadaşından çimen biçme makinesini ödünç olarak istemeye karar vermiş. Bu kararı verirken de arkadaşının kendisine böyle iyilikler yapmasının ne kadar güzel bir şey olduğunu düşünüyormuş. Ne var ki, arkadaşının evine doğru giderken arkadaşından böyle bir şey istemesinin doğru olup olmayacağına ilişkin şüpheler sarmış içini. Belki de arkadaşı çimen biçme makinesini ödünç vermeyi istemeyecek diye düşünmüş. Arkadaşının evine vardığında artık şüpheleri öfkeye dönüşmüş bir hâldeymiş ve arkadaşı kapıyı açıp karşısında belirince ona şöyle demiş: "Kahrolası çimen biçme makinenle ne yap biliyor musun? Başına çal!" (s. 42)

Mizah, özellikle de kendi kusur veya hatalarına gülmeye yatkınlık, hasta açısından terapistin belirli bir rolü oynayan ve gizli bir plânı gerçekleştirmeye çalışan biri olmak yerine "gerçek" biri olduğunu gösterdiğinden muhtemelen terapötik bir etkendir. Paranoid kişilerin tarihçelerinde insanların gerçek duygularını ve kimliklerini paylaştıkları deneyimler o denli az bulunur ki, terapistin doğrudan duygusal dürüstlüğü, insanların birbirleriyle ilişki kurmak için neyi nasıl yapmaları gerektiğine ilişkin aydınlatıcı bir öğrenim olarak yaşanır. Net sınırların korunmasına ilişkin aşağıda belirtilen bazı çekinceleri göz önünde tutarak, paranoid kişilerle çalışırken terapistin çok açık ve bilgilendirici olmasını tavsiye ediyorum. Bu tutumla, danışanların sorularına, cevap belirtmeyip yaşadıkları sıkıntının ardındaki düşünceleri araştırmak yerine dürüstçe cevap vermek gerektiğini belirtiyorum; deneyimlerime göre, terapist, paranoid bir danışanın dile getirdiği bir meselenin yüzeyde görülen içeriğini bu içeriği önemseyerek ele alırsa, danışan dile getirdiği meselenin temsil ettiği gizil içeriği incelemeye daha çok (daha az değil) istekli olur.

İkinci olarak: Terapist, başlangıçta bulunan duygulanımlara karşı oluşturulmuş olan karmaşık paranoid savunmalara bunlara dokunmadan

yaklaşır; bu stratejiyi, terapistin en sevdiği metafor hangisiyse, "görmüyormuş gibi yapma" veya "kenara çekilme" veya "çevresinden dolaşma" olarak betimleyebiliriz. Yukarıda verilmiş olan, eşinin muhtemel sadakatsizliğine ilişkin düşüncelere takılıp kalmış hipotetik erkek danışan örneğinde, terapist, danışana, ne kadar yalnız ve destekten yoksun hissediyor göründüğü yorumunu yaparak yardımcı olabilir. Terapist, paranoid bir tiradı, karmaşık bir savunmacı sürecin içeriğini ele almaya yönelik tüm içsel kışkırtmalardan kaçınarak kendi hâline bırakır ve sonra da, empatik bir şekilde, öfke dolu meselelerin kaynaklandığı reddedilmiş ve yansıtılmış duyguların üzerinde durursa bu tiradın ne kadar çabuk kaybolabileceğini görmek şaşırtıcıdır.

Başlangıçta bulunan ve kişinin kendini savunduğu duyguya ilişkin en iyi ipucu çoğu kez terapistin karşı-aktarımıdır. Paranoid kişilerin, kendilerinde bulunan ancak varlığını tanıyıp kabul etmedikleri tutumları aslında *fiziksel olarak* terapiste yansıttıkları düşünülmüştür; bu da terapistler için yararlı bir bakış açısı olmuştur. Bu çerçeveden bakarsak, hasta, kendini haklı gören, sürekli ve yoğun bir hınç içindeyse ve terapist bunun sonucunda tehdit altında ve çaresiz hissediyorsa, bu durumda hastaya şunu söylemek hastanın deneyimini oldukça derin bir düzeyde onaylayıcı olabilir: "Şu anda yaşamakta olduğun duygunun, içindeki büyük öfke olduğunu biliyorum, ancak bu öfkeden başka, yoğun korku ve çaresizlik duygularıyla da başa çıkmaya çalıştığını hissediyorum." Terapist yanılsa bile, danışan, terapistin, bu derecede ağır sıkıntı duygularını yaratan etkenin ne olduğunu anlamayı istediğini görecektir.

Üçüncü olarak: Terapist, paranoid tepkilerin artmasından muzdarip hastalara, bu hastaların yakın dönemdeki deneyimlerinde onları sıkıntıya sokacak ne olmuş olabileceğini tespit etmeye çalışarak yardımcı olabilir çoğu kez. Hastada sıkıntıya yol açmış olabilecek etkenler arasında, genellikle, şu deneyimler bulunur: Ayrılık (hastanın çocuğu okula başlamıştır, arkadaşı başka bir yere taşınmıştır, ebeveyni yazdığı bir mektubu cevaplamamıştır), başarısızlık veya –paradoksal şekilde– başarı (başarısızlıklar küçük düşürücüdür; başarılar ise, tümgüçlü suçluluk ve cezalandırılma korkularını içerir). Hastalarımdan birinin seanslarda uzun paranoid tiratları oluyordu çoğu kez; ben ise, bu hastanın neye karşı bir tepki yaşadığını genellikle ancak 20 veya 30 dakika sonra anlayabiliyordum. Hastayı paranoid süreçleriyle yüzleştirmekten dikkatli ve sabırlı bir şekilde kaçınır ve bunun yerine, söz arasında öylesine bahsettiği bir şeyin aslında onun canını ne kadar çok sıkmış bir şey olduğunu nasıl pek dikkate almıyor olabileceğini belirten bir yorum yaparsam, hastanın paranoyası, bu süreçle ilgili başka hiçbir analiz yapmadan or-

tadan kalkma eğilimi gösterir. İnsanları, duygularını harekete geçirmiş olan uyarılma durumlarını bilinç düzeyinde fark etmeye ve bu uyarılma durumuna neyin yol açtığını tespit etmeye yönelik olarak eğitmek çoğu kez paranoid süreci tümden engeller.

Genel olarak, terapistin hastayı paranoid bir düşüncenin içeriğiyle doğrudan yüzleştirmekten kaçınması gerekir. Paranoid kişiler diğer kişilerin duygu ve tutumlarını net bir şekilde algılarlar; ancak bu algıladıkları şeylerin anlamının hangi düzeyde yorumlanmasının uygun olacağı noktasında kafaları karışır (Sullivan, 1953; Shapiro, 1965; Meissner, 1978). Terapist paranoid bir hastanın yorumlarına karşı çıkarsa, hasta, gördüğü şeyin taşıyabileceği anlamları yanlış yorumlamış olduğunu düşünmek yerine gördüğü şeyi gördüğü için terapistin ona deli olduğunu söylediğine inanır genellikle. Bu yüzden, terapist hastaya, hastanın yorumlarına alternatif nitelikte başka yorumları belirtmeyi isteyebilirse de, bunu hemen yaparsa hasta reddedilmiş, küçümsenmiş ve paranoid yorumlarını harekete geçirmiş gerçekliğe nüfuz edici algıları bir yana atılmış hisseder.

Paranoid bir danışan, bir şeye ilişkin olarak kendi görüşüne klinisyenin katılıp katılmadığını açıkça soracak denli cesur olduğunda, terapist, başka yorum olasılıklarını, kesinlemeye gitmeyen, varsayım düzeyinde kalan bir yaklaşımla belirtebilir ("O adamın senin yolunu kesmeyi istediğini niçin düşündüğünü görebiliyorum; ancak bu durum için başka bir olasılık da o adamın patronuyla kavga etmiş olması ve yolda kim var kim yok aldırmadan arabasını deli gibi kullanıyor olması olabilir"). Şuna dikkat edin: Bu örnekteki terapist, paranoid kişinin kendini referans alan güdülerinin yerine daha iyilik dolu güdüler koymamıştır ("o adam belki de yolda gördüğü bir hayvana çarpmamak için ani dönüş yapmıştır"); çünkü paranoid kişiler küçümsendiğini *bildikleri* niyetleri terapistin süsleyip daha sevimli göstermeye çalıştığını düşünürlerse daha çok kaygı duyar hâle gelirler, daha az değil. Şu noktayı da gözden kaçırmayın: Terapist, yorumu, kolayca vazgeçebileceği, bir tür deneme tarzında yapmıştır; böylece, hastanın, yorumu isterse kabul edebileceği istemezse de ret edebileceği ve bunun terapisti zora sokmayacağı bir durum oluşturmuştur. Paranoid hastalarla çalışırken, terapist, paranoid hastaların terapistin görüşlerini açıkça kabul etmesini teşvik eden veya açıkça ret etmesini kışkırtan müdahalelerden kaçınmalıdır. Paranoid hastaların bakış açısına göre, bir şeyi kabul etmek küçük düşürücü nitelikte bir boyun eğme anlamına gelir; ret etmek ise daha sonra kendilerinden intikam almasına yol açar.

Dördüncü olarak: Terapist düşünceler ve eylemler arasında tekrar tekrar ayrım yapabilir ve bunu yaparken de, en olumsuz görünebilecek fantazileri insan doğasının etkileyici, hayranlık uyandıran, yaratıcı sapkınlıklarının örnekleri olarak gösterebilir. Terapistin düşmanlık, açgözlülük, şehvet ve benzeri, pek de istenmeyecek eğilimleri, bunları eyleme-koymadan ilgi çekici ve etkileyici nitelikler olarak görebilme becerisi, denetimi dışındaki, kötü bir içsel çekirdeğe ilişkin korkularını azaltır. Lloyd Silverman (1984) duyguları ve fantazileri yorumlamanın ötesine geçerek, hastanın bunları ilginç deneyimler olarak yaşamasını tavsiye etmenin taşıdığı değeri vurgulamıştır; duygu ve fantazilerine paranoid kişinin bu şekilde yaklaşmasını sağlamak, bu kişilerle yapılan çalışmanın özellikle önemli bir boyutudur. Bazen, tedavide bu boyut gerçekleştirilemediğinde, hastalar, terapinin amacının, yaşadıkları türden duyguları insanlık durumunun bir parçası olarak benimsemelerine yardım etmek değil de, kendilerini bu duygulardan kurtarıp arındırmalarına yardım etmek olduğu fikrine kapılırlar.

Kızlarımdan biri okul öncesi yaştayken, anaokulundaki bir öğretmeni erdemin "iyi düşünceler düşünmeyi ve iyi davranışlar yapmayı" içerdiğini söylemiş, bu da, kızımın kafasını karıştırmıştı. Kızıma öğretmenine katılmadığımı ve kötü düşünceler düşünmenin de, hele insan bu kötü düşüncelere rağmen iyi davranışlar yaptığında, oldukça ilginç ve keyifli bir şey olduğu kanısında olduğumu söylediğimde çok rahatladı. Bu konuşmamızdan sonraki aylarda, bebek olan kız kardeşine kötü davranmamaya çalıştığı dönemde özellikle, yüzünde hınzırca bir ifadeyle şöyle diyordu: "İyi davranışlar yapıyorum, çok kötü düşünceler düşünüyorum!" Kızımla yaptığım çalışma, bir hayat boyu fantazinin ne, gerçekliğin ne olduğunu birbirine karıştırmış bir insanla yapılan bir çalışmaya göre çok daha kısa bir çalışma idiyse de, kızıma öğretmeye çalıştığım bakış açısı ile paranoid danışanlar için iyileştirici olan bakış açısı birbirinin aynıdır.

Beşinci olarak: Terapist sınırların korunmasına son derece dikkat etmelidir. Başka bir kişilik tipindeki bir hastayla çalışırken terapist bazen elindeki bir kitabı ödünç verebilir veya kendiliğinden hastanın yeni saç şekline duyduğu beğeniyi ifade edebilirse de, bu tip davranışlar paranoid bir hastayla çalışırken yapıldığında birçok komplikasyonu beraberlerinde getirirler. Paranoid danışanlar sürekli olarak, terapistin, rolünün dışına çıkacağı ve onları psikolojik ihtiyaçlarıyla bağlantısı olmayan birtakım başka amaçlar için kullanacağından endişe ederler. Yoğun idealleştiren aktarım geliştiren ve terapistle "gerçek" bir arkadaşlık ilişkisi kurmak istediklerinde ısrar eden danı-

şanlar bile –özellikle bu danışanlar belki de– terapistin, alışılmamış şekilde sınırlarının dışına çıktığı duygusunu veren bir tarzda davranması durumunda buna aşırı korkuyla tepki verirler.

Tutarlılık, paranoid bir kişinin güvenlik duygusu açısından oldukça önemlidir; tutarsızlık, arzuların çok büyük bir güce sahip oldukları fantazilerini harekete geçirir. Bir birey olarak terapistin sınırlarının tam olarak neler olduğu konusu (örn., danışanın gelmediği seansların veya danışanın terapisti evinden aradığı telefonların nasıl ele alınacağı), danışan için, bu sınırların uygulamada ne kadar sıkı bir şekilde korunduğunu görmeye göre daha az önemlidir. Paranoid bir kişinin, terapötik ilişkinin getirdiği sınırlara öfke duyması veya bu sınırlardan dolayı yas tutması, terapistin alışılmış duruşunun aslında kışkırtmayla veya korkutmayla bozulabileceğinden endişe duymasına göre çok daha terapötiktir. Terapistin çabasını ve ilgisini yansıtan umulmadık farklı bir davranış depresif kişide bir beklenti ve ümit ışığını yakabilecekken, paranoid hastada bir kaygı ateşini tutuşturacaktır.

Bu konuyla ilgili olarak, paranoid danışanlarda sahte-erotik aktarım fırtınaları riskinin bulunduğunu da belirtmeliyim. Danışanla aynı cinsiyetten olan terapistler, danışanla karşı cinsiyetten olan terapistlere göre mesleki tutumlarını daha da dikkatli bir şekilde korumak zorundadırlar; çünkü paranoid kişilerin çoğunun eşcinsel panik duygusuna kapılmaya yatkınlıkları vardır. Ancak terapist danışana göre hangi cinsiyetten olursa olsun kendini beklemediği bir noktada yoğun bir cinselleştirilmiş açlığın veya hıncın hedefi olarak bulabilir. Aşırı psikolojik yoksunluk ile bilişsel karışıklığın (duygulanım ile cinselliğin, düşünceler ile eylemlerin, içeri ile dışarının) birleşimi çoğu kez erotikleştirilmiş yanlış anlamalara ve korkulara yol açar. Terapistin yapabileceği en iyi şey, terapötik çerçeveyi yeniden kurmak, danışanın yoğun deneyiminin geçmesini duruşunu koruyarak sabırla beklemek, bu yoğun deneyimin ardındaki duyguları normalleştirmek ve bu duygular ile psikoterapi çalışmasını mümkün kılan davranışsal sınırlar arasındaki ayrımı belirtmektir.

Son olarak: Terapistin hem kişisel gücü hem de şüpheye yer bırakmayan bir içtenliği olduğunu paranoid danışanlara göstermesi oldukça önemlidir. Paranoid danışanlar, düşmanca ve saldırgan itkilerle çok dolu, düşüncelerin nerede bittiği ve eylemlerin nerede başladığı konusunda kafaları çok karışmış ve tahripkâr tümgüçlülük duygularına çok gömülmüş bir hâlde olduklarından, bir terapi ilişkisindeki en büyük endişeleri, kötülük taşıyan içsel süreçlerinin terapisti yaralayacağı veya tahrip edeceği endişesidir. Bu yüzden de, paranoid bir danışan, onu tedavi eden terapistin, onun fantazilerinden daha

güçlü olduğunu bilme ihtiyacını duyar. Bazen, paranoid bir kişi için, ne söylendiğinden daha önemli olan şey, terapistin verdiği mesajları ne kadar güvenli, açık sözlü ve korkusuz bir tutumla verdiğidir.

Paranoid kişileri tedavi etme deneyiminin kendisi üzerine yazmış olan terapistlerin çoğu kitaplarında (bu terapistlerin yazdıkları kitaplar, paranoid süreçlerin kökenleri üzerine yazılmış, çok daha fazla miktardaki teori literatürünün yanında azınlıkta kalmaktadır), paranoid kişilerle çalışırken saygının, bütünlüğün, duyarlılığın ve sabrın önemini vurgulamışlardır (Fromm-Reichmann, 1950; Arieti, 1961; Searles, 1965; MacKinnon & Michels, 1971; Karon, 1989; Hammer, 1990). Bazı terapistler, özellikle psikotik danışanlarla çalışmış olanlar, hastanın gerçeklik hakkındaki görüşünün yanında durup desteklenmesini tavsiye etmişlerdir; böylece, terapist ve danışanın artık paylaşıyor göründükleri paranoid kurguları danışanın sökmeye başlamasını sağlayacak düzeyde bir onaylanmışlık duygusu yaratılabilecektir (Lindner, 1955; Spotnitz, 1969). Öte yandan, yazarların çoğu, terapistin bu denli ileri gitmeden de, danışanın çarpıtmalarına saygı duyduğunu gösterebileceğini ve bu çarpıtmalara yönelik yaralayıcı eleştirilerden kaçınabileceğini düşünmektedirler.

Aşağılanmaya ve tehdit edilmeye aşırı bir duyarlılıkları olduğu için, paranoid hastaları, hastanın bazı büyük hatalar yapmadan tedavi etmek imkânsızdır. Bazen terapi çalışması sonu gelmeyen bir hasara uğratmama çabası gibi görünür. Dahası, kısa dönemde, terapist derin bir tek başına olduğu duygusuna dayanmak zorundadır; çünkü paranoid psikoloji gösteren danışanların terapistin danışanı anlamaya yönelik çabalarını gördüklerini ne sözel ne de sözel olmayan bir şekilde belirtme eğilimleri vardır. Ancak tüm bu olumsuzluklara karşın, kendini adamış, gerçek bir tevazu gösteren, dürüst bir terapist, paranoid bir danışanla yapacağı çalışmada yıllar içinde danışanda köklü bir fark yaratabilir; bunu başarmış bir terapist de danışanın tüm hıncının ve aksiliklerinin ardında derin bir sevgi ve şükran dünyası bulacaktır.

AYIRICI TANI

Paranoid kişilik yapısı tanısının konması genellikle kolaydır; buna istisna oluşturan durumlar, daha önce de belirtildiği gibi, danışanın üst düzeyde işlevselliği olan biri olduğu ve paranoyasının boyutlarını görüşmeciden saklamaya çalıştığı durumlardır. Şizoid danışanlarda yapıldığı şekilde, açıkça paranoid olan bir hastada psikotik süreçlerin bulunabileceği olasılığının üzerinde durulması gereklidir.

Paranoid Kişilik – Psikopatik Kişilik Karşılaştırması

Bölüm 7'de merkezi bir dinamik olarak suçluluk duygusunun paranoid kişiler ile antisosyal kişilerin psikolojilerindeki rolünün bu iki kişiliği birbirinden ayırt etmekteki önemi üzerinde durmuştum. Şimdi, suçluluk duygusunun yanı sıra sevgi duygusunu da belirtmeliyim. Paranoid bir kişi, sizin ve kendisinin aynı temel değerleri paylaştığınızı ve zor bir durumdayken size güvenebileceğini hissederse, neredeyse sınırsız bir sadakat ve cömertlik gösterir. Yansıtma süreçlerine antisosyal kişilerde yaygın olarak rastlanır; ancak psikopatların temelde empatik olmayan kişiler olmalarına karşın, paranoid kişiler nesnelerle derin düzeyde ilişkilidirler. Paranoid kişilerde uzun dönemli bağlanmalara tehdit oluşturan başlıca etken diğer kişilere yönelik duygularının olmaması değil, ihanete uğrama deneyimidir; bu o denli güçlü bir etkendir ki, ihanete uğradıklarını hissettiklerinde 30 yıllık bir ilişkiyi bile kesip atabilirler. Diğer kişilerle, benzer ahlâki duyarlılıklar temelinde bir bağ kurdukları ve dolayısıyla, kendilerinin ve sevgi nesnelerinin neyin iyi neyi kötü olduğuna ilişkin ortak görüşler esasında bir araya geldiğini hissettikleri için, özdeşim kurdukları kişilerde algıladıkları herhangi bir ahlâki kusur, bu kusurun taşıyıcısı olan kişinin ilişkiden uzaklaştırılmasıyla kurtulunması zorunlu olan, kişinin kendiliğindeki bir kusur olarak yaşanır. Sonuç bir ilişki eksikliği olsa da, paranoid kişilerde görülen bu sonlandırılmış ilişkiler tarihçesi, psikopatik kişilerde görülen sevme yeteneğinin bulunmaması durumuyla aynı şey değildir.

Paranoid Kişilik – Obsesif Kişilik Karşılaştırması

Obsesif kişiler, paranoid bireylerle adalet ve kurallarla ilgili meselelere duyarlı olma, "daha yumuşak" duygulara karşı katı ve inkârcı davranma, kontrol meseleleriyle sürekli uğraşma, utanç duygusuna kapılma ve kendini haklı bulduğu öfke dolu tutumlara eğilim gösterme gibi özellikleri paylaşırlar. Obsesif kişiler, ayrıca, ayrıntılara çok takılırlar ve önemsiz ayrıntılara saplanıp kalmalarından dolayı resmin bütününü yanlış değerlendirebilirler. Dahası, psikoza doğru çözülme sürecindeki obsesif kişiler, akıldışı obsesyonlardan yavaş yavaş paranoid hezeyanlara kayabilirler. Klinik gözlemler, birçok kişide hem paranoid hem de obsesif özelliklerin bulunduğuna işaret etmektedir.

Ancak paranoid ve obsesif tanı kategorilerinde yer alan kişiler, küçük düşürülmenin, geçmiş deneyimlerindeki ve bugün duyarlı oldukları konulardaki rolü açısından farklılık gösterirler: Obsesif kişi kontrol ediliyor olmaktan korkar; ama, paranoid kişinin yaşadığı fiziksel zarar görme ve duygusal açıdan küçük düşürülme korkusunu yaşamaz. Obsesif hastaların, muhalif nite-

liklerine karşın, görüşmeciyle işbirliği yapmaya çalışmaları çok daha muhtemeldir ve bu hastalarla çalışan terapistler paranoid hastaların yol açtıkları düzeyde bir kaygıya kapılmazlar. Standart psikanalitik teknik obsesif danışanlarda genellikle yarar sağlar; obsesif olduğu düşünülen bir hastanın geleneksel netleştirme ve yorumlama çalışmalarına öfkeyle tepki vermesi bu hastanın paranoid niteliklerinin daha önde olduğuna yönelik bir ilk işaret olabilir.

Paranoid Kişilik – Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

Çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişilerin çoğunda, kişilik sisteminin paranoid niteliklerini taşıyan bir öbür [alter] kişilik vardır ve bu öbür kişilik, görüşmecide, danışanın tüm kişiliğini temsil ediyormuş kanısına yol açabilir. Hem paranoyanın hem de dissosiyasyonun etiyolojilerinde duygusal suistimalin söz konusu olmasından dolayı, bu iki patoloji sürecinin aynı bireylerde bir arada bulunmasına yaygın olarak rastlanır. Bölüm 15'te, dissosiyatif bozukluklarda tanı koyma çalışmasını çok kapsamlı bir şekilde ele alacağım; böylece, paranoid kişiliği olan bir bireyin, paranoid öbür [alter] kişiliği olan veya paranoid eğilimleri olan dissosiyatif bir kişiden nasıl ayırt edileceği tam olarak anlaşılacaktır.

Özet

Kişilikleri temelde paranoid olan kişilerin açık ve gizil niteliklerini betimledim ve bu kişilerin yansıtma savunmasını yoğun olarak kullanıyor olduklarını vurguladım. Paranoid kişiliğe yol açan olası etiyolojik değişkenlerden bahsettim; bu değişkenler, doğuştan getirilen saldırganlık veya hırçınlık ve bunun sonucunda korku, utanç, haset ve suçluluk duygularına kapılmaya yatkınlık göstermeyi içermektedir. Bu tipte bir kişilik örgütlenmesinin gelişmesinde, erken dönemde şekillendirici olan, aile sistemi içindeki tehdit edici ve küçük düşürücü tutumlar, yansıtmalı süreçler ve kaygı dolu, birbiriyle çelişen mesajlar gibi deneyimlerin rolü üzerinde durdum. Paranoid kişinin kendilik duygusunun, kimlik ve özsaygı alanlarındaki çekirdek bir kırılganlıktan doğan ikincil meselelerle birlikte yaşanan, ya umarsız korunmasızlık ya da tümgüçlü tahripkârlık durumlarını içerdiğini belirtim. Aktarım ve karşı-aktarım süreçlerinin, özellikle de hınç duygusunu içeren deneyimlerin, taşıdığı yoğunluğu ve nasıl yaşandıklarını tartıştım.

Teknikle ilgili olarak belirttiğim görüşler, paranoid hastaların terapistlerinin, kendiliği içten bir tutumla kabul etmenin ve insani zaaflara, bu zaaflara gülerek bakmanın nasıl bir deneyim olduğunu sergilemeleri; savunma ve içerikle değil, duygulanım ve süreçle çalışmaları; hastanın deneyimlerine ilişkin paranoid yorumlarına saldırıcı nitelikte bir doğrudan müdahaleden kaçınarak, semptomatik rahatsızlığa yol açan spesifik etkenleri tespit etmeleri; düşünceler ve eylemler arasındaki farkı ayırt edip hastaya belirtmeleri; hastayla aralarındaki sınırları korumaları; kişisel güç ve sahicilik niteliklerini

yansıtan ve hastaya saygı duyulduğunu ileten tutumlar göstermeleri gerektiği tavsiyelerini içermektedir. Son olarak da, temelde paranoid psikoloji gösteren kişilerin, psikopatik, obsesif ve dissosiyatif tipte kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerden nasıl ayırt edileceğini ele aldım.

İLERİ OKUMA ÖNERİLERİ

Paranoya üzerine yazılmış en kapsamlı kitap Meissner'in (1978) *The Paranoid Process* adlı kitabıdır. Başka bir kaynak da, Shapiro'nun (1965) kitabında bulunan, paranoid tarz hakkındaki hem daha kısa hem de canlı bir anlatımla daha iyi yazılmış olan bölümdür.

ONBİRİNCİ BÖLÜM

Depresif ve Manik Kişilikler

Bu bölümde karakter örüntülerini depresif dinamiklerin şekillendirdiği kişileri ele alacağım. Kişiliklerinin belirgin niteliği depresyonun inkâr edilmesi olan, yani, manik, hipomanik ve siklotimik olarak adlandırılan kişilerin psikolojilerinden de kısaca bahsedeceğim. Bu ikinci tanı gruplarındaki kişiler, hayata, depresif kişilerin bilinçdışı şekilde kullanıyor oldukları stratejilere zıt nitelikte stratejilerle yaklaşıyor olsalar da, manik veya depresif her bir gruptaki kişilerde görülen temel örgütleyici temalar, beklentiler, istekler, korkular, çatışmalar ve bilinçdışı açıklayıcı kavramsal kurgular birbirine benzerdir.

İyi bilindiği gibi, birçok kişi birbirini izleyen manik ve depresif zihin durumları yaşar; bu kişilerin içinde psikotik-düzey patoloji gösterenler eskiden "manik-depresif" hastalık yaşıyor olarak betimlenirlerdi. Bugün patoloji düzeyi ne olursa olsun tercih edilen terim "bipolar" terimidir.Önceki terim, hezeyan ve intihara eğilim imalarını taşımaktaydı; ancak psikotik duruma hiç girmemiş birçok kişinin belirgin mani ve distimi döngüleri yaşadıkları da bilindiğinden bir terminoloji eksikliği veya karışıklığı oluyordu. Temelde depresif olan, temelde manik olan ve bir kutuptan diğerine gidip gelen kişilerin hepsi normal/nevrotik-sınırdurum-psikotik gelişimsel süreklilik hattının üzerindeki her bir noktada görülebilirler.[1]

---

1 "Neredeyse tüm" hipomanik karakterlerin sınırdurum gösterdikleri görüşü (Kernberg ve diğ., 1989) doğru olabilir; ancak inkâr ve diğer arkaik mekanizmaları yoğun olarak kullanan ama aynı zamanda sınırdurum olarak değerlendirilmelerini uygunsuz kılacak düzeyde bütünleşmiş bir kimliğe ve keskin bir kendini gözlemleme yeteneğine sahip olan birçok hipomanik kişi tanıdım ve birkaç hipomanik kişinin de tedavisini gerçekleştirdim.

DEPRESİF KİŞİLİKLER

Birçok analitik teorisyenin görüşlerine göre (örn., Frances & Cooper, 1981; Kernberg, 1984), DSM-III'ü hazırlayanlar, depresif ve manik durumların hepsini "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında toplamaya karar verdiklerinde, depresif psikolojiye ilişkin herkesçe paylaşılan bir uzman görüşü geliştirmemizi engelleyen gereksiz bir köstek de yaratılmış oldu. DSM-III'nin geliştirici ekibi, "Duygudurum Bozuklukları" kategorisini tanımlayarak ve bunu yaparken, depresif kişilik kategorisini de gözden çıkararak, distimik durumların duygulanımsal yönlerini ön plana çıkarmış ve depresyonun fenomenolojisinde eşit derecede önemli olan imgesel, bilişsel, davranışsal ve duyumsal bileşenleri görmezden gelmiş oldu. DSM-III'ün bu şekillerde düzenlenmesi, klinik açıdan depresyonlu bir durumda olmadıkları dönemlerde bile depresif kişilerin belirgin nitelikleri olan savunmacı süreçleri anlamaya yönelik çabalardan dikkatimizin uzaklaşmasına da yol açmıştır.[2]

Klinik nitelikte bir depresyonun neye benzediği konusunda şüphe yoktur; birçoğumuz böyle acı dolu bir süreçten geçme talihsizliğini yaşamışızdır. Sürekli üzüntü, enerjisizlik, anhedoni (günlük hayattan tat, haz alamama) ve vejetatif bozukluklar (yeme, uyku ve kendilik-düzenlemesi [self-regulation] alanlarında sorunlar) hemen tespit edilen belirtilerdendir. Depresif ("melankolik") durumları normal yas tutma ile karşılaştıran ve ikisinin farklarını belirten ilk yazar olan Freud (1917a), bu iki durum arasındaki temel farkın, olağan üzüntü tepkilerinde, *dış dünyanın* bazı önemli yönlerden eksilmiş olarak (örn., değerli bir insan ölmüştür) yaşanması, ancak depresif durumlarda, yitirilmiş veya hasar görmüş olarak hissedilen şeyin *kendiliğin* bir parçası olması olduğunu gözlemlemiştir. O hâlde, bazı açılardan, depresyon yas tutmanın karşıt durumudur; üzüntüsünü yaşayan kişiler, kaybın ardından gelen dönemde oldukça üzgün olsalar da genellikle depresyona girmezler.

Aniden ortaya çıkan klinik nitelikte bir depresyonda son derece dikkat çekici olan bilişsel, duygulanımsal, imgelemsel ve duyumsal süreçler (özellikle, güçlü distimik eğilimler göstermeyen bir kişinin yaşadığı depresyonda), depresif kişilikleri olanlarımızın psişesinde kronik, örgütleyici, kendini de-

2 Yeni nozolojinin ortaya çıktığı tartışmalara tanıklık etmiş meslektaşlarımdan şunu öğrendim: Komitenin bazı üyeleri, analitik klinisyenlerin, karakterolojik depresif hastalara, DSM'nin kapsamlı tanı tetkikinin karakter yapısı ekseni olan *Eksen II*'deki "300.4" (Distimik Bozukluk) tanısını koymalarını beklemişlerdir. Ancak bir klinisyen olarak ben bu tanı kategorisini sigorta şirketleri belgelerinde veya dergilerdeki hakemlik değerlendirmelerimde kullandığımda bu tanı reddedilmişti. Resmi kategorilerimizin psikopatolojiye ilişkin tutumlarımızı ve insanları anlamaya yönelik farklı yolları bulmaktaki yeteneklerimizi şekillendirmekteki etkisi işte bu denli güçlüdür.

vam ettiren bir şekilde işler (Laughlin, 1956, 1967). Bu kitabın okuyucu kitlesini göz önünde tuttuğumuzda, "olanlarımız" ifadesinin bir hayli yerinde bir ifade olduğunu söyleyebiliriz; çünkü mesleki izlenimlerimizin doğruluğuna güvenerek konuşacak olursak, psikoterapistlerin büyük bir kısmı karakter yapısı açısından depresiftirler. Biz terapistler, doğal olarak, üzüntüyle empati kurarız, özsaygı duygusunda yaşanan yaralanmaları anlarız, yakınlık kurmaya çalışır ve kayıplara direniriz ve terapötik başarılarımızı hastalarımızın çabalarına, başarısızlıklarımızı da kişisel sınırlılıklarımıza atfederiz.

Greenson (1967), depresif bir duyarlılık ile başarılı terapist olmanın gerektirdiği nitelikler arasındaki ilişki üzerine olan yorumlarında, ciddi bir depresyon yaşamamış analistlerin, tedavi eden kişiler olarak çalışmalarında zorluk yaşayabileceklerini ileri sürecek denli önemsemiştir bu noktayı. Greenson, kendisini, biraz daha belirgin bir üzüntüsü olan Abraham Lincoln* gibi tarihsel kişilerle birlikte, depresif süreklilik hattının sağlıklı tarafında yer alan kişilerin bir model örneği olarak değerlendirmiş olabilir. Patoloji yelpazesinin yüksek düzeyde rahatsızlık içeren tarafında ise, hezeyanlı ve acımasız şekilde kendinden nefret eden hastaları görürüz; bu kişiler, antidepresif ilâçların bulunmasından önce, hastaya yardım etmek için büyük çaba harcayan bir terapistin yıllarca süren çabasından sonra bile, hâlâ, bir içgörü geliştiremeden, dünyayı kurtarmanın en iyi yolunun kendiliği yok etmek olduğuna inanabilirlerdi.[3]

DEPRESYONDA DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Aile tarihçeleri, ikizler ve evlât edinilmiş çocuklar üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar kişinin depresyona yatkınlığı kalıtımla alabileceğini telkin etmiştir (Wender ve diğ., 1986; Rice ve diğ., 1987). Depresyonun bir ailenin kuşakları arasında geçiş gösterdiği tespit edilmiş bir olgudur; ancak depresif eğilimlerin naklinin ne düzeyde genetik açıdan belirlendiği konusu ile ne düzeyde, depresif ebeveynlerin çocuklarının ileride distimik tepkiler geliştirmelerine yol açacak şekillerde davranmaları sonucunda belirlendiği konusu hakkında henüz hiç kimse kesin bir değerlendirme yapamamaktadır.

(*) Abraham Lincoln (1809–1865). Amerika Birleşik Devletleri'nin 1861–1865 yılları arasında başkanlık yapmış olan 16. başkanıdır – ç.n.

3 Bu durumu yaşayan bir kişiye ve bu kişinin hem çektiği hem de yol açtığı acılara ilişkin hüzün verici bir örnek için, Henry Fonda'nın (1981) otobiyografisinde Frances Fonda'nın (Henry'nin ilk eşi ve Jane ve Peter'ın annesi) anlatıldığı kısımlara bakınız. Özellikle, Robert Knight'in, Mr. Fonda'ya, eşinin kendini öldürmeyi başarmasından sonra, başsağlığı dilediği ıstırap dolu mektuba dikkatinizi çekiyorum (s. 208-209). William Styron'un (1990) *Darkness Visible* adlı kitabı da aşırı düzeydeki depresyonun nasıl bir deneyim olduğunu derin bir şekilde kavramak isteyenler için muhakkak okunması gereken bir kaynak olmalıdır.

Freud (1917a) depresif eğilimlerin önemli bir öncülünün, erken dönemde yaşanan kayıp deneyimi olduğu yönünde görüşler ileri sürmüştür; bu görüşler daha sonra Abraham (1924) tarafından geliştirilmiştir. Bebekliğin belli bir gelişim devresinde, aşırı doyurulmuş veya yoksun bırakılmış kişilerin bu devrelere saplanıp kaldıklarını vurgulayan klasik teoriyle uyumlu olarak, depresif bireyler, memeden çok erken veya çok ani olarak kesilmiş veya uyum sağlama kapasitelerinin çok ötesinde başka bazı erken dönem hayal kırıklıkları yaşamış kişiler olarak görülmüşlerdir (bkz., Fenichel, 1945). Depresif karakter gösteren kişilerin "oral" nitelikleri bu teorik kurguyu etkilemiştir; depresif kişilerin çoğu kez aşırı kilolu olmasına ve genellikle, yemek yemeyi, sigara içmeyi, alkol almayı, konuşmayı, öpüşmeyi ve başka oral doyumları sevmelerine ve duygusal deneyimlerini yiyecek ve açlıkla ilgili benzetmelerle betimlemeye eğilim göstermelerine dikkat çekilmiştir. Depresif kişilerin oral devreye saplanmış oldukları görüşü psikanalistler arasında hâlen yaygındır; bu durum, muhtemelen, böyle bir formülasyonun sezgisel çekiciliğinden olduğu kadar bu formülasyonun teorik konumundan da kaynaklanmaktadır. Bir süpervizörümün herkesi aç olarak gördüğümü belirtmesinden (ve böylece beni kendi depresif meselelerimi danışanlarımın tümüne yansıtma eğilimimle yüzleştirmesinden) sonra, duygusal açıdan beslenmeye ihtiyaç duyanlar ile yemek yapmayı niçin öğrenmediklerinin sorulmasına ihtiyaç duyanlar arasındaki farkı ayırt edebilmeye başladım.

Depresif sürece ilişkin psikodinamik bakış açısıyla yapılmış ilk betimlemeler (bu görüşler daha sonraki yıllarda bir hayli yaygınlık kazanmıştır) dürtü teorisinin spesifik sorunlara nasıl uygulandığının örneklerini sergilerler. Bu açıklamalarda, depresyonlu durumdaki kişilerin olumsuz duygulanımlarının büyük bir bölümünü diğer kişilerden uzakta tutup kendilerine doğru yöneltmeye çalıştıklarına ve bunun sonucunda, gerçek eksikliklerıyle tamamen orantısız şekilde kendilerinden nefret ettiklerine dikkat çekilmişti (Freud, 1917a). Psikolojik güdülenmenin libido ve saldırganlık dilinde konuşulduğu o günlerde, bu olgu, "kendiliğe karşı sadizm (saldırganlık)" veya "içe döndürülmüş öfke" olarak betimlendi. Sağladığı klinik olanaklardan dolayı bu formülasyon, Freud'un meslektaşları tarafından hemen benimsendi ve bu klinisyenler, hastalarına, yaşadıkları patolojik sürecin tersine çevrilebilmesi için, kendilerini öfkelendirmiş olan şeyleri belirlemelerinde yardımcı olmaya çalışmaya başladılar. Bir insanın öfke dolu tepkilerini *niçin* kendine-karşı döndürmeyi öğrenmiş olduğunu ve böyle bir örüntüyü sürdürmenin hangi işlevlere hizmet ettiğini açıklamak ise daha sonraki teorisyenlere düştü.

İçe-yöneltilmiş-saldırganlık modeli, depresif kişilerin, duygularını ifade edecek biçimde, nadiren kendiliğinden veya çatışmasız öfke deneyimini yaşadıkları gözlemleriyle de tutarlıdır. Depresif kişiler öfke yerine suçluluk hissederler. Bu suçluluk, paranoid kişinin inkâr edilmiş ve savunmacı şekilde yeniden yorumlanmış suçluluğu değil; bilinç düzeyinde yaşanan, egoyla-uyumlu, yaygın bir hatalı olma ve suçlanmayı hak etme duygusudur. Yazar William Goldman verdiği bir mülâkatta görüştüğü kişiye şöyle takılmıştır: "İşlemediğim bir suçla suçlandığımda, bu suçu işlediğimi niçin unuttuğumu merak ederim." Depresif kişiler işledikleri her bir suçun, ihmalkâr davranıp yapmadıkları her bir iyiliğin, zihinlerinden geçmiş olan her bir bencilce eğilimin oldukça acı veren bir şekilde farkındadırlar.

Üzüntü, depresif psikoloji gösteren kişilerin yaşadığı diğer başlıca duygudur. Kötülük ve adaletsizlik depresif kişilere acı verir; ancak depresif kişilerde, paranoid kişilerde görülen isyankâr öfke duygusunu, obsesif kişilerde görülen ahlâksallaştırmayı, kompülsif kişilerde görülen yapıp-bozmayı veya histerik kişilerde görülen kaygıyı nadiren üretir. Klinik düzeyde depresyonlu bir kişinin yaşadığı ıstırap o denli dokunulabilir ve etkileyici niteliktedir ki, toplumun gözünde –ve artık mesleki çevrelerde de– üzüntü ve depresyon terimleri neredeyse eş anlamlı olarak kullanılır olmuştur. Daha önce de bahsedildiği gibi, distimik semptomlar sergilemeyen birçok kişi depresif kişiliğe sahip olduğu için ve üzüntü ve depresyon en azından bir açıdan birbirlerini dışlayan durumlar oldukları için, kurulmuş olan bu üzüntü-depresyon eşitliği yanıltıcıdır; bu böyle olsa da, depresif karakter gösteren, psikolojik açıdan sağlam ve canlı bir insan bile, algılaması açık bir dinleyiciye içsel bir hüznün ipuçlarını iletecektir. Monica McGoldbrick'in (1982), yüreğinde bir şarkı ve gözünde bir yaş ile ünlü bir grup diye İrlandalılara ilişkin çarpıcı betimlemesi, depresif bir ruh taşıyan tüm bir etnik alt-kültürün yaşadığı duyguyu yansıtır.

Normal etkinlikleri yerine getiremeyecek düzeyde ağır bir rahatsızlık göstermedikleri durumlarda, depresif kişilerin çoğu çabucak hoşlanılıp beğenilecek kişilerdir. Nefret ve eleştirilerini dışarıya değil de içeriye doğru yönelttikleri için, genellikle, cömert, duyarlı ve hatalar karşısında anlayışlıdırlar. Diğer kişilerin, şüphe etseler bile, iyi niyetine inandıkları ve ilişkileri ne pahasına olursa olsun korumaya çalıştıkları için, terapi çalışmasını en çok beğenen danışanlar arasında yer alırlar. Teknik üzerine olan kısımda bu çekici niteliklerin depresif kişilerin aleyhine işlemesinin nasıl engelleneceği üzerinde duracağım.

DEPRESYONDA SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Depresif kişilerin en yoğun olarak kullandıkları ve karakterlerini örgütlemekte en önde gelen savunma içe-atma savunmasıdır.[4] Klinik açıdan bakıldığında, bir insanın depresif psikolojisini değiştirmek için anlaşılması gereken en önemli mekanizma bu savunmadır. Psikanalitik klinik teori geliştikçe, yalın enerji hareketleri kavramları (içe-yöneltilmiş saldırganlık ile dışa-yöneltilmiş saldırganlık) yerlerini, Freud'un "Mourning and Melancholia" (1917a) adlı makalesinde betimlemeye başladığı ve Abraham'ın depresif kişinin "kaybedilmiş sevgi-nesnesiyle özdeşimi" olarak belirttiği içselleştirme süreçlerine ilişkin görüşlere bıraktılar. Analistler, depresyonda içe-alıcı süreçlerin önemi üzerinde durmaya başladıkça (Rado, 1928; Klein, 1940; Bibring, 1953; Jacobson, 1971; Blatt, 1974), terapistlerin distimik acı karşısındaki terapötik olanaklarına da çok büyük katkılarda bulundular.

Depresif hastalarla çalışırken terapist içselleştirilmiş nesnenin konuşmasını neredeyse doğrudan duyabilir. Bir danışan "Bencil olduğumdan olmalı" gibi bir şey söylediğinde, terapist "Bunu kim söylüyor?" diye sorabilir ve "Annem" (veya babam, büyükbabam, abim, ablam veya içe-atılmış eleştirici kişi kimse o) cevabını alabilir. Çoğu kez terapist sanki bir hayaletle konuşuyormuş ve sanki terapinin etkili olması için bir tür hayalet kovma çalışmasının da terapiye dahil edilmesi gerekiyormuş gibi hisseder. Bu örneğin de gösterdiği gibi, depresif kişilerin temel niteliklerini oluşturan türdeki içe-atma, eski bir sevgi nesnesinin daha ziyade nefret edilen niteliklerinin bilinçdışı olarak içselleştirilmesidir. Sevgi nesnesinin olumlu nitelikleri genellikle sevecen şekilde hatırlanır; olumsuz olanlar ise kendiliğin bir parçası olarak yaşanır (Klein, 1940).

Bölüm 2'de de belirttiğim gibi, hastanın nesneyi o şekilde deneyimlemesi ve o imgelerle içselleştirmesi için, içselleştirilmiş nesnenin, gerçeklikte düşmanca, eleştirici veya ihmalkâr bir kişi olması şart değildir (ancak çoğu kez, içselleştirilmiş nesne bu özelliklere gerçekten sahiptir ve bu da, terapi çalışmasını yeni engellerle karşı karşıya bırakır). Onu çok seven babasının kendisini bırakıp gittiğini hisseden bir erkek çocuk –baba, belki de, beklenmedik şekilde, ailenin ekonomik durumu öyle gerektirdiği için aynı anda iki işte bir-

4 Genellikle, "içe-atmalı" (suçlu kişi) ve "anaklitik" (bağımlı kişi) olarak adlandırılan (Blatt, 1974) iki tür depresyon hem analitik hem de bilişsel yönelimli araştırmacıların yürüttükleri araştırmalarda kavramsal açıdan birbirinden ayrılabilir nitelikte depresyon türleri olarak tekrar tekrar tespit edilmektedir (Blatt & Bers, 1993). İçe-atmalı dinamikler kişiliğe iyice yerleştiklerinde, sonuç bu bölümde betimlenen psikolojik durumdur; karaktere anaklitik örüntüler nüfuz ettiklerinde, Bölüm 8'de ele alınmış olan narsisistik kişiliğin depresif tipini oluştururlar.

den çalışmak zorunda kalmıştır veya ağır bir hastalıktan dolayı hastaneye yatırılmıştır– babasının kendisini terk etmesinden dolayı ona düşmanlık besleyecek ama aynı zamanda da onu özleyecek ve önceden babası onun yakınlarındayken babasının değerini yeterince bilemediği için kendisini azarlayacaktır. Çocuklar kendilerini bırakıp giden sevgi nesnelerine duydukları tepkileri onlara yansıtırlar ve sevgi nesnelerinin onlara kızgın veya kalbi kırık bir hâlde gittiğini düşünürler. Daha sonraları, bu tür kötü veya incinmiş hâldeki terk edip giden kişi imgeleri, taşınamayacak derecede acı verici oldukları ve sevgi dolu bir birleşme umutlarını engelledikleri için, farkındalık alanından uzaklaştırılırlar ve kendiliğin kötü bir kısmı olarak deneyimlenirler.

Bunların sonucunda, çocuk, travmatik olan veya erken dönemde yaşanan kayıp deneyimlerinin ardından, kaybedilmiş nesneyi idealize etmeye ve tüm olumsuz duygulanımları da kendi kendilik duygusuna havale etmeye başlar. Bu iyi bilinen depresif dinamikler, kişinin kötü biri olduğu, ihtiyaç duyulan ve sevecen bir insanı kendisinden uzaklaştırdığı ve kötülüğünün gelecekte de başkalarının onu terk etmesine yol açmaması için çok gayret etmesi gerektiği şeklinde yaygın bir duygu yaratır. Okuyucu bu formülasyonun eski içe-yöneltilmiş-öfke modeli ile tutarsız olmadığını görecektir; aslında, bu formülasyon, bir kişinin düşmanca duygularla tam da bu tarzda başa çıkma alışkanlığını niçin benimsemiş olabileceğini açıklar. Eğer kişi acı verici ayrılıkların ardından, sevilen nesneleri uzaklaştıranın kişinin kendi kötülüğü olduğuna inanmaya başlarsa, sevilen kişilere yönelik olarak olumlu duygulanımlar dışında hiçbir duygulanım hissetmemek için çok büyük bir çaba harcayabilir. Depresif kişilerin olağan ve doğal düşmanlıkları tanıyıp kabul etmeye karşı gösterdikleri direnç, bu bağlam içinde anlaşılır hâle gelmektedir. Bencil veya suistimal edici bir partnerle yaşamaya devam eden ve eğer birazcık daha iyi biri olabilse partnerinin kötü davranışlarının sona ereceğine inanan kişi örneği de, aynı bağlam içinde anlayabileceğimiz, üzerinde çokça durulmuş bir olgudur.

Depresif kişilerde sıkça gözlemlenen başka bir savunma mekanizması olan kendine-karşı-döndürme (A. Freud, 1936; Laughlin, 1967), yukarıda betimlenen içe-atmalı dinamiklerin daha az arkaik nitelikteki bir sonucudur. İçe-atma, bir kavram olarak, şu deneyimin tümünü kapsar: Nesne olmaksızın eksik hissetme ve bütün hissetmek için nesneyi kendilik duygusunun içine alma; bu, o nesne ile yaşanmış olan acı verici deneyimlerden gelen kötülük duygusunu da kişinin kendilik-temsiline dâhil etmesi anlamına gelse bile.Kendine-karşı-döndürme kaygıyı azaltır, özellikle de ayrılık kaygısını (kişi, terk

edilmesine yol açan şeyin kendi öfkesi ve eleştirileri olduğuna inanıyorsa, bu duyguları kendine karşı yönelterek daha güvenlikte hisseder) ve ayrıca, elinde bir güç bulunduğu duygusunu da korur (kötülük benim içimde bulunuyorsa, ben bu rahatsız edici durumu değiştirebilirim).

Çocuklar varlıklarını sürdürmek için yetişkinlere bağımlıdırlar. Bağımlı oldukları kişiler güvenilmez veya kötü niyetliyse, bu gerçekle yüzleşmek ve sürekli bir korku durumunda yaşamak ile bu gerçeği, mutsuzluklarının kaynağının kendi içlerinde yattığına inanarak ve böylelikle kendini geliştirmenin yaşadıkları koşulları değiştirebileceğini duygusunu koruyarak inkâr etmek arasında bir seçim yapmak durumundadırlar. İnsanlar genellikle her türlü acıyı, çaresizlik içinde kalmaya tercih ederler. Klinik deneyimler, en akıldışı suçluluk duygusunu, güçsüzlük duygusunun tanınıp kabul edilmesine tercih etmeye yönelik insani eğilimi açık şekilde doğrular. Kendine-karşı-döndürme, duygusal açıdan güvensizliklerle dolu bir tarihçenin beklenebilecek bir sonucudur.

Depresif hastalarda belirtilmesi gereken öteki önemli savunma da idealizasyondur. Özsaygıları yaşadıkları deneyimler sonucunda düştüğü için, diğer kişileri değerlendirirken duydukları beğeni de paralel olarak artmış bir hâldedir. Diğer kişilere aşırı değer vermek, o kişilerle karşılaştırdığında kendini eksik bulmak, bu eksikliği telâfi etmek için idealize nesneler aramak, bu nesneler yanında yetersiz hissetmek ve bu şekilde giden bir kendini devam ettiren döngüler dizisi depresif kişilerde tipik olarak görülür. Bu idealizasyon, statü ve güç meselelerinden ziyade, ahlâki meseleler etrafında örgütlenmiş olması bakımından narsisistik kişilerin idealizasyonundan farklıdır.

DEPRESYONDA NESNE İLİŞKİLERİ

Depresif hastaların ego süreçleri üzerine olan bir önceki kısımda belirtilen noktalar, bu kişilerin nesne ilişkilerindeki bazı önemli temalara da işaret eder. İlk olarak: Erken dönemde ve/veya tekrar tekrar yaşanan kaybın rolü söz konusudur. Depresyon ve yas arasındaki çarpıcı nitelikteki duygulanımsal benzerlikler, en azından Freud'dan bugüne kadarki teorisyenleri, distimik dinamiklerin kökenlerini bir sevgi nesnesinden acı verici, erken ayrılık deneyimlerinde aramaya sevk etmiştir. Bu tür deneyimleri depresif danışanların tarihçelerinde tespit etmek de zor olmamıştır. Ampirik araştırmaların bu tür bir ilişkiyi aydınlatmakta başarısız olmalarına karşın, analistler, depresif psikoloji ile erken dönemde yaşanmış kayıp deneyimini bağlantılı görmeye devam etmektedirler (Jacobson, 1971; Altschul, 1988). Erken dönemde kayıp deneyi-

mi her zaman somut, gözlemlenebilir ve ampirik olarak kanıtlanabilir (örn., bir ebeveynin ölümü) nitelikte değildir; duygusal açıdan henüz hazır olmadığı bir evrede bakıcısının, bağımlı davranışlardan vazgeçmesine yönelik baskılarına boğun eğen çocuk örneğinde olduğu gibi, bu deneyim, daha içsel ve psikolojik bir nitelikte de olabilir.

Erna Furman'ın (1982) "Anneler Çocukları Onlardan Ayrılabilsinler Diye Orada Bulunmalıdır" başlıklı yalın görünen ama çarpıcı makalesi, bu ikinci türdeki kayıp deneyimini inceler. Furman, bebekler ihtiyaç-doyuran bir nesnenin kaybını kabul etmeye hazır olduklarında, annelerin onları memeden kesme sorumluluğu bulunduğu şeklindeki klâsik fikirleri saygıyla ama keskin bir şekilde eleştirerek, çocuklar acele ettirilmediklerinde zaten kendilerinin memeyi bırakacaklarını vurgular. Bağımsızlık yönelişi bağımlı olma isteği kadar birincildir ve güçlüdür; gerileme ve "yeniden enerji toplama" ihtiyacı duyacak olurlarsa ebeveynlerinin orada bulunacağından emin olan çocuklar doğal olarak ayrılma çabasında olurlar (Mahler, 1972a, 1972b). Furman'ın ayrılma sürecini çocuğun doğal nitelikteki ileri doğru gelişimi çerçevesinde yeniden tanımlaması, ebeveynlerin engellenmelerin miktarını ayarlamaları gerektiği çünkü kendi başlarına bırakılırlarsa çocukların gerilmeli doyumları tercih edecekleri şeklindeki Batı dünyasında eskiden beri süregelmiş olan görüşe (ilk psikanalitik yaklaşımlarda ve çocuk yetiştirme üzerine olan popüler birçok kitapta yansısını gördüğümüz bu görüşe) karşı çıkar.

Çocukları anlama çabalarıyla dolu oldukça seçkin bir kariyeri olan Furman'a göre, olağan koşullarda, memeden kesme sonucu –ve benzer şekilde, diğer ayrılık durumlarında da– haz verici bir içgüdüsel doyumun kaybını keskin olarak yaşayan kişi, bebek değil de, annenin kendisidir. Çocuğunun artan özerkliğinden duyduğu keyif ve gururun yanı sıra anne arada bir üzüntü atakları da yaşar. Normal çocuklar ebeveynlerindeki bu duyguları görür ve anlarlar; okula başladıkları ilk günde veya mezuniyet törenlerinde ebeveynlerinin göz yaşı dökmelerini beklerler. Furman'a göre, ayrılma-bireyleşme süreci, annenin, çocuğunun büyümesine ilişkin yaşadığı acı, çocuğa yapışarak tutunup suçluluk duyguları aşılamasına ("Sensiz çok yalnız kalacağım") veya karşı-fobik şekilde çocuğu kendisinden uzaklaştırmasına ("Niye kendi kendine oynayamıyorsun?") yol açacak dereceye vardığında ancak depresif dinamiklerle sonuçlanır. İlk durumdaki çocuklar normal nitelikteki saldırgan ve bağımsız olma isteklerinin başkalarını incitici olduğu duygusunu yaşarlar; ikinci durumdaki çocuklar da doğal bağımlılık yönelişlerinden nefret etmeyi öğrenirler. Her iki durumda da kendiliğin önemli bir bölümü kötü olarak deneyimlenir.

Yalnızca erken dönemde yaşanan kayıp deneyimi değil, çocuğun olup bitenleri gerçekçi bir şekilde anlamasını ve normal olarak üzüntü duymasını zor bir hâle getiren koşullar da depresif eğilimleri ortaya çıkarır. Bu tür koşullardan biri gelişimsel bir nitelik taşır. İki yaşındaki çocuklar insanların öldükleri *olgusunu* ve *niçin* öldüklerini kavrayamayacak denli küçüktürler. Bu yaştaki çocuklar "Baban seni seviyor, ancak annenle geçinemedikleri için evden ayrılıyor" gibi karmaşık kişilerarası güdüleri içeren açıklamaları da anlayamazlar. İki yaş çocuğunun dünyası hâlâ sihirli ve kategoriktir. Her şeyi iyi ve kötü diye kapsamlı kategoriler içinde algılamasının doruğunda olduğu bu dönemde, ebeveyni ortadan kaybolan bir çocuk, kendisinin kötü olduğu yönünde, mantıklı eğitimsel yorumlarla etkisiz hâle getirilmesi imkânsız varsayımlar üretecektir. Ayrılma-bireyleşme döneminde yaşanan büyük bir kayıp bazı depresif dinamiklerin yerleşmesini neredeyse kaçınılamaz kılar.

Depresif eğilimlere neden olan başka koşullar arasında, aile üyelerinin, aşırı zorlandıkları zamanlarda, çocuklarının ihtiyaçlarını ihmal etmeleri ve çocukların kendine gönderme yapan ve ahlâksallaştırıcı yorumlamalarını etkisiz hale getirecek açıklamalara ne kadar çok gerek duydukları konusundaki bilgisizlikleri sayılabilir. Judith Wallerstein'ın boşanmanın sonuçları üzerine olan uzun dönemli araştırması (Wallerstein & Blakeslee, 1989), ebeveyninin boşanmasına depresif nitelik göstermeyen bir şekilde uyum sağlamayı en iyi tahmin eden faktörün, çocuğun velâyetini almamış olan ebeveynin çocuğu terk etmemesi ile birlikte, çocuğa, ebeveyninin evliliğinde neyin istenmedik şekilde gittiğinin doğru ve yaşına uygun bir açıklamasının verilmiş olması olduğunu göstermiştir.

Depresif eğilimlere yol açan başka bir koşul da, yas tutmanın engellendiği bir aile ortamıdır. Ebeveyn ve diğer bakıcılar kendi inkâr edici davranışlarıyla üzüntü duygusunun inkâr edilmesine model oluşturduklarında veya çocuğun, herkesin kaybedilen nesne olmaksızın çok daha iyi bir durumda olacağı şeklindeki bir aile söylencesine katılmasına ısrar ettiklerinde (örn., incitici bir boşanmanın ardından) veya acı yaşamadığı konusunda çocuğun güvence vermesi ihtiyacı içinde olduklarında, yas duygusu gözden kaybolup gizlenir ve sonunda, kendilikte bir şeylerin hatalı olduğu inancı biçimini alır. Bazen, çocuklar, duygusal açıdan aşırı yüklü durumdaki bir ebeveynden gelen ve çocuğun ebeveyni daha fazla üzüntü yaşamaktan korumasına ilişkin yoğun, dile getirilmemiş baskılar hissederler; bu durumlarda, sanki, ebeveynin yaşanan ıstırabı tanıyıp kabul etmesi parçalara dağılması anlamına gelmektedir. Çocuk da kaçınılmaz olarak, üzüntü duygusunun tehlikeli bir duygu ol-

duğu ve ebeveyninden bağımsız serbestçe hareket etme ihtiyaçlarının tahripkâr ihtiyaçlar olduğu sonucuna varır.

Bazen, bir aile sisteminde hâkim olan ahlâki görüş, yasın ve kişinin kendini yeniden düzenlemesine yönelik diğer biçimlerdeki deneyim ve davranışların, sanki, bunlar en baştan uygunsuz ve utandırıcı deneyim ve davranışlarmış gibi, "bencilce" veya "şımarıkça" olduğu veya "kendine acımaktan başka bir şey içermediği" şeklindedir. Canı yanmakta olan bir çocuğa, ağlamayı bıraksın ve acısının üstesinden gelsin diye, suçluluk duygusuna yol açıcı bu tür tutum ve azar gibi uyarılarla yaklaşmak, hem kendiliğin incinebilir yönlerini saklama ihtiyacını hem de, eleştirici ebeveynle özdeşimi sonucu, daha sonra, kendiliğin bu yönlerinden nefret etme duygusunu doğurur. Depresif hastalarımdan birçoğuna, ailede yaşanan zorluklar karşısında doğal gerilemeli tepkilerini kontrol edemediklerinde çeşitli lâkaplar takılmıştır; yetişkinliklerinde sıkıntılı durumlar yaşadıklarında onlar da kendilerini aynı kendilerine takılan lâkaplardaki şekillerde hırpalamışlardır.

Duygusal veya gerçek terk deneyiminin ebeveyn eleştirileri ile birleşiminin depresif dinamikleri üretmesi özellikle muhtemeldir. Bir hastam, 11 yaşındayken kanserden annesini kaybetmiş ve kızının mutsuzluğunun kendi ülserini kötüleştirdiğinden ve ölümünü yakınlaştırdığından şikâyetçi olup duran bir babayla kalmıştı. Başka bir danışanım, 4 yaşındayken, gemiyle birkaç haftalığına bir yatılı kampa gönderildiği için ağladığında annesi tarafından sulu gözlü bebek diye adlandırılmıştı. Terapisini yürüttüğüm depresif bir erkek danışanım da şöyle bir durum yaşamıştı: Hastamın erken çocukluk yıllarında ağır derecede depresyonda olan ve hastamın duygusal ihtiyaçlarını karşılayamamış olan annesi, çocukluğunda hastama, kendisine zaman ayırmasını istediği için bencil ve duyarsız olduğunu ve onu bir yetimhaneye göndermediği için ona şükran duyması gerektiğini söylemişti. Bu tür durumlarda, ebeveynin duygusal suistimaline karşı duyulan öfke tepkilerinin, zaten reddedilmekten korkan çocuk için, gösterilmesi durumunda aşırı tehlikeli olabilecek duygular olarak yaşayacağını görmek zor değildir.

Terapilerini yaptığım bazı depresif hastalar geldikleri aile içinde duygusal açıdan algıları en açık kişiler olarak gözükmekteydiler. Bu kişilerin, diğer aile üyelerinin, duygusal anlam ve sonuçlarını inkâr etmekte daha başarılı oldukları durumlara gösterdikleri tepkiler, onların "aşırı-duyarlı" veya "aşırı tepkisel" olarak etiketlenmelerine yol açmıştı; bu etiketleri, sonraki yıllarda da, içsel olarak taşımaya ve genel aşağılık duygularıyla ilişkili görmeye devam etmişlerdir. Alice Miller (1975), nasıl, ailelerin farkında olmadan bir

çocuğun duygusal yeteneğini sömürebileceklerini ve bunun da, sonunda, çocuğun aile içinde sırf belli bir işlevi yerine getirdiği için değer verildiğini hissetmesi sonucunu doğuracağını betimlemiştir. Çocuk duygusal yetenekleri olduğu için ayrıca küçümsenmiş ve tuhaf biri olarak görülmüşse, depresif dinamikler, sadece bir tür aile terapisti gibi kullanıldığı duruma göre, daha güçlü olacaktır.

Son olarak: Depresif dinamiklere yol açan güçlü nedensel etkenlerden biri de, çocuğun özellikle erken yaşlarında, ebeveynin birinin yaşadığı belirgin depresyondur. Biyolojik yönelimli teorisyenler distimik hastalıkların aile kuşakları arasında geçiş yapması olgusunu genetik süreçlere atfetme eğilimindedirler; ancak analitik yönelimli yazarlar bu konuda daha çekimser olmuşlardır. Kendisine yardım edecek biri olmayan ciddi düzeyde depresyonlu bir anne, bebeğine hayata mümkün en iyi şekilde başlaması için çaba harcamayı ne kadar içten bir şekilde isterse istesin, bebeğe ancak emaneten türde bir bakım sağlayacaktır. Bebekler hakkındaki bilgilerimiz arttıkça temel tutumların ve beklentilerin yerleşmesinde en erken deneyimlerinin ne kadar önemli olduğunu daha çok anlıyoruz (Spitz, 1965; Brazelton, 1980; Greenspan, 1981; Stern, 1985). Çocuklar ebeveynlerinin yaşadığı depresyondan yoğun şekilde etkilenirler; normal taleplerde bulunmaktan suçlu hisseder olur ve ihtiyaçlarının başkalarının enerjisini tüketeceğine ve onları yoracağına inanmaya başlarlar. Derin depresyon yaşayan bir ebeveyne bağımlı oldukları dönem ne kadar erken bir dönemse, yaşayacakları duygusal sıkıntılar da o kadar büyük olacaktır.

Şunu görüyoruz ki, depresif nitelikte bir duruma birçok farklı deneyim yol açabilir. Sevginin hâkim olduğu aileler de, nefretin hâkim olduğu aileler de, yaşanabilecek çok çeşitli kayıplar ve bu kayıpların psikolojik açıdan yetersiz düzeyde işlenmesi sonucunda, depresif dinamiklerin gelişmesine neden olabilirler. Yetişkinlerin çocukların endişelerini duyarlı bir şekilde dinlemek için yeterli zaman ayırmadıkları, insanların ikâmet ettikleri yerleri sürekli değiştirdikleri, boşanmaların yaygın olduğu ve acı verici duyguların bunları yapay olarak önleyen ilaçların kullanılmasıyla görmezden gelindiği bir toplumda, gençlik çağı depresyon ve intihar oranlarının aşırı düzeylere varmış olması, madde kullanımı ve kumar oynama gibi depresyona karşı koymaya yönelik kompülsiyonların artıyor olması, "kaybedilmiş çocuk" veya "içimizdeki çocuk" deneyimlerinin yeniden keşfedildiği popüler akımların sayısında büyük bir artış görüyor olmamız, yalıtılma ve kendinde bir yanlış olduğu duygularını azaltmayı hedefleyen kendine yardım gruplarına yüksek bir katılımın olması şaşırtıcı değildir. İnsan türü, ilişkilerinde, çağdaş yaşamın getirdiği dü-

zeyde bir istikrarsızlıkla başa çıkabilecek şekilde tasarlanmamış bir canlı gibi görünmektedir.

DEPRESİF KENDİLİK

Depresif psikoloji gösteren kişiler en temelde kötü olduklarına inanırlar. Bu kişiler; tamahkârlıklarının, bencilliklerinin, rekabetçiliklerinin, kendini beğenmişliklerinin, kibirlerinin, öfkelerinin, hasetlerinin ve şehvet duygularının kötü olduğunu düşünüp bundan üzüntü duyarlar. İnsani deneyimin tüm bu normal yönlerini sapkın ve tehlikeli olarak görürler. Kendiliklerinin en temelinde tahripkâr olduklarından endişe ederler. Yaşadıkları bu kaygılar oral ("Açlık duygumun diğer kişileri tahrip edeceğinden korkuyorum") veya anal ("Karşıt tutumlarım ve sadizmim tehlikeli oluyor") veya ödipal ("Sevgi için rekabet etme ve sevgiyi kazanma isteklerim kötülük içeriyor") bir düzeyde dile gelebilir.

Depresif kişiler, yası tutulmamış kayıp deneyimlerinden, nesneyi uzaklaştıran nedenin kendilerinden kaynaklanan bir şey olduğu sonucunu çıkarmışlardır. Reddedilmiş *hissetmeleri*, reddedilmeyi *hak etmiş* oldukları, kendi hatalarının buna yol açtığı ve başka bir insan onları yakından tanırsa tekrar reddedilmelerinin kaçınılmaz olduğu şeklinde bilinçdışı bir inanca dönüştürülmüştür. "İyi" biri olmak için çok büyük bir gayret sarf ederler; ancak öte yandan, kötülükleri olan biri olarak görülmekten ve değersiz biri olarak dışlanmaktan da korkarlar. Kadın hastalarımdan biri, terapisinin bir noktasında, çocukluğunda yaşadığı, küçük kardeşinin ölmesi isteklerini duymamdan sonra onunla bir daha görüşmeyi reddedeceğime kesin olarak inanmıştı. Bu hastam, bugünkü birçok bilgili psikoterapi danışanları gibi, bilinç düzeyinde, bu tür isteklerin, yeni bir kardeşin gelmesiyle yerinden olmuş çocukların psikolojilerinin beklenen bir yönü olduğunu biliyordu, ancak hâlen, deneyiminin derin düzeylerinde kabahatli bulunup kınanmaktan endişe ediyordu.

Depresif kişinin yaşadığı suçluluk duygusu bazen aşırı düzeylerde olabilir. Yaşadığımız kimi suçluluk duyguları temelde insanlık durumunun bir parçasıdır ve çok boyutlu ve tüm yönleriyle de selim olmayan doğamızın olağan bir parçasıdır; ancak depresif suçluluk duygusunda oldukça abartılı bir durum söz konusudur. Suçluluk duygusu, psikotik depresyon yaşayan bir kişide, bazı felaketlere kişinin kendi kötülüklerinin neden olduğu şeklindeki kesin bir inanç olarak ortaya çıkabilir (polis şubeleri, medya aracılığıyla tüm toplumun duyduğu ve işlemiş olmaları muhtemelen mümkün gözükmeyen suçların sorumluluğunu üstlenmek üzere telefon açan hezeyanlı depresiflere

alışmışlardır); ancak daha iyi durumdaki, üst düzeyde işlevselliği olan, depresif karakter yapısı taşıyan ancak klinik olmayan depresyon yaşayan yetişkinlerde bile psikoterapi esnasında benzer fikirler ortaya çıkacaktır. "Başıma kötü şeyler geliyor, çünkü bunları hak ediyorum" inancı, tüm depresif danışanlarda görülen ve bu danışanların alttan alta yaşadıkları bir kanıdır. Bu danışanlar, "Hiç kimse benim kadar kötü değildir" şeklindeki büyüklenmeci bir düşünceye dayanan çelişkili bir özsaygı duygusu yaşıyor olabilirler, hatta.

Kendileriyle ilgili olarak en kötü olasılıklara inanmaya sürekli hazır bir hâlde olduklarından depresif kişiler aşırı kırılgan olabilirler. Eleştiri bu kişileri alt-üst edebilir; eksikliklerinin bahsinin de geçtiği herhangi bir konuşmada söylenilenlerin sadece kendi eksiklikleriyle ilgili kısmını duymaya eğilim göstereceklerdir. Eleştiri yapıcı bir niyetle yapıldığında bile (örneğin, işteki bir çalışmalarının değerlendirmesinde olduğu gibi), eleştiriye maruz kalmış ve yaralanmış hissetme eğilimleri o denli güçlüdür ki, çalışmalarını değerlendiren kişinin sözlerinin beğeni içeren yönlerini ya duymazlar ya da önemsiz görürler. Gerçekten art niyetli saldırılara uğradıklarında ise, kendilerine saldıran kişinin şikâyetleri ne kadar haklı olursa olsun, söylenilenlerin içeriğinin ötesinde, hiç kimsenin böyle kötü davranışları hak etmediği gerçeğini göremezler.

Depresif kişiler, çoğu kez, bilinçdışı dinamikleriyle, diğer kişilere yardım ederek, hayırsever etkinliklerde yer alarak veya toplumsal ilerlemeye yönelik katkılarda bulunarak başa çıkmaya çalışırlar; bu çabaları kendi suçluluk duygularının gücünü azaltmaya yarayan bir etkiye sahiptir. Ahlâki aşağılık duygularına kapılmaya en açık oldukları görülen kişilerin, gerçekçi açıdan bakıldığında en iyiliksever kişiler olmaları, hayatın en büyük ironilerinden biridir. Depresif kişilik gösteren birçok birey, istikrarlı bir özsaygı duygusunu koruyup sürdürmeyi ve depresif epizodlardan kaçınmayı başkalarına iyilik yaparak başarırlar. Karakterolojik diğerkâmlığı [altruism] incelerken (McWilliams, 1984), cömert deneklerimin depresyon yaşadıkları yegane dönemin, koşulların geçici olarak insancıl etkinliklerini sürdürmelerini imkânsız kıldığı zamanlar olduğunu bulmuşumdur.

Daha önce de işaret edildiği gibi, psikoterapistlerin çoğunda belirgin düzeyde depresif dinamikler bulunur. Tahripkârlıklarıyla ilgili kaygılarını kendilerinden uzakta tutabilmek amacıyla diğer kişilere yardım edebilecekleri fırsatları ararlar. İnsanlara psikolojik açıdan yardım etmek kolay olmadığı için (en azından hepimizin isteyeceği bir hızda) ve hastalara onların büyümelerine hizmet edecek şekilde geçici olarak acı yaşatmaktan kaçınamayacağımız için, mesleğe yeni başlayan terapistlerde, aşırı düzeylere varmış sorumlu-

luk duyguları ve orantısız özeleştiriler sık sık görülür. Süpervizörler de, bu tür dinamiklerin ne kadar sık olarak, öğrencilerinin terapi becerilerini öğrenme hızlarını yavaşlattığını teyit ederler.[5] Depresif hastalarımdan biri (kendisi de bir terapistti), bir danışanıyla terapideki herhangi bir kötüye gitme durumuna (bu durum kendisinde olumsuz duygulara yol açmışsa, özellikle), yaşanan sorundaki kendi rolünü tespit etmeye yönelik bir çabayla yaklaşıyor ve bunu o kadar abartarak yapıyordu ki, danışanı niteliklerindeki bir hastayla çalışmanın olağan seyri hakkında bir şeyler öğrenme fırsatını kaçırıyordu. Terapi, öznelliklerarasınm bir veri olduğu bir iki-kişilik bir süreçtir; bu terapist ise, bunu, bir kendini arıtma çabasına ve bir şekilde en temelde insanlara yardım etmeye uygun olmadığı korkusuna dönüştürmüştü.

Kadınlar duygusal sorunlara depresif çözüm üretme riskini erkeklere göre daha çok taşıyor gibidirler. Son yirmi yılda feminist teorisyenler (örn., Chodorow, 1978, 1989; Gilligan, 1982; J. B. Miller, 1984; Surrey, 1985) bu olguyu, ailelerin çoğundaki birincil bakıcının kadın olması gerçeğine dayanarak açıklamışlardır. Buna göre, erkek çocuklar anneden farklı olmalarına bağlı olarak bir cinsiyet kimliği duygusu kazanırlar, kız çocuklar ise bu kimlik duygusunu anneyle özdeşim kurarak elde ederler. Erken dönem ebeveyn bakımı deneyimlerindeki bu farklılığın bir sonucu, erkeklerin, erkekliklerinin birleşmeyle değil ayrılmayla kurulmasından dolayı içe-atmayı daha az kullanmaları; kadınların, kadınlık duygularının anneyle olan bağdan doğmasından dolayı içe-atmayı daha çok kullanmalarıdır.

DEPRESİF HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Depresif danışanlar genellikle sevmesi kolay kişilerdir. Terapiste çabucak bağlanırlar, terapistin amaçlarına, eleştirilmekten korkuyor olduklarında bile iyi niyet atfederler, terapistin empatik duyarlılığı onları harekete geçirir,

5 Depresif karakter örgütlenmesi gösteren kişilere psikoterapi alanındaki kariyerler çekici gelir; ama, ayrıca, psikoterapi eğitimlerinin birçoğunda "normal" bir depresyon dönemi de bulunur. Örneğin, benim eğitim verdiğim programda, bireysel kişilikleri nasıl olursa olsun, öğrencilerin, genellikle, eğitimlerinin aşağı yukarı ikinci yılında depresif bir dönemden geçtiklerini fark etmişimdir. Yüksek lisans eğitimi genelde distimik tepkileri besleyip doğuran bir ortam yaratır; çünkü bu dönemde, öğrenci, ebeveyn ve çocuk rollerinin en kötü taraflarını üstlenmek durumunda kalır (yetişkin, sorumluluk üstlenen, özerk ve kendine özgü olması beklenir, ama, ona güç verilmez; alandaki kendinden "kıdemliler"e bağımlıdır, ama, korunacağı veya sıkıntılarının hafifletileceği yönünde bir güvenceden yoksundur). Terapi eğitimi, bunların yanında, kişileri, bir sanatı öğrenmenin bir içerik alanının bilgilerini öğrenmekten çok farklı bir deneyim olduğu gerçeğiyle yüzleştirir. Lisans bölümlerinin yıldızları olarak programımıza katılan öğrenciler, çalışmalarında, kendini açma ve eleştirel geribildirim alma deneyimlerinin öne çıktığı bir yaklaşıma geçilmesini duygusal açıdan sarsıcı bulurlar.

hasta rolünde "iyi" olmak için çok çaba harcarlar ve kazandıkları her bir içgörüyü bunlar sanki yaşamı sürdüren yiyecek parçalarıymış gibi önemserler. Klinisyeni idealize etme eğilimindedirler (kendi öznel kötülüklerinin tersine klinisyeni ahlâken iyi olarak görürler); ancak bunu, daha narsisistik yapılanma gösteren hastalarda tipik olarak rastlandığı gibi, bir anlam ve duygusal bağ içermeyen şekilde yapmazlar. Nispeten daha sağlıklı depresif kişiler; terapistlerinin ayrı, gerçek, ilgi ve sevgi gösteren bir insan olarak varlığına oldukça saygı duyarlar ve terapistlerine bir yük olan biri hâline gelmemek için çok çaba harcarlar. Sınırdurum ve psikotik depresif hastalar bile, görülebilir şekilde, sevgi ve bağ kurma arayışı içindedirler ve genellikle, karşılarındaki kişide doğal bir ilgi ve sevgi uyandırırlar.

Aynı zamanda, depresif kişiler terapiste içsel eleştiricilerini yansıtırlar; bunlar, psikanalitik literatürde çeşitli teorisyenler tarafından "sadistik" veya "aşırı sert" veya "ilkel" bir süperego oluşturan unsurlar olarak bahsedilmiş olan içe-atılmış nesnelerdir (Freud, 1917a; Abraham, 1924; Rado, 1928; Klein, 1940; Schneider, 1950). Bir hastanın düşüncesinde yaşadığı bazı küçük suçları itiraf ederken reddedileceği beklentisi içinde kıvrandığını görmek şaşırtıcı bir deneyim olabilir. Depresif danışanlar, terapistin danışanı *gerçekten* tanıması durumunda, danışana yönelik ilgi ve saygısının kaybolacağı şeklinde süreğen bir inanç taşırlar. Kendileriyle ilgili olarak düşünebilecekleri her türlü olumsuz düşünceyi dile getirmiş ve her defasında da terapistten tutarlı bir kabul görmüş olmalarına rağmen , bu inanç aylar ve yıllar boyu devam edebilir.

Depresif hastalar terapide ilerleme gösterdikçe, düşmanca tutumlarını daha az yansıtırlar ve bu duyguları terapiste yönelik öfke ve eleştiri biçiminde daha doğrudan bir şekilde yaşamaya başlarlar. Tedavide bu noktada, hastaların olumsuz tutumları, çoğu kez, yardım görebileceklerini gerçekten beklemedikleri ve terapistin yaptığı hiçbir şeyin değişime yol açmadığı biçimindeki mesajlarla ortaya konur. Tedavinin bu dönemini, danışanların eleştirilerini çok kişisel düzeyde almadan sabırlı bir şekilde karşılamak ve bu süreç içinde danışanların, daha önce onları mutsuz kılan kendiliğe yöneltilmiş her türlü şikâyetten sıyrılmakta olduklarını bilerek teselli bulmak önemlidir.

Psikofarmakolojinin ulaştığı düzey günümüzde patolojisinin ağırlığı ne düzeyde olursa olsun tüm depresif kişilerle çalışmamızı (bkz. Karasu'nun [1990] farmakoterapinin işe yarayacağı durumlara ilişkin özet yazısı) ve yukarıda bahsettiğimiz dinamikleri psikotik danışanlarda bile analiz etmemizi mümkün kılmaktadır. Lityum ve diğer kimyasal maddelerin antidepresif

özelliklerinin keşfedilmesinden ve hastalarda kullanılmaya başlanılmasından önce, sınırdurum ve psikotik yapı gösteren birçok hasta, kendi kötülüklerine o denli kesin olarak kanaat getirmiş ve terapistin eninde sonunda onlardan nefret edeceğine o denli emin bir haldeydiler ki, bağlanmanın getirebileceği acıya dayanamıyorlardı. Bu hastaların bazen yıllarca süren bir tedaviden sonra intihar ettikleri görülürdü; çünkü ümit beslemeye başlamaya ve dolayısıyla başka bir altüst edici hayal kırıklığı yaşama riskine girmeye güçleri yoktu.

Nispeten daha sağlıklı depresif danışanlarla çalışmak her zaman rahat olmuştur; çünkü bu danışanların kendilerinde kimi temel kusurlar bulunduğuna yönelik inançları çoğunlukla bilinçdışıdır ve bilinç alanına getirildiklerinde de egoya-yabancı bir hâlde kalırlar. Ağır durumdaki depresif danışanlarla çalışırken ise, genellikle, bu danışanların depresif duygularının yoğunluğunu azaltmak için ilâca ihtiyaç duyulur. Sınırdurum ve psikotik depresif hastaları hâkimiyeti altında alabilen katı ve acımasız nitelikteki kendinden nefret etme duyguları ilâç kullanan hastalarda çok daha nadiren görülür. Sanki bu hastaların depresif dinamikleri kimyasal yollarla egoyla-uyumsuz bir hâle getirilmiştir. Uygun bir ilâç tedavisi sonrasında hastada kalan kendinden nefret etme duyguları, nevrotik-düzey depresif kişilerde patolojik içe-atılmış nesneler nasıl analiz ediliyorsa o şekilde ele alınabilir.

Depresif bireylerle çalışırken, karşı-aktarım, hastada depresyona yol açan meselelerin ağırlık düzeyine bağlı olarak, selim nitelikteki duygulardan tümgüçlü kurtarma fantazilerine kadar uzanan bir yelpazede bulunur. Bu tepkiler tamamlayıcı karşı-aktarım türündedir (Racker, 1968); bu karşı-aktarım türünde yaşanılan terapötik fantazi, terapistin, Tanrı veya İyi Anne veya danışanın hayatında hiç bulunmamış olan duyarlı ve kabul edici ebeveyn olabileceği fantazisidir. Terapistte görülen bu özlemler, hastanın, depresif dinamikleri tedavi edecek etkenin koşulsuz sevgi ve tamamen anlaşılma olduğu yönündeki bilinçdışı inancına bir yanıt olarak anlaşılabilir. (Bu görüş doğru birçok noktayı içerir, ancak birazdan ayrıntılı olarak açıklayacağım gibi, bu görüş, bir terapötik yaklaşım olarak tehlikeli eksikler taşır aynı zamanda.)

Depresif hastalarla çalışan terapistlerin aşina oldukları başka bir karşı-aktarım da bağdaşan karşı-aktarımdır: Bu karşı-aktarımda, terapist, morali bozuk, yetersiz, hatalar yapan, ümitsiz ve genelde, danışana yardım etmekte "yeterince iyi olmayan" biri olarak hisseder. Kural olarak şunu söyleyebiliriz: Depresif tutumlar bulaşıcıdır. Bunun farkına ilk olarak, bir ruh sağlığı merkezinde çalışırken, (tecrübesizliğimden) arka arkaya dört ağır depresyonlu hastaya randevu verdiğimde vardım. Dördüncü seansı bitirip ayaklarımı sürüye sü-

rüye ofisteki kahve bölümüne vardığımda, klinikteki sekreterler ellerinde mendil bana destek olmak için yanıma gelmişlerdi bile. Terapistin, özellikle de depresif biriyse, içe-atılmış nesnelerin oluşturduğu acı dolu dünyaya, tıpkı Lou Grant'ın "Mary Tyler Moore Şov"da söylediği gibi: "Evet, hayat kötüdür; sonunda da ölüp gidersin,"* diye yanıt vermesi veya kendisinin yetersiz bir terapist olduğu sonucuna varması son derece kolaydır. Terapist kişisel hayatında zengin duygusal doyum kaynakları olan şanslı biriyse bu duygular hafifletilebilir (bkz. Fromm-Reichmann, 1950). Ayrıca, bu duygular, terapistin, mesleki hayatının ileri dönemlerinde, direngen distimik hastalara bile yardım etmeyi başarabildiğini açıkça gördüğünde azalma eğilimi gösterirler.

DEPRESYON TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Depresyonlu veya depresif örgütlenme gösteren bir kişiyle terapi yapmanın en önemli koşulu, kabul, saygı ve anlamaya yönelik müşfik çabaların bulunduğu bir ortamdır. Psikoterapi üzerine yazılanların birçoğu –bunlar, genel hümanistik duruş, psikodinamik yönelim veya bilişsel-davranışsal yaklaşımın hangisine ilişkin olursa olsun– depresif danışanların tedavisine yönelik olarak özellikle ayarlanmış bir ilişkilenme tarzının önemini vurgularlar. Bu kitabın temel görüşlerinden biri, bu terapötik tutumun, bazı tanı gruplarıyla (örn., psikopatik ve paranoid) terapi çalışmasında yetersiz olduğu şeklindeyse de, depresif kişilere yardım sağlamakta ne kadar önemli olduğunun altını çizmek isterim. Depresif hastaların, eleştiri ve reddedilme korkularını en önemsiz şeyleri bile kullanarak haklı çıkarmaya yönelik bir duyarlılıkları olduğu için, bu hastalarla çalışan bir terapist yargılayıcı olmamak ve duygusal açıdan istikrarını korumak için özel bir çaba harcamalıdır.

Danışanın, alttan alta yaşadığı, kaçınılmaz olarak reddedileceği şeklindeki varsayımlarını analiz etmek ve bu reddi önlemek için harcadığı "iyi" biri olma çabalarını anlamak, depresif kişilerle yapılacak terapi çalışmasının büyük bölümünü oluşturur. Üst düzeyde işlevselliği olan hastalarda, ünlü analiz divanı, belirttiğim türden temaları hemen terapinin odağına getirmesinden dolayı özellikle yararlıdır.[6] Geçmiş yıllarda tedavi ettiğim genç bir ka-

---

(*) Lou Grant, Amerika'da CBS kanalında, Ed Asner tarafından, *The Mary Tyler Moore Show* (1970-1977) ve *Lou Grant* (1977-1982) adlı televizyon programlarında canlandırılmış olan hayali bir karakterdir. İlk programda bir haber programının yapımcısı, ikincisinde bir gazetenin editörü rollerindedir – ç.n.

6 Freud hastalardan divana uzanmalarını istemeye son derece sıradan bir nedenden dolayı başlamıştı: Sürekli kendisine bakılmasından yoruluyordu. Bu uygulamaya geçmesinden kısa bir zaman sonra da, böyle bir uygulamanın, hastanın bakışlarından kurtulmanın ötesinde, hiç öngörmediği ya-

dın (bu danışanın hiçbir açık depresif semptomu yoktu ancak karakteri depresif örgütlenme gösteriyordu) benim yüz ifadelerimi okumakta uzman olmuştu. Yüz yüze çalıştığımızda, eleştirici ve reddedici olabileceğim yönündeki endişeli beklentilerini o kadar hızlı kendinden uzaklaştırıyordu ki, bu tür algılamaları olduğunun farkında bile değildi. Bu durumun ben de farkında değildim; danışanım bu izleme işinde o denli becerikliydi ki, başka birinin tarayıcı bakışına ilişkin her zamanki dikkatim harekete geçmemişti. Divanı kullanmaya karar vermesinden ve bunun sonucunda göz temasından yoksun kalmasından sonra, kendini, benim onu onaylamayacağım yönündeki inancından dolayı, bazı konular hakkında konuşmakta aniden tereddüt eder hâlde bulmuş ve buna da şaşırıp kalmıştı.

Divanın bir seçenek olarak sunulamadığı durumlarda veya danışanlarda bile, görsel izleme-tarama imkânını en aza indirerek danışanın kendi, tetikte olma hâlinin ne kadar kronik ve otomatik olduğunu fark etmesini sağlayan oturma ve konuşma şekilleri vardır. Meslektaşlarımdan biri, algıları özellikle duyarlı bir depresif danışanından divanı kullanmasını istemesine yönelik cesaretlendirmelerime uzun bir süre direnmişti. Bu meslektaşım, sonunda, tabiat benim tarafımda olarak olaya müdahale ettiğinde, ikna oldu. Bir akşam, danışanıyla seanstayken, kötü hava koşullarından dolayı ofisteki elektrik kesilir; ama, buna karşın, seansa karanlıkta da olsa devam etmeye karar verirler. Görsel denetim fırsatı olmadığı bu durumda, danışan ve terapist benim depresif hastamın keşfettiği şeyin aynısını keşfetmişlerdir.

Malum nedenlerden dolayı, daha ağır düzeydeki depresif hastalarla çalışırken etkili bir terapi çalışması tam tersi koşulları gerektirir. Sevilemez oldukları yönündeki varsayımları ve reddedilme korkuları o kadar derin ve egoyla-uyumludur ki, terapistin yüzünü inceleme ve en ürkütücü korkularını geçersiz kılma özgürlüğü bulunmadığında, serbestçe konuşamayacak düzeyde kaygılı hâle geleceklerdir. Depresif bir danışanda *bilinç düzeyindeki* redde-

---

rarları bulunduğunu fark etti. Sırt üstü duruş bireyleri rahatlatıyor ve daha akışkan bir bilinç durumunu doğuruyordu (bugün bu durum, sınırlı düzeyde hipnozda ve transandantal meditasyonda ortaya çıkarılanla karşılaştırılabilecek türde, hafif bir trans durumu olarak görülüyor [Edelstein, 1981]); bu duruş, ayrıca, aktarım tepkilerine dikkati çekiyor ve bunların açık şekilde görülmesini sağlıyordu. Aktarımın aydınlatılması analistlerin divanı hâlen kullanmaya devam etmelerinin başlıca nedenidir; ama, "izleyici-tarayıcı" yönü çok gelişmiş bir danışanı tedavi ederken danışanın görsel alanının dışında kalmanın terapist için rahatlatıcı olduğu da hâlen doğrudur. Bu durum, terapiste, hastanın getirdiği malzemeye, özbilinçsiz bir şekilde içsel olarak yanıt verme özgürlüğünü sağlar: Terapist fantazisini serbest bırakabilir, duygulanımsal tepkiler verebilir, hatta duygusal tepkilerinden dolayı hastanın dikkatinin kendi içsel süreçlerinden uzaklaşacağı yönünde bir kaygı yaşamaksızın ağlayabilir.

dilme beklentilerinin bile incelenebilir ve nihayet geçersiz kılınabilir bir hâle gelmesinden önce terapistin hastaya kabul edildiğini gösteren nitelikte davranışlara uzunca bir zaman ayırması gerekebilir.

Depresif hastalarla terapide, hastaların ayrılma deneyimlerine verdikleri tepkilerin (seans esnasındaki kısa bir sessizlik sonucunda yaşanan terapistten ayrılma hâline ilişkin tepkilerin bile) araştırılması ve yorumlanması zorunludur. (Seanslarda uzun süren sessizliklerden kaçınılması gerekir; çünkü uzun sessizlikler, hastanın, ilgi çekmeyen, değersiz, kendi hâline bırakılmış, umut vaat etmeyen biri olduğu duygularını uyandırır.) Depresif kişiler terk edilmeye aşırı duyarlıdırlar ve tek başlarına kalmaktan mutsuz olurlar. Daha önemlisi, kayıp deneyimini kötü olmalarının kanıtı olarak yaşarlar; bu, genellikle bilinçdışı düzeyde olur, ancak özellikle psikotik yelpazede bulunan hastalar, bazen, bilinç düzeyinde yaşarlar bunu. "Benden bezdiğin için beni bırakıp gidiyor olmalısın," veya "Benim doyurulamaz açlığımdan kaçmak için gidiyorsun," veya "İşlediğim günahlardan dolayı beni cezalandırmak için benden uzaklaşıyorsun" sözleri, depresif kişilerde görülen temel kötülük ve sevilemezlik temalarının çeşitli ifadeleridir. Bu durumdan dolayı, terapistin, sadece, olağan kayıpların depresif bir hasta için ne kadar sıkıntı verici olduğuna dikkat etmesi değil –terapistin tatile çıkacak olduğu zamanlarda veya bir seansı iptal etmesi durumunda, bu kayıp duygusu ve buna bağlı sıkıntı doğal olarak yaşanacaktır–, aynı zamanda, hastanın bunları nasıl yorumladığına da dikkat etmesi oldukça önemlidir.

Harold Sampson (1983) sosyo-demografik profil açısından eşleştirilmiş depresyonlu iki kadın hastanın benzer bir süre boyunca analitik yöntemle tedavi gördüğü bir araştırmadan bahseder: İlk hasta, empati, kabul ve yası tutulmamış kayıpların üzüntüsünün yaşanmasını öne çıkaran bir modele göre; ikinci hasta ise, kontrol-hâkimiyet teorisinde belirtildiği şekilde, kendilikle ilgili bilinçdışı suçluluğun ve patojenik inançların da ele alınmasını öne çıkaran bir modele göre tedavi edilmiştir. Tedavilerin tamamlanmasından bir yıl sonra yapılan mülâkatlarda, her bir kadından yaşadıkları tedavi sürecini değerlendirmeleri istenmiştir. İlki, yoğun çaba ve ilgisini, sıcak duygularla ve idealize edici şekilde dile getirdiği terapistine şükranla doludur. Ne var ki, aynı zamanda, hâlen depresyondadır. İkinci hasta, terapinin yararlı olduğunu düşünmekteyse de, zihninde analistiyle ilgili canlı anıların bulunmadığını belirtmiştir ve analistine ilişkin övgüleri çok daha azdır. Ayrıca, görüşmeyi yapan kişileri, özgüveni yüksek ve huzurlu biri olarak etkilemiştir ve şimdi oldukça doyurucu bir hayat sürmektedir.

Bu bulgu, sadece güncel ve geçmiş ayrılıklarla ilgili yasın çalışılmasının değil, kendine gönderme yapan fantazilerin de açığa çıkarılmasının öneminin altını çizmektedir. Bu bulguya göre, yargılayıcı olmayan temel kabul, depresif bir kişiyle terapinin gerekli bir koşulu olabilirse de, yeterli bir koşulu değildir. Bunun anlaşılması, ayrıca, depresif danışanlarla yapılan kısa dönemli bireysel terapi uygulamalarıyla ilgili önemli sorular doğurur. Planlı olarak belirli bir sayıda seansla sınırlandırılmış tedaviler, acı verici bir klinik depresyon durumu esnasında rahatlama sağlayıcı olabilir; ancak zaman-sınırlı terapi deneyimi, sonrasında, depresif kişi tarafından travmatik şekilde yarıda kalmış başka bir ilişki olarak özümlenebilir –ve sonuç olarak bu deneyim, hastanın, bağlanma isteği uyandıracak kadar iyi biri olmadığına ilişkin yeni bir kanıt olur.

Hastanın bu deneyimi nasıl yaşayacağına ilişkin diğer bir olasılık veya ilkini tamamlayan bir olasılık da şudur: Kısaltılmış terapiler klinik personel tarafından çoğu kez tercih edilen tedavi yöntemi olarak sunulur hastalara; depresif bir hasta, böyle bir durumla karşılaştığında, zorunlu kısa tedaviyi, patolojik düzeyde bağımlı biri olduğu yönündeki varsayımını destekleyen bir kanıt olarak görebilir. Depresif kişinin vardığı "bu yöntem başka hastalarda işe yarıyor olabilir ancak benim gibi içi dipsiz bir kuyu olan birinde işe yaramaz" şeklindeki sonuç, kısa vadede tedavi kişinin duygudurumunu düzeltse bile, özsaygısını yaralayacaktır. Dolayısıyla, terapinin zorunlu olarak sonlandırılmasını gerekli kılan koşullar altında depresif danışanlarla çalışırken, hastanın yaşanacak kaybın anlamı hakkındaki olası yorumunu, buna ilişkin bir tedbir alarak öngörmek özellikle önemlidir.

Depresif danışanları tedavi eden, mesleğe yeni başlamış terapistlerde dikkatimi çeken bir eğilim var: Hastayı yaşayabileceği gereksiz acıdan korumaya yönelik bir istekten dolayı, tatile çıkmaktan veya telafi seansı veremeyecekleri iptallerden kaçınma eğilimidir bu. Aslında, terapistler olarak çoğumuz, mesleğe, depresif hastalarımızı acı çekmekten koruma çabasıyla, nevrotik düzeyde esnek ve cömert tutumlar benimseyerek başlamışızdır, muhtemelen. Ancak depresif kişilerin gerçekten ihtiyaç duydukları şey kesintisiz bir ilgi ve sevgi değildir. İhtiyaç duydukları şey, terapistin bir ayrılıktan sonra *geri döndüğünü* görme deneyimidir. Spesifik olarak söyleyecek olursak; depresif hastalar, açlıklarının terapisti kalıcı şekilde yabancılaştırmadığını ve terk edilmiş olmaya duydukları öfkelerinin ilişkiyi tahrip etmediğini bilme ihtiyacını duyarlar. Bir insan bu dersleri bir kayıp deneyimini yaşayıp buna dayanmadan öğrenemez.

Öfke ve diğer olumsuz duygularla temas etmeye cesaretlendirildiklerinde, depresif hastalar, çoğu kez, terapiste yönelik düşmanlık duygularının farkına varmanın içerdiği riski göze alamayacaklarını yalın bir nedenle açıklarlar: "Bu kadar çok ihtiyaç duyduğum birine nasıl öfkelenebilirim?" Terapistin bu bazı önemli noktaları gözden kaçıran düşünme tarzına katılmaması önemlidir. (Ne yazık ki, depresif duyarlılıkları olan terapistler, kendi temel inançları hastanın temel inançlarıyla benzer olduğu için, bu tür sözleri oldukça makul sözler olarak değerlendirebilirler.) Bunun yerine, terapist, hastanın sorusunun, öfkenin insanları birbirinden ayırdığı şeklindeki, incelenmeden benimsenmiş bir varsayımı içerdiğine dikkat çekmelidir. Olumsuz duyguları kabul etme ve dile getirme özgürlüğünün yakınlığı artırdığını, öte yandan, sahte veya duygulardan kopuk olmanın yalıtılmışlık durumunu ürettiğini görmek depresif bireyler için çok büyük bir içgörü olur, çoğu kez. Öfke, ancak kişinin bağlandığı kişi bu bağımlılığa patolojik tepkiler verirse normal bağımlılık deneyiminin gelişimini engeller –bu durum, birçok depresif danışanın çocukluk deneyimini de tanımlar; ancak daha esnek kişilerle kurulabilecek yetişkin ilişkilerindeki olasılıkları değil.

Terapistler, çoğu kez, depresif hastalarının kötü olma duygularını hafifletmeye yönelik çabalarının ya görmezden gelindiğini veya paradoksal şekilde algılandığını tespit ederler. Kendinden nefret etme duygularına dalmış bir hastaya destekleyici nitelikte yorumlar yapmak daha da derin bir depresyon doğurabilir. Hastanın olumlu geribildirimi kendine saldırıya döndürmesine yol açan mekanizma aşağı yukarı şöyle işler: "Beni *gerçekten* tanıyan biri benim için böyle olumlu şeyler söyleyemezdi, muhtemelen. Bu terapisti iyi biri olduğuma kandırmış olmalıyım. Böyle düzgün bir insanı yanlış yönlendirdiğim için kötü biriyim ben. Ayrıca, terapistten gelecek bir desteğe de güvenemem; çünkü bu terapist kolayca kandırılabilen biri." Hammer (1990) bu noktada, kendisini üyeliğe kabul edecek bir kulübe katılmayı istemeyeceğini söyleyen Groucho Marx'dan* alıntı yapmaktan hoşlanır.

Övgü geri teperse, terapist depresif bir kişinin özsaygını geliştirmek için ne yapabilir? Ego psikologlarının oldukça yararlı bir reçetesi vardır: Egoyu desteklemeyin; süperegoya saldırın. Örneğin, bir erkek bir arkadaşının başarısını kıskanma suçundan dolayı kendini azarlamaktaysa ve terapist de, buna, kıskanmanın normal bir duygu olduğunu söyleyerek yaklaşıyor ve hastanın, özellikle duygusunu eyleme-koymadığı için, kendisini kötülemek yerine

(*) Julius Henry "Groucho" Marx (1890-1977). Hem kardeşleri "The Marx Brothers" ile hem de kendi başına çalışmış olan Amerika'lı komedyen – ç.n.

kutlayabileceğini belirtiyorsa, hasta bunu sessiz bir şüphe ile karşılayabilir. Ancak terapist, hastaya, "Yaşadığın duyguda bu derece kötü olan ne var?" diye sorarsa veya Tanrı'dan daha erdemli biri olmaya çalıştığı için takılırsa veya dostane bir şekilde, "İnsan ırkına geri dön!" derse, hastanın terapistin ilettiği mesajı alması olasılığı doğabilir. Terapistin yorumları eleştirel bir tonla verilirse, depresif kişilerin bunlara dayanması daha kolay olur ("Beni eleştiriyorsa, söylediklerinde bir doğruluk payı bulunmalı, çünkü *bazı* yönlerimle kötü biri olduğumu biliyorum). Bu durum, terapistin eleştirdiği unsur, eleştirel tutumları olan bir içe-atılmış nesne olsa bile geçerlidir.

Depresif hastaların koşullarına duyarlı tedavinin başka bir yönü de, terapistin, diğer danışanlarda dirence işaret ediyor olarak görülecek davranışları gelişimsel başarılar olarak görüp takdir etme çabasıdır. Örneğin, birçok hasta tedaviye duydukları olumsuz tepkileri seans iptal ederek veya seans ücretini ödemeyerek ifade ederler. Depresif kişiler ise, iyi biri olmak için o kadar çok uğraşırlar ki, genellikle, hasta rolü için de tam bir örnek oluştururlar –o denli ki, uyumlu davranışları, haklı olarak, patolojilerinin bir parçası şeklinde görülebilir. Terapist, danışanın seans iptalini veya seans ücretini ödemeyi atlamasını, terapistin en küçük bir muhalefet işareti görmesi hâlinde buna misilleme yapacağı korkusuna karşı kazanılmış bir zafer olarak yorumlayarak depresif zihniyette küçük kaymalar yaratabilir. Aşırı işbirliği yapan hastalarla çalışırken, terapist kendini, terapiyi akışına bırakıp ne kadar şanslı olduğunu düşünme isteğine kaptırabilir; ancak depresif hasta tedavide düşmanca veya bencilce şekillerde hiç davranmazsa, terapistin gözlemlediği bu davranış örüntüsünü, incelenmesi önemli bir örüntü olarak seans gündemine getirmesi gerekir.

Genel olarak, karakterolojik depresif hastalarla çalışan terapistler, danışanın terapiste atfettiği nitelikler halesinin kaybolmasına izin vermeli ve hatta bunu iyi bir gelişme olarak karşılamalıdırlar. İdealize edilmek hoş bir şeydir; ancak bu, hasta için en yararlı olan şey değildir. Psikanalitik akımın ilk zamanlarında, terapistler, depresif bir hasta klinisyeni eleştirdiğinde veya ona öfkelendiğinde, bunun, hastanın ilerleme kaydettiğine işaret ettiğini biliyorlardı; o günlerde bu durum genel olarak hidrolik yasaları çerçevesinde anlaşılırken, bugün çağdaş analistler bu durumu kendine değer verme açısından anlamaktadırlar. Depresif hastaların, terapilerinin sonunda, "bir basamak altta" oldukları durumdan çıkarak terapisti herkes gibi kusurları olan bir insan olarak görmeleri gerekmektedir. İdealizasyonun korunması, kaçınılmaz şekilde, yetersiz bir kendilik-imgesinin de korunmasına yol açar.

Son olarak şunu belirtmek istiyorum: Terapistin mesleki koşullarının imkân verdiği durumlarda, depresif hastalarla çalışırken terapinin sonlandırılmasıyla ilgili kararları hastalara bırakmak başka tipte hastalarla çalışırken olduğuna göre daha önemlidir. Ayrıca, danışanın ileride yeniden terapiye başvurmasına açık bir kapı bırakmak ve danışanın gelecekte terapistten yardım istemeye ilişkin olarak yaşıyor olabileceği ketlemeleri bugünden analiz etmek de terapistin alacağı yerinde tedbirlerden olacaktır (danışanların, sık sık, psikolojik bir "ayar" için terapiye tekrar başvurmanın yenilgiyi kabul etmek anlamına geleceği veya terapistin tamamlanmamış bir "tedavi"den dolayı hayal kırıklığına uğrayabileceği yönünde endişelerini dile getirdiğini görürüz). Distiminin nedenleri arasında, çok sık olarak, geriye döndürülemez ayrılıklar bulunduğu için –bu ayrılıklar, büyüyen çocuğu, anlayışlı bir ebeveynin bulunduğu ortamda güvenlik içinde hissetmek yerine, tüm bağlarını kesmeye ve tüm gerilemeli özlemlerini baskıya almaya zorlamıştır– depresif hastalarla çalışırken terapinin sonlandırılma dönemi özel bir dikkat ve esneklikle ele alınmalıdır.

AYIRICI TANI

Depresif psikolojiyle en yaygın olarak karıştırılan iki karakterolojik eğilim, narsisizm (büyüklenmeci türden ziyade içi-boşalmış türde olanı) ve mazoşizmdir. Yanlış tanı konulduğunda bu, daha çok, temelde depresif bir kişiyi narsisistik veya mazoşistik olarak yorumlama yönünde değil de, temelde narsisistik veya mazoşistik olan birini depresif olarak yorumlama yönünde olmaktadır. Terapistlerin, kişiliği daha doğru şekilde narsisistik veya mazoşistik tip olarak kavramsallaştırılabilecek bir hastayı depresif olarak yanlış yorumlama eğilimlerinin iki etkene bağlanabileceğini düşünüyorum. İlk olarak: Depresif yatkınlıkları bulunan terapistler kendi dinamiklerini depresif olmayan hastalara yansıtabilirler.İkinci olarak: Narsisistik veya mazoşistik kişilik yapısı gösteren kişiler tipik olarak bazı klinik depresyon semptomları, özellikle de distimik duygudurumu yaşarlar. Bu iki tanısal hata da şanssız klinik sonuçlar doğurabilir.

Depresif Kişilik – Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

Bölüm 8'de narsisistik kişiliğin depresyonlu/içi-boşalmış biçimlerini yaşayan kişileri betimlemiştim. Bu kişiler, tartışmakta olduğumuz depresif örgütlenme gösteren kişilerden içsel deneyimleri açısından kimi farklılıklar taşırlar: Narsisistik kişilerin içsel deneyimi utanç, boşluk, anlamsızlık, can sıkıntısı ve va-

roluşsal ümitsizlik deneyimlerini içerir; öte yandan, analistlerin depresif kişilik terimiyle belirttikleri, depresif tablonun daha "melankolik" tipinin içsel deneyimi ise, suçluluk, günahkârlık, tahripkârlık, açlık ve kendinden nefret deneyimlerini içerir. Sanki, narsisistik örgütlenme gösteren kişide bir kendilik duygusu yoktur; depresif kişide ise, çok net bir kendilik duygusu vardır –ancak bu, acı verici şekilde olumsuz niteliktedir. Narsisistik nedenlerle depresif hâle gelmiş kişiler kendiliknesnesi aktarımlarına girerler; depresif kişilikler ise, nesne aktarımlarına girerler. Narsisistik kişilerle yaşanan karşı-aktarım muğlak, huzursuzluk verici ve duygulanımsal açıdan sığdır; depresif kişilerle ise, çok daha net ve güçlüdür ve genellikle kurtarma fantazilerini içerir.

Bu farklılıkların teknik açıdan ince ve önemli sonuçları vardır. Açıkça ilgili ve destekleyici tutumlar narsisistik örgütlenme gösteren bir kişiye rahatlatıcı gelebilir; ancak bu tutumlar, depresif yapılanma gösteren bir kişinin, bir önceki kısımda betimlenmiş olan paradoksal şekilde, duygu hâlini daha da bozabilir.

Sorun kaynağı olarak öngörülen süperegoya saldırmak –kişinin olası kendini kınamalarına dair yorum yapılmasında olduğu gibi nazik bir şekilde yapılsa bile–, temel yapısı narsisistik olan bir kişiye yardımcı olmayacaktır; çünkü kendine saldırı narsisistik dinamiklerin bir parçası değildir. Duygulanımsal deneyimi, daha pasif duygusal tepkiler yerine öfke yönünde yeniden tanımlayan yorumlar, narsisistik hastalarla çalışırken benzer şekilde boşa gidecektir; çünkü bu hastaların temel duygu durumu, kendine yöneltilmiş düşmanlık değil, utançtır. Öte yandan, bu tür yorumlama çabaları melankolik danışanları rahatlatabilir ve hatta canlandırabilir. Melankolik danışanların bu tepkileri, eski içe-yönelik-öfke-dışa-yönelik-öfke formülasyonunun, şaşırtıcı şekilde ustaca yapılmış bir ayrım olarak görülmesini sağlayabilir.

Narsisistik danışanlarla çalışırken, eleştirel ebeveynleri ve yaralayıcı ayrılıkları öne çıkaran yorumsal yeniden kurgulamaları, danışan, ne kadar depresif olursa olsun, işitmeyecektir; çünkü reddedilme ve travma nadiren narsisistik dinamiklere sebebiyet verir. Öte yandan, belirtilen yeniden kurgulamaları, depresif hastalar, uzun yıllardır süren, her türlü sıkıntılarını kişisel eksikliklerine atfetme alışkanlıklarına bir başka seçenek olarak, şükran duygularıyla kabul edebilirler. Narsisistik bir kişiyle geleneksel şekilde "aktarım-içinde" çalışmaya yönelik çabalara hasta omuz silkebilir, bunlarla alay edebilir veya bunları kapsamlı bir idealizasyonun içine dâhil edip eritebilir; ancak depresif bir hasta bu yaklaşımı beğeniyle karşılayacak ve bundan bir hayli yarar sağlayacaktır. Narsisistik ve depresif kişilikler arasındaki bu farklılıklar

çerçevesinde, metaforik olarak, narsisistik danışanları patolojik şekilde boş ve depresif danışanları patolojik şekilde düşmanca içe-atılmış nesnelere dolu kişiler biçiminde görebiliriz. Yapılacak terapi çalışması, bu birbirine zıt nitelikteki öznel dünyalar göz önünde bulundurularak şekillendirilmelidir.

Depresif Kişilik – Mazoşistik Kişilik Karşılaştırması

Depresyon ve analitik klinisyenlerin mazoşizm olarak bahsettikleri, kendi aleyhine işleyen örüntüler birbirleriyle yakından bağlantılıdır; çünkü her iki yönelim de bilinçdışı suçluluk duygusu karşısında sağlanmış uyum durumlarıdır. Aslında, bu ikisi o kadar sık olarak birlikte bulunurlar ki, Kernberg (örn., 1984), Laughlin'in (1967) önemli etkileri olmuş olan gözlemlerini onaylayacak şekilde, "depresif-mazoşistik kişilik" tanısını, nevrotik-düzey karakter örgütlenmesinin üç standart türünden biri olarak görür. Sık sık birlikte bulunmalarına ve birlikte işlemelerine karşın, depresif ve mazoşistik psikolojileri birbirlerinden titiz bir şekilde ayırt etmeyi tercih ettim. Bu kitabın düzenlenmesindeki ilkelerden biri, kişiler arasında gözlemlenen ve psikanalitik gelenek içinde yerleşmiş bir kavramsal konuma sahip ve psikoterapi tekniği açısından önemli anlamlar taşıyan farklara dikkat etmek olmuştur. Bölüm 12'de temelde depresif olan kişilik ile temelde mazoşistik olan kişilik arasındaki farkları araştıracağım ve bu farkların tedavi açısından taşıdığı anlamları ayrıntılı şekilde ele alacağım.

MANİK VE HİPOMANİK KİŞİLİKLER

Mani depresyonun öteki yüzüdür. Hipomanik kişilik gösteren bireyler, esasında, inkâr savunmasıyla karşı konulmakta olan depresif örgütlenme içindedirler. Belli bir düzeyde mani yaşayan kişilerin çoğu, inkâr savunmasının işe yaramadığı ve depresyonlarının yüzeye çıktığı dönemler de yaşarlar; "siklotimik" terimi bazen bu kişilerin psikolojisi betimlemek için kullanılmıştır. DSM'nin ikinci baskısında (DSM-II; Amerikan Psikiyatri Birliği, 1968), hem depresif hem de siklotimik kişilik bozuklukları, kabul görmüş tanı kategorileriydi.

Hipomani, basit bir şekilde, depresyonla tezat oluşturan bir durum değildir; depresyonun birebir karşıt kutbudur. Hipomanik birey, coşkulu, enerjik, kendini öne çıkaran, esprili ve büyüklenmeci biridir. Akhtar (1992) bu durumu şöyle betimler:

> Hipomanik kişilik gösteren birey, dışarıdan bakıldığında, neşeli, oldukça sosyal, diğer kişileri idealize etmeye eğilimli, iş-bağımlısı, flörtöz ve konuş-

kan biridir; içeriden bakıldığında ise, diğer kişilere duyduğu saldırganlıktan dolayı suçluluk yaşayan, tek başına kalamayan, empati becerisi tam gelişmemiş, sevemeyen, iradesi değişken ve bilişsel tarzı sistematik bir yaklaşımdan yoksun biridir.

Manik durumdaki veya manik kişilikleri olan bireyler geliştirdikleri büyük projeleri, birbiriyle yarışan düşünceleri ve normal fiziksel zorunluluklara (yemek ve uyku, gibi) uzun saatler boyunca ihtiyaçları yokmuş gibi davranmalarıyla bilinirler. Sürekli "yukarıda" görünürler –ta ki, tükeninceye kadar. Mani durumundaki birey kendini yavaşlatamadığı için, alkol, barbitürat veya afyon gibi merkezi sinir sistemini yavaşlatan maddeler birey için oldukça çekici hâle gelebilir. Birçok komedyen ve mizahçı da muhtemelen hipomanik kişilik göstermektedir. Bazen bu kişilerin sonu gelmeyen esprileri oldukça yorucu olabilir. Bazen çok komik bir insanın distimik yönü daha görünür durumdadır; Mark Twain veya Ambrose Bierce veya Lenny Bruce[7] gibi, tümü de ağır depresif dönemler yaşamış olan kişiler, bu duruma örnek olarak verilebilir.

MANİDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Manik kişiler yüksek enerjileri, heyecanlı hâlleri, hareketli oluşları, dikkatlerinin çabuk dağılması ve sosyal olmaları ile tanınırlar. Çoğu kez, diğer kişileri eğlendirme, hikâye anlatma, mizah ve taklit becerileri çok gelişmiştir. Bu özellikleri arkadaşları için çok çekici olsa da, arkadaşları bazen manik kişilerin, her türlü ciddi sözü, üzerinde şaka yapılabilecek bir hâle döndürmelerinden dolayı duygusal açıdan yaklaşılması zor insanlar olduklarından şikâyet ederler. Manik ve hipomanik psikoloji gösteren kişilerde olumsuz duygulanım ortaya çıktığında, bu duygulanım acı ve hayal kırıklığı olarak değil, öfke olarak (bazen ani, kontrolsüz öfke patlamaları biçiminde) kendini açığa vurur.

Psikanalitik yönelimli klinisyenler, manik kişileri, depresif taraftaki emsalleri gibi, oral düzeyde örgütlenmiş kişiler olarak değerlendirirler (Fenichel, 1945): Bu kişiler, durmaksızın konuşma, denetimsizce alkol alma, tırnaklarını yeme, sakız çiğneme, sigara içme, ağızlarının iç taraflarını kemircesine ısırma gibi özellikler taşıyor olabilirler. Özellikle manik süreklilik hattının daha ağır tarafında bulunanların birçoğu aşırı kiloludur. Sürekli hareket hâlinde olmaları, çoğu kez belirgin düzeyde yüksek bir duygudurumunda olsalar da, yoğun bir kaygı yaşıyor olduklarına işaret eder. Sergiledikleri ve di-

7 Mark Twain (1835-1910), Amerika'lı romancı, mizah ve hiciv yazarı; Ambrose Bierce (1842-1914), Amerika'lı gazeteci, kısa öykü ve hiciv yazarı; Lenny Bruce (1925 –1966), Amerika'lı komedyen, sosyal eleştirmen ve hiciv yazarı.

ğer kişilere de bulaştırarak aktardıkları duygusal coşkunun, belli bir kırılgan ve güvenilmez niteliği vardır; arkadaşları çoğu kez bu kişilerin duygusal istikrarlılıkları hakkında kimi endişeler taşırlar. Manik kişi için mutluluk bildik bir durumsa da, sakinlik ve dinginlik bu kişinin deneyimlerinin tamamen dışında kalan bir duygu durumu olabilir (Akiskal, 1984).

MANİDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Manik ve hipomanik kişilerin temel savunmaları inkâr ve eyleme-koymadır. İnkâr, çoğu insanı sıkıntıya sokacak veya telâşa düşürecek olayları görmezden gelme (veya mizaha dönüştürme) eğilimlerinde kendini belli eder. Eyleme-koyma çoğunlukla kaçış biçiminde olur: Kayıp tehdidi içerebilecek durumlardan uzaklaşırlar. Manik kişiler acı verici duygulanımlardan başka türde eyleme-koyma biçimleriyle de kaçabilirler: Bunlar, cinselleştirme, aşırı alkol kullanımı, diğer kişileri kışkırtarak öfkelendirme ve hatta, hırsızlık gibi, psikopatik nitelik taşıyan eylemleri içerir (bu nedenden dolayı, bazı analistler, manik danışanlardaki gerçeklik ilkesinin istikrarını sorgulamışlardır [Katan, 1953]). Manik kişiler, ayrıca, değersizleştirme eğilimi de gösterirler (özellikle, hayal kırıklığı yaratacağından korktukları sevgi bağları kurmayı düşündüklerinde); bu süreç, depresif kişilerin idealize etme eğiliminin manik taraftaki eş biçimidir.

Manik kişi için, dikkatini başka yönlere çeken her şey duygusal acı yaşamaya tercih edilir. Manik eğilimleri olan kişiler, özellikle daha ağır rahatsızlık gösterenler ve geçici bir psikotik durumda olanlar, tümgüçlü kontrol savunmasını da kullanabilirler; yenilmezliklerine, ölümsüzlüklerine, yaptıkları büyüklenmeci plânların mutlaka başarıya ulaşacağına inanan kişiler hâline gelebilirler. İtkisel teşhircilik edimleri, tecavüz (genellikle eşe veya yakın birine) ve otoriter kontrol, psikotik bir çökme yaşamakta olan manik kişilerde karşılaşılmamış durumlar değildir.

MANİDE NESNE İLİŞKİLERİ

Manik kişilerin geçmişlerinde, belki de depresif kişilerde olduğundan daha çarpıcı şekilde, çocuğun duygusal açıdan işleme imkânını bulamadığı, tekrarlanan travmatik ayrılıklar örüntüsü görülür. Manik kişilerin çocuklukları, önemli kişilerin ölümü ve bu kayıpların yasının tutulamamış olması, hiç kimsenin çocuğun duygularını sormadığı boşanmalar ve ayrılıklar ve ailelerinin çocuğa bir açıklama yapmadan bir yerden başka bir yere taşınmaları gibi olaylarla doludur. Terapisini yaptığım bir hipomanik erkek danışanım haya-

tının ilk 10 yılında ailesiyle 26 farklı yere taşınmıştı; birden fazla keresinde, okuldan eve vardığında, eşyaları taşıyan aracın hareket etmek üzere olduğunu görmüştü.

Duygusal ve bazen fiziksel nitelikteki, eleştiri ve suistimal de, manik ve hipomanik bireylerin geçmişlerinde yaygın olarak görülür. Depresif durumlarla bağlantılı olarak, travmatik ayrılık ile duygusal ihmal ve suistimalin bir arada yaptıkları etkileri daha önce ele almıştım. Manik durumlarda, kişilerin geçmişlerinde yaşadıkları kayıplar daha ağır olabilir veya manik kişilerin kayıp karşısında yaşadıkları deneyimlerin duygusal anlamı üzerinde çocuğun bakıcıları, depresif kişilerin geçmişlerinde olduğuyla karşılaştırıldığında, çok daha az durmuş olabilirler. Bu tür olasılıkları hesaba katmadan, inkâr gibi aşırı nitelikte bir savunmaya duyulan ihtiyacı açıklamak kolay değildir.

MANİK KENDİLİK

Manik hastalarımdan biri kendini sürekli dönen bir topaç olarak tanımlamıştı. Acı verici duygulara yakalanmamak için sürekli hareket etme ihtiyacı duyduğunun çok farkındaydı. Manik kişiler bağlanmaktan korkarlar; çünkü başka birine ilgi ve sevgi duymak, o kişiyi kaybetmenin kendilerini alt-üst edeceği anlamına gelir. Psikotik yapıdan nevrotik yapıya kadar yayılan manik süreklilik hattı içinde, psikotik ve sınırdurum alanlar, bu alanlarda işleyen süreçlerin ilkelliğinden dolayı, çok daha ağır bir nitelik taşırlar; bu durumun bir sonucu, birçok manik, hipomanik ve siklotimik kişinin, kendilik psikologlarının parçalara bölünme olarak belirttikleri, kendilik çözülmesi deneyimine girme riski altında olmalarıdır. Manik bireyler hareket hâlinde olmazlarsa parçalara dağılacaklarından korkarlar.

Manik yapı gösteren kişilerde özsaygı, pek de sağlam olmayan bir şekilde, acıdan kaçınmayı başarma becerisi ile diğer kişileri etkileme coşkusuna dayanılarak korunup sürdürülebilir. Bazı manik bireyler, benzer derinlikte bir yatırımla karşılık vermeksizin, diğer kişileri kendilerine bağlamakta çok ustadırlar. Çoğunlukla zeki ve çabuk düşünen kişiler olduklarından, arkadaşları ve meslektaşları –özellikle de, zekâ ile ağır psikopatolojinin birbirini dışladığı şeklindeki yaygın ama hatalı görüşe inananlar– bu kişilerin psikolojik çatışma ve kırılganlıklarını öğrendiklerinde şaşırıp kalabilirler. Yaşanan bir kayıp inkâr edilemeyecek denli acı verici hâle gelirse intihar girişimleri ve açıkça psikotik davranışlar aniden kişinin kurduğu o manik kaleyi işgal edebilir.

MANİDE AKTARIM VE KARŞIAKTAR

Manik danışanlar çekici, etkileyici ve içgörülü olabilirler. Aynı zamanda kafa karıştırıcı ve yorucu da olabilirler. Bir keresinde, hipomanik genç bir kadınla çalışırken, kafamın, çamaşırhanelerde bulunan türden, giysilerin makinede dönüşünün görüldüğü ancak takip edilemeyecek kadar hızlı dönen bir çamaşır kurutma makinesi içinde olduğu şeklinde bir fantazi kurmakta olduğumu fark ettim. Bazen, bir ilk görüşmede, böyle karmaşık bir geçmişi olan bir hastanın, bu geçmişi anlatırken daha fazla duygusal tepki göstermesi gerektiği yönünde huzursuz edici bir duygu yaşar. Bazen de, hastanın anlattıklarını bir türlü toparlayıp birleştiremediğini hisseder.

Hipomanik kişilerle çalışan terapistlerde görülen en tehlikeli karşı-aktarım eğilimi, hastanın çekici davranışlarının altında yatan acının derinliğini ve olası dağılmışlık hâlini yeterince görememektir. Dostane bir gözlemleyen ego ve güvenilir bir çalışma ittifakı olarak görülebilecek tutumlar, manik inkâr ve savunmacı çekiciliğin devrede olmasının bir sonucu olabilir. Çekici bir hipomanik hastanın projektif testlerinin sonuçları birçok terapisti şaşırtmıştır; örneğin Rorschach testinde, çoğu kez ilk değerlendirme görüşmesinde hiç şüphelenilmeyen psikopatoloji düzeyleri tespit edilmiştir.

MANİ VEYA HİPOMANİ TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Terapistin hipomanik bir hastayla çalışırken birincil meselesi hastanın terapiyi bırakmasını önlemektir. Terapist bunu ilk seansta hastayla konuşmadıkça [bu konuşmada, hastanın anlamlı bağlanmalardan savunmacı nitelikteki kaçma ihtiyacı yorumlanır (ki, bu, hastanın tarihçesinden de bellidir) ve hastayla, terapiyi bırakma itkisini hissetmesinin sonrasında belirli bir süre daha terapide kalması yönünde terapötik bir sözleşme yapılır], hasta çoktan kaçmış olacağı için terapi de yapılamayacaktır. Terapist bu konuşmayı aşağıdaki şekilde yapar:

> Hayatınızdaki her önemli ilişkinin aniden ve genellikle sizin girişiminizle kesintiye uğradığını görüyorum. Aynı durumun bu ilişkide de tekrarlanabileceğini düşünüyorum –çünkü terapide, geçmişteki birçok acı verici deneyim tekrar canlanır. Hayat acı verici olmaya başladığında sizin davranış örüntünüz kaçma şeklinde oluyor. Sizden çalışmanın bu başlangıç noktasında benimle bir anlaşma yapmanızı istiyorum: Nedeni ne kadar makul görünürse görünsün, eğer terapinin her hangi bir noktasında aniden terapiyi bırakmaya karar verirseniz, terapiyi bırakma nedeninizi derinlikli olarak

> anlayabilmemiz ve terapinin sonunu duygusal açıdan uygun bir yolla değerlendirip işleme imkânına sahip olabilmemiz için en az altı seans daha terapiye devam edeceksiniz.[8]

Bu konuşma, hastanın, ilişkileri bitirmenin duygusal açıdan uygun bir yolunun *bulunduğu* gerçeğiyle, yani, ilişkiler sona erdiğinde bu duruma eşlik eden üzüntü ve diğer duyguların ele alıp bunların üzerinde durulması gerektiği gerçeğiyle ilk kez yüzleştirilmesi olabilir. Terapi çalışmasını, genel olarak, üzüntünün ve olumsuz duyguların inkârına sürekli ve kararlı bir şekilde odaklanma çabası yönlendirmelidir. Analistlerin çoğu (örn., Kernberg, 1975) hipomanik hastalarda gidişatı, bu danışanların üzüntü duygusuna dayanmakta yaşadıkları aşırı zorluklardan dolayı, terapistin hastanın terapiden kaçmasını önlemek için her tedbiri aldığı durumlarda bile, en iyi ihtimalle ihtiyatla değerlendirmişlerdir. Bazen, görünürde daha açık şekilde "hasta" olan manik hastalara yardım etmek daha kolaydır; çünkü bu hastaların yaşadıkları psikolojik rahatsızlık derecesi tedavide kalma motivasyonlarını güçlendirir.

Nispeten ağır durumdaki manik hastalarda, nispeten ağır durumdaki depresif hastalarda olduğu gibi, psikotropik ilâçlar çok yararlı olurlar. Günümüzde psikiyatrinin vardığı nokta, ilacın tipini ve dozajını hastanın spesifik ihtiyaçlarına göre ayarlayabilme imkânını vermektedir; manide etkili olan tek ilacın lityum olduğu günler geçmişte kaldı artık. İlâç konusuyla ilgili olarak şuna belirtmek isterim: İlâç veren hekimin her bir hastayı değerlendirirken, titiz ve o bireyin özelliklerine göre ayarlanmış bir yaklaşım benimsemesinin önemli olduğunu düşünüyorum; manik danışanlar da herkes gibi birbirlerinden çok farklı nitelikler taşırlar ve çoğu kez kendilerine özgü fiziksel duyarlılıkları, bağımlılıkları ve alerjileri vardır. Psikoterapistleriyle olduğu gibi hekimleriyle de güvenilir bir ilişki içinde olmaları ve psikoterapistlerle hekimler arasında karşılıklı işbirliğine dayalı bir ilişki bulunması, hastanın iyileşme sürecine yardımcı olur. Eskiden beri doğruluğuna kanaat getirilmiş kimi görüşlerin tersine, manik hastalarla psikoterapi önemli ve etkili bir çalışmadır; bu hastalar, psikoterapi uygulanmadığında, üzüntüsü yaşanmamış kayıp deneyimlerini derinlemesine çalışmakta ve diğer kişileri daha az korku duyarak nasıl sevebileceklerini öğrenmekte başarısız olurlar. Ayrıca ilâç kullanmayı da bırakırlar.

Nispeten daha sağlıklı hipomanik kişiler terapiye, genellikle, hayatlarının ileri safhalarında, enerjileri ve dürtülerinin azaldığı ve geçmişlerine bak-

---

8 Buradaki seans sayısı değişebilir. Terapist, uygun görünen ve hastanın da sabredebileceğini belirttiği bir sayıda seans tespit edebilir. Bu seans sayısı hastayla birlikte, tartışılarak da belirlenebilir.

tıklarında hayatlarının ne kadar parçalara bölünmüş ve doyuruculuktan uzak bir hâlde olduğunu açıkça görebildikleri dönemde gelirler. Bazen, belli bir bağımlılıkla ilgili 12-adımlık bir programı içeren uzun bir çalışma sonrasında, özyıkıcılıkları azaldığında ve hayatlarında neler olup bittiğini anlamak istediklerinde bireysel yardım almak için başvurdukları da olur. Bazı savunmacı örüntüleri paylaştıkları büyüklenmeci tipteki narsisistik danışanlar gibi, bazen ileri yaştaki hipomanik kişilere yardım etmek genç olanlara göre daha kolaydır (Kernberg, 1984). Böyle olsa bile, bu kişilerle çalışırken, yine de, terapiyi erken bırakmaları olasılığına karşı bir sözleşme yapılması gerekir. Hipomanik kişiliklerin psikoterapötik açıdan tedavisi üzerine olan literatürün çok sınırlı olması, birçok terapistin, bu tür bir sözleşme yapmış olmaları gerektiğini ancak yaşadıkları zorluklardan sonra öğrenmeye başladıkları gerçeğini yansıtıyor olabilir.

Paranoid hastaların tedavisinde geçerli olan bazı önemli noktalar hipomanik hastaların tedavisinde de geçerlidir. Çoğu kez, terapistin bir savunmaya "doğrudan" müdahale etmesi gerekir; örneğin, terapistin, hastayı, inkâr gibi aslen katı ve esneklikten uzak bir savunmayı araştırmaya davet etmesi yerine, hastayı inkâr savunmasıyla agresif bir şekilde yüzleştirmesi ve inkâr edilenin adını koyması gibi. Terapistin güçlü ve kendini işine adamış biri olarak görünmesi de gerekir. Yapacağı yorumlar, hipomanik kişiyi normal olumsuz duygulanımlar hakkında ve bunların felâket içeren sonuçları olmadığı hakkında eğitecek şekilde, yukarı doğru yorumlar olmalıdır.

Üzüntü yaşama ve kendiliğin parçalara bölünmesi korkularından dolayı, manik kişilerle terapi çalışmasının yavaş ilerlemesi beklenir. Tutumlarıyla, düşünceye ve amaca dayalı davranış örnekleri sergileyen klinisyen, sürekli değişken hâldeki danışana, duygular dünyasında nasıl yaşanacağı konusunda farklı bir model önerir. Tedavi, ayrıca, özellikle açık sözlü bir yaklaşımla yapılmalıdır. Ruhsal acıdan kaçınma gayretleri içinde, birçok manik kişi, o anda işe yarayan neyse onu söyleme alışkanlığını edinmişlerdir. Duygusal sahicilik bu kişiler için mücadele gerektirir. Dolayısıyla terapist, arada bir, bu kişilerin, kaçamak açıklamalar getirme, eğlendirici bir şeyler yapma veya oyalama çabasında mı olduğunu yoksa doğruyu mu söylediğini sorgulamalıdır. Paranoid kişiler gibi, hipomanik danışanlar da, aktif ve soruna doğrudan müdahale eden, kendini aldatmayan, yapmacıklıktan ve ikiyüzlülükten uzak bir terapiste ihtiyaç duyar.

AYIRICI TANI

Hipomanik danışanların doğru bir şekilde değerlendirilmesi konusundaki başlıca engel, aktarım ve karşı-aktarım üzerine olan bölümde belirtilmişti: Terapistler, bu, başlangıçta çekici gelen kişileri, gerçek durumlarına göre daha az ilkel savunma kullanıyor, daha fazla ego gücüne sahip ve daha iyi bir kimlik bütünleşmesi gösteriyor olarak yanlış algılarlar, genellikle; böyle bir yanlış algılama ise, duyarlı bir hipomanik kişiyi tek bir görüşmeden sonra terapiste yabancılaştırabilecek bir hatadır. Psikotik yelpaze dışında bulunan manik örgütlenme gösteren danışanlara çok sık olarak histerik, narsisistik veya kompülsif tanısı konur. Psikotik semptomlar gösterenler de çok sık olarak yanlış şekilde şizofrenik olarak değerlendirilirler.

Hipomanik Kişilik – Histerik Kişilik Karşılaştırması

Çekiciliklerinden, sıcak ilişki kurma kapasiteleri varmış gibi görünmelerinden ve göze çarpan düzeyde içgörü sahibi olmalarından dolayı, hipomanik danışanlar, özellikle de kadınlar, yanlış şekilde histerik olarak algılanırlar. Bu hata hastayı çabucak kaybetme riskini doğurur; çünkü histerik örgütlenme gösteren kişilerle benimsenmesi gereken doğru teknik duruş, hipomanik kişiyi yetersiz düzeyde "kucaklanmış" ve ancak yüzeysel düzeyde anlaşılmış hissettirir. Kendilerine sevgi gösteren kişilerin, kolayca yanılan ve aldanan kişiler oldukları yönünde bir bilinçdışı kanaat, tıpkı depresif kişilerde olduğu gibi, manik yapılanma gösteren kişilerde de bulunur; bu durum doğrudan ele alınmazsa, terapistin değersizleştirilmesine ve terapistten uzaklaşmaya yol açacaktır. Histerik yapılanma gösteren bir hastada ise, böyle bir doğrudan yaklaşım uygun değildir. Her iki cinsiyetten olan kişilerle de aniden sonlandırılmış ilişkilerle ilgili kanıtlar, travmatik ve yası tutulmamış kayıplar ve histerik kişinin cinsiyet ve güç konularıyla ilgili olarak yaşadığı meseleleri yaşamaması, hipomanik kişiyi histerik kişiden ayırt eden alanların bazılarıdır.

Hipomanik Kişilik – Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

Büyüklenmecilik manik işleyişin merkezi özelliklerinden biri olduğu için, hipomanik veya siklotimik bir kişiyi, narsisistik hastaların daha çok büyüklenmeci türünde biri olarak görme hatasına kolayca düşülebilir –bu hata, gerçekten depresif (melankolik) hastalar ile depresyonlu/içi-boşalmış tipteki narsisistik kişileri birbirine karıştırma hatası ile çarpıcı bir benzerlik gösterir. Hastadan alınacak iyi bir tarihçe aradaki farkları aydınlatmalıdır; narsisistik yapılanma gösteren kişilerde, hipomanik danışanların çoğunda görülen kar-

maşık, hep bir şeylerin peşinden koşturulmuş, ağır bir şekilde parçalara bölünmüş bir geçmiş bulunmaz.

Bu iki grup arasındaki psişe-içi farklılığa baktığımızda, narsisistik kişide öznel boşluk duygusunu, hipomanik kişide ise –inkâr savunmasıyla başa çıkılan– aşırı olumsuz içe-atılmış nesnelerin varlığını görürüz. Kibirli narsisistik kişinin tedavi edilmesinin zor olabilmesine ve bu kişinin bağlanmaya karşı birçok yolla direnen biri olmasına rağmen, tedaviyi aniden bırakması tehdidi en az düzeydedir. Bu nedenden dolayı, hipomanik bir bireyi narsisistik olarak görme hatasının bedeli hastayı kaybetmek olabilir. İki hasta grubu arasında bir yakınlık da vardır; bu yakınlık, her ikisinin de yaşları ilerlediğinde terapötik açıdan daha ulaşılabilir bir duruma gelmeleri konusundadır. Diğer bir yakınlık da, büyüklenmeci narsisizmi içe-atılmış nesneler açısından gören analistlerin (örn., Kernberg, 1975), bu iki tip danışan için de benzer bir yaklaşımı savunmalarıdır.

Hipomanik Kişilik – Kompülsif Kişilik Karşılaştırması

Hipomanik kişilerin aşırı güdülenmiş hâlleri, bu kişilerin karakterolojik kompülsiflik gösteren kişilerle karşılaştırılmasına olanak sağlar. Hem kompülsif hem de hipomanik kişiler hırslı ve çok şey talep eden kişilerdir; literatürde de bazen bu temel çerçevesinde karşılaştırılmışlardır (Cohen, Baker, Cohen, Fromm-Reichmann, & Weigart, 1954; Akiskal, 1984). Ancak bu iki grubun benzerlikleri çoğu kez yüzeysel bir benzerliktir. Akhtar (1992), hipomanik kişiyi kompülsif danışanla (Akhtar, kompülsif kişiyi, Kernberg'i takip ederek, tanım itibariyle, kişilik örgütlenmesinin nevrotik düzeyinde bulunuyor olarak görmektedir) karşılaştırırken bu iki kişiliği şöyle özetler:

> Hipomanik kişilerden farklı olarak, kompülsif birey, derin nesne ilişkileri geliştirme, olgun nitelikte sevgi duyma, ilgi ve bakım gösterme, hakiki suçluluk, yas ve üzüntü deneyimleri yaşama kapasitesine sahiptir...Kompülsif kişinin uzun süreli yakınlık geliştirme becerisi vardır; ancak bu kişi aynı zamanda, alçakgönüllü ve sosyal açıdan temkinli biridir. Hipomanik kişi ise, bunun tersine, kendini beğenmiş biridir, grup içinde bulunmayı sever ve diğer kişilerle hemen yakınlık kurmayı başarır, ancak bu gösterdiği ilgi çok kısa bir süre içinde kaybolur gider. Kompülsif kişi ayrıntıları sever; hipomanik kişi ise ayrıntıları önemsemez ve göz ardı eder. Kompülsif kişi ahlâk tarafından sımsıkı sarılmıştır ve tüm kuralları takip eder; hipomanik kişi ise, "sapkın karakter" (Chasseguet-Smirgel, 1985) gibi, kestirmeden gider, yasaklara aldırmaz ve geleneksel otorite ile dalga geçer. (s. 196-197)

Bu çerçevede, hipomani ve histeri arasındaki ayrımda söz konusu olduğu gibi, davranışın içsel anlamı ile görünürdeki içeriği arasındaki farkı görmek oldukça önemlidir.

Mani – Şizofreni Karşılaştırması

Psikotik durumdaki manik bir kişi akut hebefrenik epizod yaşayan bir şizofreniğe çok benzeyebilir. Bu ikisi arasında bir ayrım yapılması, hastaya verilecek ilâçların belirlenmesi açısından önemlidir. Popüler izlenimleri bir yana bırakırsak, bir kişinin açıkça psikotik olması onun şizofrenik olduğu anlamına gelmez. Kişinin dağılmışlık hâlinin tabiatına karar vermek için, özellikle de ilk kez psikotik çökme yaşayan genç hastalarda, iyi bir tarihçe alınması (danışan konuşamayacak denli hezeyanlıysa danışanın ailesinden), altta yatan duygulanım donukluğunun değerlendirilmesi ve soyutlama kapasitesinin tespit edilmesi önemlidir. Bazen "şizoafektif" dediğimiz durumlar, hem manik-depresif hem de şizofrenik özellikler taşıyan psikotik-düzey tepkileri içerir ve dolayısıyla özellikle dikkat edilerek ayarlanmış bir farmakolojik tedaviyi gerektirir.

Özet

Bu bölümde, karakter yapısı açısından depresif hat üzerinde örgütlenme gösteren hastaları tartıştım; bu tartışma, klinik depresyon olarak bildiğimiz duygudurum bozuklukları gösterip göstermediklerine bakılmadan depresif hat üzerindeki tüm hastaları kapsamaktadır. Bu hastaları dürtü, duygu ve mizaç açısından incelerken, oral eğilim, bilinçdışı suçluluk ve hastanın depresif veya manik yatkınlık göstermesine bağlı olarak, abartılmış acı veya neşe duyguları üzerinde durdum. Esasen depresif olan yapıda, içeatma, kendine-karşı-döndürme, idealizasyon ego süreçleri; esasen manik olan örgütlenmede ise inkâr, eyleme-koyma ve değersizleştirme ego süreçleri ayrıntılı olarak ele alındı. Nesne ilişkileri, travmatik kayıp, yasın yeterli düzeyde tutulamaması ve ebeveyn depresyonu, eleştiri, suistimal ve çocuğun yanlış anlaşılması açılarından değerlendirildi. İyileştirilemez derecede kötü olarak görülen kendilik imgeleri tartışıldı. Aktarım ve karşı-aktarım kısımlarında, depresif ve manik kişilerin çekici özellikleri ve bunlarla bağlantılı kurtarma arzuları ve terapistin duygusal açıdan yıpranıp moral bozukluğu yaşaması olasılığı üzerinde duruldu.

Teknik öneriler içinde, sürekli bir empatik tutuma ek olarak, şunlar yer almıştır: Hastanın açıklayıcı kurgularının derhal ve etkin bir şekilde yorumlanması, ayrılığa verilen tepkilerin devamlı ve ısrarlı bir şekilde incelenmesi, süperegoya saldırılar yapma ve manik hastalarda, ayrıca, terapiden kaçmayı engellemeye yönelik sözleşmeler ve hastanın kendini dürüst bir şekilde dile getirmesine yönelik kararlı ve inatçı bir talepte bulunma. Tanısal açıdan bakıldığında: Depresif danışanlar, depresif renkler taşıyan narsi-

sistik örgütlenme gösteren kişilerden ve mazoşistik yönelim gösteren hastalardan ayırt edildiler; hipomanik ve manik danışanlar, histerik, narsisistik, kompülsif ve şizofrenik kişilerden ayırt edildiler.

İleri Okuma Önerileri

Laughlin'in (1967) depresif kişilik üzerine yazdığı bölüm mükemmeldir. Gaylin'in (1983) depresyon üzerine olan antolojisinde, depresyonla ilgili psikanalitik düşüncenin birinci sınıf bir özeti bulunabilir. Hipomanik kişilik üzerinde yakın dönemde yayınlanmış bildiğim tek makale Akhtar'ın (1992) *Broken Structures* adlı makalesidir. Yine, Fenichel'in kitabı (1945), kimi zaman çok eski kalabilen terminolojisinden rahatsız olmayanlar için, hem depresif hem de manik durumlarla ilgili olarak okunmaya değer bir kaynaktır.

ONİKİNCİ BÖLÜM

Mazoşistik (Kendi Aleyhine İşleyen) Kişilikler

Kendi kendilerinin en kötü düşmanları olarak görünen kişiler insan doğasını inceleyenleri çok ilginç sorularla karşı karşıya bırakırlar. Bir insanın geçmişi, o insanın iyiliğine ve mutluluğuna karşıt kararlar ve eylemlerle dolu olduğunda, bunu anlamakta zorlanırız. Freud, kendi aleyhine işleyen davranışı, teorisinde ele alınan en can sıkıcı sorun olarak görmüştü; çünkü Freud teorisini (döneminin biyoloji teorisi ile uyumlu olarak [bkz. Sulloway, 1979]) organizmaların hazzı artırmaya ve acıdan kaçınmaya çalıştıkları varsayımına dayanarak kurmuştu. Freud, normal gelişim sürecinde, bebeklerin seçimlerinin nasıl önce haz ilkesi tarafından belirlendiğini, sonra da gerçeklik ilkesi tarafından koşullara göre uyarlandığına dikkat çekmiştir (bkz. Bölüm 2). Bazı seçimlerin sanki ne haz ne de gerçeklik ilkesini göz önünde bulundurmamasından dolayı, Freud, kendi aleyhine işleyen veya "mazoşistik" davranış örüntülerini açıklayabilmek için metapsikolojisini birçok gözden geçirmiş ve değişiklikler yapmıştır (Freud, 1905, 1915a, 1916, 1919, 1920, 1923, 1924).[1]

Psikanalizin ilk yıllarında, psikanalitik teori, işkence ve aşağılanma vasıtasıyla orgazma ulaşmaya çalışan kişilerin (Avusturya'lı yazar Leopold von

---

1 Freud, sonunda, hayatı sürdüren ve geliştiren libidinal dürtü ile aynı güçte bir "ölüm içgüdüsü" bulunduğunu varsaydı. Bu yaklaşım, Aristo'nun birincil doğal süreçler olarak anabolizm ve katalolizm görüşüne benzer niteliktedir. Ölüm içgüdüsü kavramı metapsikoloji üzerine çalışanlar için işe yarar bir kavram olmuştur; ancak terapistlerin çoğu bu kavramı klinik açıdan yararlı olamayacak denli soyut bulurlar. Dahası, çağdaş analistlerin çoğu, mazoşistik davranışın, bu tip, epistemik konumu ne olursa olsun, deneyime-uzak bir kavrama başvurulmadan da açıklanabileceğine inanırlar.

Sacher-Masoch gibi) bu erotik davranışları için bir açıklama getirmek durumundaydı. Acı çekmekten cinsel heyecan duymak, Sacher-Masoch adıyla anılır olmuştu o yıllarda; tıpkı, acı vermekten haz duymanın Marquis de Sade adıyla anılır olmuş olması gibi (Krafft-Ebing, 1900). Davranışların çoğunun cinsel kökenleri bulunduğunu vurgulamış olan Freud'a, mazoşizm terimini, görünürde cinsel nitelik taşımayan ve kişinin kendinin yarattığı acı örüntülerine uygulamak oldukça mantıklı geldi (bkz. LaPlanche & Pontalis, 1973; Panken, 1973).

Freud (1924), nihai bir amacın hizmetinde yaşanan genel bir acı çekme örüntüsünü, mazoşizmin dar nitelikteki cinsel anlamından ayırt etmek için, "ahlâki mazoşizm" terimini ortaya attı. Bu kavram, 1933 yılına gelindiğinde, yaygın bir kabul görmüş durumdaydı; bunu, Wilhelm Reich'ın (1933) kişilik tipleri üzerine olan kitabına bu tipi de katmasından anlayabiliriz. Reich, kitabında, bu tipin, acı çekme, şikâyetçi olma, kendine zarar verici ve kendini değersizleştirici tutumlar benimseme ve diğer kişilere kendi acıları vasıtasıyla işkence etmeyi hedefleyen bilinçdışı arzular besleme yönünde davranış örüntüleri sergilediğini vurgulamıştır. Ahlâki mazoşizm ve mazoşistik kişilik dinamikleri, analistlerin, uzun zamandır ilgisini çekmektedir (Reik, 1941; Fenichel, 1945; Menaker, 1953; Berliner, 1958; Laughlin, 1967; Schafer, 1984; Asch, 1985; Grossman, 1986; Kernberg, 1988).

Çağdaş yazarlar, spesifik bir cinsel içerik belirtmeksizin mazoşizmden bahsettiklerinde genellikle ahlâki mazoşizmi kastederler. Bu kitapta ele alınan diğer konularda olduğu gibi, mazoşistik davranış da, en dar anlamıyla belirtirsek kendini inkâr eden bir nitelik olsa da, mutlaka patolojik değildir. Bazen, ahlâki değerler, kısa dönemli bireysel rahatımızdan daha değerli bir şeyler için acı çekmemizi gerektirir (bkz. de Monchy, 1950; Brenner, 1959; Kernberg, 1988). Helena Deutsch'un (1944) anneliğin temelde mazoşistik olduğunu söylerkenki bakış açısı da budur. Memelilerin çoğu, aslında, çocuklarının hayatını kendi hayatlarından daha öncelikli olarak görürler. Bu, bir birey için "kendi aleyhine işleyen" bir davranış olabilir; ancak bireyin çocuğu ve türün kendisi için durum böyle değildir. Mazoşizmin daha övgüye değer örnekleri, insanlar hayatlarını, sağlıklarını ve güvenliklerini, kendi kültürlerinin veya değerlerinin korunması ve sürdürülmesi gibi, daha büyük sosyal bir amacın hizmetinde riske attıklarında görülür. Kişiliklerinde güçlü mazoşistik eğilimlerin bulunduğu varsayılabilecek bazı insanlar –Mahatma Gandhi ve Rahibe Teresa gibi– bireysel kendiliklerinden daha büyük amaçlara kahramanca, hatta azizce, bir bağlılık göstermişlerdir.

"Mazoşizm" terimi, ahlâki mazoşizm yelpazesinin dışında, bazen, sık sık kaza geçiren kişilerde veya bir intihar niyeti olmaksızın kendilerini kasıtlı olarak yaralayan veya kendilerine zarar veren kişilerde görülen ve ahlâksallaştırmanın bulunmadığı özyıkıcılık örüntülerini belirtmek için kullanılır. Terimin bu kullanımı, özyıkıcı kişinin açıkça zarar verici davranışlarının gerisinde bir yöntemin işlediği; bu olmayacak yolları kullanarak aranan duygusal rahatlamayla karşılaştırıldığında, kendini yaralayan kişinin düşüncesinde, yaşanan fiziksel acıyı önemsizleştiren bir amacın peşinde koşulduğu imasını içerir.

Örneğin, kendilerini kesenler tipik olarak, kendi kanlarını görmenin kendilerini canlı ve gerçek hissettirdiğini; varolmama veya duyumlarına yabancılaşma hissinin yaşattığı ıstırabın herhangi geçici bir fiziksel rahatsızlıktan çok daha kötü olduğunu söyleyeceklerdir.

Dolayısıyla, mazoşizm çeşitli şekillerde ve derecelerde yaşanır. Özyıkıcılık, psikotik durumdaki kendini yaralayan kişiden, Chevy Chase* benzeri sözü ağzında geveleyerek konuşan kişilere dek farklı tipteki herkeste temel bir nitelik olabilir. Ahlâki mazoşistler, Hıristiyan efsanelerindeki şehitlerden geleneksel Yahudi annelere kadar yayılan geniş bir yelpaze içinde bulunabilirler. Belirli koşullar altında herkes mazoşistik bir şekilde davranır (bkz. Salzman, 1960a; Baumeister, 1989); bu, çoğu kez iyi sonuç da verir. Çocuklar, bakıcılarının ilgisini çekmenin bir yolunun başlarını belâya sokmak olduğunu keşfederler kısa sürede. Bir meslektaşım, normal mazoşizmin dinamikleriyle tanışmasının, onunla hiç vakit geçirmediği için ona kızgın olan 7 yaşındaki kızının yukarı odasına çıkıp tüm oyuncaklarını kıracağını ilân ettiğinde olduğunu söylemişti.

Kendinin yol açtığı acı vasıtasıyla ahlâki zafer elde etme davranışları bir kişide o denli alışkanlık hâline gelmiş olabilir ki, o kişinin, doğru olarak, mazoşistik bir karakter gösterdiği söylenebilir. Örneğin, Richard Nixon'un, kırgın ve kendini haklı gören konuşma tarzına, kendini asil bir şekilde acı çeken biri olarak sunma eğilimine ve kendi durumunun risk altında olduğu koşullarda verdiği sorgulanabilir kararlara (örn., sonunda başkanlığını yıkmış olan Watergate kasetlerini yok etmemiş olması) dayanılarak birçok araştırmacı tarafından bir ahlâki mazoşist olarak değerlendirilmiştir (bkz. Wills, 1970).

Bu noktada, psikanalistler tarafından kullanıldığı şekliyle mazoşizm teriminin, acıyı veya acı çekmeyi sevmeyi içeren bir anlamı bulunmadığını vurgulamak isterim. Mazoşistik şekilde davranan kişi, acıya ve acı çekmeye,

(*) Chevy Chase (1943-), Emmy Ödülü'nü kazanmış olan Amerikalı komedyen, yazar, televizyon ve sinema oyuncusudur – ç.n.

daha fazla bir iyilik hâlinin, bilinç düzeyinde veya bilinçdışı olarak yaşanan umuduyla dayanmaktadır. Bir analitik klinisyen, fiziksel şiddete maruz kalmış bir eşin, suistimal edici bir erkekle birlikte yaşamaya devam etmekle mazoşistik şekilde davrandığı yorumunu yaptığında, bu kadını fiziksel şiddete maruz kalmaktan hoşlanmakla suçlamamaktadır. Burada belirtilmek istenen konu, bu kadının eylemlerinin, suistimal edilmeye tahammül etmenin, ya çektiği acıyı haklı çıkaran kimi amaçları gerçekleştirdiği, ya da, çok daha fazla acı verecek olan kimi ihtimalleri (tamamen terk edilmek gibi) engellediği, ya da her ikisi yönünde bir inancı açığa vurduğudur. Kullanılan ifade, ayrıca, bu kadının yaptığı hesabın umulduğu gibi işlemediği görüşünü de içerir; yani, onu suistimal eden biriyle birlikte kalmaya devam etmesi, nesnel açıdan bakıldığında, o kişiden ayrılmasına göre daha tahripkâr veya tehlikelidir; ancak bu kadın, sanki nihai iyiliği karşılaştığı bu kötü davranışlara tahammül etmesine bağlıymış gibi davranmaya da devam etmektedir.[2]

Mazoşistik ve depresif karakter örüntüleri, özellikle nevrotik-nispeten daha sağlıklı kişiler düzeyinde, büyük oranda birbiriyle örtüşür; bu karakter yapılarından birini gösteren kişilerin çoğunda diğer yapının da kimi yönleri bulunur. Kernberg (1984, 1988) depresif-mazoşistik kişiliği en yaygın nevrotik karakter tiplerinden biri olarak görür. Bu iki psikolojik durum arasındaki *farkların* üzerinde duruyorum, çünkü özellikle sınırdurum ve psikotik düzeylerde, bu iki psikoloji birbirinden oldukça değişik terapötik yaklaşımları gerektirir. En iyi niyetlere sahip bir terapist, temelde mazoşistik bir kişiyi temelde depresif olarak (veya depresif kişiyi mazoşistik olarak) yanlış şekilde değerlendirdiğinde hastaya bir hayli zarar verilebilir.

MAZOŞİZMDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Depresif durumlardan ilginç bir şekilde tersine, kendi aleyhine işleyen örüntüler kapsamlı bir ampirik araştırmaya tabi tutulmamıştır; bunun nedeni, muhtemelen, mazoşizm kavramının psikanalitik çevreler dışında yaygın olarak kabul edilmemiş olmasıdır. Dolayısıyla, mazoşistik kişilik örgütlenmesinde bünyesel etkenlerin payı hakkında sınırlı bir bilgimiz vardır. Krafft-Ebing'in cinsel mazoşizmin genetik olduğu görüşü ve oral saldırganlığın rolü

2 Bu noktayı vurguluyorum, çünkü DSM-III-R'nin Kişilik Bozuklukları kısmında bir mazoşistik tanısı içermesi gerekip gerekmediğine ilişkin tartışmalarda (geçici olarak "Kendi aleyhine işleyen kişilik bozukluğu adı verilmişti), psikodinamik geleneğe aşina olmayan veya bu gelenekten hoşlanmayan klinisyenlerin, mazoşizm atfını, bu yönde tanı konmuş insanları acıdan hoşlanmakla suçlama, sanki kişi kimi sapkın haz biçimleri uğruna suistimal edici davranışları bilinçli olarak tahrik etmiş gibi bir "kurbanı suçlama" anlamına geleceği şeklinde gördükleri ortaya çıkmıştır.

hakkındaki bazı spekülasyonlar (örn., L. Stone, 1979) haricinde, mazoşizmde doğuştan getirilen mizacın payı hakkında çok az hipotez ortaya atılmıştır. Klinik deneyimler, karakter yapısı açısından mazoşistik bir kişilik geliştiren bir kişinin, çocukluğunda (bu depresif bir karakter geliştiren kişi için de doğru olabilir), bünyesel açıdan, örneğin, şizoid tarza doğru bir eğilim gösteren içine geri-çekilen bebeğe göre, daha sosyal veya daha çok nesne-arayan bir bebek olduğunu telkin etmektedir.

Bu yüzden, mazoşizme bireysel bünyesel yatkınlık olasılığı tartışması hâlen ucu açık bir tartışmadır. Çok daha fazla mesleki ilgi çekmiş olan ve en azından fenomenolojik düzeyde çok daha net görülen, bağlantılı başka bir biyolojik konu da cinsiyetle ilgilidir. Birçok klinisyen ve araştırmacı arasında (örn., Galenson, 1988), çocukluk travmalarının ve çocuklukta karşılaşılan suistimal edici davranışların farklı cinsiyetteki çocuklarda birbirinden farklı eğilimler yarattığı izlenimi vardır. Şöyle ki; suistimal edilmiş erkek çocukların saldırganla özdeşleşmesi ve daha sadistik bir yönde gelişim göstermesi daha muhtemelken, suistimal edilmiş kız çocukları mazoşistik bir örüntü geliştirme eğilimi göstermektedirler. Tüm genellemeler gibi bu genelleme de birçok istisnayı içerir –mazoşistik erkeklerin ve sadistik kadınların görülmesi de nadir bir durum değildir. Ancak belki de, erkeklerin fiziksel gücünün fazla olması ve bu avantajın erkek çocuklar tarafından bilinmesi, erkekleri travma üzerinde somut ve etkin yollarla hâkimiyet kurmaya ve kız kardeşlerini de, zayıfların ebedi silahları olan metanet, kendini kurban etme ve fiziksel yenilgi aracılığıyla ahlâki zafer kazanma eğilimlerine daha yatkın bir hâlde bırakır. Bu merak uyandıran ayrımı etkileyen biyolojik ve kimyasal süreçler varsa, bugün için, bunların nasıl işlediği hakkında herhangi bir bilgiye sahip değiliz.

Mazoşistik örgütlenme gösteren kişinin duygulanımsal dünyası, kritik bir ilave ile, depresif kişinin dünyasına çok benzerdir. Mazoşistik kişide bilinç düzeyinde yaşanan üzüntü ve derin bilinçdışı suçluluk duyguları hâkimdir; ama, bunlara ek olarak, mazoşistik kişilerin çoğu kolayca öfkelenebilir, alınganlık yaşayabilir ve hatta huysuzluk edip aksilik çıkarabilirler. Bu duygu durumlarında, kendi aleyhine işleyen kişiler, paranoyaya eğilimli kişilerle, depresif emsallerine göre, daha fazla ortak yöne sahiptirler. Başka bir ifadeyle, mazoşistik kişiler kendilerini, haksız şekilde acı çeken kişiler olarak; kurban edilmiş veya bahtı kara, kendilerinin hiçbir suçu bulunmadığı bir lânete uğramış kişiler olarak ("kötü karma"da olduğu gibi) görürler. Yalnızca depresif temalar gösteren, daha fazlasını hak etmediklerini düşündükleri için, içlerinde bir düzeyde, talihsiz kaderlerine boyun eğmiş kişilerden farklı olarak, ma-

zoşistik kişiler kaderlerinden, kendisini duymayan öte dünyaya beyhude gözyaşlarıyla isyan eden Shakespeare'in âşığı gibi, şikâyetçi olabilirler.

MAZOŞİZMDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Mazoşistik kişiler, depresif kişiler gibi, içe-atma, kendine-karşı-döndürme ve idealizasyon savunmalarını kullanırlar. Bunlara ek olarak, eyleme-koyma savunması da aşırı düzeyde devrededir (mazoşizmin tanımı itibariyle bu böyledir; çünkü mazoşizmin temelinde kendi aleyhine işleyen eylemler bulunur). Ahlâki mazoşistler, ayrıca (yine, tanım itibariyle), içsel deneyimleriyle başa çıkmak için ahlâksallaştırma savunmasını kullanırlar. Birazdan ele alacağım nedenlerden dolayı, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren kişiler depresif kişilere göre daha aktiftirler ve davranışları, depresif duygularıyla ilgili olarak, hayal kırıklığı, pasiflik veya yalıtılmışlık durumlarına karşı koymaya yönelik, bir şeyler *yapma* ihtiyacını yansıtır.

Mazoşistik kişiliğin temel özelliği, zarar görme riskini içeren nitelikte savunmacı eyleme-koymadır. Bilinçdışı güdülenimle yönlendirilen kendi aleyhine işleyen eylemlerin çoğunda, acı vermesi beklenilen bir durum üzerinde hâkimiyet kurmaya yönelik bir çaba unsuru vardır (R. M. Loewenstein, 1955). Örneğin, kişi, tüm otorite figürlerinin er ya da geç keyfi şekilde kendilerine bağlı olanları cezalandıracağına inanmışsa ve bunun gerçekleşmesini beklediği kronik bir kaygı durumundaysa, o zaman, beklenilen cezayı tetiklemek kaygıyı azaltacak ve kişinin kendi gücüne olan güvenini tazeleyecektir: En azından, kişinin yaşayacağı acının yeri ve zamanını kişinin kendisi seçmiştir. Kontrol-hâkimiyet teorisi yönelimli terapistler (örn., Suffridge, 1991), bu davranıştan "pasif olanın-aktif olana-dönüştürülmesi" olarak bahsederler.

Freud (1920), ilk başta, bu tip durumlarda gördüğü ve tekrarlama kompülsiyonu adını verdiği olgunun gücünden etkilenmişti. Hayat adil değildir: Çocukluklarında acı çekmiş kişiler yetişkinliklerinde de en çok acı çeken kişiler olurlar; üstelik, çocukluk koşullarıyla ürkütücü bir benzerlik gösteren senaryolar yaşayarak. Yaşadıkları yaralanmalara bir de aşağılanmaları ekleyecek şekilde, yetişkinliklerindeki durumlar, kendi ürettikleri durumlar olarak görünür dışarıdan gözlemleyen kişilere; ancak bu, kendilerinin bilinçli deneyimlerinde çok nadiren böyledir. Sampson, Weiss ve meslektaşlarının da işaret ettikleri gibi, tekrarlayıcı örüntüler hepimizin davranışlarında bulunur; birey güvenli ve onaylayıcı bir çocukluk yaşayacak denli şanslı olmuşsa, kişisel şeması pek göze çarpmaz, çünkü bunlar, hayatın sunduğu gerçekçi imkanlarla bir hayli uyuşmaktadırlar ve duygusal açıdan olumlu durumlar üretirler

genellikle. Birey korkutucu, ihmal veya suistimal edildiği bir çocukluk yaşadığında ise, bu koşulları, psikolojik açıdan hâkimiyet altına almaya çalışmak için yeniden yaratma ihtiyacı, sadece gözle görülür bir hâl almayabilir, aynı zamanda, trajik bir hâle de gelebilir.

Uzun yıllar boyu tedavisini yürüttüğüm kendini kesen bir kadın hasta, sonunda, mazoşizminin kaynağını erken dönemde yaşadığı, annesinin suistimal edici davranışlarında buldu; bu davranışların içinde, ağır derecede rahatsız annesinin bir keresinde kör bir öfkeye kapılarak hastamı bir bıçakla yaralaması da vardı. Hastam, hatıraları geri geldikçe ve o dönemdeki çaresizliğinin üzüntüsünü yaşadıkça, bugünkü ve geçmişteki gerçeklikler arasındaki farkı görmeye başladı ve kendini yaralayıcı davranışları yavaş yavaş sona erdi. Ancak bu gelişmeler, derisini geriye döndürülemez derecede yaraladıktan ve diğer kişiler için de travmatik nitelikte olaylar yarattıktan sonra oldu. Bu hastamın kişiliği psikotik düzeyde örgütlenmiş olduğundan, terapi çalışması, sonunda başarıya ulaştıysa da, yavaş ve belirsizliklerle dolu olarak ilerlemiştir.

Terapisini yürüttüğüm çok daha sağlıklı bir kadın hastam, ilişkileri ne zaman sıcak ve sakin bir döneme girse, tutumlu biri olan obsesif kompülsif kocasına en son parasal savurganlıklarını bildirirdi. Bunun kocasını zıvanadan çıkaracağını da bilirdi. Terapide birlikte çalışarak, bu kışkırtıcı alışkanlığın altında, hastamın çocukluğunda vardığı, her şey sakin bir hâldeyse biraz sonra bir fırtınanın çıkacağı şeklinde bir bilinçdışı çıkarımın bulunduğunu tespit ettik. Bu hastamın evliliği iyi gittiği dönemlerde, bilinçdışı bir şekilde, tıpkı ani patlamaları olan babası gibi, kocasının da ani bir patlamayla mutluluklarını yıkacağı endişesini yaşamaya başlıyordu. Dolayısıyla, hastam, bu endişenin üstesinden gelmek ve daha mutlu bir döneme geçmek için, sezgisel olarak, endişe ettiği durumu yaratacağını bildiği şekilde davranıyordu. Ne yazık ki, kocasının bakış açısından bakıldığında, mutluluklarını yeniden kurmuyor, evliliklerinde yine acı yaşamalarına neden oluyordu.

Reik (1941) mazoşistik eyleme-koymanın çeşitli yönlerini araştırmıştır. Bunları içinde: (1) kışkırtma (bir önceki vaka örneğinde olduğu gibi); (2) etkisizleştirme ("Zaten acı çekiyorum; lütfen, daha fazla ceza uygulama"); (3) teşhircilik ("Bana bak: Acı çekiyorum") ve (4) suçluluğun yönünü değiştirme ("Gördün mü, bana neler yaptırdın!") yer alır. Çoğumuz, hafif düzeyde olmak üzere, mazoşistik savunmaları, bu nedenlerin biri veya birkaçı çerçevesinde sık sık kullanırız. Eğitim sürecinde bulunan ve süpervizyon çalışmalarına bir özeleştiri seli içinde gelen terapistler, çoğu kez, kendilerini korumak için mazoşistik bir strateji kullanıyorlardır: Eğer, süpervizörüm danışa-

nımla terapide çok temel bir hata yaptığımı düşünürse, bu durumun farkında olduğumu en baştan ortaya koymuş ve yaptığım hatanın cezasını da yeterince çekmiş olduğumu göstermiş olacağım; eğer hata yapmadığımı düşünürse güvenimi tazelemiş ve temize çıkmış olacağım.

Kendi aleyhine işleyen davranış genellikle oldukça nesne ilişkilidir: Diğer kişileri olayların içine çeker ve bazen de mazoşistik sürece dâhil eder. Bir keresinde, yer aldığım bir terapi grubunda, bir üye, açıkça önceden tahmin edilebilir bir tarzda grubun eleştirilerini kendi üzerine çeker oldu ve bundan, naifçe, haberdar da değilmiş gibi görünüyordu. Sızlanıp duran, kendini küçümseyici tarzının diğer kişilerde kızgınlık ve saldırganlık duyguları uyardığının kanıtlarıyla yüzleştirildiğinde, tipik olmayan bir şekilde durgunlaşarak şu itirafta bulundu: "Hiç dokunulmamaktansa bana vurulmasını tercih ederim." Nesne ilişkileri üzerine olan kısımda bu dinamikle ilgili olarak daha fazla açıklama yapacağım.

Ahlâksallaştırma mazoşistik danışanlarda oldukça kızdırıcı bir savunma hâlini alabilir. Çoğu kez, bu danışanlar günlük bir sorunu çözmekten ziyade, ahlâki bir zafer kazanmayla çok daha ilgilidirler. Kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren bir hastamın, yasal olarak hakkı olan büyük bir geri ödemeyi alabilmesi için IRS'ye[3] bir mektup yazmayı düşünmesini sağlamak haftalar süren bir çalışmayı gerektirdi. Bu kadın hastam, terapide saatlerini beni IRS'nin vergi geri ödemesini hatalı bir şekilde yaptığına ikna etmek için harcamıştı; tespiti doğruydu, ancak esas konu parasını geri almak için çaba harcamaksa, söylediği şeylerin tamamen konu dışı kaldığını göremiyordu. Benim ona sempati duyan kızmalarımı, parasının geri ödenmesine yardımcı olmaya yönelik girişimlerime çok daha tercih ediyordu. Kendi başına kalması hâlinde, yeni adaletsizlikler yaşamaya ve bunları ortadan kaldırmak yerine bunlardan şikâyetçi olmaya devam edecekti.

Burada işleyen dinamiğin bir kısmı, kişinin, kötü biri olduğu yönündeki depresif inancını özel bir şekilde ele alması olarak görünmektedir. Suçlu olanların diğer kişiler olduğunu onaylayacak dinleyiciler bulma ihtiyacı, insanların çoğunun öncelikli olarak gördüğü amaçların gerçekleştirilmesini engelleyecek denli büyük olabilir. Üvey ebeveyni olan çocukların –bu ebeveyn dostane ve iyi niyetli olsa bile– mazoşistik şekillerde (alıngan veya isyankâr biçimde ve cezalandırıcı tepkiler doğuracak tarzda) davranma eğilimi göstermelerinin nedenlerinden biri bilinçdışı suçlulukla bağlantılı olabilir. Bir ebe-

3 IRS (Internal Revenue Service), Amerika Birleşik Devletleri'nde vergi toplayan ve vergilerle ilgili yasaları düzenleyen en yüksek federal hükümet kurumudur – ç.n.

veynini kaybetmiş olan küçük çocuklar, genellikle kendi kötülüklerinin ebeveynlerini kendilerinden uzaklaştırdığı endişesini yaşarlar. Çaresiz bir güçsüzlük duygusu yerine suçluluk içeren bir güç duygusunu tercih ederek, kendilerini ve diğer kişileri, kötü olanın üvey ebeveyn olduğuna inandırmaya çalışırlar ve böylece de, çevrelerindekilerin dikkatlerini kendi hatalı buldukları davranışlarından uzaklaştırırlar. Bu dinamikler çerçevesinde de, üvey ebeveynin davranışları benimsemiş oldukları inancı destekleyecek bir nitelik kazanıncaya kadar kışkırtıcı şekillerde davranırlar.

Bu dinamikler bir üvey aile sistemine yalnızca davranışsal yollarla etki etmenin çoğu kez zor olduğunu açıklayabilir. Öfkeli olan ve suçluluk duygusuyla güdülenen tarafın gündemi, aile ortamında iyileştirici bir şeylerin olmasından ziyade, acı çekmeye devam etme yönelimi (suçlanması gereken kişi olarak başka bir kişi görülsün diye) ile daha çok ilgili olabilir. Bu olgu, elbette, sadece çocuklarda veya oluşturulmuş ailelerde görülen bir olgu değildir. Herhangi bir ilköğretim öğretmeninin, kendini, çocuklarının kötü davranışlarından dolayı uzun zamandır sıkıntı yaşayan kişiler olarak sunan, ancak çocuklarının davranışlarının iyileştirilmesine yönelik önerileri de uygulayamayan biyolojik ebeveynlerle ilgili anlatabileceği birçok anısı vardır. Bu ebeveynler, çocuğun kötü olduğuna ve kendilerinin de buna tahammül eden kişiler konumunda olduklarına ilişkin bir algılamanın onaylanmasına duydukları ihtiyacın diğer meseleleri tamamen bir yana ittiği duygusunu doğururlar.

Mazoşistik kişilikte belirtilmesi gereken başka bir savunmacı süreç de inkârdır. Mazoşistik örgütlenme gösteren kişilerin, çoğu kez, sözleri ve davranışları acı çekmekte olduklarını veya başka birinin kendilerini suistimal etmekte olduğunu yansıtır; ancak aynı zamanda, bundan sorumlu kişiyle ilgili olarak herhangi bir rahatsızlık veya tepki duygusunu da inkâr ediyor olabilirler. Bir keresinde danışanlarımdan biri, kendisini açıkça sevmeyen ve onu tüm meslektaşlarının önünde küçük düşürmüş olan bir işvereni hakkında "Eminim ki bunu iyi niyetinden yaptı ve benimle ilgili olarak en iyisini istiyor" demişti. "Sana davranışıyla ilgili olarak ne hissettin peki?" diye sorduğum da ise, "Bana önemli bir şeyler öğretmeye çalıştığını düşündüm; bu yüzden, ona çabalarından dolayı teşekkür ettim." dedi.

MAZOŞİZMDE NESNE İLİŞKİLERİ

Emmanuel Hammer mazoşistik bir kişinin hâlen ümidi olan bir depresif olduğunu söylemekten hoşlanır. Hammer'ın belirtmek istediği şey, depresif durumlarla karşılaştırıldığında, mazoşistik durumların etiyolojisinde, depresif tepkiye

neden olan yoksunluk veya travmatik kayıp, çocuğun sevilme düşüncesinden vazgeçmesine yol açacak denli sarsıcı olmamıştır (bkz. Spitz, 1953; Berliner, 1958; Salzman, 1962; Lax, 1977; I. Bernstein, 1983). Sınırda işlev gösteren birçok ebeveyn, yine de, çocukları yaralandığında veya bir tehlike yaşadığında, çocukları için bir şeyler yapmak üzere harekete geçirilebilirler. Bu ebeveynlerin çocukları, genelde terk edilmiş ve dolayısıyla değersiz hissetseler de, yeterince acı çekiyorlarsa, biraz ilgi görebileceklerini öğrenirler (Thompson, 1959). İlk değerlendirme görüşmesi çerçevesinde görüştüğüm genç bir kadının olağandışı bir yaralanma, hastalık ve şanssızlık tarihçesi vardı. Bu kadının annesi psikotik düzeyde depresif bir anneydi. Ona, en erken dönem anılarını sorduğumda, 3 yaşındayken, ütüyü devirip kendini yaktığında, annesinin, ondan nadiren gördüğü teselli edici ve rahatlatıcı tutumlarını içeren bir anısını anlattı.

Mazoşistik bir kişinin tarihçesi genellikle depresif bir kişinin tarihçesini andırır; mazoşistik kişilerde de, önemli yası tutulmamış kayıplar, eleştiren veya suçluluk duygusu uyandıran bakıcılar, çocuğun ebeveynden sorumlu hissettiği rol değişimleri, travma ve suistimal deneyimleri ve depresif yetişkin modelleri görülür (Dorpat, 1982). Ancak terapist hastayı dikkatlice dinlerse, aynı zamanda, çok zorda kaldığında, birilerinin ona yardım ettiği yönünde bir temayı da duyabilir. Depresif kişilerin orada onlara yardım edecek hiç kimsenin olmadığını hissettikleri durumlarda, mazoşistik kişiler, desteğe veya ilgi ve bakıma ihtiyaçları olduğunu yeterince gösterebilirlerse bir kez, duygusal açıdan tamamen terk edilme deneyimi yaşamak durumunda kalmayabileceklerini hissederler.

Esther Menaker (örn., 1953) mazoşizmin kökenlerinin çözümlenmemiş bağımlılık meselelerinde ve tek başına kalma korkularında yattığını betimlemiş olan ilk analistlerden biridir. Birçok mazoşistik iletişimin temelinde, yukarıda bahsettiğim meslektaşımın oyuncaklarını tahrip etmeyi plânlayan kızının örneğinde olduğu gibi; "Beni bırakma lütfen; sen olmazsan kendime zarar veririm" mesajı vardır (ayrıca, bkz. Berline, 1958). Ağır şekilde ve birçok kez fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların psikolojileri üzerine yapılmış çok etkileyici bir araştırma projesinde (bu projede görüşülen kadınlar, kadınları koruyan kurumun personelinin, bu kadınların onlara neredeyse öldüresiye şiddet uygulayan partnerlerine her defasında tekrar dönmelerinden dolayı aşırı hayal kırıklığı yaşadıkları kadınlardı), eski öğrencilerimden Ann Rasmussen (1988), bu ağır tehlike altındaki kadınların, terk edilmekten duydukları korkunun, acıdan veya hatta ölümden duydukları korkudan çok daha fazla olduğunu öğrenmiştir. Rasmussen şöyle yazar:

> Onlara şiddet uygulayan kişilerden ayrıldıklarında, bu kişilerin çoğu öyle ağır bir ümitsizlik uçurumuna düştüler ki, sonunda majör depresyona girip günlük hayatlarında zar zor işlev görür bir hâle geldiler.... Birçoğu beslenemez, yataklarından çıkamaz ve diğer kişilerle ilişki kuramaz olduklarını belirttiler. Bu kişilerden birisinin ifadesi şöyle olabilir: "ayrı olduğumuzda sabah yataktan nasıl kalkacağımı bilmiyorum... bedenim nasıl yemek yiyeceğini unuttu, her lokma midemdeki bir kaya gibi oldu." Tek başlarına kaldıklarında battıkları derinlik, kendilerini suistimal eden eşleriyle birlikteyken yaşadıkları sıkıntı durumlarının hiçbiriyle karşılaştırılamaz nitelikteydi. (s. 220)

Mazoşistik hastalardan, bir ebeveynin kendilerine duygusal açıdan bir yatırımda bulunduğu yegâne zamanların, cezalandırıldıkları zamanlar olduğunu öğrenmek az karşılaşılan durumlardan değildir.

Bu koşullar altında, bağlanma ve acının birbiriyle ilişkilendirilmesi kaçınılmazdır. Sevgi ve acımasızlığın tuhaf bir birleşimi olan iğneleme davranışı da mazoşizme yol açabilir (Brenman, 1952). Özellikle, ceza, aşırı, suistimal edici veya sadistik olduğunda, çocuk ilişkinin bedelinin acı çekmek olduğunu öğrenir. Şu bir gerçektir ki, çocuklar, fiziksel güvenliklerinden bile daha fazla, ilişki ihtiyacı içindedirler. Çocukluk dönemindeki suistimallerin kurbanı olan kişiler, genellikle, ebeveynlerinin kötü davranışlarına ilişkin akılcılaştırmalarını içselleştirirler; çünkü fiziksel şiddete maruz kalmak ihmal edilmekten daha iyidir.

Rasmussen'in (1988) çalışmasında yer almış olan başka bir kişi de şöyle demiştir:

> Yine küçük bir çocuk olmayı istediğim duygusunu yaşadım. Keşke annemin bakımı altında olsaydım hâlen. Keşke şimdi de kırbaçlanabilseydim; çünkü kırbaçlanmak, insanların daha sonra dinlemesini ve bilmelerini sağlamanın bir yoludur. Eğer beni yine kırbaçlayacak bir annem olabilseydi, ben de hayatıma bir düzen verebilirdim. (s. 223)

Kişilikleri mazoşistik şekilde yapılanmış hale gelen birçok kişinin tarihçelerinin bir diğer yönü de, yaşadıkları sıkıntılara cesurca tahammül ettikleri için çokça ödüllendirilmiş olmalarıdır. Tanıdığım bir kadın, 15 yaşındayken annesini kolon kanserinden kaybetmişti. Annesi, ölümü beklediği aylarda, aşama aşama bilincini ve bedensel denetimini yitirerek evde yatmıştı. Bakımını da kızı üstlenmişti; kolostomi yarası üzerindeki sargıları değiştirme, kanlı çarşafları günlük olarak yıkama ve yatak yaraları oluşmasın diye annesinin bedenini döndürme işlerini o yapmıştı. Annenin annesi, böyle bir bağlı-

lıktan çok etkilenmiş ve torununun ne kadar cesur olduğunu, ne kadar bencillikten uzak olduğunu, ona Tanrı'nın nasıl olumlu şekilde baktığını, ölmekte olan annesine bakmak için nasıl normal ergenlik uğraşılarını hiç şikâyet etmeden bir yana bıraktığını tekrar tekrar önemle vurgulamıştı. Tüm bunlar doğruydu; ancak kendini feda etmesi için bu denli çok pekiştirme almış ve kendi ihtiyaçlarını karşılaşmak için zaman ayırmasına yönelik bu denli az cesaretlendirilmiş olmasının uzun dönemli etkileri, onu, bir hayat boyu sürecek mazoşistik bir yapıya mahkûm etmişti: Bu kadın, daha sonraki dönemlerde yaşadığı her gelişimsel zorlanmayı, cömertliğini, sabrını ve dayanıklılığını göstermeye çabalayarak aşmaya çalışmıştır. Diğer kişiler ise, ona, yorucu derecede kendini haklı gören biri olduğu şeklinde tepki vermişler ve onun başkalarına sürekli annelik yapma çabalarına kızgınlık duymuşlardır.

Kendi aleyhine işleyen kişilikleri olanlar, günlük ilişkilerinde, kendileri gibi mutsuz kişilere bağlanma eğilimi gösterirler ve eğer ahlaki mazoşist türünde kişilerse, yaşadıkları adaletsizlik duygusunu onaylayacak kişilere yönelirler. Ayrıca, duyarsızca ve hatta sadistçe davranıldıkları ilişkileri yeniden üretirler, genellikle; fiziksel şiddete maruz kalmış eşler bunun en aşırı örneğidir. Bazı sadomazoşistik bağlanmalar, kendi aleyhine işleyen kişilerin, kişiliklerinde suistimal edici davranışlar gösterme eğilimi olan bir eş seçmiş olmalarının bir sonucu olarak görünmektedir; diğer durumlarda ise, mazoşist kişilerin, yeterli düzeyde iyi huylu bir partnere bağlandıkları ancak bu partnerin ilişkide en kötü yönlerinin ortaya çıkmasına yol açmış oldukları görünmektedir.

Nydes (1963; krş. Bak, 1946) mazoşistik kişilikleri olan kişilerin paranoid kişilerle belirli ortak yönleri olduğuna ve bazı bireylerin dönemsel olarak mazoşistik yönelimden paranoid yönelime gidip geldiklerine işaret etmiştir. Bu benzerliğin kaynağı, iki tip kişiliğin de, *tehdit durumlarına* ilişkin benzer bir yönelim göstermeleridir. Paranoid kişiler de, kendi aleyhine işleyen kişiler de, sürekli olarak, özsaygılarına, güvenliklerine ve fiziksel sağlıklarına yönelebilecek saldırıların tehlikesi altında olduklarını hissederler. Bu kaygı karşısındaki paranoid çözüm "Sen bana saldırmadan önce ben sana saldıracağım" şeklinde; mazoşistik çözüm ise "Kendime önce ben saldıracağım; böylece sen bana saldırmak zorunda kalmayacaksın" şeklindedir. Bu iki tipteki kişiler de, bilinçdışı olarak, güç ve sevgi arasındaki ilişkiyi bir mesele olarak yaşarlar. Paranoid kişi güç duygusu için sevgiyi feda eder; mazoşistik kişi ise sevgi için güç duygusunu feda eder. Özellikle, kişilik örgütlenmesinin sınırdurum düzeyinde bu farklı çözümler, dönüşümlü olarak görünen ego durumları olarak ortaya çıkabilirler; bu da, hastayı korku içindeki bir kurban

olarak mı, yoksa tehditkâr bir muhalif tavırlı biri olarak mı anlamak gerektiği konusunda terapistin kafasını karıştırır.

Mazoşistik dinamikler, kendi aleyhine işleyen kişiliği olan kişinin cinsel hayatına da nüfuz edebilir (Kernberg, 1988); ancak karakter yapısı açısından mazoşistik kişilerin birçoğu cinsel mazoşist değildirler (aslında, bu kişilerin mastürbasyon fantazileri, heyecan duygusunu artırmak için, mazoşistik unsurlar içerebilirse de, çoğu kez, partnerlerinde görebilecekleri bir saldırganlık belirtisi cinsel açıdan isteklerini söndürür). Tersi şekilde, cinsel tarihçeleri onlara mazoşistik bir erotik örüntü katmış olan birçok kişi kendi aleyhine işleyen kişilik göstermezler. Kavramsal düzeyde, cinselliği kişilik yapısı ile bu denli yakından bağlantılı görmüş olan psikanalizin ilk yıllarındaki dürtü teorisinin şanssız bir mirası, cinsel dinamiklerle kişilik dinamiklerinin her zaman eş biçimli oldukları yönünde güçlü bir varsayımın benimsenmiş olmasıdır. Bu sık sık böyledir; ancak belki de çok şükür ki, insanlar çoğunlukla bundan daha karmaşık canlılardır,.

MAZOŞİSTİK KENDİLİK

Mazoşistik kişinin kendilik-temsili de, belli bir noktaya kadar, depresif kişininkiyle karşılaştırılabilir: değersiz, suçlu, reddedilecek türden ve cezayı hak eden. Ayrıca, yaygın ve bazen de bilinç düzeyinde yaşanan, sadece bir şeylerden yoksun olmanın ötesinde, ihtiyaç içinde ve eksik kalmış olma duygusu ve kaderinin, yanlış anlaşılmak, takdir edilmemek ve kötü davranılmak olduğu yönünde bir inanç da bulunabilir kişide. Ahlâki mazoşistik kişilik yapısı gösteren kişiler, çoğu kez, diğer kişilerde, büyüklenmeci ve öfkeli oldukları; çektikleri acılar içinde yücelmiş ve benzer sıkıntılara bu düzeyde bir büyüklükle dayanamayan daha aşağı düzeydeki ölümlü kişilere öfke duyan kişiler oldukları izlenimini bırakırlar. Bu tutum, ahlâki mazoşistlerin, sanki acı çekmekten keyif alıyorlarmış gibi görünmelerine yol açabilir; ancak şu tespit daha yerinde olacaktır: Benimsedikleri tutum, bu kişilere özsaygılarını desteklemekte kullandıkları telâfi edici bir temel sağlar (Stolorow, 1975; Kohut, 1977; Schafer, 1984; Cooper, 1988).

Bazen mazoşistik danışanlar diğer kişilerin kendilerine kötü davrandığı durumları anlatmaya başladıklarında, terapist, danışanların genellikle üzgün görünen yüzünde gizli bir gülümsemenin izlerini görür. Kendilerine acı çektiren kişilerin adlarını böyle açıkça kötülemekten sadistçe bir haz almakta oldukları çıkarımını yapmak zor değildir. Bu durum, kendi aleyhine işleyen kişilikleri olan kişilerin yaşadıkları mutsuzluktan keyif aldıkları yönündeki yaygın

varsayımın bir başka kaynağı olabilir. Bu kişiler hakkında, karşılaştıkları kişilerarası açmazlara acı çekme-aracılığıyla-bağlanma şeklindeki çözümlerden kimi ikincil kazanlar elde ettiklerini söylemek daha doğru olacaktır. Misilleme yapmayarak misilleme yapıyorlardır, sanki; kendilerini suistimal etmiş olan kişileri saldırganlıklarını gösterdikleri için ahlâki açıdan daha aşağı bir konumda sunarlar ve bu yaklaşımın sağladığı ahlâki zaferin tadını çıkarırlar. Terapistlerin çoğu, patronu, akrabası, arkadaşı veya eşinin, kendisine yönelik kötü davranışlarından acıma duygusu uyandıracak şekilde şikayetçi olan danışanlara aşinadırlar; bu danışanlar, durumlarını iyileştirmek için bir şeyler yapmak üzere teşvik edildiklerinde, hayal kırıklığına uğramış gibi görünür, konuyu değiştirir ve üzüntü yaşadıkları başka konuları anlatmaya geçerler. Kişinin özsaygısı, talihsizliklere cesaretle göğüs germekle arttığında ve kendi tarafını düşünerek (mazoşistik kişilerin ahlâki dilinde söylersek "bencilce" veya "şımarıkça") davranmakla azaldığında, rahatsız edici bir durumu, iyileştirici tedbirlerin alınması gereken bir durum olarak yeniden sunmak zorlaşır.

Mazoşistik kişiler yaşadıkları kötülük duygusuyla, bu duygu karşısında genellikle kendi yalnızlıklarına geri çekilen depresif örgütlenme gösteren çoğu kişiden farklı olarak, bu duyguyu diğer kişilere yansıtarak ve daha sonra da kötülüğün kendi içlerinde değil dışarıda bulunduğunu destekleyen kanıtlar üretecek şekilde davranarak başa çıkarlar. Bu durum, kendi aleyhine işleyen örüntülerle paranoid savunmaların benzeştiği başka bir örnektir. Ancak mazoşistik kişiler, genellikle paranoid kişilere göre daha az ilkel bir korku yaşarlar ve istenilmeyen yönlerinden kurtulmak için paranoid kişilerde görüldüğü kadar çok sayıda bir savunmacı duygulanım dönüşümüne gereksinim duymazlar. Mazoşistik kişiler, ayrıca, başkalarından çok yalıtılmış bir hâlde yaşayabilen paranoid kişilerden farklı olarak, reddedilmiş sadistçe eğilimlerinin alıcıları olmak üzere hemen çevrelerinde insanlara ihtiyaç duyarlar. Paranoid bir kişi, kaygısını, yansıtılmış kötülüğü muğlâk güçlere veya uzaktaki eziyet edici nitelikteki kişilere atfederek bir çözüme kavuşturabilir; ancak mazoşistik bir kişi, bu kötülük duygusunu, hemen çevresinde bulunan ve gözlemlenebilir davranışları, yansıtmayı yapan kişinin başka bir kişinin ahlâki düşüklüğü konusundaki haklılığını sergileyen birine bağlayarak çözüme kavuşturur.

MAZOŞİSTİK HASTALARDA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Mazoşistik danışanlar, genellikle terapistle ilişkilerinde, ilgi ve bakıma ihtiyaç duyan ama bunu ancak gözle görülür şekilde acı çekiyorsa elde edebilen ço-

cuğun dramını yeniden eylemle canlandırırlar. Terapist, dışarıdan yardım almadan hayatın zorunluluklarıyla başa çıkamayacak denli zayıf, tehdit altında, korunmasız olan hastayı kurtarması ve iyi bir duruma kavuşturması için ikna edilmesi gereken bir ebeveyn olarak görülebilir. Danışan kendini gerçekten endişe verici, tehlikeli olayların içine sokmuşsa ve bunlardan nasıl kurtulacağını bilemez gibi görünüyorsa, bir terapistin, tedavinin başlayabilecek olmasından önce, danışanın güvenliğinin yeniden sağlanması gerektiğini düşünmesi sıkça rastlanan durumlardandır. Mazoşistik görünümlerin daha az aşırı örneklerinde, hayatın getirdiği kötü deneyimler karşısında yine kişinin çaresiz olduğu yönünde kimi mesajlar ve bunların yanı sıra, danışanın zorluklarla başa çıkmak için bildiği tek yolun, şansızlıklar karşısında tahammül eden, stoik ve hatta neşeli biri olmak olduğu yönünde kanıtlar bulunur.

Dolayısıyla, hastanın öznel görevi, (1) kurtarılması *gerektiği* ve (2) kurtarılmayı *hak ettiği* görüşlerine terapisti ikna etmektir. Bu amaçlarla yan yana, terapistin, seanslarda danışanın değersizliğini açığa vuracağı, kurbanı kurban edilmişliğinden dolayı suçlayacağı ve ilişkiyi terk edeceği davranışlar gösterecek olan ilgisiz, dikkati başka şeylere kaymış, bencil, eleştirici veya suistimal edici bir otorite olduğu korkusu da bulunur. Kurtarılma plânları ve kötü davranışa maruz kalma korkuları, danışanın kişilik yapısı düzeyine bağlı olarak, bilinç düzeyinde de olabilir bilinçdışı düzeyde de, egoyla-uyumlu da olabilir egoya-yabancı da. Ayrıca, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren kişiler, dışarıdan bakan birinin eksikliklerini göreceği ve kusurlarından dolayı onları reddedeceği yönünde, neredeyse hep bilinçdışı düzeyde olan, aşırı bir korku durumunda yaşarlar. Bu korkularla savaşmak için, hem yaşadıkları çaresizlikleri hem de iyi biri olma çabalarını açık bir şekilde göstermeye gayret ederler.

Mazoşistik dinamikler karşısında yaşanan iki yaygın karşı-aktarım vardır: karşı-mazoşizm ve sadizm. Genellikle, terapist, her ikisini de bir arada yaşar. Klinisyenlerin, özellikle de yeni terapistlerin, en sık gösterdikleri tepki örüntüsü, ilk önce, aşırı düzeyde (ve mazoşistik şekilde) cömert olmaktır; bununla terapist, hastayı, terapistin onun acılarını gördüğüne ve ona saldırmayacağı konusunda güven duyulabilecek biri olduğuna ikna etmeye çalışmaktadır. Sonra da, bu yaklaşım hastayı sadece daha da çaresiz ve mutsuz bir hâle getirir gözüktüğünde, terapist egosuna-yabancı nitelikteki kızgınlık duygularını ve bunun ardından gelen, hastanın yardım almaya karşı bu denli katı şekilde dirençli olmasından kaynaklanan sadistik misilleme fantazilerini fark eder.

Terapistler çoğu kez depresif bir psikoloji gösterdikleri ve temelde mazoşistik olan bir kişi temelde depresif olan bir kişi olarak –özellikle tedavinin erken aşamasında– kolayca yanlış değerlendirildiği için, klinisyenler çoğu kez, kendileri hasta rolünde olsalardı *kendilerine* ne yardımcı olacaksa hasta için de bunu yapma çabasına girerler. Yorumlarında ve davranışlarında, ulaşılabilir bir konumda olduklarını, danışanın mutsuzluğunun düzeyini gördüklerini ve yardımcı olmak için fazladan gayret sarf edeceklerini vurgularlar. Bu çerçevede, terapistlerin, içinden çıkamadıkları iç karartıcı bir duruma saplanıp kalmış bir hastayla terapötik ittifakı artırmak umuduyla seans ücretini indirdikleri, ilave seans yaptıkları, ileri saatlerde hastanın telefonlarına çıktıkları ve başka özel uygulamalar yaptıkları görülmüştür. Depresif bir kişiyle terapi çalışmasını ilerletebilecek olan bu tip uygulamalar, mazoşistik bir kişiyle, hastada gerileme eğilimine davetiye çıkardıkları için, iyi sonuçlar doğurmazlar. Hasta kendi aleyhine işleyen davranışlarının kendi lehine bir geri dönüşü olduğunu öğrenir: Acı çekmekte olduğunu ne kadar çok belirtirse, terapistin davranışları da o kadar çok verici olacaktır. Terapist ise, ne kadar çok çaba harcarsa, işlerin de o kadar çok kötüye gittiğini öğrenir –bu durum, mazoşistik kişinin dünyaya ilişkin deneyiminin mükemmel bir aynasıdır.

Kendimde ve öğrencilerimde, mazoşistik danışanlarla nasıl çalışmamız gerektiğini, ilgi ve yakınlık duymayı tercih edeceğimiz kişilere karşı mazoşistik şekilde eyleme-koymalarımızı ve rahatsız edici sadistik tepkilerimizi nasıl önleyeceğimizi oldukça zorlanarak öğrendiğimizi gözlemlemişimdir. Terapistlerin çoğu, mazoşistik gerilemeyi pekiştirmek yerine, buna karşı sınırlar koymayı öğrendikleri danışanı çok canlı şekilde hatırlarlar. Kendimden örnek verecek olursam, utanarak şu vakayı belirteceğim: Ağır düzeyde rahatsızlık gösteren ilk hastalarımdan birine (psikotik yelpazede bulunan paranoid-mazoşistik bir genç erkek hastaydı) yönelik olarak yaşadığım yoğun bir kurtarma fantazisi içindeyken, iyi bir nesne olduğumu ispatlamaya o kadar çok istek duyuyordum ki, hastamın artık işe gitmesi için elinde hiçbir imkân kalmadığına ilişkin üzücü hikâyesini duyduğumda ona arabamı ödünç verdim. Söylemek gereksiz; hastam arabamı bir ağaca çarptı.

Mazoşistik tepkilere yüzleştirici şekilde yaklaşmak yerine destekleyici şekilde yaklaşmak yönündeki genel eğilimin yanı sıra, terapistler, genellikle, kendilerindeki sadistik itkileri kabul etmekte de zorlanırlar. Tanınıp kabul edilmeyen duyguların eyleme-konulması olasılığının bulunmasından dolayı, bu ketleme tehlikeli olabilir. Ruh sağlığı hizmetlerinin çağdaş tüketicilerinin, terapistlerin kurbanı suçlama olasılığına karşı duyarlılıkları bir rastlantı de-

ğildir muhtemelen; bu duyarlılık, birçok eski hastanın, korunmasız bir konumdayken terapistlerinden gelen bilinçdışı nitelikte bir sadizme maruz kaldıkları yönündeki hislerinden kaynaklanıyor olabilir, pekâlâ. Terapist, terapötik çalışma sonucunda ancak daha mutsuz ve şikâyetçi bir hâle gelen bir danışana güceniklik duyacak denli sınırlarını aştığı bir durum yaratmışsa, cezalandırıcı bir yorumu veya reddedici bir davranışı akılcılaştırması da kolaylaşır ("Belki de, bu kişinin farklı bir terapiste ihtiyacı var").

Mazoşistik danışanlar çileden çıkarıcı olabilirler. Bir terapistin özsaygını hiçbir şey "Sen bana yardım etmeye çalış –ben daha da kötü duruma düşeceğim" mesajını gönderen bir hastadan daha hırpalayıcı olamaz. Bu olumsuz terapötik tepkinin (Freud, 1937) bilinçdışı mazoşistik dinamikleri yansıttığı uzun zamandır bilinmektedir; ancak bu durumu, düşünsel açıdan anlamak ile duygusal açıdan işlemek birbirlerinden oldukça farklı deneyimlerdir. Karşımızdaki kişinin inatla kendini aşağılayıcı şekilde davranması karşısında iyi niyetli ve destekleyici bir tutumu sürdürmek kolay değildir ("yardım almayı reddeden şikâyetçi" konusu için bkz. Frank ve diğ., [1952]).

Bu bölümü yazarken bile, mazoşistik süreçleri betimlemeye çalışırken hafiften kırıcı içeren bir üslûba doğru kaydığımın farkındayım; kendi aleyhine işleyen kişilikleri olan hastalar üzerine yazan bazı analistlerin metinlerinde tamamen küçümseyici bir duygu verdikleri görülmüştür (örn., Bergler, 1949). Bu tür duyguların birçok yerde görülüyor olması, dikkatli bir şekilde formüle edilmiş terapötik stratejilere duyulan ihtiyaca işaret eder. Mazoşistik ve sadistik karşı-aktarım tepkilerinin, bunları yaşadığını inkâr eden bir terapistin başını belâya sokacağı neredeyse kesinse de, tedaviyi, tedaviye engel olabilecek etkenlerle de doldurması gerekmez.

MAZOŞİZM TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

20. yüzyılın ilk yıllarından itibaren, Freud ve birçok takipçisi, mazoşistik dinamikler üzerine yazmaya başladılar ve yayınlarında mazoşistik dinamiklerin kökenlerini ve işlevlerini, bilinçdışı amaçlarını ve gizli anlamlarını betimlediler. Ancak karakterolojik mazoşistik kişilerle yapılacak terapötik çalışmaların tekniği üzerine spesifik olarak ilk yazan kişi Esther Menaker olmuştur. Menaker, "Psikanalitik Durumda Mazoşistik Etken" (1942) başlıklı makalesinde, klâsik tedavinin birçok yönünün (örneğin, analist koltukta oturur ve hastayı görebilir durumdayken hastanın sırt üstü uzanması ve analistin otoriter bir tarzda yorum yapması, gibi), mazoşistik danışanlarca, baskın-boyun eğen rollerini içeren aşağılayıcı etkileşimleri tekrarlayan bir ortam olarak de-

neyimlenebileceğini gözlemlemiştir. Bu çerçevede de, mazoşistik hastalarla çalışırken, tedavinin yüz-yüze oturma düzeninde gerçekleştirilmesi, aktarım ilişkisinin olduğu kadar gerçek ilişkinin de üzerinde durulması ve analistin üslubundaki her türlü tümgüçlülük izinden kaçınılması gibi teknik uyarlamaların yapılmasını tavsiye etmiştir. Menaker, terapi durumunun, tüm bu tür olası sadomazoşistik özellikleri ortadan kaldırılmadığı sürece, hastaların, terapi ortamında, yalnızca, itaat etme, uysallık ve de yakınlık için özerkliğin feda edilmesi deneyimlerinin bir tekrarını yaşama riski altında olacaklarını düşünmüştür.

Bu sav, bugün hâlâ geçerlidir; ancak bu geçerlilik, belki daha çok, Menaker'in tavsiyelerinden ziyade bunların içerdiği bakış açısı yönündendir. Örneğin, divanla ilgili görüşleri, çağdaş psikanalitik uygulamalarda, ancak üst düzeyde işlevselliği olan hastaların divanı kullanmaları ve serbest çağrışım yapmaları teşvik edildiği için (ve yüksek ihtimalle nevrotik-düzeyde oldukları öngörülen mazoşistik kişilerin, divan kullanarak rahat bir pozisyona geçmenin aşağılayıcı bir yenilgiyi kabul etmek anlamına gelmeyeceğini görecek düzeyde güçlü bir gözlemleyen egoya sahip olacakları düşünüldüğü için), biraz tartışmalı hale gelmiştir. Ancak Menaker'in gerçek ilişkilerin büyük önemine ilişkin vurgusu geçerliliğini korumaktadır. Mazoşistik kişilerin acilen daha sağlıklı bir kendini ortaya koyma örneğine ihtiyaç duymalarından dolayı, terapistin, terapötik işbirliğini yapılandırma biçiminde ifadesini bulan, bir insan olarak nitelikleri, diğer kişilik tiplerinin çoğundaki kişilerden daha fazla olmak üzere, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren hastanın gidişatı açısından kritik bir önem taşır. Terapistin, sömürülmeye veya kaçınılmaz olarak sonunda hınçlanmaya varacak derecede cömertlik göstermeye karşı duran yaklaşımı, başkaları uğruna özdeğeriyle ilgili tüm endişelerini feda edecek şekilde yetiştirilmiş bir insan için tamamen yeni bakış açıları doğurabilir. Bu yüzden, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren danışanların tedavisinde ilk "kural" terapi ortamında, mazoşizme örnek teşkil edecek bir model ortaya koymaktan kaçınmaktır.

Yıllar önce, süpervizörlerimden biri, dar imkanları olan kişilere yardım etmeye yönelik çabalarımı bildiği için, bana, parasal sıkıntı yaşamaları hâlinde hasta tiplerinin çoğunda seans ücretlerini borçlanmalarına izin vermenin bir sorun olmadığını, ancak bir mazoşist danışanla çalışırken hiçbir şekilde bu yönde bir müsamaha göstermememem gerektiğini söylemişti. İyi tavsiyeleri, ta ki, bu tavsiyelerin içerdiği bilgeliği aydınlatan hataları yapasıya kadar, benimsemekte bünyesel açıdan beceriksiz olduğum için, kendi kontrolü

dışında görünen parasal bir kriz yaşadığını ikna edici şekilde anlatan çalışkan, dürüst ve kişisel açıdan çekici bir erkek danışanımla çalışırken süpervizörümün uyarısını göz önünde bulundurmadım.

Danışanıma, parasal açıdan kendi ayakları üstünde durabileceği zamana kadar onu "ayakta tutacak" bir destek sağlamayı önerdim. Ancak danışanımın parasal durumu giderek daha da kötüleşti, bense giderek daha kızgın ve kırgın oldum ve sonunda, yaptığım hatayı, sıkıntı verici bir şekilde, bir geri ödeme planı yaparak düzeltmek zorunda kaldık. O dönemden bu yana böyle bir hata yapmadım; ancak genellikle, öğrencilerimin teknikle ilgili bu bilgiyi, tıpkı benim yaşadığım gibi, acı deneyimlerden sonra öğrendiklerini görüyorum. Hatalı bir cömertliğin bedelini ödeyen tek kişi terapist olsaydı bu durum o kadar da sıkıntı verici olmayacaktı; ne var ki, hastanın uğradığı zarar açığa çıktıkça, terapistin bir iyileştirici olarak kendine güveni, cüzdanı kadar ağır bir zarar görebilir!

Sonuç olarak, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren danışanlarla çalışırken "terapötik" kendini feda etmeler danışana bir yarar sağlamaz. Bu tutum, danışanlarda, ancak suçlu ve ilerleme kaydetmeyi hak etmeyen kişiler oldukları duygusunu uyandırır. Terapist, davranışlarıyla, danışana, kendini ortamdan silen tutumların bir modelini sunarsa, danışanların kendi hakları için nasıl çaba harcayacaklarını öğrenmeleri çok zorlaşır. Terapist, mazoşistik bir danışanla terapide, danışanın ücreti ödemesini bir süre ertelemeye çalışmak yerine, zorlayıcı dinamiklerle çalışmanın gerektirdiği becerinin karşılığını sağlayacak düzeyde bir miktarı talep etmelidir ve sonra da, ücreti danışandan, onu hak ettiği duygusu içinde almalıdır. Nydes, mazoşistik hastalara, seans ücretini almaktan duyduğu keyfi, faturalarını memnuniyetle düzenleyerek veya aldığı çekleri açık bir neşeyle cebine koyarak, özellikle gösterirdi.

Mazoşistik hastaların kendilerindeki bu yönleri görmeye ve bunlardan nefret etmeyi kesmeye olan açık ihtiyaçlarına rağmen, terapistlerin çoğunun, uygun düzeyde bir kendiyle ilgilenme ve kendini koruyuculuk göstermeye karşı dirençleri, muhtemelen yalnızca, özçıkarını düşünmeye ilişkin olası içsel ketlenmelerden değil (bu durum terapistlerde sık sık görülür), aynı zamanda, kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren hastaların bu tip niteliklerin sergilenmesine öfke ve eleştiriyle tepki vereceklerine ilişkin doğru önsezilerden de kaynaklanır. Başka bir ifadeyle, terapist bencilce davrandığı için cezalandırılacaktır; aynen mazoşistik kişilerin çoğunun erken dönemdeki nesneleri tarafından cezalandırıldıkları şekilde. Terapistin hasta tarafından öfke ve eleştiriyle cezalandırılacağı tespiti doğrudur. Bunun da ötesinde, mazoşistik kişi-

lerle çalışırken, terapist, bu tespitin seansta gerçekleşmesini umutla bekler. Özyıkıcı kişilerin, cesurca gülümserlerken diğer kişilerce kabul edildiklerini öğrenmeye ihtiyaçları yoktur; bu kişilerin, öfkelenmeye başladıklarında bile kabul edildiklerini görmeye ihtiyaçları vardır.

Dahası, bu kişilerin, öfkenin, kişinin istediği şeyi elde edemediğinde yaşanmasının doğal olduğunu ve diğer kişilerin de onların öfkelerini bu çerçevede anlayacaklarını kavramaya ihtiyaçları vardır. Yaşayacakları öfkenin kendini haklı gören bir ahlâksallaştırma ve acı çekme gösterileriyle desteklenmesi gerekmediğini görmelidirler. Mazoşistik kişiler, düşmanlık besleme hakkını kendilerinde ancak açıkça haksızlığa uğradıklarında bulabileceklerine inanırlar; bu varsayım, onlara, gereksiz yere yaşadıkları psikolojik sıkıntılarla geçen sayısız saate mal olur. Normal düzeyde bir hayal kırıklığı, engellenme veya öfke yaşadıklarında, utanç verici şekilde bencil biri olarak hissetmemek için, bunu ya inkâr etmek ya da ahlâksallaştırmak zorunda kalırlar. Bir terapist kendiyle ilgili şekilde davrandığında ve mazoşistik hastasının tepkisel öfke patlamasını doğal ve özgün olarak ele aldığında, bu hastaların bazılarının en bağlı oldukları ve en patolojik nitelikteki içsel kategorilerinin yeniden düzenlendiği görülür.

Bu nedenle, tecrübeli terapistlerin çoğu mazoşistik hastalarla çalışırken "*Rachmones** gösterilmemelidir" (sempati ifadesi gösterilmemelidir) tavsiyesinde bulunurlar (Nydes, 1963; Hammer, 1990). Bu tutum, terapistin, danışanları, yaşadıkları zorluklardan dolayı suçlayacağı veya mazoşizmlerine sadizmle karşılık vereceği anlamına gelmez; bu tutum, terapistin, "Ah, zavallım!" olarak tercüme edilecek mesajlar kullanmak yerine, duyarlı bir şekilde, "Kendini bu duruma nasıl soktun?" diye soracağı anlamına gelir. Terapistin her zaman üzerinde duracağı nokta, danışanın her şeyi daha iyi bir hâle getirebilme kapasitesi olmalıdır. Bu, ego-kurucu, bebeksileştirmeyen tepkiler, sıcak ve yakın tepkiler almanın tek etkili yolunun çaresizliklerini göstermek olduğuna inanan kendi aleyhine işleyen kişilik gösterenleri genellikle kızdırır; böylece de bu tür müdahaleler, terapiste normal öfke duygusunun dile getirilmesini onaylama ve hastanın olumsuz duygularını anladığını gösterme fırsatını sağlarlar.

Yine bu çerçevede, terapist hastayı kurtarmaya da çalışmamalıdır. Semptomları bulimiadan çok sayıda bağımlılığa ve psikotik boyutlardaki kaygıya kadar yayılan en ağır mazoşistik hastalarımdan biri, öfkesini ifade et-

(*) *Rachmones*, Yidce'de şefkat, merhamet, acıma anlamlarına gelmektedir – ç.n.

tiği durumlarda ve bunun beni kendisine yabancılaştırdığı korkusunu yaşadığında onu felç eden bir panik duygusuna kapılıyordu. Böyle bir panik yaşadığı durumların birinde, o kadar çok endişeye kapılmıştı ki, yerel ruh sağlığı merkezi personelini kendisini hastaneye yatırmaları için ikna etmiş ve 3 günlüğüne hastaneye yatmıştı. Ancak yarım gün sonra, sakinleşmesinin ardından, daha fazla hastanede yatıyor olmak istemediği için, hastane psikiyatristiyle, eğer benim onayımı alırsa hastaneden erken ayrılabilmesi için anlaşmıştı. Ona "Hastaneye başvurduğunda 3 gün için yatacağını belirtmiştin; bu yüzden verdiğin söze bağlı kalmanı bekliyorum" dedim. Çok öfkelendi. Ama, yıllar sonra, bu olayın, terapisindeki dönüm noktası olduğunu söyledi; çünkü ona, onun, eylemlerinin sonuçlarıyla birlikte yaşama becerisi olan bir yetişkin olduğunu düşünerek davranmıştım.

Aynı çerçevede, terapist, hastanın suçluluk duygularına ve kendinden kuşku duyma hâllerine kendini kaptırmamalıdır. Terapist mazoşist danışanlardan kendini suçlayıcı psikolojilerinin kabul edilmesi için büyük baskı görebilir. Suçlu hissettiren mesajlar çoğu kez en güçlü şekilde ayrılıklarla ilgili olarak ortaya çıkarlar. Özyıkıcılığı, tam da, terapist bir tatile çıkmak üzereyken artan bir kişi (bu yaygın bir senaryodur), bilinçdışı şekilde, terapistin bir şeylerin tadının çıkarmaya, bunun hasta açısından ne kadar acı verici olduğunun sıkıntısını yaşamaksızın, izninin olmadığında ısrar etmektedir. "Benim nasıl acılar yaşamama yol açtın, görüyor musun?" veya "Benim neler yapmama yol açtın, görüyor musun?" anlamına gelen davranışları, terapistin, en iyi ele alma yolu, danışanın acısını empatik bir şekilde anlaması, ama, aynı zamanda, bu durumun kendi plânlarını bozmasına izin vermeyeceğini de açıkça göstermesi yoluyla olur.

Diğer kişilerin nevrotik tepkilerine ilişkin olarak suçluluk duyguları yaşamadan kendi plânlarını uygulamaya devam etme yönünde bir model sunmak, mazoşistik kişilerde ahlâki bir dehşet duygusu ortaya çıkarabilir; ama, böyle bir model, aynı zamanda, bu kişilerde biraz daha çok özsaygı duygusuyla hareket etmeye yönelik girişimlerde bulunma isteği uyandırır. Bunu ilk kez, aşırı düzeyde mazoşistik özellikler gösteren genç bir anne grubu ile çalışırken öğrendim (McWilliams & Stein, 1987). Grupta birlikte çalıştığımız diğer terapist, yaklaşmakta olan tatilinin grup üyelerini yaraladığı yönünde baskı altında tutucu nitelikteki sözel olmayan mesajların hedefi olmuştu. Bu mesajlar, grup üyelerinden vazgeçtiği için kendini çok kötü hissetmemesi gerektiği şeklindeki, içlerindeki gerçek duyguyu göstermeyen anaç güvenceler içinde verilmişti. Meslektaşım, bunlara yanıt olarak, en küçük bir suçluluk

duygusu yaşamadığını ve çok iyi zaman geçireceği ve grupla ilgili hiçbir şey düşünmek zorunda olmayacağı bu tatili iple çektiğini söyledi. Gruptaki kadınlar çok öfkelendiler; ancak bu hâldeyken, sanki uyuşukluk, ikiyüzlülük ve pasif saldırganlık bataklığından çekilip çıkarılmışlar gibi, yine canlı ve dürüst şekilde hareket eden kişiler olmuşlardı.

Bu müdahalelerde, elbette, zamanlama büyük önem taşır. Terapist, güvenilir bir çalışma ittifakı iyice yerleşmeden, mesajlarını çok güçlü şekilde veya beklenmedik bir zamanda aktarırsa, hasta eleştiriye uğramış veya suçlanmış hissedecektir. Mazoşistik kişilerin yaşadıkları acıların gerçekten kendi kontrollerinin ötesinde olduğuna (bu durumun, danışanların kendi seçimleri sonucuymuş gibi görünmesine karşın) ilişkin anlayışlı bir yaklaşım gösterme ve aynı zamanda, danışanların kendi seçimlerini bilinçli şekilde yapma ve koşullarını değiştirme yeteneklerine saygı duyan, yüzleştirici bir duruşu benimseme sanatı bir ders kitabı aracılığıyla öğretilemez. Ancak danışanlarına yeterince ilgi duyan her klinisyen, nasıl ve ne zaman yüzleştirme yapacağı ve nasıl, kendi kaçınılmaz hataları hastanın acısını artırdığında (Wolf, 1988) aşırı kendini suçlamaya girmeksizin hastandan özür dileyeceği konusunda sezgisel bir anlayış geliştirecektir.

Mazoşistik hastaların patolojik beklentilerini etkisiz hale getirecek biçimlerde davranmaya ek olarak, terapist, "Yeterince acı çekersem sevilirim," veya "Düşmanlarımla başa çıkmanın en iyi yolu, onların diğer kişileri suistimal eden kişiler olduklarını göstermektir," veya "Başıma iyi bir şey gelmesinin tek nedeni kendime yeterince ceza vermiş olmamdır" gibi akıldışı olan ama hastaların değer verdiği bilinçdışı inançları aktif şekilde yorumlamalıdır. Kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren kişilerde, girişkenliği veya kendine güveni ceza ile ve kendini aşağılamayı da nihai zaferle bağlantılı hâle getiren sihirli inançlara yaygın olarak rastlanır. Birçok dini uygulamada ve halk geleneğinde, acı çekme ile ödül arasında bir bağlantı kurulmuş olduğu görülür ve mazoşistik kişiler çoğu kez bu görüşleri hiçbir eleştiriden geçirmeden alarak yaşadıkları patolojiyi destekleyen kanıtlar olarak görürler. Bu tür inançlar, acı çekme deneyimine duyduğumuz, hem değişken hem de açıkça tahripkâr olabilen öfkemizi yumuşatarak bizi teselli edebilir. Ne var ki, bu fikirler, etkili olabilecek olan eylemlerde bulunmayı engelleyici bir nitelik kazandıklarında, yarardan çok zarar getirirler.

Kontrol-hâkimiyet teorisinin psikanalitik teoriye en büyük katkılarından biri, patojenik inançlar (örn., Weiss, 1992) ve danışanın bunları tekrar tekrar test etme çabaları üzerinde durmuş olmasıdır. Klinisyenin, terapist ro-

lünde mazoşistik bir şekilde davranmayı reddetmesi gibi yollarla bu testleri geçmesine ek olarak; danışana, bu testlerin neler olduğunu ve bunların hayatın, insanların, mutluluk arayışının, vs. doğasına ilişkin danışanın temel fikirleri hakkında neleri gösterdiği konusunda yardım etmelidir. Tedavinin bu kısmı, duygusal açıdan, terapistin karşı-aktarımını kontrol etmesinde olduğu kadar zorlayıcı olmasa da, gerçekleştirilmesi en zor kısmıdır. Mazoşistik davranışların ardındaki tümgüçlü fantaziler kolay kolay yok olmazlar. Rastlantısal olaylarda her zaman, kişinin başarılarının cezalandırıldığı ve çektiği acıların ödüllendirildiği yönünde kanıtlar bulmak mümkündür.

Terapistin akıldışı inançları açığa vurmaya yönelik ısrarı, çoğu kez, bir "aktarım tedavisi" –mazoşistik davranışların, terapistin özsaygı içeren tutumunun idealizasyonuna ve bu tutumla özdeşimine bağlı olarak geçici şekilde azalması– ile kendini inkâr tutumundan daha derin ve kalıcı nitelikte bir uzaklaşma arasındaki farkı oluşturur.

AYIRICI TANI

Mazoşistik örüntüler tüm psikopatoloji türlerinde görülür. Bir davranış örüntüsünü, genelde, kişiye zarar verici olmaması hâlinde patolojik olarak görmeyiz. Bu çerçevede, bu kitapta tartışılmış olan tüm kişilik yapılanmalarında, tanım itibariyle, bir mazoşistik unsur bulunur — en azından, bunları, "karakter" olarak değil karakter "bozuklukları" olarak görmeyi sağlamaya yetecek kadar patolojik bir seviyede savunmacı katılığa veya gelişimsel duraklamaya yaklaştıklarında. Ancak herhangi bir kişilik tipi örüntüsünün mazoşistik işlevi, örgütleyici bir kişilik teması olarak mazoşizmle aynı şey değildir. Bu bölümde ele alınan karakterolojik mazoşizmle çok kolay şekilde karıştırılan bireysel psikoloji tipleri depresif ve dissosiyatif psikolojilerdir.

Mazoşistik Kişilik ile Depresif Kişilik Karşılaştırması

Birçok kişide depresif ve mazoşistik dinamiklerin bir birleşimi bulunur ve bu kişiler, bu duruma uygun olarak, depresif-mazoşistik karakter gösteren kişiler olarak görülürler. Ne var ki, çoğu kişide, bu iki örüntü arasında, birinin veya diğerinin daha ağır bastığı, bir denge söz konusudur. Bu iki depresif renkli psikoloji arasındaki farkları ayırt etmek, her bir kişilik tipine uygun olan optimal terapötik tarz birbirinden farklı olduğu için önemlidir. Temelde depresif olan kişi, her şeyden önce, terapistin, yargılamayacağını, reddetmeyeceğini veya terk etmeyeceğini ve depresyonu sürdüren içselleştirilmiş nesnelerden farklı olarak, acı çekmekte olduğu zamanlarda özellikle yanında bulu-

nacağını öğrenmeye ihtiyaç duyar. Mazoşistik yönü ağır basan kişi ise, çaresizlik dolu acı çekmenin değil, kendini ortaya koymanın sıcak ve kabul edici tutumlar doğurabileceğini ve ancak güncel bir felaket söz konusuysa gönülsüzce ilgisi kazanılmış ebeveynden farklı olarak, terapistin, hastanın ilgi çekmeye yönelik olarak getirdiği güncel sıkıntılarının ayrıntılarına özel bir ilgi göstermediğini görmeye ihtiyaç duyar.

Terapist, depresif bir kişiyi mazoşistik olarak düşünüp tedavi ederse, hastada depresyonun artmasına, hatta intihara yol açabilir; çünkü hasta, hem suçlanmış hem de terk edilmiş hissedecektir. Terapist, mazoşistik bir kişiyi depresif olarak düşünüp tedavi ederse, bu sefer de, hastada özyıkıcı davranışları pekiştirebilir. En somut düzeyde ele alacak olursak, tecrübeli klinisyenler, mazoşistik kişilik gösteren bir kişiye antidepresan ilaç verildiğinde, hastada klinik depresyon semptomları bulunsa bile, ilacın, hastanın, iyi hissetmek için otoritelere ve otoritelerin sihrine ihtiyacı olduğu yönündeki patolojiye neden olan inancını beslemekten başka çok az bir katkısı olacağını görmüşlerdir.

Terapist, hem depresif hem de mazoşistik eğilimler gösteren bir kişiyle çalıştığında, yapacağı müdahalelerin tarzının, hastada o anda işlemekte olan birincil savunmaya uygun olabilmesi için, hastayla üzerinde çalışılan içerik çerçevesinde, daha çok depresif bir dinamiğin mi, yoksa, mazoşistik bir dinamiğin mi daha etkin olduğunu sürekli olarak değerlendirmelidir.

Mazoşistik Kişilik ile Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

Son yirmi yılda, dissosiyasyon üzerine olan bilgilerimizde çok büyük bir artış oldu. Yalnızca genel mazoşizm teorilerine göre anladığımız eylemler, travmatik ve sadistik suistimale maruz kalmayı içeren tarihçeleri olan hastalarda, daha spesifik şekillerde yeniden yorumlandılar. Şaşırtıcı derecede çok sayıda insan, geçmişlerindeki, onlara zarar vermiş olayları tekrar ettikleri dissosiye durumlar yaşamaktadırlar. Dissosiye bir kendini yaralama durumuna girmeye eğilimin en dramatik örneği, kendi kendine hipnoz aracılığıyla farklı ego durumlarına girip çıkan ve hayatının erken dönemlerinde yaşadığı ağır sıkıntıları yeniden eylemle canlandıran çoklu kişilik bozukluğu gösteren danışandır. Terapötik çalışma, genellikle, danışana en başta acı çektirmiş kişiyle özdeşlemiş olan ve esas kişiliğin de hatırlayamadığı bir öbür [alter] kişiliğin bulunduğunu ortaya çıkarır.

Bu tür vakalardaki genel dinamik gerçekten de mazoşistik niteliktedir; ancak terapist, kendini yaralamanın, terapistin tanıdığı hastanın bedensel de-

netime sahip olmadığı zamanlarda bir öbür [alter] kişilik tarafından gerçekleştirildiği gerçeğini gözden kaçırırsa, yorumlar boşuna yapılmış olacaktır.

Dissosiyatif kişilerin tedavisine yönelik öneriler Bölüm 15'te ele alınmaktadır; bu noktada okuyucu şunu aklında tutmalıdır: Özellikle, tuhaf kendine zarar verme vakalarında, terapist, hastaya, çok somut olarak, yaptığı davranışları hatırlayıp hatırlamadığı sormalıdır.[4] Danışan zarar verici davranışları yaptığı anı hatırlarsa, terapist, danışanın ne derecede kendine-yabancılaşmış hâlde veya bedeninden çıkmış hâlde hissetmiş olduğunu araştırır. Bu tür bir hasta, özyıkıcı bir eylemin gerçekleştirildiği zihin durumuna ulaşabilir hâle gelinceye kadar, dissosiyasyonu azaltmayı amaçlayan müdahaleler mazoşizme ilişkin yorumlardan daha öncelikli olur.

Özet

Ahlâki mazoşizm ve bununla ilişkili kendi aleyhine işleyen davranış örüntüleri kavramının kısa bir tarihçesini verdim ve bu kavramı, mazoşizmin acıdan zevk alma olduğu şeklindeki yaygın görüşlerden ayırt ettim. Cinsiyet yatkınlıklarını belirttim (kadınlarda mazoşizme ve erkeklerde sadizme); aynı zamanda, mazoşistik kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerin her iki cinsiyette de yaygın olarak görüldüğünü vurguladım. Mazoşizmin içerdiği duygusal unsurlar arasında, başlıca depresif duygulanımlar ile öfke ve alınganlık bulunur; mazoşizmde görülen ego süreçleri ise, depresif savunmalarla birlikte eyleme-koyma, ahlâksallaştırma ve inkâr mekanizmalarını içerir. Mazoşistik ilişkiler, büyümekte olan çocuğa genelde ihmalkâr veya suistimal edici şekillerde, ancak arada bir de, çocuk acı çektiğinde, yakın ve sıcak şekillerde davranmış olan erken dönem nesnelerle deneyimlerin bir paralelini oluştururlar. Mazoşistik kendilik-temsili, depresif kişinin kendilik-temsiline benzer; aralarındaki fark, mazoşistik kişinin kötü davranışa daha cesur bir şekilde dayanmasının kişinin özsaygı ayarında rol oynamasıdır.

Kendi aleyhine işleyen kişilik gösteren hastalardaki aktarımlar, değer verilme ve kurtarılma arzularını yansıtıyor olarak ele alınmış; mazoşizm ve sadizm karşı-aktarımları tartışılmıştır. Tedaviye ilişkin öneriler arasında, gerçek ilişkiye önem verilmesi (özellikle terapistin nispeten daha sağlıklı bir özdeğer için model oluşturması), hastanın problem çözme becerisi ve sorumluluğuna saygı duyulması ve patolojiye neden olan inançların açığa çıkarılmasına ve bunların üzerinde çalışılıp değişime uğratılmasına yönelik çabaların ısrarla sürdürülmesi belirtilmiştir. Son olarak da, mazoşizmin depresif ve dissosiyatif psikolojilerden farkı ortaya konmuştur.

---

4 Suistimal, bir öbür [alter] kişilik tarafından gerçekleştirilmişse, genellikle, hatırlanmayacaktır. Dissosiyatif danışanlar unutmuş olmaktan dolayı sıkıntı yaşarlar; ancak kendilerini yaraladıklarını hatırlamadıklarını da söylemezler. Yaşadıkları amneziyi, terapistin danışanın yaptığı davranışları hatırladığı varsayımına katılıyormuş gibi görünerek "örterler".

İleri Okuma Önerileri

Reik'ın (1941) ahlâki mazoşizm üzerine olan incelemesi, bazı yönlerden eski olsa da, hâlen okunmaya değer niteliktedir; ayrıca, bu alana yeni başlamış birinin cesaretinin kıracak derecede zor bir metapsikoloji de içermez. Stolorow'un (1975) makalesi, okuyucuyu, mazoşizmle ilgili olarak, kendilik psikolojisinin daha çağdaş bakış açısından son dönem bilgilerle tanıştıracaktır. Lax'ın (1977) mazoşistik kadınlarla ilgili incelemesi ve Cooper'ın (1988) narsisistik-mazoşistik karakter üzerine olan makalesi bu alana son yıllarda yapılmış değerli katkılardır. Mazoşizmle ilgili çalışmaları kapsayan ve Glick ve Meyers'in (1988) editörlüğünü yaptığı kitapta, çoğu karakterolojik örüntüleri ele alan, birçok iyi makaleye ulaşılabilir.

ONÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Obsesif ve Kompülsif Kişilikler

Kişilikleri düşünme ve yapma etrafında örgütlenmiş kişilere Batı teknoloji toplumlarında çok sayıda rastlanır. Aydınlanma düşüncesinin temel özellikleri olan aklın idealizasyonu ve insan eylemleri vasıtasıyla ilerlemeye duyulan inanç hâlâ kolektif psikolojimizde yerini korumaktadır. Batı uygarlıkları, bazı Asya ve Üçüncü Dünya toplumlarıyla açık bir tezat oluşturacak şekilde, bilimsel akılcılık ile "yapılabilir" yararcılığını başka çoğu özellikten üstün tutar. Buna bağlı olarak, birçok birey mantığa dayalı zihinsel özelliklerini ve problem çözme yeteneklerini en değerli nitelikleri olarak görürler. Düşünme ve yapma vasıtasıyla kendinden gurur duyma ile haz peşinde koşma toplumumuzda o kadar normatif bir durumdur ki, bu özelliklere bu düzeyde değer verilmesinin ve önemsenmesinin karmaşık anlam ve sonuçlarını nadiren düşünürüz.

Düşünmenin ve eylemde bulunmanın, hissetme, duyumsama, sezme, dinleme, oyun oynama, hayal kurma, yaratıcı sanatlardan keyif alma ve diğer daha az rasyonel özellikler taşıyan veya daha az yararcı olan etkinlik biçimleriyle karşılaştırıldığında belirgin bir orantısızlık gösteren derecede, kişiyi psikolojik açıdan iten etkenler olduğu durumlarda, kişide, obsesif kompülsif kişilik yapısının bulunduğu sonucunu çıkarabiliriz. Oldukça üretken ve çevrelerinde beğenilen birçok kişi bu kategoride yer alır. Yasal savlar hazırlamayı ve savunmayı seven bir avukat, psikolojik açıdan muhakeme ve eylem vasıtasıyla işlev görmektedir; ekolojiye ilgi duyan ve çevresel politikalarla uğraştığı için özsaygısı güçlenen biri de benzer eğilimlere göre işlev görür. Kişilikleri,

DSM'nin Obsesif Kompülsif Kişilik Bozukluğu kriterlerini karşılayacak denli katı şekilde örgütlenmiş kişilerin birçoğu, çoğu kez açıkça savunmacı şekilde olmak üzere, yaklaşık aynı düzeyde kullanılan düşünme ve yapma özelliklerini birleştirirler. "İşkolik" ve "A Tipi Kişilik" obsesif kompülsif yapının gözlemlenen çeşitli biçimleridir.

Düşünmeye çok yatırım yapmış ancak yapmaya göreceli olarak kayıtsız olan veya bunun tersi durumda olan kişiler de vardır. Felsefe öğretmenleri kimi zaman obsesif kişilik yapısı gösterirler ancak bu kişilerde kompülsif yapı görülmez; bu kişiler, zihinsel çalışma yapmaktan keyif alırlar ve bu özsaygılarını pekiştirir ama fikirlerini uygulamaya koymak için bir baskı hissetmezler. Marangozluk veya muhasebe gibi mesleklere yönelmiş kişilerde sık sık kompülsif bir tarz görülür ancak bu kişilerde obsesif tarz görülmez; bu kişiler, çoğu kez bilişsel işlemin sınırlı düzeyde gerektiği spesifik ve ayrıntılı işler yapmaktan doyum sağlarlar. Kompülsif ritüellere eğilim göstermeyen kimi kişiler, zihni istilâ eden düşüncelerden kurtulmak amacıyla, düşüncelerden rahatsız olmayan kimi kişiler ise kompülsif ritüellerden kurtulmak amacıyla terapistlere başvururlar. Obsesif ve kompülsif semptomlar arasındaki bağlantılara ilişkin bir yüzyıllık Freudcu düşünme tarzı sonucunda bu iki olguyu bir arada ele almaya çok alıştığımız için, bunların kavramsal ve bazen klinik açıdan ayrı olgular oldukları gerçeğini kolayca gözden kaçırabiliriz.

Obsesif ve kompülsif kişilikleri aynı bölümde ele almaya ilişkin geleneği, iki nedenden dolayı, ben de takip ettim: 1) obsesif ve kompülsif eğilimler kişide çoğu kez bir arada bulunur veya dönüşümlü olarak görünürler; 2) bu eğilimlerin kökenleri hakkındaki analitik araştırmalar ikisinin de benzer dinamiklere sahip olduklarını ortaya koymuştur. Ne var ki, okuyucular şu noktaya dikkat etmelidir: Bu iki eğilimi bir arada düşünme, karakter söz konusu olduğunda, biraz yapay bir durum olmaktadır. Okuyucular şunu da hatırlamalıdır: Obsesyonlar (ısrarla süren, istenmeyen düşünceler) ve kompülsiyonlar (ısrarla süren, istenmeyen eylemler) yalnızca karakter yapısı açısından obsesif ve kompülsif olanlar da değil herkeste görülebilir. Son olarak; tüm obsesif ve kompülsif bireyler aralıksız zihni istila eden düşüncelerden veya yapmadan durulamayan eylemlerden muzdarip değildir. Bu kişilere de obsesif kompülsif diyoruz; çünkü bu kişilerin başa çıkma tarzlarının temelinde, obsesif ve kompülsif semptomları da yaratan, aynı savunmalar bulunur (krş. Nagera, 1976).

Obsesif kompülsif karakter yapısı uzunca bir zamandır bilinmektedir ve birçok uzman tarafından sıkça görülen "klasik" bir nevrotik-düzey kişilik

örgütlenmesi olarak kabul edilir. Salzman (1980) obsesif kompülsif psikolojiye ilişkin, psikanalizin erken dönemindeki gözlemleri şöyle özetlemektedir:

> Freud, obsesif karakter yapısı gösteren kişileri, düzenli, inatçı ve cimri olarak betimlemişti; başka analistlerin betimlemelerinde de bu kişiler, inatçı, düzenli, mükemmeliyetçi, dakik, titiz, cimri, tutumlu ve düşünselleştirmeye ve kılı kırk yaran bir irdelemeye eğilimli kişiler olarak geçmiştir. Pierre Janet, bu kişileri, katı, esneklik gösteremeyen, uyum sağlama becerileri eksik, aşırı vicdanlı, düzeni ve disiplini seven ve beklenmedik engeller karşısında bile çabalarına ısrarla devam eden kişiler olarak betimlemiştir. Genellikle sorumluluk sahibi ve güvenilir ve yüksek standartlara ve ahlâki değerlere bağlı kişilerdir. Ahlâki zorunluluklar karşısında, kurallara bağlı ve titizdirler ve ellerinden gelen çabayı gösterirler. Bu kişilik özellikleri, stresli veya aşırı talep içeren durumlarda, daha sonra ritüellere dönüşecek olan semptomatik davranışlar hâlini alabilirler. (s. 10)

Salzman, özetine, Wilhelm Reich'ın (1933), bu kişileri, gösterdikleri katı düşünselleştirme özelliğinden dolayı, "yaşayan makineler" olarak betimlediğini de ekleyebilirdi (Shapiro, 1965). Woodrow Wilson veya Hannah Arendt veya Martin Bube,* bu tanı grubunda bulunan ve üst düzeyde işlevselliği olan kişileri temsil edebilirler; John Lennon'la ilgili obsesyonu sonunda onu Lennon'a suikast düzenlemeye yönelik bir kompülsiyona götüren Mark Chapman ise, obsesif kompülsif patoloji süreklilik hattının psikotik tarafında yer alan biri olarak görülebilir.

OBSESİF VE KOMPÜLSİF KİŞİLİKLERDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Freud (1908) obsesif ve kompülsif kişilerin bebekliklerinde, hem fizyolojik hem de bünyesel açıdan, rektumla ilgili olarak aşırı-duyarlı olduklarına inanmıştı. Çağdaş analistler, obsesif dinamikleri açıklamak için bu tür bir varsayımı gerekli bulmamışlardır; ancak bu analistlerin çoğu, "anal" meselelerin obsesif kişilerin bilinçdışı dünyalarında etkin olduğu görüşüne katılacaklardır. Freud'un (1909, 1913, 1917b, 1918), anal gelişim dönemine saplanma olduğunun (yaklaşık olarak 18 ay ile 3 yaş arası), bu dönem esnasında saldırgan itkiler örgütlü bir hâle gelirken temelde bu saldırgan itkilere saplanma ol-

(*) Woodrow Wilson (1856-1924): Amerika Birleşik Devletleri'nin, 1913-1921 yılları arasında başkanlık yapmış olan 28. başkanı; Hannah Arendt (1906-1974): Gücün doğası, siyaset, otorite ve totalitercilik konuları üzerine çalışmalar yapmış olan Alman Yahudisi siyaset teorisyeni; Martin Buber (1878-1965): Dinsel bilinç, kişilerarası ilişkiler ve toplum hayatı konuları üzerine çalışmalar yapmış olan Avusturyalı-İsrailli-Yahudi filozof, çevirmen, eğitimci – ç.n.

duğunun üzerinde durması, o yıllarda yeni, etkili ve psikanaliz karşıtlarının itiraz edebileceklerinden çok daha az ayrıksı gelen bir görüştü. İlk olarak; Freud, obsesif kompülsif kişilik gösteren kişilerde tipik olarak bir arada bulunan özelliklerin –temizlik, inatçılık, dakikliğe dikkat etme, içinde tutma eğilimleri– tuvalet eğitimi sürecinde öne çıkan meselelerdir. İkinci olarak; Freud, obsesif kompülsif hastaların konuşmalarında, rüyalarında, anılarında ve fantazilerinde anal imgeler tespit etmiştir.[1] Üçüncü olarak; obsesyonları ve kompülsiyonlarından dolayı tedavi ettiği kişilerin, erken olarak veya sert bir şekilde veya ebeveynin her şeye aşırı karıştığı bir ortamda tuvalet kontrolüne zorlandıkları yönünde klinik kanıtlara ulaşmıştı (Fenichel, 1945).[2] Freud'dan bu yana, anal dönem ve obsesif özellikler arasındaki bağlantılar ampirik araştırmalarla (örn., Noblin, Timmons, & Kael, 1966; Fisher, 1970; Rosenwald, 1972; Tribich & Messer, 1974; Fisher & Greenberg, 1985) ve kir, zaman, para gibi anal meselelere ilişkin obsesif kompülsif takıntıları doğrulayan klinik görüşlerle (MacKinnon & Michels, 1971) birçok kez desteklenmiştir. Obsesif ve kompülsif dinamiklere ilişkin olarak, erken dönem bedensel deneyimlere odaklanan klâsik formülasyonlar hâlen oldukça güncel ve güçlüdür (anal özelliklerle ilgili olarak, çok yetkin bir çağdaş inceleme için bkz. Shengold'un [1987] *Halo in the Sky* adlı kitabı). Çağdaş psikanalizde, açık olmayan nedenlerden dolayı, Amerikalı teorisyenlerin son yıllarda anal döneme Fransa'daki analistlere göre daha az ilgi duymuş olmaları da ilginç bir durumdur (örn., Grunberger, 1979; Chasseguet-Smirgel, 1984).

Freud, tuvalet eğitiminin, genellikle, çocuğun, doğal olandan sosyal açıdan kabul edilen adına vazgeçmek zorunda kaldığı ilk durum olduğunu düşünmüştü. Sorumlu yetişkin ile, çok erken olarak veya çok katı şekilde veya ebeveynin her şeye aşırı karıştığı bir ortamda tuvalet eğitimi alan çocuk, çocuğun kaybetmeye yazgılı olduğu bir güç mücadelesine girerler. Kontrol

---

1 Tedavisini yaptığım bir obsesif erkek hastanın en erken anısı, tuvalette oturmuş "yapmayı" reddettiği bir anıydı. Okuyucu, bu hastanın, terapistin serbest çağrışım yapması isteğine ilişkin tutumunu tahmin edecektir, büyük olasılıkla.

2 Rektal büzgenkas yaklaşık 18 aydan önce işlevsel gelişimini tamamlamaz. Bu yüzden, 20. yüzyılın başlarında orta-sınıf ebeveynlere yapılmış olan, tuvalet eğitimine çocukları bir yaşındayken başlamaları yönündeki otoriter nitelik taşıyan tavsiyenin sonuçları çok ağır olmuştur. Bu tavsiye, ebeveyn ihtimamı adına baskı uygulamayı teşvik etmiş ve olağan bir beceri kazanma sürecini, baskın olma-boyun eğme mücadelesine dönüştürmüştür. Bu dönemde küçük çocuklara lavman vermenin yaygınlığı göz önünde bulundurulursa ("hijyen" adına yapıldığı düşünülerek genellikle akılcılaştırılmış olan, ancak tabiatı itibariyle travmatik bir uygulamadır bu), erken olarak anal kontrole yönelik, kültürel açıdan uygun görülen bu talebin içerdiği sadistik anlam ve sonuçlara şaşırıp kalmamak elde değildir.

edilme, yargılanma ve belli bir düzenle belli şeyleri yapmanın talep edilmesi deneyimi, çoğu kez, boşaltmaya ilişkin olarak, çocuğun ileride kendiliğin kötü, sadistik, kirli ve utanç verici bir kısmı olarak yaşadığı öfke duyguları ve saldırgan fantaziler yaratır. Kontrolü yitirmiş, tutarsız, kirli, öfke ve utanç duygularına kapılmış olmak yerine, kontrolü elinde tutan, dakik, temiz, mantıklı olma ihtiyacı, kimlik ve özsaygı duygusunun sürdürülmesi açısından önemli hâle gelir. Bu tür deneyimlerin sonucunda ortaya çıkan sert ve ya-hepya-hiç düşüncesiyle işleyen süperego kendini, Ferenczi'nin (1925) "büzgenkas ahlâkı" adını verdiği katı bir ahlâki duyarlılık aracılığıyla sergiler.

Obsesif ve kompülsif kişilerde görülen temel duygulanımsal çatışma, (kontrol edilmeye duyulan) hınç ile (suçlanmaktan ve cezalandırılmaktan duyulan) korku arasında yaşanır; ancak bu hastalarla çalışan terapistleri en çok etkileyen nokta, duygulanımın ifade edilmemesi, baskılanması, tespit edilememesi veya akılcılaştırılmasıdır (MacKinnon & Michels, 1971). Sözcükler duyguları ifade etmek için değil saklamak için kullanılır, bu durumda. Her terapist, obsesif bir danışana, bir şeyle ilgili olarak nasıl *hissetmekte* olduğunu sorduğu ve danışanın cevap olarak ne *düşünmekte* olduğunu belirttiği seansları hatırlayacaktır. Bu tanı grubunda, hınç duygusu, saklı tutulan duygulanım kuralına önemli bir istisna oluşturur: Makul ve haklı görürse, obsesif kişi için, öfke duygusu kabul edilebilir bir nitelik kazanır. Bu yüzden, kişinin kendini haklı bulduğu öfke kabul edilebilir ve hatta beğenilir bir özelliktir; öte yandan, istediği şeyi elde edemediği için kızmak kabul edilebilir bir özellik değildir. Terapistler, sık sık, normal irrasyonel öfkenin varlığını hissederler obsesif bir kişide; ancak hasta, bu duyguyu genellikle saklar –bazen, düşünsel düzeyde, kimi davranışların (örneğin, seans ücretini üçüncü kere unutması veya terapisti cümlesinin ortasında kesmesi veya somurtup durması) pasif saldırganlık veya düşmanca bir tutum içerdiğini görüp tanıyabilmesine karşın.

Obsesif kompülsif kişilerde görülen genel duygulanımsızlık hâline istisna teşkil eden diğer duygu utanç duygusudur. Bu kişilerin kendilerinden yüksek beklentileri vardır; bunları terapiste yansıtırlar ve sonra da, kendi tespit ettikleri doğru düşünce ve eylem standartlarına uyamadıklarının terapist tarafından görülüyor olmasından dolayı utanca kapılırlar. Utanç genellikle bilinç düzeyinde yaşanır, en azından hafif utanç duyguları biçiminde ve eğer terapist duyarlı bir şekilde yaklaşırsa, genelde diğer duygularla ilgili sorunların doğurduğu inkâr mekanizması ve itirazlar yaşanmaksızın, çoğu kez bunları adlandırılabilir ve araştırabilir.

OBSESİF VE KOMPÜLSİF KİŞİLİKLERDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Yukarıdaki paragraflarda ima edildiği gibi, temelde obsesif olan kişilerde görülen örgütleyici savunma yalıtma savunmasıdır (Fenichel, 1928). Kompülsif kişilerde ise, esas savunmacı süreç yapıp-bozma savunmasıdır. Obsesif ve kompülsif olan kişiler hem yalıtma hem de yapıp-bozma savunmalarını kullanırlar. Üst düzeyde işlevselliği olan obsesif kişiler yalıtma savunmasını genellikle en aşırı biçimlerinde kullanmazlar; bunun yerine, duygulanımı bilişten ayırmanın daha olgun biçimlerini tercih ederler: akılcılaştırma, ahlâksallaştırma, bölmeleme ve düşünselleştirme. Son olarak; bu klinik gruptaki kişiler *karşıt-tepki oluşturma* savunmasını oldukça çok kullanırlar. Belirttiğim bu savunmalara ek olarak, daha az tanımlayıcı bir nitelik taşısa da, bir savunma daha belirtilmelidir: Tüm gelişimsel düzeylerdeki obsesif kişiler, ayrıca, *yer-değiştirme* savunmasını kullanırlar; bu savunmayı, özellikle öfke duygusu için, öfke duygusunu, ancak öfkenin gerçek hedefinden uzaklaştırılıp "uygun" bir hedefe yöneltilmesiyle utanca kapılmadan sahiplenebildikleri durumlarda kullanırlar.

Dürtülere, Duygulanımlara ve Arzulara Karşı Bilişsel Savunmalar

Obsesif kişiler bilişe ve zihinsel işleme aşırı değer verirler. Duyguları; çocuksuluk, zayıflık, kontrol kaybı, dağılma ve kir gibi kavramlarla bağlantılı görülen değersizleştirilmiş bir alana sevk etme eğilimi gösterirler. Bunun sonucunda da, duyguların, fiziksel duyumların ve fantazinin güçlü ve doğal bir rolü olduğu durumlarda oldukça dezavantajlı bir konumda kalırlar. Kocasının cenazesinin ayrıntıları üzerine sürekli düşünüp duran dul bir kadın, duygularını sıkı sıkı tutup, tüm yasını sonu gelmeyen bir meşguliyet hâline döndürmekle, yalnızca üzüntüsünü etkin bir şekilde işlemekte başarısız olmaz, aynı zamanda, başkalarının onu teselli edip acısını hafifletmelerine de imkân tanımaz. Yönetici konumlarındaki obsesif kişiler kendilerine yeterli düzeyde dinlenme ve eğlenme hakkını tanımazlar ve çalışanlarını, sürekli çalışma hâlini şirket kuralı kılarak hırpalarlar.

Obsesif karakter gösteren kişiler resmi ve kamusal rollerde çoğu kez başarılıdırlar; ancak yakın ilişkilerdeki rollerde yetersiz kalırlar. Sevgiye dayalı bağlanma ilişkileri kurabilseler de, kaygı ve utanç yaşamadan sevecen kendiliklerini ifade edemeyebilirler; dolayısıyla, duygusal renk taşıyan etkileşimleri, bunaltıcı derecede bilişsel ilişkilere döndürebilirler. Terapide ve günlük hayatlarında, duyguları betimlerken ikinci kişi dilini kullanabilirler

("Deprem olduğunda ne hissettin?" "Bir tür güçsüzlük hissediyorsun"). Her insan etkinliğine mantıksal analiz ve problem çözme açısından yaklaşılması tuhaf durumlar üretecektir. İlk görüşme değerlendirmesi yaptığım erkek bir danışan, eşiyle cinsel ilişkisinin niteliği hakkındaki soruma somurtkan bir şekilde "Yapmam gereken işi yapıyorum./İşimi yerine getiriyorum." demişti.

Sınırdurum ve psikotik yelpazede olup obsesif örgütlenme gösteren kişiler, yalıtma savunmasını o denli yoğun ve sürekli olarak kullanabilirler ki, şizoid tip gibi görünürler. Şizoid kişinin hissetmeyen biri olduğu yönündeki yaygın hatalı kanı, katılaşmış ve robotsulaşmış bir hâle gelmiş olan gerilemiş obsesif kişilere ilişkin gözlemlere dayanılarak oluşturulmuş olabilir; gerilemiş obsesif kişilerde düşünce ve duygu arasındaki uçurum böyle bir hatalı kanıya neden olacak düzeyde derindir. Diğer ağır rahatsızlık gösteren obsesif kişiler ise paranoyaya yakındırlar; aşırı derecedeki bir obsesyon ile bir hezeyan arasındaki mesafe çok fazla değildir. Geçmişteki uygulamaları bilen meslektaşlarım, antipsikotik ilaçların ortaya çıkışından önceki dönemde, aşırı katı, psikotik-olmayan obsesif kompülsif kişi ile çok az savunma kullanabilen paranoid şizofrenik arasında ayırıcı tanı koymanın tek yolunun, söz konusu hastayı korumalı bir odaya yerleştirmek ve ona artık güvende olduğunu ve rahatlayabileceğini belirtmek olduğunu söylediler. Bu uygulamayla, hasta, obsesif savunmalarını geçici olarak devre dışı bırakmaya davet edilmiş olur; bu durumda, şizofrenik kişi paranoid hezeyanları hakkında konuşmaya başlarken, obsesif kompülsif kişi hemen odayı temizlemeye girişecektir.

Dürtülere, Duygulanımlara ve Arzulara Karşı Davranışsal Savunmalar

Yapıp-bozma savunması, obsesif ve kompülsif semptomlarda ve kişilik yapısında bulunan türdeki kompülsifliğin tanımlayıcı savunma mekanizmasıdır. Kompülsif kişiler, bilinçdışı olarak özür ve/veya sihirli koruma anlamı taşıyan eylemlerle yapıp-bozarlar. Aşırı alkol alma, aşırı yemek yeme, madde kullanımı, kumar oynama, mağazalardan bir şeyler çalma ve cinselleştirme gibi zarar verici kompülsif davranışlar, nevrotik yelpazedeki kişilerde de görülse de, daha çok, kompülsif örgütlenmenin sınırdurum ve psikotik düzeylerindeki kişilerde görülür. Kompülsiflik, itkisellikten, belirli bir eylemin, belirli bir tarzla ve bazen sayısı artarak tekrar tekrar yapılması açısından farklıdır. Kompülsif eylemler, ayrıca, "eyleme-koyma" savunmasından, kompülsif kişilerin geçmişteki işlenmemiş deneyimler üzerinde, bunları yeniden yaratarak

hâkimiyet kurma ihtiyacını çok merkezi bir düzeyde yaşamamaları açısından farklıdır [3]

Kompülsif davranışlara hepimiz aşinayızdır. Bu davranışlara, doymuşken tabağımızdaki yemeği bitirmek, sınava çalışmamız gerekirken evi temizlemek, düşman kazanmaktan başka bir işe yaramayacağını bilmemize karşın bizi gücendiren birini eleştirmek, kumar makinesiyle "sadece bir kez daha" oynamak, gibi örnekler verebiliriz. Kompülsif örüntüleri ne şekilde olursa olsun, kişinin yapmaya itildiğini hissettiği davranış ile yapılması mantıklı olan davranış arasındaki fark çarpıcı olabilir. Kompülsif eylemler zararlı da olabilir yararlı da; bu davranışları kompülsif kılan şey, tahripkâr olmaları değil, kişinin bunları yapmaya itilmiş olmasıdır. Florence Nightingale muhtemelen kompülsif şekilde başkalarına yardım eden biriydi; Dana Carvey kompülsif şekilde komik biri olarak görülebilir.* Kendi lehlerine işlediğinde insanlar kompülsiflikleri için tedaviye nadiren başvururlar; ancak kompülsiflikleriyle bağlantılı sorunlardan dolayı tedaviye başvurdukları sıkça görülür. Bu hastaların kompülsif örgütlenme gösterdiğini bilmek, terapistlerin, bu kişilere, terapiden *beklentileri* ne ise o konuda yardımcı olmalarında destek olabilir.

Kompülsif eylemler, çoğu kez, bilinçdışı olarak, bir suçun yapıp-bozulması anlamını taşırlar. Lady Macbeth'in** el yıkaması bu dinamiğin ünlü bir edebi örneğidir; ama onun durumunda suç gerçekten işlenmiştir. Çoğu defasında ise, kompülsif kişinin işlediği suçlar esas olarak kişinin fantazisinde işlenmiştir. Evli bir onkolojist olan ve AIDS'in ağızdan ağza temasla bulaşmadığını çok iyi bilen hastalarımdan biri, bir ilişki yaşama isteği duyduğu bir adamı öpmesinden sonraki günlerde çaresiz şekilde tekrar tekrar HIV antikorları için test yaptırmaya itildiğini hissetmişti. Bir suçluluk duygusu barındırmadığı açık olan kompülsiyonların bile, suçluluk uyandıran etkileşimlerden kaynaklanmış olduğu tespit edilebilir; örneğin, kompülsif olarak tabaklarını temizleyen insanların çoğu, çocukluklarında, dünyada açlık yaşayan in-

---

3 Mazoşizmin genel anlamı için doğru olduğu gibi, bizim patolojik olarak değerlendirdiğimiz davranışların çoğu, tanım itibariyle, geniş bir anlamda kompülsiftir: Eylemi yapan kişi sanki yararsız ve zararlı olduğu ortaya çıkan biçimlerde tekrar tekrar davranmaya itilmektedir. Şizoid kişi insanlardan kaçınma, paranoid kişi insanlara güvenmeme, psikopat kişi insanları kullanma, vs. davranışlarına itilirler. Bir eylem, yapıp-bozma dinamiği baskın olduğunda ancak obsesif kompülsif dinamizmin veya kompülsif kişilik örgütlenmesinin taşıdığı dar anlamda, kompülsif olarak değerlendirilir.

(*) Florence Nightingale (1820-1910): Modern hemşireliğin öncüsü İngiliz hemşire, yazar ve istatistikçi; Dana Carvey (1955-): Amerika'lı aktör ve komedyen – ç.n.

(**) Lady Macbeth: Shakespeare'in *Macbeth* adlı oyununda, kral olabilmesi için kocası Macbeth'i, Kral Duncan'ı öldürmeye ikna eden kadın kahraman – ç.n.

sanlar varken ellerindeki yemeği yemeyi reddetmenin kötü bir şey olduğu aşılanarak suçlu hissettirilmişlerdir.

Kompülsif davranış, ayrıca, bilinçdışı olan tümgüçlü kontrol fantazilerini açığa vurur. Bu dinamik, kişinin işlediğini varsaydığı suçlar hakkındaki düşünceleriyle bağlantılıdır; çünkü kontrol etme amacı, yapıp-bozma ihtiyacı gibi, düşünceler ile eylemlerin birbirlerinden ayrıştırılmasından önceki bir dönemden kaynaklanmış inançlardan türeyerek ortaya çıkar. Fantazilerimin ve itkilerimin tehlikeli olduğunu, bunların güçlü eylemlere eşdeğer olduğunu düşünürsem, bunları benzer güçte bir karşı-kuvvet kullanarak sınırlandırmaya çalışırım. Rasyonel-düşünce-öncesi bilişte (birincil süreç düşünce) kendilik dünyanın merkezidir ve kişinin kendisinin yaşadığı her şey, yazgısının şansa bağlı olarak değişmesinin değil, kendi davranışlarının sonucudur. Her oyun öncesinde küçük bir ritüel yapan beyzbol oyuncusu, okuduğu dualaların eksik kalmış olabileceğinden kaygıya kapılan rahip, hastane çantasını ha bire doğuma gidiyorum diye hazırlayıp sonra da bir şey olmadığını görüp boşaltan hamile kadın, gibi örneklerdeki kişilerin hepsi, bir düzeyde, doğru şeyleri yaparlarsa, kontrol edilemez olanı kontrol edebileceklerini düşünürler.

Karşıt-Tepki Oluşturma

Freud, obsesif kompülsif kişilerin vicdanlılık, titizlik, tutumluluk ve çalışkanlık özelliklerinin sorumsuz olma, dağınık olma, müsrif olma ve isyankâr olma arzularına karşı-tepki oluşturmalar olduğuna ve obsesif ve kompülsif kişilerin aşırı sorumluluk içeren tarzında, karşı koymaya çalıştıkları eğilimlerin ipuçlarının ayırt edilebilip görülebileceğine inanmıştı. Obsesif kişinin sürekli olarak mantığa dayalı olan tutumu, örneğin, batıl, sihirli düşünceye, obsesif savunmaların örtmekte tam olarak başarılı olamadığı bir karşı-tepki oluşturma olarak görülebilir. Yorgun düşmüş olmasına rağmen arabayı kullanmakta inatla ısrar eden kişi, bir kazadan kaçınmanın, sürücünün dikkatinin uyanık hâlde olmasına ve de şansın kişinin tarafında bulunmasına değil, arabayı kendisinin kullanıyor olmasına bağlı olduğu kanısını açığa vurur. Ancak kişi, bu denli çok kontrol altına alma ısrarı sonucunda, her açıdan kontrolü yitirme durumuna düşer.

Bölüm 6'da, karşıt-tepki oluşturma savunmasını açıklamış ve bunun çift-değerlilik durumuna dayanamamaya karşın bir savunma olduğunu belirtmiştim. Obsesif ve kompülsif kişilerle çalışırken, terapist, bu kişilerin, işbirliği ve isyan, girişimde bulunma ve tembellik, temizlik ve pasaklılık, düzen ve düzensizlik, tutumluluk ve savurganlık, vb. arasındaki çatışmanın *her iki*

tarafına da saplanmış olmalarını görür, şaşırarak. Her kompülsif örgütlenme gösteren kişinin düzensiz, dağınık, kirli bir yönü de var gibidir. Erdem timsalleri, çelişkili şekilde, bir çürümüşlük adası barındırabilirler içlerinde: Tanınmış teologlardan Paul Tillich kapsamlı bir pornografi koleksiyonuna sahipti; Martin Luther King Jr. uslanmaz bir kadın avcısıydı.* Doğru ve sorumlu biri olmak için aşırı çaba harcayan kişiler, çoğumuzun yaşadığından daha güçlü düzeydeki bencilce davranma eğilimlerine karşı mücadele ediyor olabilirler; eğer bu böyleyse, o zaman, bu kadar korktukları itkileri ancak kısmen engelleyebildiklerinde, bu bizi şaşırtmamalıdır.

OBSESİF VE KOMPÜLSİF KİŞİLİKLERDE NESNE İLİŞKİLERİ

Kişilikleri obsesif ve kompülsif yönde gelişen kişilerin ebeveynleri ve bakıcıları, yüksek davranış standartları koymaları ve bunlara erken yaştan itibaren uyulmasını beklemeleriyle bilinirler. Genellikle, katı ve tutarlı bir tutumla, iyi davranışı ödüllendirir ve standart ve beklentilere uymayan davranışı da cezalandırırlar. Bu ebeveyn ve bakıcılar temelde sevecen olduklarında, savunmaları ebeveynlerinin titiz çabalarını haklı çıkaran yönlerde ilerlemelerini sağlayan, duygusal açıdan avantajlı çocuklar yetiştirirler. McClelland'ın (1961) başarı güdüsü üzerine olan klasik çalışmalarında ortaya konmuş olan geleneksel Amerikan çocuk yetiştirme tarzı, genellikle, kendilerinden çok şey bekleyen ve hedeflerine çoğu kez ulaşan obsesif ve kompülsif kişiler üretir.

Ebeveynler makul olmayan düzeyde titiz veya çok erken dönemden itibaren talepkâr veya yalnızca kabul edilemez davranışları değil aynı zamanda bu davranışlara eşlik eden duyguları, düşünceleri ve fantazileri de kınayıcı olduklarında, çocuklarının obsesif ve kompülsif yöndeki uyum sağlama çabaları sorunlu bir biçim alabilir. Uzunca bir zaman terapisini yaptığım bir erkek danışanım, derin dini inançları olan ancak sevme becerileri sığ kalan orta-batılı sert bir Protestan ailede yetişmişti. Bu danışanımın ebeveyni, onun bir rahip olacağını umut etmiş ve yoldan çıkarıcı şeylere kapılmaması ve her türlü günahkâr düşünceleri zihninden uzaklaştırması için erken yaşından itibaren uygun ve gerekli gördükleri şekilde eğitmeye başlamışlardı onu. Bu tür bir eğitim, danışanım için bir sorun yaratmamıştı –aslında, onu içine yerleştirmeye bu denli istekli oldukları, ahlâki açıdan yüksek konumdaki bu rolü üstlen-

(*) Paul Tillich (1886-1965): 20. yüzyılın en etkili Protestan teologlarından biri olan, Alman kökenli Amerika'lı teolog ve Hıristiyan varoluşçu filozof; Martin Luther King Jr. (1929-1968): 1964'te Nobel Barış Ödülü'nü almış olan, Amerikan yurttaşlık hakları hareketinin başlıca liderlerinden biri – ç.n.

diğini hayal etmek ona kolay gelmişti–, ta ki, ergenliğe varıncaya ve cinsel isteklerin daha önce göründükleri denli pek de soyut bir tehlike olmadıklarını anlayıncaya kadar. Bu noktadan sonra, özeleştirilerinin dozu çok artmış, sürekli olarak cinsel ahlâkla ilgili mantıksal düşüncelere dalar olmuş ve başka bir ergenin keyif almayı ve başa çıkmayı öğreneceği erotik duyguları engellemek için kahramansı çabalar harcamaya başlamıştır.

Nesne ilişkileri bakış açısından, obsesif ve kompülsif kişilerde dikkat çeken nokta, yetiştikleri ailelerde kontrol etme meselelerinin taşıdığı merkezi konumdur. Freud, anal dönemi, farklı iradelerin savaşının bir ilk örneğini oluşturan dönem olarak betimlemişti; nesne ilişkileri bakış açısına sahip teorisyenler ise, tuvalet eğitiminde aşırı derecede kontrol edici olan ebeveynin, oral dönem ve ödipal dönem meselelerinde de muhtemelen aynı derecede kontrol edici olduğunu vurgularlar. Tuvalet eğitiminde kurallar belirlemiş olan anne muhtemelen çocuğunu belirli bir zaman programına göre beslemiş, çocuğun belirli saatlerde uyumasını talep etmiş, birçok kendiliğinden yapılan devinimsel etkinlik biçimlerini ketlemiş, mastürbasyonu yasaklamış, geleneksel cinsiyet-rolü davranışlarının yapılmasında ısrar etmiş, açık saçık veya küfürlü konuşmayı cezalandırmış ve bu tür başka bir çok kısıtlamalar koymuştur çocuğa. Ödipal dönem meselelerinden anal dönem meselelerine gerilmeyi tetikleyecek derecede yasaklayıcı olan baba da muhtemelen bebeğine karşı mesafeli, yeni yürümeye başlamış çocuğuna karşı sert ve okul çağı çocuğuna karşı da otoriter biri olmuştur.

Eski tür, obsesif kompülsif kişiler yetiştiren ailelerde kontrol, ahlâksallaştırılmış ve suçluluk-uyandıran sözlerle sağlanırdı, genellikle: "Köpeğini zamanında besleyecek kadar sorumluluk taşımadığın için hayal kırıklığına uğradım" veya "Senin gibi büyük bir kızdan annesine, babasına daha fazla yardımcı olmasını bekliyorum" veya "Başka biri de sana bu şekilde davransaydı bundan hoşlanır mıydın?", gibi. Ebeveynler ahlâksallaştırma eğilimini çocuklara kendi davranışlarını örnek göstererek işlerlerdi. Kendi davranışlarını ise, neyin doğru neyin yanlış olduğuna dayanarak açıklarlardı ("Seni cezalandırmaktan keyif almıyorum; ama, bu senin iyiliğin için"). Üretken davranış erdemle ilişkili görülmekteydi; tıpkı, Kalvinizm* teolojisinin "çalışarak kurtuluşa ermek" görüşünde olduğu gibi. Özdenetim ve doyumun ertelenmesi idealize edilmişti.

Bugün hâlen bu şekilde çocuk yetiştiren aileler vardır; ancak Freud-sonrası, aşırı ahlâkçı bir çocuk yetiştirmenin ketleyici etkileri hakkındaki po-

(*) Kalvinizm: Fransız teolog John Calvin'in (1509-1564) görüşlerine dayanan Protestan Hıristiyanlık – ç.n.

pülerlik kazanmış görüşler (doyumu ertelemek yerine "elde edebilecekken elde etmek" yaklaşımını doğuran 20. yüzyıl tehlikeleri ve felaketleri ile birlikte), çocuk yetiştirme uygulamalarını, bugün, Freud'un günlerinde sıkça rastlanılan, ahlâki meselelerle meşgul tipteki obsesif ve kompülsif kişileri daha az sayıda görmemizi sağlayacak derecede değiştirmiştir. Kontrol meseleleri etrafında örgütlenmiş birçok çağdaş aile çocuklarında obsesif ve kompülsif örüntüleri, onları suçlu hissettirerek değil utandırarak teşvik eder. "Aşırı kilolu olursan insanlar senin hakkında ne düşünürler?" veya "Böyle davranırsan diğer çocuklar seninle oyun oynamazlar" veya "Daha çok çalışmazsan Ivy League[4] bir üniversiteye asla giremezsin" gibi mesajlar, birçok klinisyene ve toplumsal gözlemciye göre, bireysel vicdanın ve kendi davranışlarının ahlâki anlam ve sonuçlarının öncelik taşıdığını vurgulayan mesajlardan daha yaygın mesajlar hâline gelmişlerdir.

Terapist, yeme bozuklukları gibi (yüzyılın başlarında anoreksiya ve bulimia nervoza rahatsızlıkları bilinmediklerinden değil; ancak bu rahatsızlıklar, o dönemde oldukça az görülüyorlardı) günümüzde daha çok görülen obsesif ve kompülsif psikopatolojilerle çalışıyorsa, bu değişimin iyi anlaşılması önemlidir. Kompülsiyona ilişkin geleneksel Freudcu açıklamalar, anorektik ve bulimik kompülsifliği açıklamakta yetersiz kalmaktadır; narsisistik nesne ilişkilerini Freud'dan daha kapsamlı olarak incelemiş olan teorisyenler, klinik açıdan daha yararlı formülasyonlar sağlamışlardır (bkz. Yarock, 1993). Bu uyarı, altta yatan kişiliğin, Freud döneminde tanınan ahlâkçı obsesif kompülsif değil de, yakın dönemde daha çok görülüp bilinen narsisistik mükemmeliyetçi olduğu, alkolizm, madde kullanımı, kumar oynama ve diğer davranış bozuklukları gibi birçok durum için de geçerlidir.

Suçluluk ve utanç hissettirmeye dayanan yetiştirme tarzları, farklı türde süperegolar ve farklı tipte nesne ilişkileri üretir. Geleneksel obsesif kompülsif tip, "kontrolden çıkmış" olduğunda utanç duygularına maruz kalsa da, suçlulukla, utanca göre, daha çok güdülenir. Obsesif ve kompülsif dinamikler üzerine, psikanalizin ilk yıllarında yayınlanmış olan psikanalitik kaynakların çoğu, suçlulukla-dürtülenmiş kişiler hakkındadır ve daha sonraki yıllarda –DSM'de ve diğer kaynaklarda– obsesif kompülsif karakter yapısı olarak görülen kişilik tipinde suçlulukla-dürtülenmiş bir psikoloji temel ola-

4 Ivy Leage: Amerika Birleşik Devleri'nin kuzeydoğusunda bulunan 8 özel üniversitenin (Brown Üniversitesi, Columbia Üniversitesi, Cornell Üniversitesi, Dartmouth Koleji, Harvard Üniversitesi, Princeton Üniversitesi, Pennsylvania Üniversitesi, Yale Üniversitesi) oluşturduğu atletizm yarışma grubu.

rak kabul edilmiştir. Dolayısıyla, klinisyenlerin, geleneksel obsesif, kompülsif veya obsesif kompülsif kişiler ile obsesif ve kompülsif savunmaları olan, daha narsisistik şekilde yapılanmış kişileri birbirlerinden ayırt etmesi oldukça önemlidir.

Obsesif ve kompülsif kişiliğin oluşmasına neden olan başka bir aile geçmişi türü daha bulunduğuna işaret edilmiştir; bu, psikanalitik gözlemlerde tipik olarak karşılaşıldığı gibi, aşırı denetleyici, ahlâkçı türdeki aile geçmişinin tam tersi tarafta olanıdır. Bazı kişiler, belirgin aile standartlarından o denli yoksun, çevrelerindeki yetişkinler tarafından o denli yönlendirilmemiş ve dikkate alınmamış hissederler ki, kendilerini büyüme yönünde harekete geçirmek için, genel toplumsal kültürden edindikleri idealize davranış ve duygu standartlarına tutunurlar. Bu standartlar, soyut oldukları ve ebeveynlik yapılmamış çocuğun kişisel olarak tanıdığı kişiler tarafından bir model olarak sunulmadıklarından, genellikle, sert ve insani uygunluk ölçüleriyle törpülenmemiş bir nitelik taşırlar. Örneğin, babası melankolik bir alkolik ve annesi aşırı gergin ve dikkati dağınık kişiler olan hastalarımdan biri, hiçbir işin yapılmadığı bir evde büyümüştü. Çatı akar, bahçede otlar her yeri kaplar, bulaşıklar lâvaboyu doldururdu. Ebeveyninin açık beceriksizliğinden dolayı derinden utanç duyardı ve ebeveyninin tam tersi şekilde, düzenli, yetkin ve kontrol eden biri olmak için kesin bir kararlılık geliştirmişti. Oldukça başarılı bir vergi danışmanı oldu yetişkinliğinde; ancak aynı zamanda, bir şekilde, temelde babası ve annesi gibi beceriksiz olan başarısız biri hâline gelip kendine ihanet edeceği korkusuyla yaşayan hırslı bir işkolikti de.

Erken dönem psikanalitik literatürde, yeterince ebeveynlik görmemiş çocukta obsesif kompülsif karakterin gelişmesi olgusu büyük bir ilgiyle tespit edilmişti; çünkü bu olgu, çocuğun özdeşim kurduğu güçlü ve otoriter bir ebeveynin bulunduğu varsayımını ileri süren Freud'un süperego oluşumu modelini sorguya açıyordu. Birçok analist, en sert süperegolara sahip hastalarının çok gevşek bir ebeveynlik gördüklerini tespit etmişlerdi (krş. Beres, 1958). Bu analistler, kişinin kendisinin icat ettiği bir ebeveyn imgesini temel alarak kendisini bu modele göre şekillendirmek zorunda kalmasının, özellikle eğer kişinin bu imgeye yansıtılmış olan, yoğun, saldırgan bir bünyesi varsa, obsesif kompülsif dinamikler yaratabileceği sonucuna vardılar. Daha sonraları, Kohut ve diğer kendilik psikologları, idealizasyonu öne çıkaran bakış açılarından benzer gözlemlerde bulunmuşlardır.

OBSESİF KOMPÜLSİF KENDİLİK

Terimin geleneksel kullanımına bağlı kalarak, bu konuyu, klasik, suçluluk-temelli obsesif ve kompülsif kişilik yapısına hâkim olan kendilik-kavramı ve özsaygı meseleleriyle sınırlayacağım. Obsesif ve kompülsif özellikler sergileyen daha utanç-temelli psikolojilerle ilgili bilgiler Bölüm 8'de bulunabilir. Obsesif ve kompülsif kişiler kontrol ve ahlâki doğruluk meseleleriyle derinden ilgilidirler. Ahlâki doğruluğu kontrol açısından tanımlarlar, genellikle; doğru davranışı, kendiliğin saldırgan, arzulayan ve ihtiyaç hâlindeki kısımlarını katı dizginlerle tutma ile aynı anlamda görürler. Çoğunlukla; oldukça dindar, çok çalışan, özeleştirel ve güvenilir kişilerdirler. Özsaygıları, onları yüksek bir davranış, bazen de düşünce, standardına göre değerlendiren içselleştirilmiş ebeveyn figürlerinin taleplerini karşılamalarından kaynaklanır. Çok sayıda endişe yaşarlar, özellikle de bir karar vermeleri gereken durumlarda; yapılacak seçimin birçok sonucunun olduğu durumlarda ise felç olmuş gibi hiçbir şeye karar veremez bir hâle kolayca gelebilirler.

Bu felç durumu, obsesif kişilerin, sonucu kötü olabilecek bir seçim yapmaktan kaçınmalarının en şanssız etkilerinden birisidir. İlk analistler bu olguya "kuşku manisi" adını vermişlerdir. Tüm olası sonuçlar üzerinde (fantazilerinde) bir kontrolü sürdürebilmek için harcanan, her türlü seçeneği açık tutma çabasının sonunda, ellerinde hiçbir seçeneğin kalmadığı bir duruma varırlar. Bir obsesif kompülsif tanıdığım, hamile kalması üzerine, iki ayrı tıp merkezindeki, çocuk doğumu hakkında birbirine zıt görüşleri olan, iki farklı hekimi görmeye başladı. Hamileliği boyunca hangi hekimin ve görüşün daha tercih edilir olduğu üzerine düşünüp durdu. Doğum vakti geldiğinde, henüz bu soruya bir cevap veremediğinden, durumunun hastaneye gitmesini gerektirip gerektirmediğine ve bu hastanenin hangisi olması gerektiğine karar vermesi o denli uzun sürdü ki, doğum sürecinin çok ilerlemiş bir aşamasına vardığını gördü ve doğumunu en yakın kliniğe giderek oradaki nöbetçi bir hekimle yapmak zorunda kaldı. Gerçeklik, sonunda, onun kararsızlığı karşısında kendi çözümünü dayattığında, tüm kılı kırk yaran obsesif düşünceleri boşa gitmiş oldu.

Bu örnek, obsesif yapılanma gösteren kişilerin, "mükemmel" (yani, suçluluk ve belirsizlik taşımayan) kararın ne olduğunun net bir hâle geldiği zamana kadar karar vermeyi erteleme eğilimlerine verilebilecek örneklerden yalnızca biridir. İki erkek arkadaş, iki üniversite bölümü, iki iş, vb. gibi iki seçenek arasındaki kararsızlıklarını çözmeye çalışmak için terapiye gelmelerine sıkça rastlanır. Danışanın "yanlış" kararı verme korkusu, karar verme süre-

cini tamamen mantıksal açıdan –avantajlar ve dezavantajlar listesi vardır genellikle– ele alma eğilimi ile birlikte, çoğu kez, terapisti, hangi seçeneğin daha tercih edilebilir olduğu hakkında bir görüş bildirmeye kışkırtır; terapist bir görüş bildirdiğinde ise, obsesif hasta derhal terapistin görüşünün aksi yönünde görüşler belirterek tepki verir. Bu tipteki kişinin, iyi bilinen "Evet, ama..." tutumu, en azından kısmen, eyleme geçmeyle birlikte kaçınılmaz olarak yaşanacak olan suçluluk duygusunu önleme çabası olarak anlaşılmalıdır. Bu psikolojinin olumsuz bir sonucu, başka bir adayın ret cevabı veya bir son tarihin geçmesi gibi dışsal koşulların kişinin karar vermesini belirleyinceye kadar kişinin eylemi ertelemesi ve oyalanması eğilimidir. Bu açıdan bakıldığında, standart nevrotik yönelimde, kişinin özerkliğini korumaya yönelik aşırı çabalar, nihayetinde, bu özerkliği yok etmeye hizmet etmektedir.

Kompülsif örgütlenme gösteren kişiler de suçluluk ve özerklikle ilgili aynı sorunları yaşarlar; ancak onlar, bu sorunları tam tersi bir yönde hareket ederek çözerler: Seçenekleri değerlendirmeden eyleme atlarlar. Obsesif kişinin ertelediği ve oyalandığı durumda, kompülsif kişi ileri doğru atılır. Kompülsif kişi için, belirli durumlar belirli davranışları gerektiren "talepsel nitelikler" taşırlar. Bu kişiler, her zaman, aptalca veya özyıkıcı şeyler yapmazlar (iyimser bir öngörüde bulunduğu her seferinde tahtaya vurmak veya bir durumun cinsel bir renk taşımaya başladığı her seferinde yatağa atlamak, gibi); bazı bireyler de, kompülsif şekilde başkalarına yardım ederler. Darley ve Baston (1973), hasta kişi rolündeki bir deneğin sınava giden bazı ilâhiyat öğrencileriyle karşılaşmasının sağlandığı bir "İyi Samiriyeli"* deneyi çerçevesinde diğerkâm [altruist] davranışı incelerken, deneklerinin bir alt grubunun "hasta kişiyi tek başına bırakamadıklarını; ona yardım etmek için fazladan birkaç kilometre yol gitmek durumunda kaldıklarını" belirtmişlerdir (Baston, kişisel iletişim, 1972).[5] Bazı sürücüler, bir hayvana çarpmak yerine, kendi güvenliklerini riske sokarlar ve arabalarına zarar verirler; canlı hayatı koruma kompülsiyonları o denli otomatik olarak işler.

Eyleme geçme kompülsiyonu, obsesif bir biçimde eyleme geçmekten

---

(*) İyi Samiriyeli: Yeni Ahit'te bulunan ve merhametin tüm insanlara duyulması gerektiğini anlatan mesel – ç.n.

5 Bu araştırmanın başlıca bulgusu, Darley ve meslektaşlarının düzenlediği başka deneylerde olduğu gibi, kişisel yatkınlık etkenlerinin değil de (örn., ölçülen kişilik özellikleri), durumsal etkenlerin (örn., kişinin bir şeye yetişmeye çalışıp çalışmadığı) yardım etme davranışını daha iyi tahmin ettiğidir. Ne var ki, karakter dediğimiz olgu birçok ince düzeye sahiptir ve *deneğe yardım etmiş kişilerin içinde*, araştırmacıların "süper yardımcılar" dediği, kompülsif şekilde yardım davranışı gösteren kişiler de vardı.

kaçınma durumunda olduğu gibi özerklik üzerinde aynı etkiyi yapar. Hem araçsal düşünce hem de dışavurumcu duygu, kişi, aslında bir seçim yapmakta olduğunun farkına varmasın diye, gözden kaçırılır. Seçim yapmak eylemlerinin sorumluluğunu üstlenmeyi içerir ve sorumluluk da olağan düzeylerdeki suçluluk ve utanç duygularına tahammül edebilmeyi içerir. Nevrotik olmayan suçluluk duygusu, güç kullanmaya eşlik eden doğal bir duygudur ve utanç duymaya eğilim, diğer kişilerin görebileceği belli bir amaç taşıyan davranışlarda bulunma durumlarında yaşanır. Obsesif kişiler de kompülsif kişiler de irrasyonel suçluluk ve utanç duygularıyla o denli doludurlar ki, bu duygulardan bir damla daha alamayacak durumdadırlar.

Daha önce de belirtildiği gibi, obsesif kişiler özsaygılarını düşünme; kompülsif kişiler ise, yapma ile güçlendirirler. Obsesif veya kompülsif bireyler için, içinde bulundukları durum, kendileri hakkında, düşündükleri veya yaptıkları şeyler temelinde daha iyi hissetmelerini zorlaştırdığında, bu bireyler depresyona girerler. İşini kaybetmek neredeyse herkes için çok kötü bir durumdur; ancak bu durum, kompülsif kişi için, işi, özsaygısının birincil kaynağı olduğundan bir felâkettir. Suçluluk-yaşayan tipteki obsesif kompülsif danışanın durumunda, depresyonun doğası, narsisistik değil, çok daha melankolik niteliktedir (bkz. Bölüm 11); bu durumdaki kişide, oldukça kötü (kontrolsüz, tahripkâr) bir kendilik-kavramı giderek daha yerleşik bir hâle gelmiştir.

Obsesif ve kompülsif kişiler kendi düşmanca duygularından korkarlar ve hem gerçek hem de tamamen zihinsel nitelikteki saldırganlığa ilişkin aşırı özeleştiriden muzdariptirler. Ailelerinin verdiği mesajların içeriğine bağlı olarak, şehvete, açgözlülüğe, kibre, tembelliğe, hasete ve benzeri duygulara da kendilerini kaptırma konusunda aynı derecede endişeli olabilirler.

Bu tutumları kabul etmek ve özsaygılarını veya kendini kınamayı tamamen nasıl davrandıklarına dayandırmak yerine, tipik olarak, bu tür itkileri *hissetmeyi* bile ayıp ve suçluluk vesilesi sayarlar. Aşırı vicdanlı olma ve haksızlıklara karşı öfke duyma eğilimleriyle benzerlik gösterdikleri ahlâki mazoşistler gibi, kendilerine ilişkin taleplerinin katılığından bir tür gizli bir kibir duyuyor olabilirler. Özdenetim özelliğini diğer erdemlerin çoğundan daha değerli bulurlar ve disiplin, düzen, güvenilirlik, sadakat, kişilik bütünlüğü ve azim gibi özelliklerin önemini vurgularlar. Kontrol çabasını askıya almakta yaşadıkları zorluklar, cinsellik, oyun, mizah ve kendiliğindenlik gibi alanlardaki becerilerini zayıflatır.

Son olarak; obsesif kompülsif kişiler, duygulanım-yüklü bütünlerden kaçınıp, birbirinden kopuk şekilde ele alınan parçaları daha çok tercih etme-

leriyle tanınırlar (bkz. Shapiro, 1965). Obsesif psikoloji gösteren kişiler tüm sözcükleri duyarken müziği hiç duymazlar. Herhangi bir kararın veya algının genel önemini atlayıp geçmek çabasıyla (bu önemi tanıyıp kabul etmek suçluluk duygusu uyandırabilir, çünkü) spesifik ayrıntılara veya sonuçlara saplanıp kalırlar (Ya şöyle şöyle olursa?). Rorschach testinde, obsesif denekler, bütünsel algı cevaplarından kaçınırlar ve mürekkep kağıtlarındaki küçük ayrıntıların olası yorumları üzerinde dururlar. Başka bir ifadeyle, ağaçlardan ormanı göremezler (bilinçdışı açıdan bakıldığında da, bu mümkün değildir).

OBSESİF VE KOMPÜLSİF HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Obsesif ve kompülsif kişiler "iyi hastalar" olurlar, genellikle (bunun istisnası, gelişimsel süreklilik hattının aşağı taraflarıdır; bu uçta, obsesif ve kompülsif kişiler, yalıtma savunmalarının katılığından veya kompülsiyonlarının onları sürekli eyleme iten ivedilik durumundan dolayı terapi çalışmasına karşı aşılması güç engeller çıkarırlar). Ciddi, vicdanlı, dürüst, motivasyonlu ve çalışkan kişilerdir. Yine de, zor kişiler oldukları namı onların önüne geçer. Obsesif danışanlar, genelde, terapisti, kendini işine adamış ancak talepkâr, yargılayıcı bir ebeveyn olarak yaşarlar ve seanslarda, bilinç düzeyinde uyumlu, bilinçdışı düzeyde ise muhalif olan bir tutum takınırlar. Görev yaparcasına işbirliğine yönelik tüm tutumlarına karşın, alttan alta bir huzursuzluk ve eleştirellik duygusu verirler. Terapist bu tür duyguları üzerine yorum yaptığında, bu duyguları genellikle reddederler. İlk olarak Freud'un belirttiği gibi, obsesif hastalar gizli veya açık bir şekilde, tartışmacı, kontrol edici, eleştirel ve paradan ayrılma konusunda sorunları olan kişilerdir.

Sabırsızlıkla terapistin konuşmasını beklerler, terapist konuştuğunda ise cümlesini tamamlamadan sözünü keserler. Bilinç düzeyinde, bu olumsuzluk içeren tutumlarının hiçbir şekilde farkında değildirler.

Yıllar önce, Freud'un da zamanında sıkça gördüğü tipte ve yoğunlukta obsesyonları ve kompülsiyonları olan bir erkek danışanı tedavi etmiştim. Yabancı bir ortamda kendini kaybolmuş hisseden ve evine özlem duyan Hintli bir mühendislik öğrencisiydi.Hindistan'da otoriteye saygı oldukça güçlü şekilde pekiştirilen bir normdur ve mühendislikte kompülsiflik oldukça işe yarar ve ödüllendirilen bir eğilimdir. Ancak bu obsesif ve kompülsif referans gruplarının standartlarına göre bile, danışanımın zihinsel takıntıları ve ritüelleri aşırı düzeydeydi ve ona, bunları, kesin olarak, nasıl durduracağını söylememi istiyordu. Yapacağımız işi, takıntılarının ve ritüellerinin ar-

dındaki *duyguları* anlamak olarak yeniden adlandırıp ortaya koyduğumda, oldukça hayal kırıklığına uğramıştı. Sorunlarını benim formüle ettiğim şekilde formüle etmenin ona hızlı ve otoriter yaklaşımlı bir çözüm sağlamadığından hayal kırıklığına uğramış olabileceğini belirttim. "Hayır, hayır!" dedi ısrarla; benim en iyisini bildiğimden emindi ve bana sadece olumlu duygular besliyordu.

Bir sonraki hafta geldiğinde, hemen, psikoterapi dalının ne kadar "bilimsel" olduğunu sordu. "Psikoterapi fizik veya kimya gibi altın kıstasları olan bir bilim midir?", bunu bilmek istiyordu. Ona, psikoterapinin o kadar kesin kıstasları olmadığını ve birçok sanatsal yönünün bulunduğunu söyledim. "Anlıyorum" dedi, kaşlarını çatarak. Bunun üzerine, çalıştığım alanda çok fazla bilimsel kesinlik bulunmamasının onu rahatsız edip etmediğini sordum. "Hayır, hayır!" diye ısrar etti, masamın bir ucundaki kâğıtları farkında olmadan düzelterek. Odamın düzensiz olmasının onu rahatsız mı ettiğini sordum, bu sefer. Yine "Hayır, hayır!" dedi. Sonra da, aslında bunun muhtemelen benim yaratıcı bir zihne sahip olduğumun kanıtı olduğunu ekledi. Üçüncü seansımızı, Hindistan'da her şeyin nasıl daha farklı olduğu konusunda bana bilgiler vererek ve kendi ülkesinden olan bir psikiyatristin onunla nasıl bir terapi çalışması yapabileceğine ilişkin soyut spekülasyonlar yaparak geçirdi. Bazen, onun kültürü hakkında daha fazla şey biliyor olmamı veya Hintli bir terapisti görebilmeyi ister miydi diye sorduğumda, "Hayır, hayır" diye cevap veriyordu: Benden çok memnundu.

Klinik politikası gereği, sekiz seanslık bir tedaviden geçmekteydi. Son seansa vardığımızda, çoğunlukla şaka yollu bir tarzla, benden ve yapmakta olduğumuz terapi çalışmasından arada bir huzursuz olduğunu itiraf etmesini başarmıştım (dikkatli bir şekilde, kızgın olmadığını ve hatta kızmaya başlamış bile olmadığını; sadece biraz sıkıldığını belirtmişti). Sekiz seanslık bir terapide büyük bir ilerleme beklemedimse de, tedavinin önemli oranda başarısızlıkla sonuçlandığını düşünüyordum. Ancak iki yıl sonra, bu danışan geri geldi ve benimle görüştüğü dönemden bu yana duygular üzerine, özellikle kendi ülkesinden bu kadar uzakta olmaktan dolayı yaşadığı öfke ve üzüntü üzerine bir hayli düşündüğünü söyledi. Duygularını tanıyıp kabul ettikçe, obsesyonları ve kompülsiyonları da azalmıştı. Bu klinik gruptaki kişilerde tipik olarak görülen bir yaklaşımla, terapide elde ettiği içgörüleri sistemli bir şekilde uygulamaya koyduğunu hissetmesini sağlayacak bir yöntem geliştirmişti ve bu öznel özerklik onun özsaygısını güçlendiriyordu.

Okuyucu muhtemelen, obsesif danışanlarla terapide karşı-aktarımın,

danışanı sarsma, sıradan duygular hakkında açık olmalarını sağlama, sözlerin ağızlarından dökülmesini mümkün kılacak bir şeyler yapma veya "ya yap ya da kalk git" deme arzularının eşlik ettiği kızgınlık içeren bir sabırsızlık olduğu çıkarımını yapmıştır. Bu danışanlarda bir arada görülen, bilinç düzeyinde aşırı alttan alma ile bilinçdışı düzeyde aşırı karşı koyma tutumları terapist için çıldırtıcı olabilir. Duygulanımı zayıflık veya disiplinsizlik kanıtı olarak görme gibi bir kişisel eğilimleri olmayan terapistler, obsesif kişinin duygulanımdan utanması ve duygulanımı kabul etmeye direnç göstermesi karşısında şaşkınlık içinde kalırlar. Terapist, bazen, rektal büzgenkasının kasıldığını bile hissedebilir; bu, hastanın kısıtlanmış duygusal dünyasıyla özdeşimi (bağdaşan karşı-aktarım) sonucunda ve böyle kızgınlık yaratan birinin (tamamlayıcı karşı-aktarım) üzerine "boşaltma"yı hedefleyen misilleyici arzuları kapsamaya yönelik fizyolojik bir çaba sonucunda yaşanır.

Obsesif kompülsif bir kişinin hissettirdiği örtülü eleştiri atmosferi terapistin cesaretini kırıcı ve terapi çalışmasını baltalayıcı olabilir. Ayrıca, klinisyenler, danışanın bitip tükenmek bilmeyen düşünselleştirmelerinden dolayı kolayca sıkılabilirler veya danışandan uzaklaşmış hissedebilirler. Tedavisini yaptığım bir erkek obsesif kompülsif danışanla çalışırken, danışanın, kafasının canlı ve konuşmakta olduğu, ancak bedeninin, eğlence parklarında müşterilere kafalarını dayayıp farklı bir bedendeymişler gibi fotoğraf çektirmeleri imkânını veren gerçek boyutlardaki bir beden maketi olduğu şeklinde canlı bir hayal kurar halde buluyordum bazen kendimi.

Ancak obsesif danışanların tedavisi esnasında, terapist, önemsizlik, can sıkıntısı ve yok edilme duygularını pek yaşamaz (obsesif savunmalar gösteren narsisistik hastalarla çalışırken ise bu duygular sıkça yaşanır). Obsesif danışanların bilinçdışı değersizleştirme süreçlerinde, nesnelerle çok ilişkili olan bir yön vardır; çocukça bir şekilde, işbirliği yapma ve saygı gösterme gibi tutumlarla "iyi" biri olma çabalarında da insanın içine dokunan bir şeyler bulunur. Klinisyenlerde ve obsesif veya kompülsif danışanlarda (özellikle bu tür endişeleri terapiste doğrudan dile getirecek derecede cesaret kazanmalarından önce), terapide bir ilerleme kaydedilip kaydedilmediğine ilişkin şüphelere tipik olarak rastlanır. Ancak obsesif kişinin tüm inatçılığının altında terapistin sabrını ve kınamayan tutumunu görüp bunun değerini bilebilecek biri de vardır ve bu özellik göz önünde bulundurulursa, temel bir sıcaklık içeren bir ortamın sağlanıp sürdürülmesini zor olmaz.

OBSESİF VE KOMPÜLSİF KİŞİLİK TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Obsesif ve kompülsif kişilerle terapi yapmanın ilk kuralı normal nezaket tutumunu korumaktır. Kendilerinin de tam olarak kavrayamadıkları nedenlerden dolayı, diğer kişilerin onlara kızmasına alışkındırlar; bu durumlarda sinirlendirici özelliklerine karşı misilleme içermeyen tutumlar gösterilmesine şükran duyarlar. Bu kişilerle terapide, utanç duygusuna eğilimlerini görüp anlamak ve yorumlamak çok temel bir çalışmadır. Yalıtma, yapıp-bozma ve karşıt-tepki oluşturma savunmalarının etkileriyle ilgili olarak tavsiyelerde bulunmayı, şöyle yap-şöyle yapma şeklinde danışanı acele ettirmeyi ve eleştirmeyi terapistin reddetmesi, terapide, nispeten yüzleştirici yöntemlere göre, daha çok ilerleme kaydedilmesini sağlayacaktır. Terapist ve obsesif danışanlar arasında karşı-aktarıma bağlı olarak yaşanan güç mücadelelerine sıkça rastlanır; bu mücadeleler, geçici olarak bir duygulanımsal hareketlilik sağlar, ancak uzun dönemde, bunlar yalnızca, erken dönemde yaşanmış ve danışana zarar verici olmuş olan nesne ilişkilerinin bir tekrarı hâline gelirler.

Terapist, dikkatli bir şekilde, talepkâr ve kontrol edici ebeveynin terapötik ortamdaki benzeri olmaktan kaçınmasına paralel olarak, danışanla sıcak bir ilişki kurmaya da çalışmalıdır. Terapistin aktiflik derecesi hastaya bağlı olacaktır –kimi obsesif kişiler klinisyenin bir seansın son birkaç dakikasından önce ağzından tek bir kelime çıkmasına izin vermeyeceklerdir; kimileri ise, terapist sessiz kaldığında dağılacak ve korkacaklardır. Terapist, kontrol etmeyi reddetme tutumunu, duygusal açıdan ilgilenmeme olarak yaşanacak tutumlardan ayırt etmelidir. Sessizlik hâlinde baskı altında hisseden bir kişiyle terapide terapistin sessiz kalması kendi aleyhine işleyen bir tutumdur; tıpkı, kendisiyle konuşulmadığında terk edildiğini hisseden hastanın durumunda terapistin sessiz kalması tutumunun kendi aleyhine işleyen bir davranış olması gibi. Terapistin ne kadar konuşmasının uygun olacağı konusunda hastanın yönlendirmesini istemek (hastanın kişiliğine saygı duyulduğunu gösteren, hastaya neyin yardımcı olduğunun sorulduğu diğer sorularda olduğu gibi), buradaki teknik sorunu çözebilir ve ayrıca, danışanın özerkliğini ve gerçekçi kontrol duygusunu güçlendirme yönünde de katkı sağlar.

Kompülsiyonları kesin olarak tehlikeli nitelik taşıyan danışanlar, tavsiyede bulunmayı veya kontrol edici şekilde davranmayı reddetme kuralına bir istisna oluştururlar. Özyıkıcı kompülsiflik karşısında terapistin iki seçeneği vardır: Ya, hastanın yapmakta olduğu davranışlara ilişkin olarak yaşadığı kaygıya, terapi çalışmasının yavaş ilerleyen bütünleştirme sürecinin kompül-

sif davranma itkisini azaltacağı zamana kadar tahammül etmek, ya da, en baştan, danışanın kompülsif davranışı sona erdirmesini terapinin koşulu hâline getirmek. Bu seçeneklerin ilkine bir örnek olarak, terapistin, biri bitip diğeri başlayan cinsel ilişkileri, bunların içerdiği dinamikleri yargılamadan analiz ederken; hasta, cinselliği savunmacı şekilde kullanmayı akılcılaştıramadığı bir noktaya gelinceye kadar dinlemeye devam etmesi verilebilir. Bu yaklaşımın bir avantajı dürüst davranışı dolaylı olarak cesaretlendirmesidir (terapist terapinin başlaması için davranışsal koşullar koyarsa, hasta, kurallara uymaması durumunda, bunu saklama eğilimine girecektir). Danışanın özyıkıcılığı hayatını tehdit edici bir düzeyde değilse, bu seçenek tercih edilebilir.

İkinci seçeneğe örnek olarak, bir madde bağımlısının terapiye başlamadan önce bir detoksifikasyon programından geçmesini şart koşmak, tehlikeli düzeyde anorektik bir danışanın önce, bir hastanede denetlenen rejimle kilolarını artırmasında ısrar etmek veya alkol kullanan bir kişinin terapiye başlamasını AA toplantılarına katılması şartına bağlamak verilebilir. Yapıp-bozma otomatik olarak gerçekleştiğinde, yapıp-bozulan arzular, itkiler ve fantazide üretilmiş suçlar su yüzüne çıkmayacaktır.[6] Dahası, kompülsif şekilde kendine zarar veren kişileri analitik tedaviye koşulsuz olarak kabul etmekle, terapist, farkında olmadan, bu kişilerin, kimi noktalarda özdenetim uygulamak zorunda kalmaksızın terapinin sihirli bir şekilde işleyeceği yönündeki fantazilerini pekiştirebilir. Bu yaklaşım, hastanın kompülsiyonu madde kullanımını içerdiğinde özellikle tavsiye edilir; zihinsel süreçleri kimyasal açıdan değişmiş hâldeki biriyle terapi yapmak boşuna kürek çekmek anlamını taşır.

Okuyucu, bir danışanın, kompülsif davranış kontrol altında tutuluyorsa, niçin psikoterapiden geçmeyi isteyeceğini merak edebilir. Bunun cevabı, insanların, bir kompülsiyonu kontrol altına alabilmek (irade gücü kullanarak veya otoritenin dediğini yaparak) ile böyle bir kompülsiyon yaşamamak arasındaki farkı çok açık olarak görmeleridir. Kompülsif şekilde davranmayı durdurmuş biriyle terapi yapmak, kişinin kompülsiyonu doğurmuş olan meseleler üzerinde bir hâkimiyet kurmasını ve zayıf bir özdenetim başarısı sağlamak yerine içsel dinginlik bulmasını sağlar. Artık içki içme ihtiyacını

---

6 Birçok kompülsiyon, kompülsiyona takılmış kişinin güçlü olumsuz sonuçlarla karşılaştığı noktaya kadar tedaviye cevap vermez. Mağazalardan hırsızlık yapanlar ve pedofiller ancak tutuklandıklarında, terapiyi ciddi olarak düşünmeye başlarlar; alkolikler ve madde bağımlıları çoğu kez yardım almak için başvurmadan önce "iyice dibe vurmuş" bir hâle gelmelidirler; sigara kullananlar, sağlıkları ile ilgili olarak ciddi bir endişe duymadan önce nadiren sigarayı bırakmaya çalışırlar. Kişi kompülsifliğiyle "başı belaya girmeden idare edebildiği" sürece, değişimin kişi için özendirici bir yönü pek yoktur.

duymayan bir alkolik, sürekli pekiştirilen irade çabaları harcayarak, içsel kışkırtmalara karşın içki içmemeyi başarabilen birine göre çok daha iyi durumdadır (Levin, 1987).

Bu tanı grubundaki kişilerle, özellikle de daha obsesif olanlarla, iyi bir terapi çalışmasının ikinci önemli özelliği düşünselleştirme savunmasının önlenmesidir. Duygulanımsal tepkilere vurulmuş ketler çözülmeden önce, bilişsel düzeyde kavrayışa yönelik yorumlar yapmak terapiyi olumsuz yönde etkileyecektir. Tüm terapistler, psikanalitik terapiden geçen ve dinamiklerini, birinin arabasının motorunda neyin sorunlu olduğunu ayrıntılarıyla anlatan bir mekanik ustası ses tonuyla tartışabilen, ancak tüm bu bilgiye karşın, bir parça bile daha iyi durumda görünmeyen kişiler tanımışlardır. Şunu söyleyebiliriz ki, genel analitik tekniği, erken yorum yapmanın tehlikelerine (e.g., Strachey, 1934; Glover, 1955; Josephs, 1992) ve düşünsel ve duygusal içgörü arasındaki farka (e.g., Richfield, 1954; Kris, 1956) ilişkin, bugün aşina olduğumuz tüm uyarılarla donatmış olan tecrübeler, obsesif kompülsif kişilerle yapılan çalışmalardan edinilmiştir.

Terapistin "Peki, nasıl *hissediyorsun*?" sorusunu sık sık tekrarlaması, her iki tarafa da, bir güç mücadelesi gibi gelebileceğinden, terapi çalışmasına daha duygulanımsal bir boyut katmanın yollarından biri, imgesel, simgesel ve sanatsal iletişim imkânlarını kullanmaktır. Hammer (1990), obsesif kişilerin, kelimeleri duyguları ifade etmekten çok savuşturmak için nasıl kullandıklarının sonuçlarını açıklarken, bu kişiler için, analoji ve metaforlarla dolu, daha şiirsel bir konuşma tarzının taşıdığı özel önemin üzerinde durur. Aşırı derecede kısıtlanmış hastalarda, grup terapisi (bu çalışmalarda diğer danışanlar yalıtıcı savunmaya doğrudan saldırırlar, genellikle) ile bireysel tedavinin (bu çalışmalarda terapist kişiye bu saldırılma deneyimlerini tek başınayken özel olarak işlemesinde yardımcı olabilir) birlikte sürdürülmesinin iyi sonuçlar verdiği görülmüştür (Yalom, 1975).

Obsesif ve kompülsif yapılanma gösteren kişilerle yapılacak iyi bir tedavinin üçüncü bileşeni, klinisyenin, bu kişilerin terapi ve terapistle ilgili öfke ve eleştirilerini dile getirmelerine yardım etmeye istekli olmasıdır. Genellikle, terapist bunu hemen yapamaz; ancak terapist, "Terapi sürecinin her ikimizin de tercih edeceği denli hızlı işlemiyor olması kızdırıcı olabilir. Buraya geliyor olman hakkında veya benim hakkımda güceniklik içeren şeyler düşündüğünü görürsen şaşırma. Çalışmamızdan memnun olmadığını hissettiğini fark etmen durumunda, bunu bana söylemeni engelleyecek herhangi bir şey var mı?" gibi hazırlayıcı yorumlarla hastanın bu duyguları nihayet kabul etmesine giden

yolu açabilir. Bu zemin hazırlayıcı müdahalelere sıkça verilen bir cevap, danışanın, memnuniyetsiz veya eleştirel olmak gibi bir durumunun hiç bulunmadığı yönündeki itirazıdır. Terapistin, böyle bir ifadenin çok az görülen bir durumu yansıttığı yönünde bir tutum takınması, otomatik olarak işleyen yalıtma mekanizmasını egoya-yabancı hâle getirme sürecini başlatacaktır.

Terapistin, duygulanımın tespiti meselesinin ötesine geçerek, duygulanımdan keyif almayı cesaretlendirmesi önemli bir noktadır. Psikanalitik terapi, bilinçdışını bilinçli kılmaktan daha fazlasını içerir; psikanalitik terapi, hastanın bilinç düzeyine getirilen şeyin utanç vesilesi olduğu hakkındaki kanaatini değiştirmesini gerektirir. Utanç hissetmeye bu yatkınlığın ardında, günahkarlıkla ilgili olan ve hem obsesif hem de kompülsif mekanizmaları harekete geçirmekte olan, patoloji üreten inançlar bulunur. Bu danışanlar için, sadistik bir fantaziden, sırf itiraf etmenin dışında, keyif alma veya üzüntüden, üzüntülü olduğunu sırf isteksizce kabul etmek dışında, içsel bir rahatlık elde etme, yeni deneyimlerdir. Terapistin mizah duygusunu paylaşması da, bu danışanların üzerlerinde büyük ağırlık yapan suçluluğu ve özeleştirel tutumu hafifletebilir.

"Peki, ne işe yarayacak bunu hissetmek?" sorusu, obsesif ve kompülsif psikoloji gösteren bireylerin sıkça dile getirdikleri bir tereddüttür. Bu soruya verilecek cevap, belli bir duyguyu hissetmemenin kişiye zarar verdiğini ve duyguların, hastanın "pek hoş değil" olarak görür olduğu tutumları ifade etseler bile, kişiyi canlı, enerjik ve tüm yönleriyle bir insan gibi hissettirdiğini söylemektir. Özellikle kompülsif hastalarla çalışırken, bu hastaların, *yapmak* yerine sadece *olmak* durumunu yaşamakta zorlanmalarına ilişkin yorumlarda bulunmak yararlı olacaktır. On-iki adım programlarının, özyıkıcı kompülsifliği durdurma çabaları çerçevesinde, Dinginlik Duası adlı bir uygulama geliştirmeleri şans eseri olmuş değildir. Kimi zaman, terapist, duygularını ifade etmeye direnç gösterdiklerinde, obsesif ve kompülsif kişilerin pratik doğalarından yardım isteyebilir; örneğin, ağlamanın, kronik duygudurum rahatsızlıklarıyla bağlantılı olduğu görülmüş belirli kimyasal maddelerden beyni temizlediğini öğrenmek, bazı bilimsel düşünceye eğilimli hastalara duygularını ifade etmelerinde yardımcı olur. Bu hastalar kendini ifade etmeyi, yararsız bir kendine düşkünlük olmaktan başka bir şey olarak akılcılaştırabilirlerse, kısa süre içinde bunu denemeyi göze alabilirler. Şunu söyleyebiliriz ki, terapistin duygusal dürüstlüğünü çalışma boyunca koruması ve hastanın yargılanmayacağı veya kontrol altına alınmayacağı yönünde artan deneyimi, sonunda, tedaviyi iyi bir sonuca doğru ilerletecektir.

AYIRICI TANI

Genelde, obsesif ve kompülsif dinamikler diğer türlerdeki psikolojik örgütlenmelerden kolayca ayırt edilirler. Yalıtma ve yapıp-bozma savunmalarının işleyişini değerlendirmek genellikle karmaşık olmayan bir iştir; kompülsif örgütlenme, kişinin eylemde bulunmaya itilmişlik hâli kolay kolay örtülemediğinden özellikle hemen göze çarpar. Ancak bazı durumların da birbiriyle karıştırıldığı olur. Özellikle de gelişimsel süreklilik hattında daha alt düzey işlevselliği olan danışanlarda bazen obsesif yapıyı şizoid psikolojiden ayırt etmek zordur ve obsesif veya kompülsif eğilimler taşıyan narsisistik kişilik örgütlenmesi de sık sık daha "geleneksel" tipteki obsesif ve kompülsif psikolojilerle karıştırılır.

Obsesif Kişilik – Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

Bölüm 8'de narsisistik ve obsesif karakter yapılarını karşılaştırmıştım; bu karşılaştırmayı yaparken, temelde narsisistik olan bir kişinin obsesif veya kompülsif olarak yanlış şekilde değerlendirilmesinin ve bu çerçevede, terapistin, öznel boşluk ve kırılgan özsaygıya ilişkin yorumlar yerine, bilinçdışı öfke, tümgüçlülük fantazileri ve suçluluk alanlarına ilişkin yorumlar yapmasının hastaya verdiği zararı özellikle ön plana çıkarmıştım. Diğer yönde, yani, temelde obsesif veya kompülsif bir kişinin narsisistik olarak yanlış şekilde değerlendirilmesi yönünde bir hata yapıldığında ise, hastaya verilen zarar muhtemelen daha az ciddidir; çünkü hepimiz, karakter yapımız ne olursa olsun, kendilik meselelerine odaklanan terapilerden fayda sağlayabiliriz. Buna karşın, eski tarz, ahlâkçı obsesif veya kompülsif bir kişi, onu narsisistik olarak değerlendirmiş olan bir terapist tarafından tedavi edildiğinde, terapinin bir aşamasında, çatışma içinde görülmek yerine ihtiyaç içinde görüldüğü için, sıkıntıya kapılacak, morali bozulacak ve hatta aşağılanmış hissedecektir.

Obsesif ve kompülsif kişiler, psikolojik açıdan, güçlü bir içsel sürecin etkisi altındadırlar: Bu kişiler yargılayıcı ve özeleştirel kişilerdir. Terapist, bu hastalarla çalışırken, bu kişilerin öznel deneyimlerine, bu deneyimleri şekillendiren daha derin duygulanımlarını ve inançlarını gündeme getirmeksizin empatik kabul gösteren bir yaklaşımı benimserse, bu hastaları, ihtiyacını duydukları türde bir empatiden tamamen yoksun bırakmış olacaktır. Bazen terapistin aynalama olarak kavramlaştırdığı müdahaleleri, obsesif ve kompülsif danışanlar bir yarar sağlamayan müdahaleler olarak yaşayabilirler; çünkü bu durumlarda, hasta, terapistin dolaylı olarak, hastanın savunulamaz olarak gördüğü kendilik yönlerine göz yumduğunu düşünür. Bu koşullar altında

hastalar terapistin ahlâki niteliklerinden şüphe etmeye başlarlar. Obsesif ve kompülsif danışanların akılcılaştırmaya ve ahlâksallaştırmaya dayalı savunmalarının analizi, bu savunmaların saklamak üzere inşâ edildikleri rahatsız edici duyguların terapist tarafından kabul edildiğinin iletilmesine yönelik çabalardan önce gelmelidir.

Obsesif Kişilik – Şizoid Kişilik Karşılaştırması

Ortakyaşamsal-psikotik yelpazede, şizoid gibi görünen birçok kişi aslında aşırı gerilemiş hâldeki obsesif hastalar olabilirler. Bu iki grup arasındaki fark, şizoid bir kişinin dışsal dünyadan geri-çekilmesine karşın, yoğun içsel duygularının ve canlı fantazilerinin bilinç düzeyinde genellikle farkında olmasıdır. Geri-çekilmiş obsesif kişi yalıtma savunmasını o denli yoğun olarak kullanır ki, dışarıdan bakan biri için öznel açıdan "boş" veya hatta aptallaşmış gibi görünebilir. Bu tip bir ayırıcı tanı değerlendirmesinden geçirilen bir kişinin hastalık-öncesi işlevselliği, terapiste, hastaya içsel deneyimini dile getirmesi için güvenlikli bir ortamda bulunduğu mesajını mı, yoksa, içsel dünyasında bu denli soğuk ve ölmüş hissetmenin nasıl ürkütücü bir deneyim olduğunu anladığı mesajını mı vermesinin uygun olduğu hakkında bazı ipuçları sağlayacaktır.

Obsesif Kompülsif Bozukluklar – Organik Bozukluklar Karşılaştırması

Organik kökenli psikopatoloji bu kitabın konusu değildir; ancak tecrübesiz klinisyenlerin –tıp eğitimleri olsun veya olmasın– beyin hasarına bağlı davranışları obsesif kompülsif olarak görme hatasına ne kadar sık olarak düştüklerine işaret etmek isterim. Organik beyin sendromlarında tipik olarak görülen ısrarcı düşünce ve tekrarlayıcı edimler (Goldstein, 1959), işlevsel nitelikte obsesiflik ve kompülsifliğe benzeyebilirler, ancak dinamik açıdan yapılacak bir görüşme duygulanımı yalıtma ve yapıp-bozma savunmalarının kullanılmadığını ortaya çıkaracaktır. Olası fetal alkol sendromu, doğum komplikasyonları, yüksek ateşli hastalıklar (menenjit, ensefalit), kafa travmaları ve benzeri rahatsızlıklar hakkında soruların sorulduğu iyi bir tarihçe, yapılacak nörolojik muayene ile teyit edilebilecek olan organik bir tanıya işaret edebilir.

Tüm beyin hasarları zekâ kaybını içermez. Klinisyen, danışanın zeki ve yetenekli olmasına dayanarak, organik temelli sorunlar yaşamayacağı varsayımını yapmamalıdır. Bu ayırıcı tanının önemli bir yönü vardır; terapi, danışanın obsesif kompülsif katılığını azaltmak amacıyla bilinçdışı dinamikleri ortaya çıkarmaya çalıştığından, organik hasar görmüş kişiye ve onun ailesine, da-

nışanın duygusal güvenliğini sağlamak için düzenli ve tahmin edilebilir bir çevre kurmanın önemini vurgulayan bir tedaviden kökten şekilde farklıdır.

Özet

Bu bölümde, duygusal güvenliklerini sağlamak, özsaygılarını korumak ve içsel çatışmalarını çözmek amacıyla düşünceyi ve/veya edimleri aşırı düzeyde kullanan kişileri tartıştım. Obsesif kompülsif karakter yapısına ilişkin klâsik kavram çerçevelerini değerlendirdim ve bunu yaparken, Freud'un bu bozukluğun gelişiminde anal-dönemin merkezi rolünü vurguladığı formülasyonlar üzerinde durdum. Obsesif ve kompülsif kişilerde görülen savunmacı süreçler (obsesif kişide yalıtma, kompülsif kişide yapıp-bozma ve her ikisinde karşıt-tepki oluşturma), çoğu duygulanımı, arzuyu ve dürtüyü baskılayıcı veya kişinin bilincinden uzaklaştırıcı bir işlev görürler; ancak danışandaki, bilinçdışı suçluluk (düşmanlıkla ilgili olarak) ve bilinç düzeyinde yaşanan utanç duymaya eğilim (standartları yerine getirememekle ilgili olarak) hemen fark edilir. Bu tanı grubundaki kişilerin aile tarihçelerinde ya aşırı kontrol ya da kontrol eksikliği dikkati çeker; güncel nesne ilişkileri, obsesif kompülsif kişilerin ortaya koydukları temel bağlanma kapasitelerine karşın, resmi, ahlâksallaştırılmış ve kısmen renksiz bir nitelik taşır. Mükemmeliyetçilik, çift-değerlilik veya oyalanıp yapması gerekeni yapmayarak ya da itkisel davranışlarda bulunarak suçluluk duygusundan kaçınmaya çalışma eğilimleri ele alındı.

Aktarım ve karşı-aktarım meseleleri hastanın bilinçdışı olumsuz tutumlarının görülmesi ve terapistin bunları kendi kişiliğinde yaşaması çerçevesinde ele alındı. Terapötik çalışmaya yönelik tavsiyeler, terapistin, çalışma sürecinde acele etmemesini, güç mücadelelerinden kaçınmasını, düşünselleştirmeyi engellemesini, öfkelenmeyi ve eleştirel tutumu davet etmesini ve kendi kişiliği üzerinden, değersizleştirilmiş duygular ve fantazilerden keyif almanın bir örneğini sunmasını içermiştir. Obsesif ve kompülsif kişilikler, mükemmeliyetçi ve kompülsif savunmaları olan narsisistik yapılanma gösteren hastalardan, şizoid hastalardan ve organik beyin sendromu olan hastalardan ayırt edilmiştir.

İleri Okuma Önerileri

Obsesiflik üzerine yazılmış, muhtemelen en rahat okunan kitap Salzman'ın (1980) "*Treatment of the Obsessive Personality*" adlı kitabıdır. Nagera'nın (1976) "*Obsessional Neuroses: Developmental Pathology*" adlı kitabı kapsamlı ancak biraz daha ileri bir düzey bir çalışmadır. Shapiro'nun (1965) "*Neurotic Styles*" adlı kitabındaki obsesif tarzla ilgili bölüm hâlen konuyla ilgili klâsik bir metin niteliğindedir.

ONDÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Histerik Kişilikler

Psikanaliz, histeriyi anlama çabalarıyla ortaya çıkmış ve Freud'un histeriyi ilk ele aldığı 1880'lerden günümüze bu soruna tekrar tekrar odaklanmıştır. Histerik rahatsızlıkları hipnoz aracılığıyla inceleyen Fransız psikiyatristler Charcot, Janet ve Bernheim'in çalışmalarından esinlenmiş olan Freud, bu konudaki çalışmalarına ilk önce, hastalarına, psikanalitik teoriye kendine özgü yapısını kazandıran tarzdaki soruları sorarak başladı: Bir insan bir şeyi nasıl aynı anda bilebilir ve bilemez? Önemli deneyimlerin unutulmasını açıklayan etken nedir? Beden zihnin kavrayamadığı şeyleri ifade eder mi? Epilepsisi olmayan birinin tam epilepsi benzeri nöbetler geçirmesi veya optik açıdan normal olan birinin körlük yaşaması veya sinir sisteminde hiçbir sorun olmayan birinin felç olması gibi duyumsal türde semptomlar ne ile açıklanabilir?

O dönemde, histerik rahatsızlığı olan kadınlar, hekimlerin ofislerinden kovuluyordu ve bu kişilere 19. yüzyılda kullanılan "çatlak" etiketinin benzeri adlar takılıyordu. Kadın psikolojisi veya cinsel travma konusunda Freud ne hatalar yapmış olursa olsun, bu kadınları ciddiye almış olması ve onların yaşadıkları kendilerine özgü sorunları anlayarak, hem duygusal açıdan sağlıklı kişilerde hem de rahatsızlık yaşayan kişilerde işleyen süreçleri kavramaya başlayacağına inanması ve bu kadınları saygıyla karşılamış olması Freud'un önemli başarısıdır. Bu bölüm, histeri başlığı altında sınıflandırılmış dramatik rahatsızlıklar (konversiyon, amnezi, ani ve açıklanamayan kaygı atakları ve başka bir çok rahatsızlık) hakkında değildir; bu rahatsızlıklara eşlik ettiği gözlemlenmiş olan belirli türdeki bir kişilik yapısı hakkındadır.

Histerik (veya DSM'nin son versiyonlarındaki adıyla histrionik) karakter, ille de sık olarak veya çarpıcı nitelikte histerik semptomlar gösteren kişilerde görülmez, bu semptomları göstermeyen kişilerde de yaygın olarak görülür. Obsesyonları ve kompülsiyonları bulunmayan, ancak bu semptomları üreten aynı dinamiklere göre işlev görmekte olan obsesif kompülsif kişilerde olduğu gibi, aramızda, hiç histerik semptom üretmemiş olan ancak öznel yaşantısı histerik semptomları üreten dinamik ve savunmaların rengini taşıyan birçok kişi de bulunur. Bu kişilik tipi daha çok kadınlarda görülse de, histerik örgütlenme gösteren erkekler de az değildir. Aslında, Freud (örn., 1897) kendini –iyi nedenlere dayanarak– kısmen histerik olarak kabul etmişti ve Freud'un ilk yayınlarından biri (1886) bir erkekte görülen histeri üzerineydi.

Analitik yönelimli terapistler, histerik kişilik yapılanması gösteren kişileri nevrotik yelpazede bulunan kişiler olarak düşünmeye alışmışlardır; çünkü bu kişilerin deneyimlerini şekillendiren savunmalar daha olgun savunmalar olarak kabul edilirler.[1] Ancak sınırdurum ve psikotik düzey histerik kişiler de vardır. Elizabeth Zetzel (1968) bu grupta yer alan bireyler ile derin bozukluk gösteren bireyler arasındaki büyük farkı belirtmiştir. *Histerik psikoz* olgusu antik zamanlardan beri (Veith, 1965, 1977) ve birçok kültürde (Linton, 1956) bilinir. Bu iyi araştırılmış tanı kategorisinin (Hollender & Hirsch, 1964; Langness, 1967; Hirsch & Hollender, 1969; Richman & White, 1970) DSM'de bulunmaması, belki de, değerlendirme çalışmalarımızı fakirleştirdi ve travmayla bağlantılı, histeroid bir sürecin göz önünde bulundurulması gereken durumlara şizofreni teşhisinin fazlasıyla konulmasında payı olan etkenlerden biri oldu.[2]

Histerik kişilik gösteren kişiler, özellikle kişilerarası ilişkilerde, yüksek kaygı, yüksek yoğunluk ve yüksek tepkisellik yaşarlar. Bu kişiler "insanlara yönelik" tutumlara sahip, sıcakkanlı, enerjik ve sezgisel kişilerdir; heyecan ve risk içeren durumları çekici bulurlar. Heyecan yaşamaya o denli bağımlı bir hâle gelmiş olabilirler ki, sürekli olarak bir kriz durumundan çıkıp başka bir kriz durumuna giriyor olabilirler. Kaygılarının yüksekliğinden ve muzdarip

---

1 Paradoksal olarak, DSM-III' ten itibaren, Histrionik Kişilik Bozukluğu tanısı histeroid süreklilik hattının patolojik tarafına doğru meyledecek şekilde yeniden kavramsallaştırıldı ve "Zetzel tip 3 ve 4" histerik kişilik tiplerinden (Zetzel, 1968) ve Kernberg'ün "çocuksu kişilik" tipinden (1975; ayrıca bkz. Kernberg, 1984, 1992) ayırt edilemez bir hâle geldi.

2 Kernberg ve başka araştırmacılar (bkz. Kernberg, 1992) üst düzey hastalar için "histerik" terimini; sınırdurum ve psikotik yelpazede olanlar için ise, "histeroid"; "sahte-histerik çocuksu" veya "histrionik" terimlerini kullanmışlardır.

oldukları çatışmalardan dolayı, duygularını yaşama şekilleri başkalarına yüzeysel, yapay ve abartılı görünebilir ve duyguları oldukça hızlı biçimde değişebilir ("histerik duygulanım oynaklığı"). Örnek verecek olursak: Sarah Bernhardt'ın* birçok histerik özelliği vardı muhtemelen; bir roman kişisi olan Scarlett O'Hara,** günümüzde bir klinisyenin histrionik olarak değerlendireceği birçok nitelik gösterir. Histerik karakter yapıları olan kişiler, oyunculuk, dans, politikacılık, eğitmenlik ve öğretmenlik gibi kişinin işini yaparken başkalarının önünde olduğu ve görüldüğü meslekleri severler.

HİSTERİDE DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Birçok araştırmacı histerik örgütlenme gösteren kişilerin mizaçları gereği yoğun, aşırı-duyarlı ve sosyofilik olduklarını ileri sürmüşlerdir. Engellendiğinde tekmeler çığlıklar atan, ancak eğlenirken neşeyle çağıldayan bir bebek histeri için uygun bünyesel bir alt yapıya sahiptir. Freud (örn., 1931), güçlü bir iştahı olmanın, histerik kişilik geliştiren kişilerin temel bir niteliği olabileceğini, bu kişilerin oral nitelikli kaynaklara, sevgiye, ilgiye, erotik yakınlığa derin bir gereksinim duyduklarını ileri sürmüştür. Bu kişiler yeni uyaranlarla uyarılma arayışına girerler, ancak bu uyaranlar yüksek düzeye varırsa bununla başa çıkamazlar. Ayrıca, sıkıntı verici deneyimleri psikolojik açıdan işlemekte zorlanırlar.

Histerik kişilerin, sol-beyinlerinin daha baskın olduğu çıkarımı yapılan obsesif eğilimli kişilerin tersine, bünyesel olarak sağ-yarıküre beyin işlevlerine daha bağımlı oldukları (Galin, 1974) yönünde görüşler de ileri sürülmüştür (örn., Alien, 1977). Bu spekülasyonun dayandığı temellerden biri Shapiro'nun (1965), bir kısmı doğuştan geliyor olabilecek olan, histerik bilişsel tarz üzerine yaptığı dikkatli ve önemli çalışmalardır. Histerik örgütlenme gösteren kişiler obsesif kişilerden, zihinsel işlemlerinin niteliği açısından çarpıcı derecede farklıdırlar; spesifik olarak söylersek, bu kişiler, izlenimsel, bütünsel [global] ve imgesel şekilde işleyen bir zihne sahiptir. Histerik kişilik örgütlenmesi gösteren kimi yüksek düzeyde zeki kişiler oldukça yaratıcıdırlar; bu kişilerin duygulanımsal ve duyumsal algılamalarını, daha lineer, mantıksal kavrayış yaklaşımlarıyla bütünleştirmeleri, entelektüel ve sanatsal duyarlılığın zengin bir birleşimini üretir.

(*) Sarah Bernhardt (1844 – 1923), Paris doğumlu, çok sayıda tiyatro oyunu ve filmde rol almış, "dünya tarihinin en ünlü kadın oyuncusu" olarak bahsi geçen bir kadın sahne sanatçısıdır – ç.n.

(**) Scarlett O'Hara, Margaret Mitchell's 1936'da yayımlanmış olan *Gone with the Wind* (*Rüzgâr Gibi Geçti*) romanının kadın kahramanıdır – ç.n.

Freud (1925a, 1932) ve daha sonraki birçok analist (örn., Marmor, 1953; Halleck, 1967; Hollender, 1971) histeride, oral ve ödipal meselelere olmak üzere, iki ayrı saplanma bulunduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu formülasyonun aşırı yalınlaştırılmış bir özeti şöyledir: Duyarlı ve aç bir küçük kız, bebekliğinde, özellikle, bebeği yanıtlayan anaç bir bakıma ihtiyaç duyar. Bu küçük kız bebeği, kendisini yeterince güvende, doymuş ve değer verilen biri olarak hissettiremeyen annesi hakkında hayal kırıklığı yaşar. Ödipal döneme yaklaşırken, anneyi değersizleştirerek anneden ayrılmayı başarır. Karşılanmamış oral ihtiyaçları ödipal dinamikleri güçlendirecek şekilde daha sonraki genital ilgileriyle birleştiği için özellikle, yoğun sevgi duygusunu, oldukça heyecan verici bir nesne olan babaya yöneltir. Ancak annesiyle hem özdeşleşerek hem de rekabet ederek ödipal çatışmayı normal bir çözüme nasıl kavuşturabilir? Annesine hâlen ihtiyacı vardır, ama, aynı zamanda annesini değersizleştirmiştir de.

Bu ikilem kız çocuğunu ödipal düzeye tutsak düşürür. Yaşadığı saplanma sonucu, kız çocuğu, erkekleri güçlü ve heyecan verici ve kadınları, kendisi dâhil, zayıf ve önemsiz olarak görür. Gücü esasen bir erkek özelliği olarak değerlendirdiği için, erkeklere beğeni duyar, ancak aynı zamanda –çoğu kez, bilinçdışı olarak–, erkeklerden nefret eder ve onlara haset duyar. Erkeklerle yakınlık kurarak, yeterlilik duygusunu ve özsaygısını artırmaya çalışır, ancak aynı zamanda, alttan alta, erkekleri bu varsayılan üstünlüklerinden dolayı cezalandırır. Erkeklerin elindeki güce erişmek için, idealizasyon ve "kadınsı oyunlar"la birlikte, cinsiyetinin elinde bulundurduğunu hissettiği bir güç aracı olan cinselliğini –öznel açıdan zayıf hissedenlerin bu stratejilerini– kullanır. Cinselliği, ifade edici değil de savunmacı şekilde kullandığından ve erkeklerden ve erkeklerin gücü suistimal etmelerinden korktuğundan, erkeklerle cinsel yakınlıktan zevk almakta zorlanırlar; korku ve reddedilmenin, cinsel ilişkide acı veya duyarsızlık, vajinismus, orgazm olamama gibi fiziksel karşılıklarını yaşayabilir.

Freud'un, penis hasedinin evrensel bir kadın sorunu olduğu görüşü, histerik yapılanma gösteren kadınlarla yaptığı çalışmalardan doğmuştur. Hastalarının, rüyalarında, fantazilerinde ve semptomlarında erkek gücünü fallik imgelerle sembolleştirdiklerini keşfedince, bu kadınların erken dönemde –hem kendilerinde hem de annelerinde gördükleri– güçsüzlüğü penissizlikle eş tuttukları görüşünü geliştirmiştir. Geleneksel kadınsı erdemlerin az bir öneminin olduğu ataerkil ve giderek daha karmaşık bir hâle gelen kentsel kültürde, birçok küçük kız çocuğunun böyle bir sonuca varması da muhtemelen kolaydı. Freud (1932) şöyle demiştir:

> Kızlarda iğdiş edilme kompleksi ... diğer cinsiyetin cinsel organlarının görülmesiyle başlar. Kızlar, cinsel organlardaki farkı ve *kabul edilmeli ki, bu farkın önemini de*, hemen fark eder. Ciddi şekilde haksızlığa uğradıklarını hissederler ve çoğu kez, "onun gibi bir şeye sahip olmak" istediklerini belirtiler ve onların gelişimi ve karakterlerinin oluşumu üzerinde kalıcı izler bırakacak olan "penis hasetine" tutsak düşerler. (s. 125; vurgular bana ait)[3]

HİSTERİDE SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Histerik kişilik gösteren kişiler bastırma, cinselleştirme ve gerileme savunmalarını kullanırlar. Bu kişiler karşı-fobik şekillerde davranırlar; bu da, genellikle, karşı cinsin fantazide varsayılan gücü ve tehlikeleriyle ilgili endişeleriyle bağlantılıdır. Ayrıca, geniş bir çerçevede kavramsallaştırılmış şekliyle, dissosiyatif savunmaları kullanırlar; bu savunmalar hakkında daha kapsamlı bilgileri bir sonraki bölümde aktaracağım.

Freud bastırmayı histerideki en temel zihinsel süreç olarak görmüştü. Amnezi, Freud için, öylesine etkileyici bir olguydu ki, Freud'un, zihnin yapısı hakkında ve ulaşamadığımız bir düzeyde aynı zamanda "bildiğimiz" şeyleri nasıl "unutabildiğimiz" hakkında kapsamlı bir teori kurmasına yol açtı. Freud'un, bastırmayı, kazara yaşanan bir yanılma değil de aktif bir *güç* olarak gördüğü ilk teorik yorumlamaları, hipnoz altındayken, çoğu kez ensest-yönelimli çocukluk travmalarını hatırlayıp yeniden yaşayan kişilerle olan çalışmalarından doğmuştur. Başlangıçta hipnozu, daha sonraları ise hipnotik olmayan telkin yöntemini kullanarak yaptığı ilk terapötik uygulamalarda, hastalarını gevşemeye ve zihinlerini anıların gelmesine açık bırakmaya teşvik ederek tüm çabalarını bastırmayı kaldırmaya yöneltmiştir. Bu çalışmaları sonucunda da, travmatik anıların, *bu anılarla bağlantılı ilk duygusal güçleriyle* birlikte bilince geri geldiklerinde, histerik sorunların da ortadan kaybolduğunu öğrenmiştir.[4]

---

3 Freud'un ataerkil sistemin bazı olumsuz sonuçlarını gördüğü bu alıntıda dolaylı olarak anlaşılmaktadır. Hayatı boyunca kadınları mesleki başarı kazanmaya ve entelektüel çalışmalara girmeye teşvik etmiş biriydi Freud. Penis hasetini yorumlayarak, hastalarında, erkeklerin *aslında* üstün olmadıkları –böyle bir inancın, kişinin üzerinde çalışıp kurtulabileceği çocuksu bir fantazi olduğu– içgörüsünü harekete geçireceğini ümit etmişti. Penis hasetine ilişkin görüşlerin, daha sonraki kimi terapistler tarafından, kadınları, güvenli şekilde, "uygun" bir domestik alanda tutmaya çalışma amacıyla kullanılmış olması gerçeğinin suçunun Freud'a yıkılması haklı olmaz. Birincil kaynaklara dayanan ve Freud'un kadınlarla ilgili kompleks görüşlerine ilişkin daha kapsamlı bir yorum için bkz. Young-Bruehl (1990).

4 Abreaksiyon, yani, travmaya eşlik eden duyguların bastırılmasının katartik şekilde kaldırılması, çoklu kişilik ve dissosiyasyon üzerinde çalışan araştırmacılar tarafından yeniden keşfedilmiştir. Bu araştırmacıların teknik açıdan evrimi Freud'unkiyle çarpıcı derecede benzerdir: İlk çalışmaları, abreaktif uygulamanın önemini vurgularken, yakın dönemdeki makalelerinde, ab-

Böylece, bastırılmış anı ve bu anıyla bağlantılı duygulanımlar psikanalitik incelemelerin başlıca nesneleri hâline geldiler. Bastırmayı kaldırmak da, birincil bir terapötik görev olarak görülmeye başlandı. Analistlerin çoğu, geçmişin yeniden kurgulanmasının her zaman bir öneri niteliğinde olduğunu ve bu kurgulamanın yapılmasının, tarihsel gerçeğin geri getirilerek hatırlanmasından çok, geçmişe ilişkin güvenilir bir anlatının yaratılmasına benzediğini bilip kabul etseler de, bugün bile, dinamik yönelimli tedavilerin çoğunda anıların ortaya çıkarılmasına ve hastanın gerçek geçmişine ilişkin bir kavrayış geliştirilmesine çalışılır (Spence, 1982). Histerik yapılanma gösteren kişilerin çoğunda bilişsel süreçlerin doğasının muğlak, izlenimsel bir nitelik taşımasından dolayı, bireysel hayatlarının düz bir hat üzerinde ilerleyen ve bütünlüklü bir hikayesinin oluşturulması bu kişilere özellikle terapötik bir etki yapar.

Sonunda, Freud, histerik hastaların hatırladığı bazı "anıların" aslında fantazi olduklarına ikna oldu ve ilgisi, travmanın amneziye uğramasından, isteklerin, korkuların, çocuksu teorilerin ve acı verici duygulanımların bastırılmasına kaydı.[5] Kraliçe Viktorya dönemine ait, kadınların cinselliklerinin olmadığı yönündeki mitleri psikolojik sağlık açısından özellikle zararlı olarak değerlendirdi ve erotik yönelişlerini bastırmayı öğrenen kadınların, bu denli zorlayıcı bir biyolojik gücün mutlak bir kontrol altına alınamayacak olması, ancak yönünün değiştirilebilecek olması nedeniyle histeri geliştirme riski altında olduklarını düşündü. Bazı rahatsızlıkları, itkinin bedensel semptoma konversiyonu olarak görmeye başladı. Örneğin, cinsel açıdan kendini uyarmayı kötü bir şey olarak görecek şekilde yetiştirilmiş bir kadın, mastürbasyon yapmak için itildiğini hissettiği elinde his ve hareket kaybı yaşayabilirdi. Kişinin sadece eli etkilendiği için "eldiven felci" veya "eldiven his kaybı" olarak bilinen bu olgu (nörolojik kökenli olamaz bu, çünkü el felci kolu da içerir), Freud'un döneminde az rastlanan bir olgu değildi ve acilen bir açıklama gerektiriyordu.

Freud'u, histerik rahatsızlıkları, bir istek (örn., mastürbasyon yapmak) ile bir yasak (mastürbasyona karşı) arasındaki çatışmanın çözümüne yönelik

---

reaktif uygulamayı geri plana çekmişler ve hastanın kişilik işleyişinin diğer yönlerinin daha ele alınmamış olduğu bir durumda bu uygulamanın hastayı yeniden travmatize etme potansiyelinin ışığı altında abreaksiyonu farklı bir bağlama yerleştirmişlerdir (bkz. Bölüm 15).

5 Masson'un (1984) iddialarından kaynaklanan bazı popüler izlenimlerin tersine, Freud, erken dönem tacizlere ilişkin tüm beyanların birer çarpıtma olduğu fikrini ileri sürüp savunmamıştır. Ancak Freud, sonunda, gelişimsel süreçlerin travmatik süreçlerden ve bastırmanın dissosiyasyondan daha önemli olduğunu vurgulamıştır; bu görüş değişikliğinin, daha sonraki terapötik tarih üzerinde farklı farklı etkileri olmuştur.

bir birincil kazanç ve de, diğer kişilerden ilgi görme biçiminde kimi ikincil kazançlar sağlayan rahatsızlıklar olarak düşünmeye yönelten semptomlar eldiven felci gibi semptomlardı. İkincil kazançlar, rahatsızlığı vasıtasıyla bedenine ve yaşadığı bedensel soruna ilişkin erotik olmayan nitelikte bir ilgi görmesi sonucunu doğurarak, histerik rahatsızlık yaşayan kişinin elde edemediği cinsel ilgiyi telâfi ediyorlardı. Freud'un yapısal teoriyi geliştirmesiyle birlikte, bu dinamik, id ile süperego arasında bir çatışma olarak görülmeye başlandı.

Freud, ayrıca, cinsel enerji, ifade edilmek veya yüceltilmek yerine bloke edildiği için bu tür bir çözümün oldukça istikrarsız bir çözüm olduğunu düşünmüştü ve cinsel ilginin savunmayı aşarak kaçak yaptığı durumları da "bastırılmışın geri dönüşü" olarak yorumlama eğilimindeydi. Bastırma bazen oldukça yararlı bir savunma olabilir; ancak uyarılmaya ve boşalmak için basınç uygulamaya devam edecek olan normal itkilere karşı durmak için kullanıldığında zayıf ve güvenilmez bir savunmadır. Freud'un, histerik kişilerin yaşadıkları bilinen yüksek kaygı düzeyi hakkındaki ilk formülasyonu ise, histerik kişilerin birikmiş cinsel enerjiyi yaygın sinirlilik hâline döndürdükleri şeklindeydi (bkz. Bölüm 2).

Histerik semptomlarla ilgili bu formülasyon üzerinde duruyorum, çünkü benzer bir sürecin karakter düzeyinde de işlediği çıkarımı yapılabilir. Tehlikeli veya kabul edilemez görünen erotik itkilerini ve çatışmalarını bastıran kişiler, hem cinsel açıdan engellenmiş hissederler hem de muğlâk bir kaygı yaşarlar. Yakınlık ve sevgi için duydukları normal istekleri, doyurulmamış cinsel özlemle beslenip harekete geçmiş gibi, olağanın üstünde bir düzeye varabilir. Bu kişiler, oldukça baştan çıkarıcı şekillerde davranabilir (bastırılmışın geri dönüşü), ama aynı zamanda, davranışlarının içerdiği cinsel davetin farkında da olmayabilirler. Aslında, davranışları cinsel bir yakınlaşmayı başlatan davranışlar olarak yorumlandığında çoğu kez buna aşırı şaşırırlar. Dahası, başlamış bu tür bir etkileşimi sürdürürlerse (bazen, hem korkutucu nitelikteki cinselleştirici nesneyi memnun etmek hem de davranışlarının sonuçlarına ilişkin suçluluk duygularını hafifletmek için yaptıkları gibi) genellikle bundan erotik bir zevk almazlar.

Bastırma ve cinselleştirme arasındaki bu etkileşimsel süreçlere ek olarak, histerik örgütlenme gösteren kişiler gerileme savunmasını da kullanırlar. Güvensiz olduklarında, reddedilmekten korktuklarında veya bilinçdışı suçluluk ve korku duygularını uyaran zorlayıcı durumlarla karşılaştıklarında, onları reddetmesi ve suistimal etmesi olası kişileri tesirsiz kılarak sorundan kurtulma çabası içinde çaresiz ve çocuksu bir hâle girerler. Aşırı düzeyde bir kay-

gı durumunda olan herkes gibi ("Stokholm sendromu" veya "Patty Hearst olgusu" türünden, tutsak durumdaki kişilerin kendilerini kaçırmış veya canlarını yakan kişilere güvenmeye başlaması türünden durumlarla karşılaştırınız) histerik kişilikler telkine oldukça açık olabilir. Üst düzeyde işlevselliği olanlar, gerilemeli biçimde davranırken aşırı derecede çekici olabilirler; öte yandan, sınırdurum ve psikotik düzeylerde ise, histrionik hastalar fiziksel hastalıklara yakalanabilir, yapışkan bir bağımlılık gösterebilir veya sızlanıp duran kişiler hâline gelebilirler. Histerik durumun gerilmeli yönü, yakın zamana kadar, bazı kadın alt kültürlerinde o denli yaygındı ki, aptal, kıkırdayan kızı oynamak ve iri, güçlü erkeklere hayran olmak normal görünürdü. Bu durumun 19. yüzyıldaki karşılığı bayılıp kalan kadındı.

Histerik kişilerde eyleme-koyma savunması genellikle karşı-fobik bir nitelik taşır: Bu kişiler bilinçdışı olarak korktukları durumlara doğru hareket ederler. Seksten aşırı korkarken baştan çıkarıcı şekilde davranmaları bunun örneklerinden biridir, yalnızca; bunun dışında, bedenlerinden bilinçdışı olarak utanırken kendilerini teşhir etme, diğer kişilere göre öznel açıdan kendilerini daha aşağı hissederken kendilerini ilgi merkezi yapma, saldırganlıktan bilinçdışı olarak korkarken cesaret dolu ve kahramanlık gösteren davranışlara atılma, otoritelerin gücünden korkarken onları kışkırtma eğilimi de gösterirler. DSM-IV'ün Ön Ölçütleri'nde (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1993) Histrionik Kişilik Bozukluğu'nun betimlenme şekli, diğer eşit derecede önemli özellikleri dışarıda bırakacak şekilde histerik karakterin eyleme-koyma yönü üzerinde durmaktadır. Histeri ile ilişkilendirilmiş pür davranışsal olgular içinde karşı-fobik eylemle-canlandırmaların en çarpıcı olanlar oldukları açıktır ve bunlar diğer kişilerin en çok ilgisini çeken davranışlardır aynı zamanda; ancak tanı açısından bakıldığında bu davranışların anlamı da önemlidir ve histerik tarzın, kişiyi en zorlayıcı içsel niteliğinin kaygı olduğu da unutulmamalıdır.

Histerik yapılanma gösteren kişiler, bilinçdışı olarak yüksek düzeyde kaygı, suçluluk ve utanç duyguları yaşadıklarından ve muhtemelen, ayrıca, mizaçları gereği olayları yoğun olarak yaşamaya ve aşırı uyarılmaya açık olduklarından, karşılaştıkları zor durumlarda hemen çaresiz hissedebilirler. Başka psikolojilerdeki kişiler için başa çıkılabilir nitelikteki deneyimler, histerik kişiler için travmatik olabilir. Bunun sonucunda da, bu kişiler, hepsiyle derhâl başa çıkmak zorunda kaldıkları duygulanımsal açıdan yüklü bilgilerin miktarını azaltmak amacıyla, sık sık dissosiyatif mekanizmaları kullanırlar. Bu mekanizmaların işleyişine örnek olarak, 19. yüzyıl Fransız psikiyatristleri-

nin *güzel aldırmazlık* [*la belle indifference*] (bir durumun veya semptomun ağırlığının tuhaf bir şekilde azaltılması), *fausse reconnaisance* (aslında olmamış bir şeyi hatırladığından emin olma), *pseudologia fantastica* (en azından anlatırken inanıyor gibi görünerek, olmayacak olaylar anlatma eğilimi) olarak adlandırdıkları olgular; füg [kaçış] durumları; bilişsel düzeyde hatırlanmayan travmatik olayların bedensel anıları; aşırı yemek yemek veya histerik öfke patlamaları, vb. verilebilir.[6]

Kariyerinin büyük bölümünü insanları güvenli seks hakkında eğitmeye adamış olan, atmışlarında ve meslek hayatında oldukça başarılı bir kadın hastam, katıldığı bir konferansta, kendini, seks yapmaya hazır hissetmediği bir adamla sevişirken bulmuştu ("O istedi ve sanki bu, başka bir söz söylenmesine imkan bırakmadı"). O anda adamın prezervatif kullanmasını istemek de aklına gelmemişti. Hem hayır deme becerisini hem de korunmasız seksin olumsuz sonuçlarına ilişkin bilincini dissosiye etmişti. Yaşadığı dissosiyasyonun nedenleri arasında narsisistik bir baba ve çocukluğunda sürekli olarak aldığı, diğer kişinin ihtiyaçlarının her zaman önce geldiği anlamını taşıyan mesajlar vardı.

HİSTERİDE NESNE İLİŞKİLERİ

Histeriye yatkınlık gösteren kişilerin geçmişlerinde neredeyse hep, cinsiyetlere farklı düzeyde güç ve değer atfedilmiş olan olay ve tutumlara rastlanır. Histeri üreten yaygın durumlar arasında, küçük kızın, ebeveyninin birinin veya her ikisinin erkek kardeşini/kardeşlerini çok daha fazla tercih ettiklerinin acı verici şekilde farkında olduğu veya bir erkek olarak doğmasının beklenmiş olduğunu hissettiği aile ortamları bulunur. (Bazen, bunda haklıdır; bazen de, bu teoriyi, hatalı şekilde, üç kızın üçüncüsü olması gibi verilere dayanarak kendi üretir.) Veya küçük kız, babasının ve ailenin erkek üyelerinin annesine, kendisine ve kız kardeşlerine göre çok daha fazla güce sahip olduklarını fark eder.

Bu kız çocuğuna olumlu ilgi gösterildiğinde, bu ilgi, sadece, görünüşü gibi yüzeysel dışsal niteliklerle veya masum ve şirin olması gibi tehdit edici gelmeyen ve bebeksi niteliklerle bağlantılıdır. Bu kız çocuğunun erkek kardeşlerine olumsuz ilgi gösterildiğinde, erkek çocuğun yetersizlik olarak görü-

6 Histerik bireylerde, bu mekanizmalar burada belirtilen diğer savunmalara ikincil niteliktedir; dissosiyatif kişilerde ise, bunlar birincil niteliktedir. Histerik ve dissosiyatif gruplar birbirleriyle bir hayli örtüşürler ve bunlar kolayca birbiriyle karıştırılabilir. Çeşitli durumların histeri başlığı altında bir araya toplanmış olması, tanı koyma çalışmasını karmaşıklaştırmıştır. Freud ve sonraki birçok analist, bizim bugün açıkça çoklu kişilik olarak göreceğimiz hastalar ile temelde histrionik olan hastalar arasında bir ayrım yapmakta başarısız olmuşlardır.

len davranışları kadın gibi olmakla eş tutulur ("Kız gibi atıyorsun!" veya "Evde etek giyen kişi senmişsin gibi davranıyorsun"). Bu kız çocuğu büyüdükçe ve fiziksel olarak geliştikçe, babasının kendisinden uzak durmaya başladığını ve kızının gelişen cinselliğinden rahatsız göründüğünü fark eder. Bu durumlar sonucunda, cinsiyetinden dolayı aşırı reddedilmiş hisseder; ancak aynı zamanda, kadınlığının erkekler üzerinde tuhaf bir gücü olduğunu da sezer (bkz. Celani, 1976; Chodoff, 1978, 1982).

Birçok histrionik kadının babalarının korkutucu ve baştan çıkarıcı oldukları tespit edilmiştir çoğu kez (e.g., Easser & Lesser, 1965; Herman, 1981). Erkekler, kendi küçük kız çocuklarına ne kadar korkutucu geldiklerini yeterince değerlendiremeyebilirler; erkek bedeni, yüzü, sesi küçük kızlarınkinden veya annelerinkinden daha serttir ve çocukların buna alışmaları zaman alır. Bir erkek, ayrıca, aşırı öfkeli hâller, sert eleştiri, sapkın veya özellikle ensest içeren davranışlar gösterirse, kız çocuk açısından dehşet verici olabilir. Şefkatli bir baba, aynı zamanda, kızı için korkutucu da olduğunda, kızında bir tür yaklaşma-kaçınma çatışması yaratır; canlandırıcı ama aynı zamanda korkutucu bir nesne hâline gelir. Ataerkil bir ailede olduğu gibi, eşi üzerine baskı kurmaya da çalışıyor gibiyse, olumsuz etkisi iyice artar. Bu erkeğin kız çocuğu, bir yandan, kendi cinsiyetinden olanlara, özellikle çocukluğun şirinlikle dolu günleri geçtikten sonra, daha az değer verildiğini; öte yandan da, babasının cinsiyetinde olanlara hesap kitap yaparak yaklaşmak gerektiğini öğrenecektir. Mueller ve Aniskiewitz (1986) histerik kişiliğin etiyolojisinde anne yetersizliği ile baba narsisizminin bir birleşimi bulunduğu üzerinde durur:

> Anne ister zayıf, etkisiz bir rolü kabullenmiş olsun ister çocuğu kendisine bir tehdit olarak görüp onunla rekabete girerek tepki göstermiş olsun;, temel mesele olgun nitelikte bir karşılıklılık sağlanamamış olması olarak kalır... Benzer şekilde, hangisi söz konusu olursa olsun; babanın kendi yeterliliğiyle ilgili çatışmalarının zayıf, sahte-erkeksi bir dışsal görünüm üzerinden ifade edilmesi veya doğrudan sıcak, cinsel ya da kandırmacalı yollarla, ifade edilmesi ... babanın olgunlaşmamışlığını ortaya koyar. ... Babaların görünen özellikleri arasında farklılıklar olsa da, ortak gizil kişilik eğilimleri fallik-ödipal bir yönelimi yansıtır. Bu babalar, bencil ve sahiplenici olurlar ve ilişkilerini kendilerinin uzantıları olarak görürler. (s. 15-17)

Dolayısıyla, histerik kişilik yapısında çoğu kez payı bulunan etkenlerden biri, kişinin cinsel kimliğinin sorunlu olduğu duygusudur. Erkek olmalarının küçümsendiği (bazen, hipotetik "gerçek" erkeklerle alaylı karşılaştırmalarla) anaerkil ortamlarda büyüyen bazı küçük erkek çocuklar, hâkim kültü-

rün geleneksel olarak erkeklere tanıdığı avantajlara karşın, histerik bir yönde gelişim gösterirler. Örneğin, bu tür aile dinamiklerinin görüldüğü belirtilmiş olan ve DSM-IV'ün histrionik kişilik kriterlerini uyan küçük de olsa tanımlanabilir bir eşcinsel erkek alt grubu vardır (örn., Friedman, 1988). Kadınlarda histeriyle daha sık olarak karşılaşılmasının nedeni bana iki olguyla açıklanabilir gibi geliyor: (1) hâkim kültürde erkekler kadınlardan daha fazla güce sahiptir ve her çocuk bunu görür ve (2) erkekler bebeklerin birincil bakıcılığını daha az yaparlar ve bu göreceli yoklukları onları daha heyecan verici, idealize edilebilir ve kadınlara göre daha "öteki" yapar.

Kültürün en yalın cinsiyet stereotiplerini (erkekler güçlüdürler ancak narsisistik ve tehlikelidirler; kadınlar yumuşak ve sıcaktırlar ancak zayıf ve çaresizdirler) abartan bir yetiştirmenin sonucu da, bu şekilde yetiştirilmiş bir kadının, özellikle güçlü olarak gördüğü erkeklerle bağ kurarak güvenlik ve özsaygı elde etme arayışına girmesidir. Bunu başarmak için cinselliğini kullanabilir kadın, ancak sonrasında, böyle bir kişiyle kurulan fiziksel ilişkiye tatminkâr bir cinsel yanıt vermediğini görebilir. Ayrıca, o erkeğin varolduğu düşünülen gücü kadını korkuttuğu için, kadın erkek partnerinin daha şefkatli yönlerini ortaya çıkarmaya çalışabilir, ama bunun ardından da, bilinçdışı bir şekilde, onu tam bir erkek olmadığı için (yani, yumuşak, feminen, zayıf olduğu için) değersizleştirebilir. Bu eğilim çerçevesinde, bazı histerik örgütlenme gösteren kişiler (hem erkekler ve hem de kadınlar), cinsiyete göre önce aşırı değer vermeyi, sonra da değersizleştirmeyi içeren döngüleri tekrarlayarak yaşayıp dururlar; bu döngü esnasında güç cinselleştirilir, ancak cinsel doyum tuhaf şekilde, ya yoktur ya da kısa sürelidir.

HİSTERİK KENDİLİK

Histerideki temel kendilik duygusu, güçlü ve yabancı diğerlerinin hâkim olduğu bir dünyada, dünyayla, onun durumundaki bir çocuktan ne kadar beklenebilirse o düzeyde başa çıkan, küçük, korkmuş ve eksiklikleri olan bir çocuğun kendilik duygusu gibidir. Histerik kişilik gösteren kişiler, kontrol eden ve manipulatif kişiler olarak görünebilseler de, öznel zihinsel durumları bunun tam tersidir. Histerik kişilerin yaptıkları manipülasyon, bu kişilerin güvenliğe ve kabul edilmeye yönelik temel arayışlarına göre, psikopatik kişilerin yaptıkları manevralara tam bir zıtlık oluşturacak şekilde, bir hayli ikincil nitelikte bir meseledir. Histerik kişilerin diğer kişileri yönetmeye çalışması, korkutucu bir dünyada bir güvenlik adası kurmayı başarmaya; kişinin özsaygısını istikrarlı kılmaya; korkutucu olasılıklar üzerinde, bu olasılıkları fiiliyata

dökecek eylemlerde bulunarak bir hâkimiyet sağlamaya; bilinçdışı düşmanlık duygularını ifade etmeye veya tüm bu itkilerin değişik düzeylerde bir araya geldiği kimi amaçlara yönelik çabaları içerir. Diğer kişilerin üstünde "bir hâkimiyet kurarak" bundan zevk almak, amaçları arasında yer almaz.

Örneğin, tiyatro bölümü mezunu olan ve sevecen ancak kaprisli ve çabuk öfkelenen bir babayla büyümüş genç bir kadın hastam, mezun olduğu okulda otorite konumundaki erkeklere birbiri ardına âşık oluyor ve bu erkeklerin her birinin en iyi öğrencisi olmak için olağanüstü çaba harcıyordu. Erkek öğretmenlerin veya eğitmenlerin her birine inceden inceye övgü içeren tutumlarla yaklaşıyor ve onlarla olan çalışmalarda şaşırtıcı bir çalışma disiplini gösteriyordu; bu davranışlarını da, geleceği, istedikleri kararı verme yetkisine sahip erkeklerin vicdanına kalmış bir ortamda tiyatro oyuncusu olmanın kurallarına uymak olarak akılcılaştırıyordu. Bazı eğitmenler onun baştan çıkarıcılığına karşı koymakta oldukça zorlanıyorlardı. Eğitmenlerden, ona ilgi duymaya başladıkları yönünde sinyaller almaya başladığında, buna heyecan (güçlü ve değer verilmiş hissettiği için), coşku (çekici ve arzulanan biri olduğunu hissettiği için), korku (eğitmenlerin, duydukları ilgiyi cinsel taleplere dönüştürmeleri olasılığı bulunduğu için) ve suçluluk (eğitmenler üzerinde kendi gücünü denediği ve onların yasak olan erotik ilgilerini kazandığı için) duygularıyla tepki veriyordu. Manipülatif tutumları erkeklerle, özellikle de otorite konumundaki erkeklerle sınırlıydı ve oldukça güçlü bir itkiye dayansa da çatışmalarla doluydu.

Histrionik kişilerde özsaygı, çoğu kez, bu kişilerin, karşı cinsiyetteki kişilerin sahip oldukları düzeyde statü ve güç sahibi oldukları (ya da, histerik yapılanma gösteren eşcinsel erkeklerde durumunda, daha erkeksi görülen erkeklerin sahip oldukları düzeyde statü ve güç sahibi oldukları) duygusunu sık sık yaşamalarına bağlıdır. Bir idealize nesneye bağlanma –özellikle de kendini onunla tek bir bütün gibi görme– bir tür "türetilmiş" özsaygı duygusu yaratabilir (Ferenczi, 1913): "Bu güçlü kişi benim bir parçamdır." Rock grubu hayranı Pamela Des Barres'ın* (1987) otobiyografisi bu türden bir psikoloji yaşadığına işaret eder. Cinsel eyleme-koyma, güçlü bir erkeğin onun içine girmesinin bir tür onun kuvvetini almak olduğu yönündeki bir bilinçdışı fantaziyle harekete geçirilebilir.

Histerik yapılanma gösteren kişilerin özsaygılarını güçlendirmekte kullandıkları başka bir yol da kurtarma operasyonu olarak adlandırabilece-

(*) Pamela Des Barres (1948 –), çocukluk ve gençlik çağında birçok rock sanatçısına ve grubuna hayranlık duymuş ve bu deneyimlerini, yazdığı kitaplarda anlatmış California doğumlu bir yazar – ç.n.

ğimiz bir yoldur. Tersine-çevirme savunmasını kullanmaları sonucu, risk altındaki çocuklara yardım ederek, içlerindeki korkmuş hâldeki çocuğu yardım etmeye çalışabilirler. Veya otorite korkularıyla karşı-fobik şekilde başa çıkmaya çalışabilirler ve korkutucu-heyecan verici çocukluk nesnesinin yerine konmuş olan güncel ilişki nesnelerini değiştirmeye veya iyileştirmeye girişebilirler. Onları "kurtarma" umuduyla, yırtıcı, tahripkâr erkeklere âşık olan tatlı, sıcak, sevecen kadınların bulunması olgusu, histerik genç kadınların ebeveyni, öğretmeni ve arkadaşı olan birçok kişi için şaşırtıcı olsa da aşina oldukları bir olgudur.

Histeriklerin rüya imgelerinde, terapist, çoğu kez, histerik erkeklerin gizli bir uterusa ve histerik kadınların gizli bir penise sahip olduğunu temsil eden semboller bulur. Histerik örgütlenme gösteren kadınlar doğal saldırganlıklarında bulunan gücü, kendi cinsel kimlikleriyle bütünleşmiş bir güç olarak görmek yerine kendi "erkeksi" yönlerini temsil eden bir güç olarak görme eğilimindedirler. Kadınlık kimliğinde güç duygusunu hissedememeleri, histerik örgütlenme gösteren kadınlar için, halledilmesi güç ve kendini devam ettiren bir sorun yaratır. Danışanlarımdan birinin söylediği gibi: "Güçlü hissettiğimde, bir erkek gibi hissediyorum, güçlü bir kadın olarak değil."[7]

Diğer cinsiyetin avantajlı olduğu algısı, histerik kişilik yapısı gösteren kadınlarda bir paradoks yaratır: Gücün esasen erkeksi olduğu yönündeki bilinçdışı duygularına karşın, kendilik-sunumları tartışılmaz şekilde kadınsıdır. Kadınlıktaki tek güç kaynağının cinsel çekicilik olduğunu düşündüklerinden, nasıl göründüklerine aşırı önem verebilirler ve yaşlanmaktan normalin üstünde korkabilirler. Yaşlı histerik kadının bu trajikomik durumu *A Streetcar Named Desire** adlı oyunundaki Blanche duBois karakterinde dile getirilmiştir. Erkek veya kadın, histerik yatkınlık gösteren bir danışan, çekiciliğin yanı sıra, özsaygısını artıracak ve güçlendirecek başka yönlerini de geliştirme konusunda teşvik edilmelidir.

Histrionik kişilerde görülen, kibirliliğe ve baştan çıkarıcılığa yönelik

---

7 Bu tür düşünme tarzı –erkek olmanın etkin olmakla ve kadın olmanın edilgin olmakla eş tutulması ve dolayısıyla, girişken bir kadının tanım itibariyle "erkeksi" yönünü veya şefkatli bir erkeğin de "kadınsı" yönünü ortaya koymakta olduğu görüşü – 19. yüzyıl boyunca oldukça yaygındı ve bu görüş birçok psikanalitik teoriye de sızdı (örn., Jung'un animus ve anima arkeptileri). Çinlilerin yin ve yang ikilisinde olduğu gibi, bu fikirlerin belli bir evrensel niteliği vardır; ancak bunların Batılı kişilik teorilerine uygulanmasının her zaman sorun doğuran etkileri olmuştur. Bu kavramsal çerçeve içinde düşünen ve üzücü şekilde yararsız sonuçlar almış olan, etkileyici ve yetenekli bir histerik kadın psikanalist de vardır: Prenses Marie Bonaparte (Bertin, 1982).

(*) *A Streetcar Named Desire (Arzu Tramvayı)*, Amerikalı yazar Tennessee Williams'ın 1947 yılında yazdığı ve 1948 Pulitzer Drama ödülü verilmiş olan oyundur – ç.n.

eğilim, her ne kadar, bu tutumların özsaygı elde etme ve özsaygıyı sürdürmeye yönelik olarak işlev görmesi çerçevesinde, narsisistik bir savunma oluşturuyorsa da, temel kişilikleri narsisistik olan kişilerde görülen ve davranışsal açıdan benzer nitelikteki süreçlerden farklıdır. Histrionik yapılanma gösteren kişiler içsel açıdan boş ve kayıtsız kişiler değildirler; bu kişiler, kişisel alanlarının işgal edilmesinden, sömürülmekten ve reddedilmekten korktukları için, kendilerini korumaya yönelik bir savunma olarak, çevrelerindeki kişileri cazibeleriyle etkilemeye çalışırlar. Bu, kişisel alanlarının işgal edilmesi, sömürülme ve reddedilme kaygıları tetiklenmediğinde, gerçekten sıcakkanlı ve ilgi ve sevgi duyan kişiler olurlar. Nispeten daha sağlıklı histerik kişilerde, kişiliğin sevecen yönleri, göze çarpan şekilde, savunmacı ve bazen tahripkâr yönleriyle çatışma içindedir. Yukarıda betimlenmiş olan, erkek öğretmen ve eğitmenlere mavi boncuk dağıtan kız oyuncu, ayartmak için çok çaba harcadığı erkekler üzerindeki karmaşık etkisinin hem acı çekerek hem de suçluluk duyarak farkındaydı ve bu duyguları çoğu kez dissosiye edebilmesine karşın, erkeklerin eşlerine yönelik olarak suçlu hissediyordu.

Histrionik kişilerin ilgi çekme amaçlı davranışları bilinçdışında, kabul edilmeye lâyık kişiler olduklarının –özellikle, cinsiyetlerine, çocukluk deneyimlerinde olduğunun tersine, değer verildiğinin– güvencesini kazanmaya çalışma anlamını taşır. Ayrıca, histerik örgütlenme gösteren bireyler, yine bilinçdışı olarak, iğdiş edildikleri duygusunu yaşarlar, genelde; bedenleriyle gösteriş yaparak, edilgin nitelikteki bir fiziksel aşağılık duygusunu etkin nitelikteki bir fiziksel güç duygusuna dönüştürüyor olabilirler. Bu çerçevede, teşhircilikleri depresyona karşı koymaya yönelik bir işlev taşır.

Histeriyle birlikte görülen "yüzeysel duygulanım"ın anlaşılmasında da benzer noktalar geçerlidir. Histrionik kişiler duygularını dile getirdiklerinde, anlattıkları şeylerde, çoğu kez, oyunculuğa dökülmüş, hakiki olmayan, abartılı bir yönün bulunduğu doğrudur. Ancak bu durum, dile getirdikleri duyguları "gerçekten" yaşamadıkları anlamına gelmez. Yüzeysellikleri ve açıkça görülen, bir oyun sergilercesine tavırları, güçlü olarak algıladıkları biri karşısında kendilerini dile getirme cesaretini göstermeleri durumunda neler olabileceğine ilişkin aşırı kaygı yaşamalarından kaynaklanmaktadır. Bebeksileştirilmiş ve değersizleştirilmiş olduklarından, duygularına diğer kişilerin saygı gösteren bir ilgi duymalarını da beklememektedirler. Histrionik kişiler yaşadıkları kaygıyı aşmak; kendilerini ve diğer kişileri, kendini ifade etme hakları bulunduğuna ikna etmek için duygularını abartırlar; buna paralel olarak, gerçekten ciddi olmadıkları mesajını da göndererek, bulundukları bu ortamı da

kendilerini ifade etmek için güvende hissetmedikleri bir yer olarak yaşamaları durumunda, söylediklerini geri alma veya önemsizleştirme seçeneğini de korurlar. Örneğin, teatral şekilde gözlerini döndürerek söylenen "ÇOOOOK öfkelendim!" gibi ifadeler, dinleyiciyi, duyguyu, gerçekten yaşanmayan veya önemsiz bir duygu olarak görmeye davet eder. Aslında duygu oradadır, ancak çatışmanın içinde sıkışıp kalmıştır. Histrionik kişi, terapötik çalışmada, kendisine özen gösterilen bu ortamda, sonunda öfkesini ve diğer duygularını inanılır ve doğrudan bir şekilde anlatabilecek ve tepkisel, izlenimsel bir tarzı inisiyatifi ele alan ve analitik bir tarzla birleştirebilecektir,.

HİSTERİK HASTALARLA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Aktarım ilk olarak şikâyetleri histerik kişilik alanında bulunan danışanlarla çalışırken keşfedilmişti; aktarımın bu kişilik tipinde böyle göze görünür olmuş olması bir rastlantı değildir. Freud'un histeriye ilişkin tüm kavramlaştırmaları, bilinçli olarak hatırlanamayanın bilinçdışı alanda aktif olarak kaldığı ve semptomlarda, eylemle-canlandırmalarda ve geçmişteki senaryoların yeniden yaşantılanmasında ifadesini bulduğu gözlemi etrafında gelişmişti. Histerik kişi bugünü, hatalı olarak, bugünün de, geçmişte öyle algılanmış tehlikeleri ve aşağılanmaları içerdiği şeklinde değerlendirir; bunun nedeni de, kısmen, histerik kişinin birbiriyle çelişen bilgilerin bilincine girmesine izin veremeyecek derecede aşırı kaygılı olmasıdır.

Bu faktörlerden başka, histrionik kişiler oldukça nesne yönelimli ve duyguları ifade etmeye yatkın kişilerdir. Genelde insanlara ve özelde terapiste, duygu ve davranışları hakkında, diğer kişilere göre daha çok konuşurlar genellikle. Yukarıda betimlenen dinamikleri göz önünde bulundurursak, okuyucu, muhtemelen, kadın histerik hasta ile erkek terapist ikilisinin danışanın merkezi çatışmalarını derhal uyandıracağını görecektir. Freud, başlangıçta, histrionik danışanlarına müşfik bir hekim olarak kendini sunmaya çalışırken, hastalarının onu, ondan dolayı acı çekecekleri, onunla mücadele edecekleri ve bazen de ona âşık olacakları, çeşitli duyguları harekete geçiren bir erkek olarak görmekte ısrar etmelerini tespit ettiğinde buna canı oldukça sıkılmıştı (Freud, 1925b).

Histerik kişilik, cinsiyetle bağlantılı meselelerin hastanın dünyayı görme tarzına hâkim olduğu türde bir psikolojiyi içerdiği için, başlangıçtaki aktarımların doğası da danışanın ve terapistin cinsiyetlerine bağlı olarak farklı olacaktır. Kadın danışanlar erkek terapistlerle çalışırken genellikle heyecanlı ve korkulu olurlar ve savunmacı nitelikte baştan çıkarıcı davranışlar sergilerler.

Kadın terapistlerle çalışırken ise, çoğu kez inceden inceye düşmanca ve rekabetçi bir tutum benimserler. Kadın danışanlar, kadın veya erkek, tüm terapistler karşısında kısmen çocuksu görünebilirler. Erkek histerik hastalar da, psikolojik açıdan, cinsiyet farkları hakkındaki genellemelere göre örgütlenmişlerdir; ancak onların aktarımları, içsel kozmolojilerinin anne figürlerine mi yoksa baba figürlerine mi daha çok güç atfettiğine bağlı olarak değişecektir. Genel olarak da tüm histerik danışanlar hakkında şunları söyleyebiliriz: Bu danışanların çoğunluğu, işbirliği yapan ve terapistin gösterdiği ilgiyi görüp anlayan kişilerdir. Sınırdurum ve psikotik düzeyde olan histeroid kişiler ise, deneyimlerini çok tahripkâr bir şekilde eyleme-koymalarından ve tedavi ilişkisinden çok korkmalarından dolayı, tedavi edilmesi zor kişilerdir (Lazare, 1971).

Ancak üst düzeyde işlevselliği olan histerik danışanlar bile, o denli yoğun aktarımlar yaşayabilirler ki, neredeyse psikotik biri gibi hissedebilirler. Yoğun aktarımlar hem terapist hem de danışan için cesaret kırıcıdır; ancak yapılacak yorumlarla başarılı bir şekilde ele alınabilirler. Rolleri içinde güvende hisseden terapistler, bu danışanların aktarımlarını, tıpkı Freud'un da yaptığı gibi, tedaviye engel olarak değil, tedavinin iyileşmeyi sağlayan yolu olarak göreceklerdir. Histrionik hastalar yaşadıkları türden tutkulu duyguları terapistin odasında itiraf etmekten çok korktuklarında, bu duyguları terapistin yerine konan saydam ikamelerle eyleme-koyarak yaşayabilirler. James adlı, terapi eğitimi alan bir öğrencim, babası travmatik derecede mütecaviz tutumlar ile reddedici tutumlar arasında gidip gelen histerik bir genç kadını tedavi etmeye başlamıştı; bu hasta, tedavisinin ilk ayları boyunca adları Jim, Jamie ve Jay olan erkeklerle birbiri ardına ilişkiler yaşadı.

Kimi zaman histerik karakter gösteren kişinin aktarımı, terapistine, yaşadığı bu aktarımı taşımasını mümkün kılacak yeterlilikte güven duymaya başlamasından önce, acı verici derecede yoğun bir hâle gelebilir. Özellikle tedavinin ilk aylarında, histrionik hastalar tedaviyi bırakabilirler; bunu bazen akılcılaştırmalar üreterek, bazen de, onları uzaklaştıran şeyin, kendilerinin çekiciliğinin, korkularının veya nefretlerinin gücü –ve bunların uyardığı kaygı– olduğunun bilinç düzeyinde farkında olarak yaparlar. Korkutucu tepkiler genellikle, sıcak duygularla birlikte bulunsalar da, bunlar tahammül edilemeyecek denli sıkıntı verici duygular olabilirler. Terapi ortamında benimle birlikteyken yaşamakta olduklarını gördükleri düşmanlık ve değersizleştirme duygularından, benimle çalışmaya devam edemeyecek denli rahatsız olmuş olan bazı kadın danışanlarla çalıştım. Erkek meslektaşlarımdan birçoğu da,

terapiden bir yarar sağlamak için terapistlerinin sevgisini kazanma takıntısına aşırı düzeyde kapılmış histrionik danışanlar tarafından bırakılmışlardır. Bu vakalarda, özellikle aktarım büyük oranda egoya-yabancıysa, hâlen görülen terapistin bırakılıp, erken dönemdeki aşırı uyarıcı veya değersizleştirilmiş nesneye daha az benzer görünen bir terapistle çalışılmaya başlanması iyi sonuç verebilir.

Histerik danışanlarla çalışırken terapistin yaşayacağı karşı-aktarım hem savunmacı mesafe koymayı hem de bebeksileştirmeyi içerebilir. Bu olasılıkların en sorunlu olduğu terapötik ikili, erkek terapist ile (özellikle de bu erkek terapistin kişiliğinde az da olsa bir narsisistik eğilim varsa) kadın danışan ikilisidir. Daha önce de belirttiğim gibi, histrionik danışanlarda görülen ve sahte-duygulanım hissini veren deneyimlere terapistin saygı içeren bir tutumla katılması zor olabilir; bu süreğen olarak kaygılı hastaların kendilerini abartılı şekillerde göstermeleri karşı tarafı alaycı bir tutuma davet eder. Histerik örgütlenme gösteren kişilerin çoğu, bir yandan da, kişilerarası ilişkilerdeki ipuçlarına oldukça hassastırlar; üstünlük içeren ve davranışlarını eğlence konusu yapan bir tutum, bu kişileri, terapistin hastaya saygı göstermeyen tutumunu farkındalıkları dışında tutmayı başarsalar bile, bir hayli yaralayacaktır.

Bir insanın, kadın düşmanı olduğunu egoyla-uyumlu şekilde ve açıkça belirtmesinin politik açıdan yanlış olarak görülmesinin öncesinde, (erkek) psikiyatri asistanlarının, kendi aralarında konuşurlarken, birbirlerini, yorucu histrionik hastalarına ilişkin olarak teselli etmelerine sıkça rastlanırdı: "Şu kaçık histerik kadını görüyorum –kaşlarımı her çattığımda gözyaşlarına boğuluyor. Bugün de, açık saçık bir etek giyerek gelmiş!" Bu konuşmaları işitebilecek mesafedeki kadın çalışanlar birbirlerine buruk bakışlarla bakıp, yardım etmeyi umut ettiği biri hakkında bu şekilde konuşan bir terapistle tedavide olmadıkları için sessizce şükrederlerdi.

Histrionik bir kadına yönelik bu küçümseyici ve düşmanca tepkiyle bağlantılı olan başka bir tepki de, danışana sanki küçük bir kızmış gibi davranmaktır. Gerileme, histerik kişinin cephanesindeki başlıca silâhlardan biri olduğu için, danışanın sanki küçük bir kızmış gibi davranması da beklenen bir durumdur. Ne var ki, bunun bilinmesine rağmen, histerik danışanın terapisti eyleme-koymaya davet ettiği tümgüçlü tutumlara ne kadar çok sayıda klinisyenin kendini kaptırdığını görmek şaşırtıcıdır. Çaresiz ve küçük bir kızla Her Şeyi Bilen Baba'yı oynamanın çekiciliğinin oldukça güçlü olduğu anlaşılıyor. Diğer tedavi çalışmalarında çalışma disiplinine bağlı kalan, ancak his-

terik örgütlenme gösteren kadın danışanlarla tedavi çalışmalarında, danışanla, öğüt verme, övme, güvence verme ve teselli etme gibi etkileşimlere girme itkisini, tüm bu etkileşimlerin içerdiği mesajlarda, danışanın kendi başına hayatını yönetmeyi başaramayacak; kendi kendini onaylama, temin etme veya rahatlatma becerisini geliştiremeyecek denli zayıf biri olduğu alt metninin bulunması gerçeğine karşın, tutamayan klinisyenler tanıyorum.

Histrionik kişilerin çoğunda gerileme savunmacı bir nitelik taşır, yani, gerileme bu kişileri, yetişkin sorumluluğunu üstlenmeye eşlik eden korku ve suçluluk duygularını hissetmekten korur; bu yüzden de, gerçek çaresizlik ile karıştırılmaması gerekir. Korkmak ile yetersiz olmak aynı durumlar değildir. Terapistin histerik bir danışanla çalışırken, danışanın yaşadığı sıkıntıların üzerine aşırı düşmesi, bu tutum düşmanca ve küçümsemeyici bir yaklaşımı içermese bile, sorun doğuran bir tutumdur; çünkü bu tutum, danışanın düşük düzeydeki özsaygının yine düşük düzeyde kalmasını pekiştirecektir. Hastaya ebeveynimsi bir endişeyle yaklaşmayı içeren bir tutum, hastanın "manipülatif davranışları"na gösterilen kızgınlık tepkileri derecesinde aşağılayıcı bir tutumdur.

Son olarak, hastanın baştan çıkarıcılığına hastanın beklentilerine uygun yanıt vermeye yönelik karşı-aktarım kışkırtmalarından bahsetmek istiyorum. Yine, bu tehlike, danışanların cinsel suistimaline ilişkin bugüne kadar yapılmış her çalışmada gösterilmiş olduğu gibi, erkek terapistler için, kadın terapistlere göre olduğundan, çok daha büyük bir tehlikedir (örn., Pope, Tabachnick, & Keith-Spiegel, 1987). Histerik hastaların, hatta oldukça baştan çıkarıcı davranan heteroseksüel erkeklerin tedavisini yürüten kadın terapistler, bağımlı erkek-otoriter kadın ikilisinin erotize edilmesini zorlaştıran içselleştirilmiş sosyal kurallar tarafından korunurlar. Ne var ki, daha yaşlı veya daha güçlü erkeğin daha genç veya daha ihtiyaç içindeki kadına çekici gelmesi olgusunun kültürel açıdan kabul edilmiş olması – bu kültürel kabulün psikodinamik kökenlerinde bulunan, erkeklerin kadınlar tarafından yutulma korkuları, bu paradigma tarafından hafifletilir – erkekleri terapötik rolleri içinde cinsel isteklere kapılmaya karşı çok daha zayıf bir konumda bırakır. Erkek terapistlere bu durumda nasıl davranacakları konusunda yardım edecek nitelikte olan, cinsel eyleme-koymanın içerdiği ahlâki sorunların ve doğurduğu sonuçların yapısına ilişkin bir çerçeveyi daha yeni yeni oluşturuyoruz.[8]

---

8 Eski öğrencim Sharon Greenfield'ın doktora tezi (1991), önceki terapistleri kendileriyle cinsel nitelikli eyleme-koymaya girmiş kadın danışanların tedavisini yapan klinisyenlerle yapılmış görüşmeleri içeriyordu. Görüştüğü kadın terapistler önceki erkek terapisti sömürücü bir narsisist veya psi-

Teorik bilgilerin işaret ettiği noktalar ve klinik uygulamalardan öğrenilen dersler, hastalarla cinsel eyleme-koymanın çok ağır sonuçları olduğunu kesin bir şekilde doğrulamaktadır (Smith, 1984; Pope, 1987). Histerik danışanların ihtiyaç duydukları şey, tedavide temel çatışmaları canlandığında ihtiyaç duyduklarını düşünebilecekleri şeylerin tersine, güçlü arzular içindelerken bunların güvendikleri nesne tarafından sömürülmediğini görme deneyimini yaşamaktır. Karşılarındaki kişiyi baştan çıkarmaya çalışıp bunu başaramamak histrionik kişilere derin düzeyde dönüştürücü bir etki yapar; çünkü – çoğu kez, hayatlarında ilk kez– bir otorite figürünün onların iyiliğini onları kullanma fırsatından daha öncelikli tutacağını ve özerkliklerinin doğrudan ifadesinin, bunun savunmacı ve cinselleştirilmiş çarpıtmalara uğramış şekilde ifade edilmesine göre daha etkili olduğunu öğrenirler.[9]

HİSTERİ TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Standart psikanalitik tedavi, histerik kişilik yapısı gösteren kişiler için icat edilmişti ve bugün de bu hastalarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Standart tedavi ile şunu kastediyorum: Terapist nispeten sessizdir ve hastayı yönlendirmez, içerikten ziyade süreci yorumlar, savunmanın karşı durduğu içerikten ziyade savunmalar üzerinde çalışır ve yorumlarını, çoğu kez, aktarımda göründükleri şekillerde direncin ele alınmasıyla sınırlandırır. David Alien'in (1977) belirttiği gibi:

> Histerik hastalar hemen bağ kurarlar ve terapide aradıkları bağ onarıcı nitelikte olan bir bağdır. ... Mesleğe yeni başlayan terapistler için bu hastalar aktarımın en açık görünen ve en ulaşılabilir kanıtlarını sergilerler. ... Histerik kişiliğin tedavisinin dönüm noktası *aktarımdır*. Yanlış yorumlar yaparsak, bunları, daha sonra edinilen bilgilerin ışığında düzeltebiliriz. Yorum yapma fırsatlarını kaçırırsak, bu fırsatlar tekrar tekrar ortaya çıkacaktır.

---

kopat olarak görürken, erkek terapistler, bir hastanın baştan çıkarıcı baskılarına maruz kalan bir erkeğin mesleki kuralları nasıl gözden yitirebileceğini öne çıkaran daha anlayışlı bir tavır sergilemişlerdir.

9 Terapötik sınırların ihlâline ilişkin birçok araştırmanın yapılmakta olduğu 1970'lerin başlarında, bazen, samimi oldukları açıkça belli olan kimi kişilerin, hastaların cinselliklerinin terapistlerince bu denli somut şekilde dikkate alınmasının hastalar için terapötik olabileceğini ileri sürdükleri görülüyordu. Şu nokta ilginçtir ki, bu iddia, hastanın yaşlı veya obez olduğu veya fiziksel açıdan çekici olmadığı durumlarda asla dile getirilmiyordu.

Histrionik hastalara karşı üstünlük taslayıcı tutumu yazılarını her zaman dolduran Jules Masserman'ın yaptığı iddia edilen davranışlar, histerik dinamiklerin narsisistik sömürüsünün varacağı mantıksal bir uç noktayı temsil eder. Noel'e (1992) göre, Masserman, hafif düzeyde babacan tutumlardan, hastanın istemediği sodium amital tedavisine (sedatif-hipnotik etkili barbitürat türevi bir ilaç – ç.n.) ve hastalar ilâç etkisi altındayken hastalara tecavüz etmeye kadar varmıştı.

> Ancak aktarımı yanlış yönetirsek, tedavi riske girer. *Aktarımın yanlış yönetilmesi veya bir terapötik ittifakın kurulmasında başarısız olunması yapılabilecek tek hayati hatadır, neredeyse* ve bu hatayı tamir etmek aşırı derecede zordur. (s. 291).

Terapist ilk önce dostça bir çalışma ittifakı kurmalı ve her iki tarafın terapi anlaşması gereği sorumluluklarının neler olduğunu ayrıntılarıyla açıklamalıdır –temel ilişkisel tutumlarından dolayı bu, nispeten daha sağlıklı histerik danışanlarla rahat ve kolayca gerçekleştirilen bir süreçtir. Daha sonra da terapist, danışanın kişisel alanını işgal etmeyen ancak sıcakkanlı bir tutumla ve aynı zamanda, dikkatli bir şekilde, kendini açmaktan da kaçınarak aktarımın gelişmesine olanak tanır. Hastanın meseleleri tedavi ilişkisinde ortaya çıkmaya başladığında, terapist duyarlı bir şekilde duyguları, fantazileri, engellenmeleri, arzuları ve korkuları terapi odasında tezahür ettikleri şekillerde tespit edip yorumlar.

Terapistin histerik danışanın yaşadığı meseleleri kendisinin anlamasına izin vermesi oldukça önemlidir. Yorumlamakta acele etmek histerik duyarlılıkları olan bir danışanı ancak rahatsız edip korkutacaktır. "Seni, senin kendini tanıdığından daha iyi tanıyorum" tarzı bir tutumun izini taşıyan yorumlar, histerik kişinin içsel temsili dünyasına çoğunlukla hâkim olan imgeler açısından bakıldığında, danışan için, iğdiş edici veya kişisel alanına nüfuz edici gelecektir. Özenli şekilde hazırlanmış sorular sormak, hasta tıkanmış göründüğünde belli noktalara hafiften işaret etmek ve hastayı sürekli olarak ne hissetmekte olduğu ve bu hissetmekte olduğunu nasıl yorumladığı konusuna geri döndürmek, başarı sağlayacak tekniğin ana özellikleridir.

Nevrotik-düzey histerik kişilerle çalışırken terapist koltuğuna yaslanıp hastanın kendini iyileştirmesini seyretme imkanına sahip olabilir. Terapistin, bir katkı yaptığı için değerli bulunma ihtiyaçlarını dizginlemesi önemlidir; bir histrionik hastaya yapılabilecek en iyi yardım, hastanın deneyimlerini kavrama ve sorumlu yetişkin kararları verme kapasitesine güvenmektir. Terapist, sadece duyguların ortaya çıkarılmasına değil, düşünce ve duygunun birbirleriyle bütünleştirilmesine de dikkat etmelidir. Allen (1977) bu konuda şunları söyler:

> Terapi sanatının temel yönlerinden biri hastanın bilişsel tarzı çerçevesinde hastanın duygularına ve değerlerine tam bir saygı göstererek iletişim kurmaktır. Histerik düşünme tarzı zannedildiği kadar yetersiz değildir; ancak histerik tarz, ayrıntılı, doğrusal "sol-yarımküre düşüncesi"nin tamamlayıcı avantajlarına ihtiyaç duyar. Bir anlamda, histerik kişi nasıl düşünüldüğünü

> ve düşünürken ne ile neyin birbirine bağlandığını öğrenmek ihtiyacındadır; tıpkı, obsesif kompülsif kişinin nasıl hissedildiğini ve hissederken ne ile neyin birbirine bağlandığını öğrenmeye ihtiyaç duyması gibi. (s. 324)

Ağır durumdaki histerik danışanlar ise çok daha aktif ve eğitsel nitelikte bir çalışmayı gerektirirler. İlk görüşmede, terapistin, hastayı felç eden kaygıyı görüp adlandırmasının yanı sıra, tedaviyi tehlikeye sokacak herhangi bir davranışı önceden tahmin etmesi gerekir. Örneğin: "Şu anda, biliyorum ki, bu sorunları terapi içinde bir çözüme kavuşturmaya kararlısınız. Ancak bugüne kadarki hayatınızda, kaygınız çok arttığında, heyecan verici bir aşk ilişkisine girerek [veya hastalanarak veya bir öfke patlaması yaşayıp her şeyi bırakarak –takip ettiği davranış örüntüsü hangisiyse onu yaparak] kaygınızdan kaçmışsınız. Burada da bunun olması kaçınılmazdır. Uzun vadede, birlikte yapacağımız çalışmaya bağlı kalıp bunu sürdürebilecek misiniz?" Alt düzeyde işlevselliği olan histerik danışanlara, terapiste karşı güçlü ve olumsuz tepkiler duymayı beklemeleri söylenmeli ve yaşayabilecekleri duyguları gelip terapistle konuşma konusunda da teşvik edilmelidirler. Genelde, tipolojik yelpaze içinde sınırdurum hastalar için geçerli olan yaklaşımlar, nispeten ağır durumdaki histerik kişiler için de yararlıdır; ancak histerik danışanlarla çalışırken aktarım tepkilerine özel bir dikkat gösterilmesi gerekir.

AYIRICI TANI

Histerik kişilik örgütlenmesinin dışarıdan görünebilen nitelikleri çerçevesinde karıştırılabileceği başlıca durumlar psikopati ve narsisizmdir. Bu iki tanı grubuyla yaşanabilecek karışıklıklar haricinde, Freud'un günlerinde de olduğu gibi, histerik psikolojiler ile dissosiyatif psikolojiler arasında ayrım yapıp bir tanı koyma konusunda da hâlen bir belirsizlik vardır. Son olarak, dikkat edilmesi gereken bir olasılık da şudur: Freud ve öncesi zamanlarda olduğu gibi, tanısı konmamış fizyolojik durumları olan bazı kişiler histerik kişilik bozukluğu gösteriyor olarak yanlış değerlendirilmektedirler.

Histerik Kişilik – Psikopatik Kişilik Karşılaştırması

Birçok yazar, uzun yıllardır (örn., Kraepelin, 1915; Rosanoff, 1938; Vaillant, 1975; Chodoff, 1982; Lilienfield, Van Valkenburg, Larntz, & Akiskal, 1986; Meloy, 1988), psikopati ile histeri arasında kimi bağların bulunduğuna dikkat çekmişlerdir. Öznel değerlendirme niteliğindeki kanıtlar, bu iki psikoloji arasında bir yakınlık bulunduğunu telkin etmektedir; spesifik olarak söyleye-

cek olursak, kimi histrionik kadınlar, özellikle de sınırdurum yelpazede bulunanlar, sosyopatik erkeklere çekim duyarlar. Meloy (1988), aşina olduğumuz bir olgudan bahseder: Savunmasına gelmeyi ve/veya onun sevgilisi olmayı isteyen kadın sempatizanlarından sel gibi, çok sayıda mektup alan, cinayetten suçlu bulunmuş mahkûm olgusu.

Kadınlarda histerik olarak görülen nitelikler çoğu kez erkeklerde psikopatik olarak yorumlanır. Richard Wagner tarafından (1978) yürütülen ve kurgusal bir vaka örneğinin ruh sağlığı çalışanlarına verildiği bir araştırmada, bir erkeğe veya bir kadına atfedilen aynı duyumsal, flörtöz, heyecana açık davranış betimlemeleri, kişinin cinsiyetine bağlı olarak, erkek durumunda antisosyal kişilik, kadın durumunda ise histerik kişilik değerlendirmelerini doğurmuştur. Warner, bu araştırmada, histeri ve sosyopatinin en temelde aynı patolojiler olduğunu sonucuna varmıştır. Ancak her tecrübeli klinisyen, tartışmasız şekilde histerik değil de psikopatik olan en azından birkaç kadın ve antisosyal değil de histrionik olan birkaç erkek danışan görmüştür. Bu tanı kategorileri aynı psikolojinin cinsiyete bağlı versiyonları olsaydılar, klinisyenler bu tür hastalar görmezlerdi. (Ayrıca, Wagner'in vaka örnekleri ayırıcı tanı koymayı zorlaştıran davranışları içermektedir.) Wagner'in bulgularının daha isabetli bir yorumu şudur: Erkeklerde sosyopatinin ve kadınlarda histerinin daha büyük sıklıkta görülmesinden dolayı, klinisyenlerin çoğu, kendilerinden istenilen değerlendirmeyi, araştırmanın klinisyenlerin beklentilerini değiştirmeye yönelik yeterli düzeyde olmayan düzeni çerçevesinde, zihinlerinde daha önceden yer etmiş olan bir açıklayıcı "kurgu"ya göre yapmışlardır.[10]

Histerinin sosyopati ile karıştırılması, histerik süreklilik hattının daha ağır tarafına doğru gidildiğinde daha muhtemeldir; sınırdurum ve psikotik yelpazede, birçok hasta her iki psikolojinin de çeşitli yönleri gösterir. Ancak hangi dinamiğin hastada hâkim olduğunun belirlenmesi, hastayla bir ittifakın kurulması ve terapinin nihai başarısı açısından oldukça önemlidir. Histerik bireyler, yoğun düzeyde nesneyle ilişkisi olan, çatışmalı ve korkmuş kişilerdir ve bu bireylerle terapötik bir ilişki, klinisyenin bu kişilerin korkularını anla-

10 Açıklayıcı kurguların araştırma bulguları üzerindeki etkisine ilişkin başka bir örnek de Rosenhan'ın (1973) araştırmasıdır. Bu araştırmada, öğrenciler, sesler işittikleri şikâyetiyle hastaneye gelmişler, ancak bu şikâyet dışında kendileriyle ilgili olarak doğru bilgiler vermişlerdir. Bu kişilerin çoğuna şizofrenik tanısı konmuştur; bu da, psikiyatrik uygulamada görülen patoloji üretimini ortaya koyduğu varsayılan bir bulgu olarak alınmıştır. Yine de, bir terapistin, sesler duyduğunu iddia eden bir hastayı gördüğünde (sesler işitmek, şizofreninin "birincil semptomlarından"dır), o hastanın ciddi bir sorunla karşı karşıya olduğu varsayması, alternatif açıklamalara göre –örneğin, danışanın hafif depresif ancak hayal gücü güçlü biri, bir yalancı veya araştırmacının işbirliği yaptığı bir denek olduğu gibi– daha mantıklıdır . Bkz. ayrıca Slavney (1990).

ma derecesine bağlıdır. Psikopatik kişiler ise, korkuyu zayıflıkla eş görürler ve kendi yaşadıkları kimi korkuları aynalayan terapistleri küçümserler. Histerik kişiler de antisoyal kişiler de bir oyun sergiliyormuş gibi abartılı şekillerde davranırlar; ancak histrionik kişide görülen savunmacı teatrallik sosyopat kişide yoktur. Bir terapist olarak gücünü göstermek psikopatik bir kişiye iyi gelecek ve onu terapide harekete geçirecektir; histerik bir danışanı ise korkutacak veya bebeksileştirecektir.

Histerik Kişilik – Narsisistik Kişilik Karşılaştırması

Daha önce de belirttiğim gibi, histerik kişiler narsisistik savunmalar kullanırlar. Histerik bireyler de, narsisistik bireyler de, temel özsaygı eksiklikleri, derin utanç ve ilgi ve güvenceye yönelik telafi edici ihtiyaçlar yaşarlar; her ikisi de idealize eder ve değersizleştirirler. Ancak bu iki patoloji durumunun benzerliklerinin kaynakları farklıdır. İlk olarak; histerik kişilerde, özsaygı sorunları genellikle cinsiyet özdeşimleriyle veya belirli çatışmalarla bağlantılıdır; narsisistik kişilerde ise, özsaygı sorunları farklı birçok nedenden kaynaklanır. İkinci olarak; histerik örgütlenme gösteren kişiler temelde sıcakkanlı ve ilgi ve sevgi duyan kişilerdir; bu kişilerin sömürücü nitelikleri, ancak temel açmazları ve korkuları canlandığında ortaya çıkar. Üçüncü olarak; histerik kişiler, spesifik olarak, çoğu kez cinsiyetle-bağlantılı şekillerde idealize ederler veya değersizleştirirler; idealizasyonları birçok defasında karşı-fobiden kaynaklanır ("Bu harika adam beni incitmeyecektir") ve değersizleştirmeleri tepkisel, saldırgan bir nitelik taşır. Bunun tersine, narsisistik kişiler, güçlü ve nesne-yönelimli duygulanımların etkisi olmaksızın, alışkanlıkla her zaman herkesi daha iyi ve daha kötü terimlerine göre sıralarlar. Kernberg (1982), nasıl, histerik bir kadın ile narsisistik bir kadının her ikisinin de doyumsuz yakın ilişkiler kurabileceklerini, ama bunlardan histerik olanın karşı-fobik şekilde idealize ettiği kötü nesneleri seçme eğilimi gösterdiğini, narsisistik olanın ise yeterli niteliklerde olan nesneleri seçip daha sonra bunları değersizleştirdiğini tartışmıştır.

Bu ayırıcı tanı çalışmasının tedavi açısından getirdiği sonuçlar oldukça önemlidir; ancak bunlar, hepsi burada ele alınamayacak kadar da karmaşıktır. Genel olarak şu bilinmelidir: Temelde histerik olan kişiler standart analitik tedaviye uygundurlar ve bu tedaviden oldukça yarar görürler; narsisistik kişiler ise, içsel deneyimlerinde, kendilik-uyumu ve olumlu değerlendirilen bir kendilik-kavramını sağlayıp sürdürme çabalarının öncelikli olması durumuna terapötik çalışmanın uyarlanması ihtiyacını duyarlar.

Histerik Kişilik – Dissosiyatif Kişilik Karşılaştırması

Histerik psikoloji ile dissosiyatif psikoloji birbirleriyle yakından ilişkilidir. Dissosiyatif bir kişinin histerik biri olarak değerlendirilmesi, histerik bir kişinin dissosiyatif biri olarak değerlendirilmesine göre, çok daha sık olarak görüldüğü için, bu iki durum arasındaki ayrımları bir sonraki bölümde ele alacağım.[11]

Histerik Kişilik – Fizyolojik Durumlar Karşılaştırması

Her ne kadar, bugün, şaşırtıcı fiziksel semptomları bilinçdışı çatışmaya atfetme eğilimi Amerikan pop Freudculuğunun altın çağına göre çok daha az görülse de, gizemli rahatsızlıkların fiziksel kökeni olması olasılığının gözden kaçırılmaması gerektiği konusuna ilişkin son bir söz söylenmelidir. Bazı sistemik hastalıkların semptomları –örneğin, mültipl skleroz–, hekimlerin kesin bir şey söyleyemedikleri birçok "kadın şikayetleri"nin histerik kökenli görülmesi gibi, sık sık histerik kökenli olarak varsayılmaktadır. Son yıllarda, İngiltere'de, Amerika Birleşik Devletleri'ni ziyareti gitmiş olan bir grup bahçıvan arasında, genellikle "bahçıvan histerisi" şeklinde tanı konulan bir rahatsızlık patlaması oldu ve nihayet şu ortaya çıktı ki, bu kişiler gezileri esnasında, aralarında çok miktarda, oldukça parlak kırmızı renkli zehirli sarmaşık da bulunan, Amerikan sonbahar ağaç yaprağı örnekleri toplamışlardı. Çarpıcı başka bir örnek olarak da şu verilebilir: George Gershwin,* terapisti, beyin tümörü semptomlarını psikolojik kökenli olarak yorumlamasaydı, muhtemelen 38 yaşından çok daha sonralarına kadar yaşayabilecekti.

Histrionik kişiler kaygıya kapıldıklarında gerilediklerinden ve şikayetlerini kızdırıcı veya itici gelen şekillerde ifade ettiklerinden, histerik eğilimler gösteren bir kişide bulunabilecek fiziksel bir hastalılık kapsamlı bir şekilde incelenmeme riskiyle karşı karşıyadır. Histrionik bir kişide organik bir sorunun bulunma olasılığının incelenmesi sırf titiz ve özenli bir tutum göstermenin ötesine geçer; bu, ayrıca, temel insani onuruna her zaman saygı gösterilmemiş olan korkmuş hâldeki bir insana terapötik bir mesaj da gönderir.

---

11 Dissosiyasyon ve travma ile ilgili mesleki bilgi ve bilinçliliğin artmaya devam etmesi hâlinde, yakın gelecekte, bu ayırıcı tanı çalışmasında yapılan yanlış değerlendirmelerin, histerik bir kişinin dissosiyatif biri olarak değerlendirilmesi yönünde yapılması şaşırtıcı olmayacaktır. Şimdi bile, bazı hastalar, histeri olarak sergilenen içsel çatışmaları araştırmak yerine, dissosiyasyona yol açan ensest ve cinsel travma deneyimlerine ilişkin kanıt bulmaya daha istekli görünmektedirler.

(*) George Gershwin (1898 – 1937) : Amerikalı besteci – ç.n.

Özet

Bu bölümde, histerik kişilik; dürtünün (cinsiyetle ilişkili hayal kırıklıklarının harekete geçirdiği oral ve ödipal mücadelelerin eşlik ettiği yoğun ve sıcakkanlı bir temel mizaç), egonun (izlenimsel bilişsel tarz; bastırma, cinselleştirme, gerileme, eyleme-koyma, dissosiyasyon savunmaları), nesne ilişkilerinin (tekrarlama kompülsiyonunun hâkim olduğu daha sonraki ilişkilerde yeniden üretilen, narsisistik ve baştan çıkarıcı mesajlar içeren yetersiz ebeveynlik) ve kendiliğin (küçük, kusurlu ve tehlike içinde bulunan bir kendilik-imgesi ve gücün cinselleştirilmiş ifadelerine ilişkin çatışmalarla dolu bir özsaygı duygusu) çeşitli yönlerini içeren analitik kavramlar bağlamında betimlenmiştir.

Aktarım ve karşı-aktarım deneyimlerinin, danışanın ve terapistin cinsel yönelimine ve cinsiyetine bağlı olarak, güçlü rekabetçi ve erotize tepkileri ve bunların yanı sıra, saygı duygusundan ziyade küçümseme duygusu ve üzerine çok düşme isteği uyandıran gerileme eğilimlerini içerdiği belirtilmiştir. Terapistin cinselleştirmeye girmesinin tehlikeleri üzerinde durulmuştur. Tedaviye ilişkin öneriler, mesleki sınırların dikkatli bir şekilde korunmasını, sıcak ve empatik bir tutumun benimsenmesini ve geleneksel psikanalitik teknik rehberliğinde yorumun ekonomik şekilde kullanılmasını içermiştir. Histerik karakter; psikopatik, narsisistik ve dissosiyatif kişilikle karşılaştırılmıştır ve histerik semptomların olası fizyolojik nedenlerinin araştırılması hakkında son bir uyarıda bulunulmuştur.

İleri Okuma Önerileri

Üslupları histeri üzerine erkek terapistlerce yazılmış kaynaklarda oldukça yaygın olarak görülen tepeden bakan yaklaşımı içermeyen Horowitz'in (1977) antolojisi ile Mueller ve Aniskiewitz'in (1986) çalışmasını (*Psychotherapeutic Intervention in Hysterical Disorders*) oldukça beğenirim. Yine, Shapiro'nun (1965) *Neurotic Styles* içindeki, histerik bilişsel tarz üzerine olan makalesi çok iyidir ve Veith'in (1965) tarihsel değerlendirmesi (*Hysteria: The History of a Disease*) hem aydınlatıcı hem de eğlendiricidir.

ONBEŞİNCİ BÖLÜM

Dissosiyatif Kişilikler

Bu bölümde, psikodinamik kişilik tanısına yönelik genel yaklaşıma göre hareket etmekten kısmen ayrılacağım; çünkü bildiğim kadarıyla, bu kitap, dissosiyatif kişiliğin diğer bir olası karakter yapısı tipi olarak dâhil edildiği ilk psikanalitik ders kitabıdır. Bu yüzyıl içinde, yaklaşık olarak 1980'lere kadar, çoklu kişilik bozukluğu ve dissosiyasyondan kaynaklanan psikolojiler, kişilik tipleri ve bozuklukları şemasına katılmalarını gerektirmeyecek kadar nadir görülen rahatsızlıklar olarak düşünülmüştür. Ancak birçok kişinin sık sık dissosiye olduğu ve bazı hastaların da bunu, dissosiyasyonun stresle başa çıkmakta başlıca mekanizmaları olduğunu söyletecek derecede düzenli olarak yaşadıkları çok sayıda vakada açıkça görülmüştür. Eğer çoklu kişilik bozukluğunda, hastanın çoğu kez öbür [alter] kişilikleri olduğunun farkına varmadığı ve güven duygusunun, kendiliğin dissosiyasyonu bilen kısımlarının bile sırlarını açığa vurmakta isteksiz olmalarına yol açacak derecede sorunlu olduğu "bir saklanma patolojisi" (Kluft, 1985 içinde Gutheil) olmasaydı, dissosiyatif danışanları nasıl tespit etmeye ve onlara nasıl yardım etmeye başlayacağımızı çok eskiden beri biliyor olacaktık.

Aslında, bunu, bazı kişiler çok eskiden beri biliyorlardı. Freud'un, travmatik meseleler değil de olgunlaşma meseleleri ve dissosiyasyon değil de bastırma üzerindeki nihai vurgusunun üzücü bir yan etkisi, bunun bizi, dissosiyasyon üzerine 19. yüzyıl sonuna kadar yazılmış olan bir kısım önemli çalışmalardan uzaklaştırmış olmasıdır. Örneğin, Pierre Janet (1890), Freud'un birincil açıklayıcı ilke olarak bastırmayı tercih etmesini açıkça tartışma konusu hâline getire-

rek, birçok histerik semptomu dissosiyatif süreçler temelinde açıklamıştır. Amerika'da William James ve Alfred Binet dissosiyasyona oldukça ciddi şekilde yaklaşmışlardır. Morton Prince (1906) dissosiyatif "Bayan Beauchamps" adlı vakasına ilişkin ayrıntılı çalışmasını, Freud'un *The Interpretations of Dreams** (Freud, 1900) adlı çalışması yeni yeni tanınmaya başlandığı zamanlarda yayınlamıştı, ancak Freud'un çalışmasının nihai etkisi Prince'nin çalışmasının etkisini gölgede bırakmıştır. Colin Ross (1989b) ve Frank Putnam (1989), ayrı ayrı, çoklu kişilik bozukluğu ve dissosiyasyon olgusunun çok etkileyici tarihini ve ilgili birçok etiyolojik görüşü anlatan kitaplar yazmışlardır.

Dissosiyatif danışanlarla çalışma konusunda tecrübeli olan terapistler çoklu-kişilik durumunu tuhaf bir sapma olarak değil, belirli türdeki bir insanın belirli türdeki bir tarihçeye yönelik kavranabilir bir uyumu olarak görürler –spesifik olarak söylersek, çoklu-kişilik durumunu kökenini çocuklukta yatan kronik bir travma sonrası stres sendromu olarak görürler (krş. D. Spiegel, 1984). Bu açıdan bakıldığında, dissosiyatif kişilik niteliksel olarak diğer türdeki bir karakter yapısından veya patolojisinden farklı değildir. Çoklu kişilik bozukluğu olan bir kişinin dissosiye olmuş kendilikleri arasındaki farkların çokça yazılıp çizilmiş olmasından dolayı, bu durum çoğu kez sansasyonel bir hâle gelmiştir.[1] Bu üzerinde durulan farklar (bunlar arasında öznel yaş, cinsel kimlik ve tercih, sistemik hastalıklar, alerjiler, gözlük numarası, EEG bulguları, el yazısı, el tercihi, bağımlılıklar ve dil becerileri bulunabilir) o denli etkileyicidir ki, meslek dışı kişiler çoklu kişilik bozukluğunu duyulmuş en egzotik ruhsal hastalık olarak görürler. Bu bozukluğu birçok terapist de böyle görür. Hakkında çalışmalar yapılmış başka hiçbir bozukluk, klinisyenlerin değerlendirmelerinden bağımsız olarak gerçekten bulunup bulunmadığına ilişkin benzer türde tartışmalar doğurmamıştır.

Öte yandan, bağlamı içinde değerlendirildiğinde, çoklu kişilik o denli anlaşılmaz değildir. Dissosiyatif durumlar ve hipnozla (dissosiye olan kişiler aslında spontan hipnotik transa giriyorlardır) ilgili çalışmalar, insan organizmasının kimi olağanüstü becerilerini ortaya çıkarmıştır ve bilinç, beynin işleyişi, bütünleştirici ve dağıtıcı ruhsal süreçler ve gizil potansiyel gibi konular

---

(*) Sigmund Freud, *Düşlerin Yorumu*, Cilt I-II, Çev. Emre Kapkın, İstanbul: Payel Yayınları, 1996 – ç.n.

1 Bu kitap baskıya verilmek üzereyken, DSM-IV'te Çoklu Kişilik Bozukluğu'nu Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu olarak yeniden adlandırma konusu tartışılmaktaydı. Bazı analistler "çoklu kişilik" teriminin, öbür kişilikleri örtük bir şekilde somutlaştırarak, bu bozukluğu sansasyonel bir hâle getirip getirmediğinden kuşkulanmaktadırlar. Bu bölümde her iki terimi de birbirinin yerine geçebilir şekilde kullanacağım.

hakkında birçok heyecan verici soruların sorulmasına yol açmıştır. Ama klinik çalışmada, klinisyenler, dissosiyatif hastalarının her birinin çoğu açıdan ortalama bir kişi –farklı kendiliklere ilişkin *öznel deneyimleri* olan *tek* bir kişi[2]– olduklarını, yaşadıkları acıların da son derece gerçek olduğunu bilirler.

Son yıllarda, dikkatlice belgelendirilerek yazılmış olan ilk çoklu kişilik vakası (Thigpen &. Cleckley, 1957; Sizemore & Pittillo, 1977; Sizemore, 1989) "*The Three Faces of ...*"* filminin Eve'idir; bu kişinin gerçek adı Christine Costner Sizemore'dur. Artık tamamen bütünleşmiş hâlde olan ve çarpıcı düzeyde bir enerjisi ve birçok başarıları bulunan bir kadın olan Sizemore, üst düzeyde işlevselliği olan dissosiyatif kişinin iyi bir örneğidir. Bu dönem içinde bir terapiste başvurmuş olan, karakterolojik dissosiyasyondan muzdarip ilk kişinin temel güven, ego gücü ve nesne sabitliği oldukça iyi düzeyde olan biri olması dikkate değer bir noktadır. Daha ağır durumdaki dissosiyatif kişiler, çoklu-kişilik durumu yaşıyor olabileceklerinden kuşku duydukları zamanlarda bile, kötü davranışa maruz kalmaktan, sorunlarla dolu olan içsel dünyalarına naif bir terapistin girmesine izin veremeyecek denli korkarlar – özellikle de terapinin başlangıç aşamalarında.[3] Josef Breuer'in ünlü hastası, psikanalitik tarihi ölçülemez derecede etkilemiş olan "Anna O" (Bertha Pap-

---

2 Dissosiyasyonla bağlantılı olan olgular inanılırlık sınırlarını zorlamaktadır elbette, ancak çoklu kişilik bozukluğu olan kişilerin, şişman oldukları yönündeki yanlış bir kanıya dayanarak kendilerini açlıktan ölecek duruma getiren kişilerden veya onları etkilemekte olan makinelerin onların davranışlarını kontrol ettiğine inanan kişilerden veya ne olduğunu bilmedikleri bir gücün onları hareketsiz kılmasından dolayı evlerinden çıkmayan kişilerden daha tuhaf olduklarını kim iddia edebilir ki! Dissosiyatif bireylerin yeteneksizliklerinden çok yetenekleri –dissosiye olmuş da olsa, birçok farklı becerilerin sağladığı başarılar–, bu kişilerin semptomlarına ilişkin çoğu kez duyulan kuşkuyu doğurur.

Benim görüşüme göre, çoklu kişilik bozukluğunu ele alan yakın dönemdeki felsefi çalışmalarda kategorik bir hata yapılmıştır ve bu hatanın da sonucu, çoklu kişilik bozukluğunda, çoklu-kişilik öznel deneyimini yaşamakta olan tek bir kişi değil de, *gerçekten* farklı kişiliklerin bulunduğuna inanılması olmuştur. Bu konuda dikkate değer bir istisna Braude'nin (1991) çalışmasıdır.

(*) *The Three Faces of Eve,* çoklu kişilik bozukluğu olan Christine Costner Sizemore'un gerçek hayat hikâyesine dayanılarak yazılmış bir kitaptır; bu kitap daha sonra da, aynı adla filme çekilmiştir – ç.n.

3 Günümüzde, dissosiyasyon bozukluğu yaşayanlar, çoklu kişilik bozukluğu hakkında, kendi tanılarından kuşku duymalarına yetecek düzeyde bilgiyle karşılaşmaktadırlar –televizyon konuşma şovlarından, gazetelerden, dergilerden, biyografilerden ve ensestten-kurtulanlar ve 12-adım gruplarında tanıştıkları diğer dissosiyasyon bozukluğu yaşayan kişilerden almaktadırlar bu bilgileri. Ne var ki, 1980'ler öncesinde, dissosiyatif bireyler tanımlanması çok zor bir şekilde yalnızca "deli" olduklarını bilirlerdi,. Dolayısıyla da, tespit edilme ve bir deliğe bir ömür boyu kapatılma korkusunu yaşarlardı. Çoklu kişilik bozukluğu tanısıyla tedavi ettiğim 60 yaşında olan bir kadın, 1970'lerde akıl hastalarının depo hastanelerinin dışına çıkartılmasının, yaşadığı halüsinasyon deneyimlerini ve "yitik zamanlarını' [hafıza boşlukları – ç.n.] dile getirme cesaretini geliştirmesinde katkısı olduğunu belirtmişti.

penheim) vakası, üst düzeyde işlevselliği olan başka bir çoklu kişilik gösteren kişidir. Breuer ve Freud (1883-1885) bu hastanın dissosiyasyonunu, onun histerik hastalığının yalnızca tek bir yönü olarak gördüler; ancak bugün çoğu çağdaş klinisyen, Anna O'nun hastalığını histerik olmaktan ziyade birincil olarak dissosiyatif diye değerlendirecektir.

Aşağıdaki betimlemeyi inceleyin:

> Birbirinden tamamen ayrı ve bir uyarı işareti vermeksizin, çok sık olarak birinin diğerinin yerini aldığı ve hastalığının seyri esnasında ayrımlaşıp giderek daha da farklılaşan iki bilinç durumu vardı. Bu bilinç durumlarının birinde, çevresini tanıyordu; hüzünlü ve kaygılı olsa da nispeten normaldi. Diğer bilinç durumunda ise, halüsinasyon görüyordu ve "kötü şeyler yapıyordu" –yani, insanlara küfürler savuruyor, eline geçen yastık-minder gibi şeyleri fırlatıyordu. ... Eğer bir şey odadan çıkarılmışsa veya odaya biri girmiş veya çıkmışsa (ikinci olarak bahsedilen bilinç durumundayken) zaman mevhumunu "kaybettiği"nden şikâyet edip bilinçli düşünce akışında yaşadığı boşluğa işaret ediyordu. ... Zihni bir hayli açık olduğu anlarda ise, ... biri gerçek olan, diğeri onu kötü davranmaya zorlayan kötü bir kendilik olan iki ayrı kendilik yaşamaktan şikayetçi oluyordu. (s. 24)

Bu olağanüstü kadın, Breuer ile yarıda kalan tedavisinden sonra, kendini işine adayan ve oldukça başarılı bir sosyal hizmet çalışanı oldu (Karpe, 1961).

Christine Sizemore ve Bertha Pappenheim'la çarpıcı bir karşıtlık oluşturacak şekilde, gelişimsel yelpazenin sınırdurum ve psikotik alanlarında, acımasızca özyıkıcı olan "çok parçaya bölünmüş" hastalar bulunur; bu hastalar o denli otomatik ve kaotik şekilde dissosiye olurlar ki, kendilerini; çoğu kimi güncel meselelere hitap edebilen sınırlı özelliklerden oluşan yüzlerce "kişilikleri" olan biri gibi yaşarlar. Popüler medyada kısmen adı çıkmış olan Truddi Chase* (1987), her ne kadar, terapisti Truddi'nin dissosiye durumunu başkalarına duyurmayla daha az ilgili olsaydı, onun da bu denli parçalara bölünmüş biri olarak görülmeyebileceği tartışmaya açık bir nokta olsa da, bu kategoride yer alan biri olarak görülebilir. Psikotik yelpazede bulunan birçok dissosiyatif kişi, ruh hastalıkları hastanelerinden çok, hapishanelerde yatıyor olabilirler; çoğu kez hezeyanlı zihin durumlarında tecavüz edip öldüren öbür kişilikleri, çoklu-kişilik durumunu doğuran, geçmişte yaşanmış travmatik su-

(*) Truddi Chase, çoklu kişilik bozukluğunu anlatan, terapist değil de danışan tarafından yazılmış, bu konudaki ilk otobiyografik kitap olarak görülen *When Rabbit Howls* (1987) adlı kitabın yazarıdır – ç.n.

istimallerin olası sonuçlarındandır. Psikotik-düzey dissosiyatif yapı gösteren diğer kişilerin ise, dissosiyatif deneyimleri yapılandıran ve normalize eden ve bazen dissosiyatif üyelerinin yararına olan, bazen de bu işin içinde yer alan herkese ağır derecede zarar getiren tarikatlara bağlı olduklarını varsaymak iyi bir tahmin olacaktır.[4]

Psikanalitik çevreler ile dissosiyasyona ilişkin olarak daha çok bilgi edinme ve yayma yönünde yakın dönemde ortaya çıkmış olan harekete önderlik etmiş terapistler arasında ilginç bir karşılıklı ambivalans vardır. Bir taraftan; analitik klinisyenler, başka çoğu okula bağlı terapistlere göre, örgütlenmiş bilinçdışı güçlerin etkisine çok daha fazla önem verirler; dolayısıyla travma sonucu ortaya çıkan, bilinç alanının dışında öbür kişilikler fikri analistler için fazla bir hayal gücü gerektirmez. Ayrıca, analistler genellikle danışanlarla birçok yıl boyunca çalışırlar ve bu esnada, dissosiyatif kişinin saklı bilinçleri, evsahibi kişiliğin unutmuşluk hâlinde olduğu kendilik kısımlarını açığa vurma cesaretini geliştirebilirler.[5] Bu çerçeveden bakarsak, analistlerin ve analitik terapistlerin diğer okullardan gelen meslektaşlarına göre çoklu-kişilik durumlarını açığa vuran kişilerle çalışmış olmaları ve bu durumu ciddiye almış olmaları olasılığı daha yüksektir.

Diğer bir taraftan; analitik klinisyenler, fantazi ve fantazinin gelişimsel aşamalardaki görevlerle etkileşimlerine kıyasla travma ve cinsel taciz üzerinde daha az durmuş olan Freud'un açıklama tercihlerini miras almışlardır. Ayrıca ve ilginç bir şekilde, Freud'un, o dönemde, saygı duyduğu psikiyatristlerin bazıları tarafından tanınıp bilinen bir bozukluk olan çoklu kişilik bozuk-

---

4 Törensel nitelikte olan ve çeşitli tarikatlarda görülen suistimallerin yaygınlığına ilişkin günümüzde süren öfkeli tartışmaları ele almak bu bölümün amacının dışında kalmaktadır; ancak burada kendi tarafgir tutumumu da belirtmeliyim, sanırım. Dissosiyatif hastaları tedavi eden birçok meslektaşımla birlikte, çağdaş Batı kültürlerinde, dissosiyasyon üretim merkezleri gibi işleyen çok sayıda yeraltı grup ve tarikatların bulunduğuna inanmamı sağlayacak kadar, satanik ve diğer tiplerde olmak üzere, sadistik alt kültürlerin varlıklarına ilişkin kanıta tanık oldum. Tespit edilmiş olan her bir tahripkâr tarikata karşılık –son yıllarda görülen en ünlüleri David Koresh'in Branch Davidians adlı tarikatıdır– tamamen gizlilik içinde hareket eden birden çok tarikat olabilir. Naziler, Ku Klux Klan, Mafya ve Mansori ailesi gibi daha yalıtılmış grupların işlediği suçları görmüş olan bir çağda, kötülüğün örgütlenmiş yollarla yayılmakta olduğuna ilişkin hiçbir kanıtı göz ardı etme lüksümüz yoktur.

5 Dissosiyasyonun tanısı ve tedavisi konusunda öncülük etmiş biri olan Richard Kluft bir psikanalisttir. Kluft'la uzun süre birlikte çalışmış bir meslektaşım bana Kluft'un ilk çoklu-kişilik durumu vakalarından birinin, tedavisi uzunca bir süredir devam etmekte olan, klasik analizdeki üst düzeyde işlevselliği olan bir kadın olduğunu söylemişti. Bu kadın hasta, bir seans esnasında aniden ayağa fırlamış, divanı göstererek "O kadın bu analiz saçmalığına inanabilir, ama ben inanmıyorum!" demiş. Bunun üzerine, Kluft, ortaya çıkan bu ikinci kişiliğe, müthiş bir sezgisel değerlendirmeyle şöyle cevap vermiş: "Derhal divana dönün. Siz de analizden geçmektesiniz."

luğu hakkında söyleyeceği oldukça az sözü vardı.[6] Freud'un bu konudaki kör noktaları; ona bağlı olan kimi analistlerin, ensest ve cinsel taciz bildiren beyanları fantazi olarak değerlendirme eğilimlerine katkıda bulunmuştur. Şaşırtıcı olarak, Freud'un ilk "baştan çıkarma teorisi", cinsel taciz kurbanlarının beyanlarının değerlendirilmesinde bir kez daha yüzeye çıkan bir sorunla karşılaşmıştı: Travma algılamayı çarpıtır ve daha sonra gerçek ile fantazinin birbirine karıştırılmasına yol açan bir zemin yaratır.

Psikodinamik geleneğe göre eğitilmiş kişiler, Freudcu varsayımlardan kaynaklanan düşünce alışkanlıklarına ek olarak, bazen, nesne ilişkileri teorisinden gelen ve öbür kişiliklerin ortaya çıkışının işaretini veren bilinç durumu değişmelerini açıklıyor görünen kavramları alıp hatalı şekilde kullanmışlardır.

Spesifik olarak; psikodinamik yönelimli terapistler, diğer ruh sağlığı uzmanlarına göre, bu tür değişmeleri, bilinç durumunda farklılaşma olarak değil de, ilkel bir savunma olan bölmenin işleyişinin kanıtı olarak görmeye daha eğilimli olmuşlardır. Sonuç olarak da, bölme savunması ile dissosiyasyonu birbirinden ayırt etmelerini sağlayacak soruları çoğu kez sormamışlardır.

Kendilerini çoklu-kişilik durumunu öğrenmeye ve öğretmeye adamış olmalarıyla öne çıkaran bazı terapistler, Freud'u ve Freudcuları, çocukların cinsel suistimalinin hem yaygınlığını hem de tahripkârlığını yeterince dikkate almayıp azımsadıkları için affedilmesi zor kişiler olarak görmüşlerdir. Bazı terapistler; Kernberg gibi teorisyenlerin, dissosiyasyon ile bölmenin birbirine karıştırılması ve bundan dolayı dissosiyatif kişilikleri olan birçok kişiye hatalı şekilde sınırdurum veya şizofrenik tanısını konulması (ki, böyle bir hata, dissosiyatif bir hastanın yıllar boyu hatalı tedavi görmesine mal olabilir) yönündeki etkilerini üzüntü verici bulmuşlardır. Dissosiyasyon üzerine uzmanlaşmış kişiler (örn., C. A. Ross, 1989b), haklı olarak, yıllar içinde, çok sayıda zor durumdaki kişinin hatalı olarak değerlendirilmiş ve hatta gereksiz tıbbi uygulamalarla (örn., majör sakinleştiricilerin kullanımı, elektro-şok) yeniden travmatize edilmiş olduklarından şikayetçidirler. Dissosiyasyonu savunan kişileri eleştirenler ise, karşıt olarak, bir terapistin, dissosiyasyon tespit etmeye çalıştığında, her taşın altında bir çoklu-kişilik durumu bulabileceğini (krş. D. Ross, 1992) söylerler. Psikopatolojide moda olan tanılara, özellikle de telki-

6 Freud çoklu kişilik olgusunu biliyordu, ancak muhtemelen, bu olguyu yaşayan hiçbir vakaya rastlamadığına inanmıştı. *The Ego and the Id* (1923) adlı kitabında, nesne-özdeşimini tartışırken, söz arasında, "belki de 'çoklu kişilik' olarak betimlenen vakaların sırrı, farklı özdeşimlerin bilince sırayla hâkim olmalarıdır" yorumunu yapmıştır.

ne açık olmanın büyük bir rol oynayabileceği histeriyle ilişkili durumlara aşinayızdır.[7]

Tüm bu durumlar üzerine bazı yorumlar yapıyorum, çünkü dissosiyasyon hakkında bilgi edinmek isteyen okuyucu, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu ve diğer dissosiyatif durumlar DSM'nin yeni baskılarına dâhil edilerek saygınlık kazanmış olsalar bile, dissosiyatif kavramları yorumlayan ve eleştiren kişilerin çalışmalarına sızmış olan ve bu kavramların geçerliliğini tartışmayı sürdüren belirli bir yaklaşımın hâlen devam etmekte olduğunu görecektir. Bu da, bir alanda paradigma kaymasının olduğu dönemlerde beklenecek bir durumdur (Kuhn, 1970; R. J. Loewenstein, 1988; R. J. Loewenstein & Ross, 1992). Okuyucunun eğilimli olduğu taraf hangisi olursa olsun, dissosiyasyon olgusunu, "deneyime-yakın" bir duyarlılıkla; yani, birçok farklı kendiliğin bileşimi olarak hisseden ve davranan kişinin içsel deneyimine gösterilecek empatinin getireceği bakış açısıyla kavramaya çalışmasını tavsiye ediyorum.

DİSSOSİYATİF DURUMLARDA DÜRTÜ, DUYGULANIM, MİZAÇ

Dissosiyasyonu birincil savunma mekanizmaları olarak kullanan kişiler temelde kendini hipnotize etme konusunda birer virtüözdürler. Sıkıntı altındayken farklılaşmış bir bilinç durumuna geçme herkes için olası değildir; bunu yapabilecek yeteneğinizin olması gerekir. İnsanlar, tıpkı temel hipnotize edilebilirlik düzeyleri açısından farklılık göstermelerinde olduğu gibi (R. Spiegel & D. Spiegel, 1978), otohipnoz yetenekleri açısından da farklılık gösterirler. Çoklu kişilik gösteren biri olmak için, kişinin, hipnotik duruma girmeye yönelik bir bünyesel potansiyeli olması gerekir; kişide bu potansiyel yoksa,

7 Çoklu kişilik bozukluğu durumunu klinisyenlerin ürettiğine [iatrogenic] dair hipotez ampirik açıdan hiç temellendirilmemiştir (Braun, 1984; Kluft, 1989; C. A. Ross, 1989a) ve ilgili literatürde böyle bir vaka bulunmamaktadır. Ne var ki, travma sonrası tepkileri belli bir yolla değil de başka bir yolla ifade etmeye insanları teşvik eden bir toplumsal ortam yaratılabileceği de doğru olabilir. Benim görüşüme göre, belirli bir semptomu "seçme" –örneğin, amnezi veya bulimia veya konversiyon–, kişiyi engelleyici herhangi bir semptomun yaratılmış olmasının kişinin acı çekmekte olduğunu kanıtlaması gerçeğinden çok daha az önemlidir. Başkalarını yanıltıp, akıl sağlığı bozuk diye bir af elde edebileceğini umut eden suçlular hariç, insanlar dissosiyasyonu ikincil kazanç için seçmezler; dissosiyasyon, yaşanması aşırı derecede ağır bir hayat doğurur.

Son zamanlarda, hatalı olarak, çoklu-kişilik durumu yaşıyor olabileceklerini düşünen birçok hasta gördüm –bu, tam ders kitaplarında görüldüğü şekliyle çoklu kişilik bozukluğu yaşayan bir kişiye dissosiyatif olduğunun söylenmesinin büyük bir korkuya yol açacağı birkaç yıl öncesine göre olağanüstü bir değişimdir. Her ne kadar, çoklu-kişilik durumu adaylarının kişiliklerini örgütleyici savunmaları, daha sonra, dissosiyatif savunma olarak görülmemişse de, bu kişilerin hepsi ciddi psikolojik zorluklar içindeydiler ve profesyonel yardıma ihtiyaç duyuyorlardı. Yaşadıkları acı, bu acının doğasına ilişkin değerlendirmeleri hatalı olsa bile, gerçekti.

travmayla başa çıkmak için başka yollar kullanılabilir (örn., bastırma, eyleme-koyma, madde bağımlılığı geliştirme).

Dissosiye olan türde kişilerin doğuştan, normlara göre, daha zengin zihinsel kaynaklara sahip ve kişilerarası duyarlılığı daha yüksek olan biri olduğunu telkin eden kimi kanıtlar vardır. Kompleks, zengin bir içsel hayatı (hayali arkadaşları, fantazi kimlikleri, içsel senaryoları ve hayali oyun tutkusu) olan bir çocuk, daha az yetenekli bir çocuğa göre, korktuğu durumlarda, gizli bir dünyaya çekilmekte daha becerikli olabilir. Dissosiyatif kişilik gösteren kişilere ilişkin öznel nitelikteki beyanlar, bu kişilerin bir grup olarak, ortalamadan daha yetenekli ve yaratıcı olduklarını telkin etmektedir.[8] Bu tür gözlemler gözlemcilerin kişisel algılamaları olabilir; *yardım almak için başvuran* dissosiyatif bir kişi tüm dissosiyatif yelpazeyi temsil etmeyebilir. Eve ve Sybil'in (Schrieber, 1973) klâsik çoklu-kişilik durumları oldukları düşünülürdü; ancak bunların daha sonraki histeroid görünümleri, bugün için, dissosiye olan kişilerin ancak küçük bir yüzdesinde tipik olarak görülmektedir.

Bildiğim kadarıyla, dissosiyatif karakteri açıklamak için dürtü kavramlarına dayalı bir görüş ileri sürülmemiştir; bunun da muhtemel nedeni, ruh sağlığı çevrelerinin dissosiyasyona yoğun bir şekilde odaklandığı döneme gelindiğinde, artık, psikanalitik dürtü teorisinin hegemonyası sona ermişti. Duygulanıma ilişkin olarak ise, görüntü nettir: Dissosiyatif kişiler duygulanım içinde boğulurlar ve duygulanımı işlemek için neredeyse hiç yardım görmemişlerdir. İlksel korku ve dehşet duyguları, herhangi bir travmatik durumda dissosiyasyonu tetikleyen en öncelikli duygular arasında bulunur; öfke, heyecan, utanç ve suçluluk duyguları da dissosiyasyona neden olan duygular arasında yer alabilir. Etkinleşen duygusal durumlar ne kadar çok sayıda ve birbiriyle çatışan nitelikte olursa, dissosiyasyon olmaksızın bir deneyimi özümlemek de o kadar zor olur. Trans deneyimini doğurabilecek bedensel durumlar arasında dayanılmaz düzeyde acı ve aşırı düzeyde cinsel uyarılma bulunur. Bir kişinin, bakıcıları tarafından erken dönemde cinsel travmaya ve suistimale maruz kalmaksızın da çoklu kişilik geliştirmesi mümkün olsa da (örn., savaş veya işkence durumlarında tekrarlayan ağır deneyimler sonucun-

---

8 Gözde (ve ispatlanması mümkün olmayan) spekülasyonlarımdan biri Marilyn Monroe'nun dissosiyatif olduğudur. Monroe'nun çekiciliği, içtenliği, oyunculuk yeteneği dissosiyatif profile uymaktadır; travmatik tarihçesinin, zamanla ilgili sorunlarının ve çeşitli tuhaflıklarının uyması gibi. Ralph Greenson'ın, Monroe'yu hatalı şekilde şizofrenik olarak değerlendirmesi ve Monroe'nun terapisine duygusal açıdan aşırı derecede angaje olması da –bu durum Spoto'nun (1993) biyografisinde utanç verici şekilde yanlış değerlendirilmiş ve alaya alınmıştır– dissosiyasyon değerlendirmesiyle tutarlıdır.

da), ampirik çalışmalarda çoklu kişilik tanısı konmuş vakaların % 97 - 98'inde bu ilişki tespit edilmiştir (Braun & Sacks, 1985; Putnam, 1989).

DİSSOSİYATİF DURUMLARDA SAVUNMA VE UYUM SÜREÇLERİ

Dissosiyatif savunmalar da diğer savunmalar gibidir: Yeterince olgunlaşmamış bir organizmanın belirli bir duruma olası en iyi uyum sağlayıcı davranışı olarak başlar, daha sonra da, otomatik bir hâle gelir ve böylece ileride karşılaşılan başka durumlarda uyum bozucu bir nitelik kazanır. Dissosiyatif kişilik gösteren bazı kişiler ilk travmaya maruz kaldıkları zamandan bu yana hep dissosiyasyona girer olmuşlardır; diğerleri, suistimal edici olaylara maruz kalmaları sona erdikten sonra, uzun dönemler hâlinde olmak üzere ya öbür kişiliklerinin zayıf düzeyde de olsa işbirliğini sağlamışlardır ya da öznel dünyalarına tutarlı olarak kendiliklerinin bir parçasının ("ev sahibi kişilik") hâkim olmasını sağlamışlardır.

Yaygın bir klinik durum, kişinin açıkça tespit edilen dissosiyasyonunun, içinde büyüdüğü aile ortamından ayrıldığında durması, ancak bu kişinin oğlu veya kızı, kendisinin taciz edildiği yaşa geldiğinde tekrar başlamasıdır. (Bu, özdeşime dayalı bağlantı genellikle bilinç alanının tamamen dışında yaşanır.) Otohipnotik eğilimleri pasif durumda olan bir yetişkinde dissosiyasyonu tetikleyen sıkça görülen başka bir olay, bilinçdışı olarak kişiye çocukluk travmasını hatırlatan kimi durumlarla karşılaşmasıdır. Terapisini yaptığım bir kadın ev içinde düşüp, bedeninin, çocukluğunda yaşadığı törensel nitelikteki tacizlerde fiziksel olarak yaralanmış olan kısımlarından tekrar yaralanmıştı ve yıllardır ilk defa olmak üzere aniden başka biri oluvermişti. Dikkatli bir tarihçe alımında, terapist, çoğu kez, hastanın yetişkin hayatı boyunca tespit edilen birçok küçük çaplı dissosiyasyon örneğine rastlar, ancak genellikle, hastayı tedaviye getiren şey, dramatik ve hastayı günlük hayatına devam edemez hâle getiren bir dissosiyasyon tepkisidir (büyük miktarda zamanı nasıl harcadığını bilemeden harcama, ona söylenen şeyleri hatırlayamama ve bunun gibi). Kluft'u (1987) dissosiyatif durumlarda "tanı koymaya imkân veren pencereler" hakkında konuşmaya yönelten olgular buna benzer olgulardır.

Dissosiyasyon tuhaf bir şekilde görünmeyen bir savunmadır. Bir öbür ve öbürler sistemi, kişiliği düzgün bir şekilde yönetirken, dissosiyatif süreçleri hastanın dışında hiç kimse göremez. Birçok terapist, bir çoklu kişilik hastasını hiç tedavi etmediklerine inanırlar; çünkü böyle bir danışanın yaşamakta

olduğu çoklu-kişilik durumunu bildirmesini veya dramatik derecede yabancı olan bir öbür göstermesini beklerler.

Bu bazen olur (aslında, dissosiyasyon konusu aydınlatıldıkça bunun düşünülenden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır), ancak çoklu-kişilik durumlarının ipuçlarının muğlâk bir hâlde olmasıyla daha yaygın olarak karşılaşılır. Çoğu kez, terapiye öbür kişiliklerin sadece biri gider.[9] Tedavide bir öbür kişilik oldukça tespit edilebilir düzeyde ortaya çıktığında bile (örn., korkmuş hâldeki bir çocuk), yeterli derecede bilgisi olmayan bir terapist hastadaki değişimi dissosiyasyona dayanmayan bir bakış açısıyla ele alabilir (örn., geçici bir gerilemeli durum gibi).

Bir dissosiyatif danışanla –yani, danışanımın dissosiyatif olduğunu bilerek– ilk tecrübem dolaylı bir şekilde oldu. Bin dokuz yüz yetmişlerin başlarında, benim bölümümde çalışan yakın bir arkadaşım ve meslektaşımla, kendisiyle terapisinin ikinci yılında çoklu-kişilik durumunu meslektaşıma açan bir öğrencinin tedavisi hakkında konuşuyorduk. Meslektaşımın danışanının davranışlarına ilişkin olarak anlattıklarını çok ilginç bulmuştum. O dönemde *Sybil* daha yeni yayınlanmıştı ve bu öğrenci danışanın da, yalnızca bir düzine kadar olan, bilinen çoklu-kişilik durumlarından biri olması gerektiğini düşündüğümü hatırlıyorum. Konuşurken meslektaşım bu kız öğrencinin benim verdiğim bir dersi takip ettiğini söyledi ve daha sonra bu öğrenciden izin alıp bana onun adını söyledi. Afallayıp kalmıştım. Bu genç kadının dissosiyatif olduğunu asla tahmin edemezdim; dışarıdan bakıldığında, "kişilik değişmesi"ne işaret eden kaymalar sanki küçük duygudurum değişimleri gibi görünüyordu. Meslektaşım aracılığıyla, bu danışanın amnezi sorunuyla ne kadar büyük sıkıntılar yaşayarak mücadele ettiğini bildiğimden, bu benim için, çoklu-kişilik durumunun dışarıdan bakanlar için ne kadar tespiti güç olduğuna ilişkin unutulmaz bir dersti. O zaman, başka, ne kadar çok sayıda, dissosiyasyona girip çıktığı bilinmeyen kişinin bulunabileceğini düşünmeye başladım.

Dissosiyasyonun demografisinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, bu durumun görünmez bir nitelik taşımasından dolayı oldukça zordur.

Kimi zaman dissosiyatif psikoloji yaşayan kişilerin eşleriyle görüşmüş ve partnerlerinin tanısının tam olarak farkında olmalarına karşın, bu kişile-

9 Süpervizörlüğünü yaptığım bir psikolog, rasyonel-emotif yönelimdeki bir terapiste 5 yıl devam etmiş olan bir dissosiyatif kadın hastayı tedavi etmişti. Hasta, bir yandan, bu rasyonel-emotif terapisti sevdiği ve terapistin kendisi için harcadığı çabadan memnun olduğu için, öte yandan da, terapistin çoklu kişilik olgusunu tartışarak çürüteceğinden şüphelenip çekindiği için, tedaviye düzenli olarak gelen ve büyük ilerlemeler kaydeder gibi görünen bir rasyonel-emotif alter kişilik üretmişti.

rin, "Ama daha dün tam *tersini* söylemişti!" gibi sözler söylediklerini tanık olmuşumdur. Dün başka bir öbür kişiyle konuştuğunun düşünsel bilgisi, duyumların sağladığı veri karşısında soluk kalır: *Dün de bugün de fiziksel olarak aynı kişiyle konuşuyordum.* Tanısı konmuş ve kabul edilmiş çoklu kişilik bozukluğu yaşayan kişilerin yakın partnerleri dissosiyasyonun işaretlerini fark edemez ve kaçırırlarsa, tecrübesiz klinisyenlerin nasıl daha da kör olabileceklerini tahmin etmek zor değildir. Dissosiyasyona giren kişiler, kişilik değişmelerini "örtmeyi" öğrenirler. Çocukluklarında, kendilerini tekrar tekrar, hatırlamadıkları şeyler hakkında "yalan söylüyorsun" diye suçlandıkları durumlarda buldukça, uydurma ve kurtulma teknikleri geliştirirler. Onları koruması gereken kişilerin ellerinde dehşet verici suistimallere maruz kaldıkları için, otorite konumundaki kişilere güvenmezler ve terapiye de, kendilerini tam olarak açmanın kendi iyiliklerine yarayacağı beklentisiyle başvurmazlar.

Kaçımızın temelde dissosiyatif olduğuna ilişkin bir tahmin, dissosiyasyonun nasıl tanımladığına da bağlıdır. "Klasik" çoklu kişiliğe ek olarak, öbür kişiliklerin bulunduğu ancak bedenin yönetimini ele almadıkları ve "DDNOS" (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified) [Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk] olarak belirtilen durum vardır. Ayrıca, örneğin depersonalizasyon gibi –depresyon ve kaygıdan sonra üçüncü en yaygın bildirilen psikiyatrik semptomdur bu (Cattell & Cattell, 1974; Steinberg, 1991)–, karakterolojik olarak değerlendirilmelerine yetecek düzeyde sık ve uzun süreli olarak yaşanabildiği tahmin edilen başka dissosiyatif olgular da vardır.

Berinett Braun (1988), BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) [Davranış, Duygulanım, Duyum, Bilgi] kısaltmasıyla bilinen yararlı bir kavramsal çerçeve önermiştir. Braun, bu kavramsal çerçeveyi kullanarak, dissosiyasyon kavramını, Freud'un düşündüğü gibi, daha çevresel bir savunma olarak görmeyip, bir üst düzey kategori konumuna yükseltmiştir. Onun modeli, çoğu kez bir arada yaşanan ancak her zaman ilişkili olarak görülmemiş olan birçok süreci bir ana kategori altında toplar. Braun'a göre, bir kişi, felç durumunda veya trans içindeyken yaşanan kendini yaralama durumunda olduğu gibi, *davranışı*; duygu olmaksızın travmanın anısında veya *güzel aldırmazlık* [*la belle indifference*] ile hareket etmede olduğu gibi, *duygulanımı*; duyum yitimi konversiyonu ve tacizin "bedensel anıları"nın hatırlanmasında olduğu gibi, *duyumu* veya füg [kaçış] durumları ve amnezide olduğu gibi, bilgiyi dissosiye edebilir. BASK modeli, bastırmayı dissosiyasyona yardımcı nitelikte ek bir savunma olarak görür ve daha önceleri histerik olarak değerlendirilmiş olan birçok olguyu dissosiyatif alana dâhil eder. Bu model, ayrıca,

daha önceleri genellikle yalnızca psişe-içi çatışmayı ifade ediyor olarak görülen birçok meseleyi de, geçmişte yaşanmış travmayla bağlantılı hâle getirir. Karakterolojik dissosiyatif hastalarla çalışan terapistler bu formülasyonu klinik açıdan oldukça yararlı bulurlar; çoklu-kişilik durumu olan hastalar dışındaki hastalarla çalışan terapistler de, bu formülasyonun onları herkesin yaşadığı dissosiyatif süreçlere duyarlı kıldığını görmüşlerdir.

DİSSOSİYATİF DURUMLARDA NESNE İLİŞKİLERİ

Karakterolojik dissosiyatif bir kişilik geliştiren bir kişinin çocukluk ilişkilerinin en öne çıkan özelliği suistimaldir; bu kişilerde, suistimal, cinsel tacizi de içerir, ancak genellikle bununla sınırlı kalmaz. Çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişilerin ebeveynlerinin kendileri dissosiyatiftir, çoğu kez; bu durum, ya, doğrudan, kendi travmatik tarihçelerinin bir sonucudur, ya da, dolaylı olarak, alkol kullanımı veya madde bağımlılığı sonucudur. Çoğu kez, ebeveynler, yaptıkları şeylere ilişkin amnezi yaşadıkları için –bu, psikolojik kökenli amneziye veya madde kullanımından kaynaklanan zihinsel kararmalara bağlı olabilir–, çocuklarını hem travmatize ederler hem de ne yaşadıklarını anlamalarında çocuklarına yardımcı olamazlar. Bazen de, bu ebeveynler, işkence yapmaya, işkence izlemeye ve birini kanıyla kurban etmek gibi uygulamalara bulaşmış tarikatlara katılmış kişilerdir.

Birçok kişi, çoklu kişiliğin, bugün, önceki kuşaklara göre gerçekten daha sık görülüp görülmediğini veya günümüzde bu tanının konmasındaki patlamanın tamamen bizim bu patolojiyi tespit etme becerilerimizin artmış olmasından kaynaklanıp kaynaklanmadığını merak eder. Ağır çocuk suistimalinin son dönemlerde artmakta olduğu ve toplam insan nüfusunun daha büyük bir kısmının bundan kaynaklanan dissosiyatif sorunlar yaşamakta oldukları ihtimal dışı değildir. Artan çocuk suistimalinde payı olabilecek olan sosyolojik faktörler arasında, modern savaşların doğası (bu savaşlarda küçük savaşçı gruplardan çok tümden uygarlıklar travmatize olmuştur ve sonrasında, yaşadıkları dehşeti çocuklarıyla ilişkilerinde yeniden eylemle canlandırma tepkisini daha çok sayıda kişinin yaşayabileceği görülmüştür); ailelerin istikrarsızlaşması; daha önceleri daha muhafazakâr bir hayat süren orta-sınıf gruplarda madde kullanımının yaygınlaşması dâhil çeşitli bağımlılıkların oranında artış (Lisa Steinberg* vakasının da gösterdiği gibi, madde etkisi altın-

(*) Lisa Steinberg, Joel Steinberg (1941 –) adlı New York'lu eski bir avukat tarafından evlatlık edinilmiş ancak 1987 yılında, Joel Steinberg'in kokain etkisi altında bir dönemde öldürdüğü iddia edilmiş olan kız çocuğudur – ç.n.

daki bir ebeveyn, aklı başındayken yapmayı aklına bile getirmeyeceği şeyleri yapabilir); medyadaki şiddet içeren görüntü ve imgelerin artması (öyle ki, dissosiyatif savunmalar dissosiyasyona yatkın bir kişide daha fazla tetiklenir olmuştur) ve çağdaş hayatın getirdiği, bir şehirden diğerine yer değiştirme, anonim olma ve mahremiyet içinde yaşama bulunur (kapı komşularımın çocuklarına nasıl davrandıkları hakkında hiçbir fikrim ve onların davranışları üzerinde hiçbir kişisel etkim yok).

Öte yandan, uzak geçmişten bugüne, çocuklar hep travmaya maruz kalmışlardır; günümüzde, bir terapist dissosiyatif sorunları olan bir hastayı tedavi ettiğinde, sık sık o kişinin ebeveyninin de, o ebeveynin ebeveyninin de, vb. cinsel tacize maruz kaldığını tespit eder. Stephanie Coontz'un (1992) sosyolojik teorilerde tespit ettiği nostalji duygusuna karşı ithamları, geçmiş nesillerde çocukların hayatının daha kolay olduğunu öne sürmeye eğilimli herkesin durup düşünmesini sağlamalıdır. Kesin olarak söyleyebileceğimiz tek şey, günümüzde daha çok sayıda insanın çocukluklarında yaşadıkları suistimallerden bahsettikleri ve bu suistimallerin dissosiyatif mirasının üstesinden gelmek için yardım arayışında olduklarıdır.

Kluft (1984) kapsamlı klinik verilerden ve sistematik araştırmalardan yararlanarak, çoklu kişilik bozukluğu ve ağır dissosiyasyonun etiyolojisine ilişkin bir dört-faktör teorisi geliştirmiştir. İlk olarak; birey hipnotik açıdan yeteneklidir. İkinci olarak: birey ağır derecede travmaya maruz kalmıştır. Üçüncü faktöre göre; hastanın dissosiyatif tepkileri belirli çocukluk dönemi etkilerine göre şekillenmiştir; yani, dissosiyasyon uyum sağlamaya yöneliktir ve belli bir derecede aile tarafından da ödüllendirilmiştir. Dördüncü faktör ise; kişinin, travmatik olaylara maruz kalırken ve kaldıktan sonra huzurlu olduğu bir döneminin olmamasıdır. Daha önce Kluft'un tanımladığı ilk üç faktörden kısmen bahsetmiştim; son faktör de diğerleri gibi aynı derecede önemlidir ve terapistleri çalıştıkları her vakada derinden etkiler. Sanki dissosiyatif çocuğu hiç kimse kucaklamamış, hiç kimse göz yaşlarını silmemiş veya ona, yaşadığı sıkıntılı bir deneyiminin anlamını açıklamamıştır. Tipik olarak, travmaya verilen duygusal tepkiler daha fazla suistimalle cezalandırılmıştır ("Şimdi, sana, *gerçekten* ağlayacağın bir şey yapacağım!"). Çoğu kez, duyguyu inkâr etmeye, acıyı unutmaya, bir önceki gece yaşanan dehşet sanki hayal ürünüymüş gibi davranmaya yönelik bir tür sistematik aile içi anlaşma vardır.[10]

---

10 Hafızanın hem travma hem de trans ile nasıl çarpıtılabileceğini göz önünde bulundurursak, dissosiyatif danışanların terapide hatırladıkları suistimal tarihçesinin ne kadar doğru olduğu sorusu sık sık ortaya atılır. Klinik deneyimler, tacize ilişkin spesifik ayrıntıların kişi tarafından kurgulanabile-

Çoklu kişilik bozukluğunun çok etkileyici bir yönü, dissosiyatif kişilerin çoğunun –en azından tedaviye gelenlerin– ne kadar, kolayca sevebileceğiniz kişiler olduklarıdır. Bu kişilerin temel duygusal güvenlik deneyimlerindeki tüm tahribata ve bağlanma kapasitelerini yok etmiş olmasını bekleyeceğimiz ebeveyn bakımlarındaki tüm çürümüşlüğe karşın, neredeyse evrensel olarak, dissosiyatif hastaların, derin ilgi, sevgi ve şefkat duyguları uyandırdıkları bildirilmiştir. Her ne kadar, sık sık, dissosiyatif kişiler suistimal etmeye eğilimli kişilerle ilişki kursalar da (mazoşizmde olduğu gibi tekrarlama kompülsiyonu dolayısıyla), bazı cömert ve anlayışlı arkadaşlar da edinirler. Dissosiyatif kişilerin tarihçelerinde, çoğu kez, yıllar boyunca bağını koparmayan bir çocukluk arkadaşı, bu hastanın yatan "diğer" şizofrenlerden daha farklı olduğunu hissetmiş olan bir hemşire, destekleyici bir öğretmen, yardımcı olmaya çalışan bir polis gibi, bu kişilerde özel bir şeyler görmüş ve bu kişilerin iyiliğine yönelik olarak bir şeyler yapmaya çalışmış olan bir dizi insan bulunur.

Okuyucu, bu kitaptaki tipoloji bölümlerini nesne ilişkililiği derecesine göre sıraladığımı hatırlayabilir. Dissosiyatif hasta, histerik kişiden de daha fazla düzeyde, nesne-arayan, ilişki açlığı duyan, ilgi ve sevgiyi takdir edebilen biridir.[11] Dissosiyasyon üzerine olan literatürde, bu yaygın olarak kabul edilen olgu hakkında bugüne kadar herhangi bir açıklama görmedim; ancak belki de, bir insan bir ebeveyn tarafından sistematik olarak suistimal edildiğinde, sapkın bir şekilde kendisini suistimal eden kişi için kendisinin önemli olduğunu hisseder ve dolayısıyla diğer kişiler için taşıdığı temel değer duygusu onaylanmış olur. Nedenleri neler olursa olsun, çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişiler güçlü ve ümit dolu bağlanmalar yaşarlar.

---

ceğini, ancak bir travmaya maruz kalmış olma gerçeğinin kesin olduğunu telkin etmektedir. Çocukları suistimal etmiş ve çocukların suistimal edilmesine tanıklık etmiş kişilerden beklenecek olan yanıltıcı hafıza oyunlarına ve belirsizliklerine karşın, çocukluklarında suistimal edilmiş mağdurların hatırladıkları olaylar bir araya toplanılıp bunlar suistimalde bulunmuş veya suistimale tanıklık etmiş kişilerin bildirdikleriyle karşılaştırıldığında, suistimal kurbanlarının iddia ettikleri olayların doğruluğu %80 gibi çarpıcı bir oranda teyit edilmiştir (Coons & Milstein, 1986; Herman &. Schatzow, 1987).

11 Birçok psikopatik kişinin yaşadığı suistimal edici deneyimlerle dolu çocukluklar ise, bunun tam tersi bir sonuç doğurmuştur. Belki de bu kişiler bünyesel bir avantajdan yoksundur veya suistimal, kaotik ve ihmalkar olduğunda (kasıtlı veya törensel nitelikte olmasının veya farklılaşmış bir bilinç durumunda yapılmasının tersine) bir çocuk nefret edilmiş, bir yana atılmış ve saldırıya uğramış hisseder. Veya belki de, bu bölümün ilk yazılmış bir kopyasını okumuş olan bir dissosiyatif hastamın işaret ettiği gibi, erken dönemde iyi bir nesnesi olmuş olan çoklu-kişilik durumundaki kişiler ancak yardım görme beklentisiyle tedaviye gelmelerine imkan verecek yeterlilikte sevgi deneyimine sahiptirler.

DİSSOSİYATİF KENDİLİK

Çoklu kişilik bozukluğu gösteren bir kişinin kendiliğinin en çarpıcı özelliği, elbette, her biri belirli işlevleri yerine getiren birçok bölünmüş kısmi kendiliklere ayrılmış olmasıdır.[12] Bu kendilikler tipik olarak; bir ev sahibi kişiliğini (genellikle, tedavi arayışına giren, kaygılı, distimik ve aşırı yorgun bir hâlde olan), bebek ve çocuk bileşenlerini, içsel zalimleri (internal persecutor), kurbanları, koruyucuları, yardım edenleri ve özel amaçlı öbürleri içerir (daha tam bir liste için bkz. Putnam [1989]). Ev sahibi, öbür kişiliklerin tümünü veya bazılarını bilebilir veya hiçbirini bilemeyebilir, her bir öbür benzer şekilde, diğer kişiliklerin tümünü veya bazılarını bilebilir veya hiçbirini bilemeyebilir (T. Tudor, kişisel iletişim, 19 Temmuz, 1993). Bu konuda tecrübesiz veya doğal olarak şüpheci olan bir kişinin, öbürlerin, hem dissosiyatif bireyin kendisine hem de bu konuda bilgisi olanlara, nasıl ayrı ve "gerçek" görünebileceklerini anlaması zor olabilir. Bir akşam, telesekreterim bir kayda geçmişken telefonumu açtım ve kendimi huysuz bir çocukla konuşurken buldum; bu huysuz çocuk, hastalarımdan birinin öbür kişiliğiydi. Bu, bir kız çocuğu olan öbür kişilik, hastamın yaşamış olabileceğinden kuşkulandığım bir erken dönem travma hakkında bana bir şeyler söylemek ve ev sahibi kişiliğin niçin bu travma hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini sormak için beni arıyordu. Ertesi gün danışanıma telesekreterimdeki kayıttan bahsettiğimde, bu kaydı dinlemek istediğini söyledi. Hastamla birlikte, hastamın kendiliğinin bu dissosiye olmuş yönüyle yaptığım konuşmayı dinledik; konuşmayı dinledikten sonra, konuşmayı dinlerken, onun tarihçesini anlatan o çocuksu sesle hiçbir şekilde özdeşleşmiş hissetmediğini, ancak bunun yerine, huysuz küçük bir kızı, onun için iyi olduğunu bildiği bir şeye ikna etmeye çalışan ebeveyn mantığının sesini (hastam da bir anneydi) temsil eden benimle bir duygudaşlık hissettiğine eğlenerek işaret etti.

Dissosiyatif bir kişinin tüm kimliklerinde, kompleks bir müziksel bestedeki temalar gibi, çocuklukta yaşanan suistimallerin yol açtığı belirli temel inançlar vardır. Colin Ross, çoklu kişilik bozukluğunun "bilişsel haritası"nı tartışırken, bu temel inançları aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

1. Kendiliğin farklı kısımları ayrı ayrı kendiliklerdir.
2. Suistimalden kurban sorumludur.
3. Öfkeyi (veya hayal kırıklığını, isyanı, eleştirel bir tutumu ...) göstermek yanlıştır.
4. Geçmiş bugündür.

12 Suistimalin erken bebeklikten itibaren başladığı durumlarda, kendiliğin bütünleşme yaşamasının en baştan engellendiğini söylemek daha doğrudur.

5. Birincil kişilik anılarla başa çıkamaz.
6. Ben ebeveynimi seviyorum ama o onlardan nefret ediyor.
7. Birincil kişilik cezalandırılmalıdır.
8. Kendime veya diğer kişilere güvenemem. (Ross, 1989b, s. 126)

Ross (1989b) daha sonra bu inançların her birini çözümler ve içerdikleri alt inançları ve bunlardan yapılan kaçınılmaz çıkarımları ortaya koyar. Örneğin:

2. *Suistimalden kurban sorumludur.*
   a. Kötü biri olmalıyım yoksa bu olay olmazdı.
   b. Mükemmel biri olsaydım bu olay olmazdı.
   c. Öfkeli olduğum için cezalandırılmayı hak ediyorum.
   d. Mükemmel olsaydım öfkelenmezdim.
   e. Ben hiç öfkelenmem –öfkelenen odur.
   f. O, suistimalin olmasına izin verdiği için cezalandırılmayı hak ediyor.
   g. O, öfke gösterdiği için cezalandırılmayı hak ediyor. (p. 127)

Çoklu kişilik bozukluğu üzerine yakın dönemde yayınlanan literatür, öbür kişiliklere nasıl ulaşılacağına, öbür kişiliklerin daha önceleri tecrit edilmiş ve ulaşılmaz durumda olan tüm anılar, duygular ve özelliklerle birlikte nihayet bir tek kişi hâlinde entegre edilebilmesi için, amneziyi sürdüren engellerin nasıl azaltılacağına ilişkin kapsamlı bilgiler içermektedir. Terapistin aklında tutması gereken önemli bir gerçek, tüm öbür kişiliklerin, yani "herkes"in danışan konumunda olduğudur.[13] En nahoş eziyet edici kişilik bile, kişinin değerli ve potansiyel olarak uyum sağlayıcı bir kısmıdır.[14] Öbür kişilikler ortalıkta görünmediğinde bile, terapist bunların, olup bitenleri dinlemekte olduklarını ve endişelerini hâlen kullanılan kişilik "aracılığıyla konuşarak" dile getirdiklerini varsaymalıdır (Putnam, 1989).

---

13 Bu çerçevede, dissosiyatif hastalarla yapılan ilk terapiler, Eve'in terapisi dahil, terapist, başa bela olan alterleri bir yana atmayı ve "imha etme"yi savunduğunda acı bir şekilde sonlanmıştır. Dissosiyatif kişiler, terapistin böyle bir amacının bulunduğundan endişe ederler –olması gerektiği gibi, kendiliklerinin hiçbir kısmının feda edilmeyeceği konusunda açıkça temin edildiklerinde bile, bu endişeyi yaşayabilirler.

14 Dissosiyatif hastalarla yakından çalışmamış olan kişiler, dissosiyasyonu iyi bilen klinisyenlerin, hastanın dissosiye edilmiş kısımları somutlaştırma alışkanlığına katılma eğilimlerinden dolayı rahatsız olabilirler, ancak klinisyenin, bunun dışında bir şey yapması empatik olmayan ve kendi duygulanımsal deneyimiyle uyumsuz bir yaklaşımdır. Aslında, tedavi, tek bir kişiyle aile terapisi yapmayı çok andırır ve iyi yürütülen bir aile çalışmasında olduğu gibi, danışan, belirli bir tercih edilen aile üyesi değil sistemin kendisidir.

DİSSOSİYATİF HASTALARDA AKTARIM VE KARŞI-AKTARIM

Dissosiyatif danışanlarda aktarımın en etkileyici özelliği, çok yoğun olmasıdır. Ağır düzeyde kötü davranışa maruz kalmış bir kişi, güvenmek durumunda kaldığı herkeste kendisini suistimal etmiş olan kişiyi/kişileri görmeye yönelik sürekli bir tetikte olma hâlinde yaşar. Özellikle çocuk öbür kişilikler baskın durumdaysa, bugünün, o denli geçmiş gibi olduğu hissedilebilir ki, bu durumlarda halüsinasyonlu inançlara sıkça rastlanır (örn., terapist bana tecavüz etmek üzere, bana işkence yapmak üzere, beni terk etmek üzere). Dissosiyatif olgular üzerine eğitim almamış klinisyenler sık sık bu çıkarımı yapsalar da, psikotik aktarımlar hastada karakterolojik bir psikoz bulunduğuna işaret etmez. Bu aktarımlar, daha çok, ilk suistimalin yaşandığı zamanda farkındalıktan koparılmış ve danışanın kişisel tarihsel anlatısına entegre edilmemiş bir hâlde kalmış olan travma sonrası algılamaları, duyumları ve duygulanımları içerir. Bunların belki de en uygun şekilde kavramsallaştırılmaları, suistimalle bağlantılı olan bir dizi uyarana verilen şartlanmış duygusal tepkiler olarak düşünülmeleri şeklinde olabilir.

Tanısı konmamış dissosiyatif psikoloji yaşayan kişilerde sıkça karşılaşılan seyir şöyle bir sırayı takip eder: Terapistin, birçok hafta, ay veya yıllar boyunca hastanın kişiliğinin tümü olarak davranılmış olan ev sahibi kişilikten gelen muğlak ve selim bir olumlu aktarım hissetmesi, ardından, hastanın yaşamış olduğu travmayı hatırlamaya başlaması ve bunun; öbür kişilikleri, bedensel anıları ve suistimalin yeniden canlandırılmasını harekete geçirmesiyle yaşanan ani bir tedavi krizi. Bu tür gelişmeler bir hayli rahatsız edici olabilir ve şizofrenik bir çökmenin yaşandığını varsayan tecrübesiz bir klinisyende karşı-fobik tepkileri tetikleyebilir. Dissosiyatif hastaların tarihçeleri, elektroşoka gönderilmeler, gereksiz farmakolojik tedaviler (dissosiyasyonu şiddetlendirebilecek ilaçlar olan majör sakinleştiricilerin kullanımı dâhil), cerrahi tıbbi müdahaleler ve bebeksileştirici "başa çıkma" yaklaşımları ile dopdoludur. Ancak gerçekten ne olup bittiğini görebilen bir terapist için, hastanın yaşamış olduğu travmayı hatırlamaya başlamasıyla tetiklenen bu kriz, gerçekten onarıcı bir çalışmanın başlangıcının işaretini verir.

Aktarım dissosiyatif hastaları sel gibi kuşattığı için, terapistin, alışageldiği davranışlarına göre biraz daha "gerçek" şekilde davranması yararlıdır. Birçok klinisyen bunu doğal olarak yaptıklarını görürler –her ne kadar, eğer eğitimleri değişmez bir "ortodoks" tekniği vurgulamışsa, suçluluk hissederek olsa da. Dissosiyatif olmayan nevrotik-düzey karakter yapısı gösteren kişiler

gerçekliğe o denli yerleşmişlerdir ki, bu kişilerin temel yansıtmalarının açıkça görülmesi için terapistin nötr kalması gereklidir. Bu danışanlarda aktarımlar analiz edilebilir hâle gelir, çünkü danışan, kanıt bulunmadığı durumlarda atıflar yapma eğilimi gösterdiğini ve bu tür varsayımların kaynaklarının da tarihsel olduğunu keşfeder. Dissosiyatif danışanlarla olan çalışmalarda ise, danışan (nevrotik düzeyde olanlar bile), güncel gerçekliğin lânet bir *gerçek* gerçeklikten (sömürü, terk, işkence) yalnızca geçici bir uzaklaşma olduğunu varsayma eğilimindedir. Dissosiyatif bir kişinin aktarımını incelemek için, terapistin ilk önce, hastaya, hastanın zihninde bulunan o geçmişteki suistimal edici kişiden farklı biri olduğunu, saygıdeğer, kendini işine adanmış, mütevazi ve titiz bir profesyonel olduğunu göstermesi gereklidir. Dissosiyatif kişinin dünyası, incelenmemiş aktarımlarla o denli yoğunlaşmış bir hâldedir ki, ancak bunlara aktif bir şekilde ters görünen bir şeyin olması bunların nihayet analiz edilmesine imkân verir.

Daha önce de belirtildiği gibi, dissosiyatif hastalar yoğun sevgi, ilgi ve kurtarma isteği doğururlar. Yaşadıkları acı o denli derin ve hak edilmemiş bir acıdır ki ve sıradan bir ilgiye verdikleri yanıt insanın o denli içine dokunur ki, özellikle çocuk öbürlerde, içinizden elinizi omuzlarına koyup desteklemek veya evinize davet edip misafir etmek gelir. Ne var ki, bu tepkiyi ne kadar etkili bir şekilde doğururlarsa doğursunlar, terapistler ve danışanlar arasındaki normal sınırların herhangi bir şekilde ihlâl edilmesinden de yoğun olarak korkarlar; bu onlarda ensest duygusunu uyandırır. Çoklu-kişilik durumunun 20. yüzyılın ikinci yarısında yeniden keşfedilmesinde öncü olmuş kişilerin danışana aşırı bakım davranışı göstermeye yönelik bir eğilimleri vardı: Cornelia Wilbur, Sybil'e çok anaç davranmıştı ve David Caul, Billy Milligan'la aşırı ilgilenmekten kendini alamamıştı (Keyes, 1982). İyileşmiş bir hasta, otobiyografik kitabı *The Flock*'ta (Casey, 1991), terapistin ve onun kocasının kendisine evlatlıkları gibi davrandığını anlatır; terapist, daha sonra, şu yorumu yapmıştır (danışanın anlattığı hikayenin yanı sıra terapistin notları da bulunmaktadır kitapta): "Joan'ı 'evlatlık' gibi kabul ettiğime hiç pişman olmayacağım... çoklu-kişilik durumu yaşayan kişilere, ihtiyaç duydukları şeyleri ofisimden ayrılmalarını gerektirmeden verebildiğimi görmekten mutluluk duyuyorum" (s. 290).

İlk dissosiyatif danışanlarını gören klinisyenlerin çoğu, kendilerinden önceki cesur klinisyenler gibi, sınırlarının çok ötesine geçme eğilimi gösterirler. Çoklu kişilik bozukluğu olan hastalar, terapötik sınırlar içinde kapsanmaları zor hastalar olarak tanınırlar. Örneğin, terapinin ortaya çıkardığı dehşet verici deneyimlerle yüzleşmekte kullanacakları bir parça daha duygusal

destek arayışı içinde, her bir seansın sonunda oyalanıp sohbet etmeye çalışabilirler.[15] Tecrübeli klinisyenler bile, dissosiyatif danışanlarıyla yaptıkları seansların zaman sınırını genellikle zorladığını bildirirler. Genelde olduğundan daha sıcakkanlı ve daha gerçek biri olmak ve aynı zamanda da sınırları çok titiz bir şekilde korumak tecrübe kazandıkça kolaylaşır. Terapist kaçınılmaz olarak hata yaptığında, çoğunlukla, danışanın öbürlerinden biri düzeltici bir yönerge sağlamaktan mutlu olacaktır.

Dissosiyatif kişilere duyulan ve nispeten komik bir karşı-aktarım tepkisi terapistin dissosiyasyon göstermesidir. Diğer psikolojik durumlar da olduğu gibi, dissosiyasyon da bulaşıcıdır. Kendi kendini hipnotize etme yatkınlığı gösteren biri ile çalışırken hem trans durumlarına girmek daha kolaydır, hem de tuhaf bir şekilde kişi unutkan olur. İlk çoklu-kişilik durumu gösteren danışanımla (veya dissosiyatif çalışmalarda tercih edilen terimiyle "indeks hasta"mla) çalışmaya başladığında, Uluslararası Çoklu Kişilik ve Dissosiyasyon Çalışmaları Topluluğu'na (International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation) daha önce üye olduğumu unutup ikinci kez üyelik için başvurmuştum.

DİSSOSİYATİF DURUM TANISININ TERAPİ AÇISINDAN ANLAMLARI

Yeni terapistlerin çoğu çoklu kişilik bozukluğu gösteren biriyle çalışma olasılığından tedirgin olurlar, benim bu satırları yazdığım dönemde de, birçok psikoterapi eğitim programlarında bu hastalar hâlen mesleğe yeni başlayan biri için çok kompleks ve zorlayıcı olarak görülmektedir. Ama bu şansız bir durumdur; çünkü bir dissosiyatif patoloji yelpazesi vardır ve bu yelpaze üzerinde farklı noktalarda bulunan kişiler farklı tedaviler gerektirirler. Nevrotik düzeydeki bir dissosiyatif kişinin tedavi edilmesi genellikle daha kolaydır; sınırdurum ve psikotik düzeydeki çoklu kişilik vakaları ise daha fazla zorlayıcıdırlar, ancak aynı düzeylerde bulunan diğer türlerdeki karakter yapılarına sahip kişilerden daha zor hastalar değildirler.[16]

---

15 Putnam (1989), muhtemelen kısmen bu olgudan dolayı, 90 dakikalık seanslar yapılmasını önerir. Ancak uzmanların çoğu normal 45 veya 50 dakikalık seansların, ilk değerlendirme görüşmelerini veya önceden plânlanmış abreaksiyon seanslarını kimi zaman bunun dışında tutarak, dissosiyatif danışanlar için yeterli olduğunu düşünürler.

16 Ancak şu da doğrudur ki; gördükleri eğitim programları, klinik çalışmaya zaman sınırları dayatan terapistler, ciddi dissosiyatif eğilimleri olan kişileri terapiye almamalıdırlar. Bağlanma-terk edilme sekansları dissosiyatif kişileri yeniden travmaya sokar; bu da, "Zarar vermeyin" diyen Hipokrat ilkesiyle çarpıcı bir tezat oluşturur.

Putnam (1989), haklı olarak, dissosiyatif bir danışanla iyi bir terapi çalışması gerçekleştirmek için, sihre de sihirbaz olmaya da gerek olmadığını vurgular. Empatik bir duyarlılık gösterebilen ve gerekli eğitimi almış bir terapistin iyi bir çalışma yapması beklenebilir. Ross (1989b) dissosiyatif danışanlarla yapılan çalışmayı "uzatılmış kısa dönem terapi" olarak betimler; bununla kastettiği şey ise, uzun dönemli bir çalışmada, dissosiyatif tepkilere yönelik olarak burada-ve-şimdiye odaklanan bir yaklaşımın tedavide tercih edilecek yaklaşım olduğudur. Bir terapistin böyle bir çalışmayı gerçekleştirebilmesi için bir analitik enstitüden mezun olmuş olması gerekmez. Dissosiyatif durumlarla ilgili sorun her zaman daha ziyade tanı düzeyinde olmuştur; çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişiler, hatalı olarak, sınırdurum veya şizofrenik veya bipolar veya psikopatik durumların biri çerçevesinde değerlendirildiklerinde, bu kişilerin prognozunun ne olacağı da gerçekten şüpheli bir hâle gelir. Yalnızca yanlış anlaşılmış hissedip (bunu da çoğu kez dile getiremedikleri şekillerde yaşarlar) güvenlerini yitirmezler, ayrıca kendiliğin büyük kısımları terapiye katılmadığından tedaviye de direnirler. Tanı bir kez netleşip hasta da terapistin yaklaşımını anlayınca, psikoterapi genellikle ilerleyerek devam edecektir.

Dissosiyatif hastalarla yapılacak çalışmalarda kullanılacak tekniğin kimi özel yönlerinden önceki kısımlarda bahsetmiştim. Bu grupla başarılı terapi yapmanın özünü en iyi, aşağıdaki ilkeleri tespit etmiş olan, Kluft (1991) betimlemiştir:

> 1. ÇKB (çoklu kişilik bozukluğu [multiple personality disorder]), sınırların çiğnenmiş olması sonucu ortaya çıkmış bir durumdur. Dolayısıyla, başarılı bir tedavi güvenli bir tedavi çerçevesine ve sağlam ve tutarlı sınırlara sahip olacaktır.
>
> 2. ÇKB, öznel kontrol eksikliğinin ve pasif şekilde tahammül edilmiş aşağılanmaların ve değişimlerin yaşanmış olduğu bir durumdur. Dolayısıyla, hâkimiyet kazanma ve hastanın aktif katılımı üzerine odaklanılması gereklidir.
>
> 3. ÇKB, danışanın istemeden girdiği bir durumdur. Bu durumdan muzdarip olanlar travmatize olmayı seçmemişlerdir ve semptomlarının çoğu kez kontrollerinin ötesinde olduğunu görürler. Dolayısıyla, terapi güçlü bir terapötik ittifak üzerinde gerçekleşmelidir ve bunu başarmak için harcanacak çabalar tüm süreç boyunca devam etmelidir.
>
> 4. ÇKB, gömülmüş haldeki travmaların ve tecrit edilmiş duygulanımların bulunduğu bir durumdur. Dolayısıyla, saklanmış olan ortaya çıkarılmalı ve gömülü olan duygu dışa vurulmalıdır.
>
> 5. ÇKB; öbürler arasında algılanan, ayrılık ve çatışma içeren bir durumdur. Dolayısıyla, terapi çalışması bu öbürlerin bir araya gelmesi, işbir-

liği yapması, birbirlerine empati duyması ve birbirleriyle özdeşim kurması üzerinde durmalıdır.

6. ÇKB, birbiriyle yer değiştiren hipnotik nitelikte alternatif gerçekliklerin söz konusu olduğu bir durumdur. Dolayısıyla, terapistin ilettiği mesajlar açık ve doğrudan olmalıdır.

7. ÇKB, önemli ötekilerin davranışlarındaki tutarsızlıklarla bağlantılı bir durumdur. Dolayısıyla, terapist öbürler arasında taraf tutmadan yansız kalmalı, "tercih ettiklerim" türü bir tutumdan veya farklı kişiliklere yönelik davranışlarını aniden büyük oranda değiştirmekten kaçınmalıdır. Terapistin tüm öbürler karşısında eşit mesafede duran tutarlı tutumları, hastanın dissosiyatif savunmalarına karşı en güçlü saldırılardan biridir.

8. ÇKB, parçalanmış bir güvenlik, özsaygı ve gelecek yönelimi durumudur. Dolayısıyla, terapi, danışanın duygusal durumunu onarmaya ve gerçekçi yeni umutlar aşılamaya çalışmalıdır.

9. ÇKB, kişinin baş etme kapasitesini alt üst eden aşırı nitelikteki deneyimlerden kaynaklanan bir durumdur. Dolayısıyla, terapinin temposunun iyi ayarlanması son derece önemlidir. Tedavi başarısızlıklarının çoğu, terapinin hızının hastanın ortaya çıkan malzemeyi taşıyabilme kapasitesini aştığı durumlarda yaşanır. ... Eğer terapist ele almayı hedeflediği kritik malzemeye seansın ilk üçte birinde ulaşamayacak, ikinci üçte birinde üzerinde çalışamayacak ve son kısmında da bu malzemeyi işlemeyi tamamlayıp hastayı tekrar stabil bir hâle getiremeyecekse, hastanın seanstan alt üst olmuş bir durumda çıkmaması için o malzemeye hiç dokunmamalıdır ...

10. ÇKB, öteki kişilerin sorumsuzluğunun sonucu yaşanan bir durumdur. Dolayısıyla, terapist son derece sorumlu davranmalıdır ve hastanın, farklı öbür durumlarında da geçerli olmak üzere, gerçekçi bir sorumluluğun neleri içerdiğini ve gerektirdiğini kavradığından emin olduktan sonra hastayı yüksek bir sorumluluk standardına davet etmelidir.

11. ÇKB, çoğu kez, çocuğu koruyabilecek kişilerin hiçbir şey yapmamış olmasından kaynaklanan bir durumdur. Terapist teknik nötralitenin ilgi göstermeme ve ret olarak yorumlanacağını ve hastaya en iyi gelecek olan yaklaşımın duygulanımsal ifade serbestliğine izin veren, daha sıcakkanlı bir duruş olduğunu öngörebilir.

12. ÇKB, hastanın bilişsel düzeyde birçok hatalı düşünce geliştirmiş olduğu bir durumdur. Terapi düzenli olarak bu hatalı düşünceleri ele almalı ve düzeltmelidir. (s. 177-178).

Ayrıca, biraz hipnoz bilgisine sahip olmak terapistin işine yarar. Dissosiyatif kişiler, tanım itibariyle, her zaman spontan şekilde trans durumlarına girdikleri için, bu kişilerle hipnoz *olmaksızın* çalışmak mümkün değildir –bunu, ya kendi başlarına yapıyor olacaklardır, ya da, terapist ve hasta birlikte işbirliği içinde yapacaklardır. Hastaya hipnotik süreci nasıl kontrol altına alacağını ve bu süreci, travmatik ve savunmacı bir şekilde değil de, özerk ve

terapötik bir şekilde nasıl kullanacağını öğrenmesinde yardım edebilen bir terapist, hastasına oldukça önemli bir hizmette bulunuyordur. Transa yol açan tekniklerin, bu olağanüstü hipnotik yetenekleri olan grupta kullanımı çok kolaydır. Bu teknikler, bir güvenlik duygusunun kurulmasında, aşırı kaygıyı kapsayabilmekte ve kriz durumlarıyla başa çıkmakta özellikle etkilidir.

Bunları hipnoza çok karşı çıkmış biri olarak yazıyorum. Meslektaşım Jeffrey Rutstein bu karşı çıkma tepkisini "Freud-için-yeterince-iyi-değildiyse-benim-için-de-yeterince-iyi-değildir!" tepkisi olarak adlandırır. Hipnotik teknikleri öğrenmeye gösterdiğim direnç, otoriter olarak gördüğüm herhangi bir müdahaleye şüphe ile bakmamdan kaynaklanıyordu; karşımdaki kişiye, eğer bu, onun doğal deneyimi değil de aslında benim komutumsa, uykulu hissetmeye başladığını söylemek istemiyordum. Bu önyargım, eşitlikçi, işbirliğine dayalı bir yolla (hastanın, hipnozu başlatıcı imgeler ve diğer ayrıntılar konusunda beni yönlendireceği şekilde formatlanması çerçevesinde) hipnotize etmeyi öğrendiğimde ve hipnozun, travmatik anılara dalıp çıkmanın yarattığı duygusal kargaşayı yönetmekte dissosiyatif danışanlarımı ne kadar daha sakin kıldığını gördüğümde ortadan kayboldu. Hiç hipnoz bilgisi olmayan terapistlere, katılacakları hipnoz üzerine bir hafta sonu çalışma atölyesi, dissosiyatif danışanların çoğu ile çalışmak için gerekli beceriyi sağlamaya yeterlidir. Böyle bir eğitim ayrıca terapistin, dissosiyatif olgunun tüm boyutlarını daha iyi anlamasına da katkıda bulunacaktır.

Kimi zaman, standart tedaviden başka şekillerde sapmaya da ihtiyaç olabilir. Tudor (1989), terapist ve hastanın, orada olup bitenlerin gerçekliğini kurmak için, erken dönem travmanın olduğu sahnelerin ziyaret edildiği "alan yolculukları" yapılması önerisinde bulunmuştur. *Sybil*'ın okuyucuları, erken dönemde yaşadığı suistimalin fiziksel kanıtını bulmasının Sybil'in iyileşmesi açısından ne kadar önemli olduğunu hatırlayabilirler. Dissosiyatif hastalarla çalışırken, diğer hastalarla çalışmaya göre, istisnai uygulamaların daha çok olup olmaması gerektiği tartışmalı bir konudur. Bazen dissosiyatif olmayan bir danışanın düğününe katıldığım veya bir hediye kabul ettiğim veya o gün kaygısı divanda durmasına olanak vermeyecek denli yüksek olan bir danışanla birkaç sokak yürüdüğüm olmuştur –en klasik tedavide bile, olağan düzenlemeleri askıya almak için güçlü bir terapötik neden ortaya çıkabilir; bu neden de genellikle, spesifik patojenik inançların çürütülmesini içerir. Her "parametre"de olduğu gibi (Eissler, 1953); terapist, ancak net bir terapötik rasyonele sahipse istisnai şekillerde davranmalı ve bu tipik olmayan davranışları danışanla birlikte incelemelidir. Dissosiyatif kişiler, sınır ihlâllerine diğer

kişilerden daha da duyarlı oldukları için, standart uygulamalardan ayrılmalara verdikleri tepkilere dikkat edilmesi özellikle önemlidir.

Son olarak; Kluft'un terapi temposu hakkındaki görüşlerinin önemi üzerinde durmak istiyorum. Dissosiyatif hastalarla çalışırken, klinisyen şu eski psikanalitik öğüdü hatırlamakla, diğer hastalarla çalışırkenkine göre çok daha akıllılık edecektir: "Ne kadar yavaş gidersen, o kadar hızlı varırsın" (yani, tanıyı doğru koyduğunuzu varsayarak; aksi hâlde, terapiye tek hasta o imiş gibi gelen öbür kişilik tedavi edilmeye çalışılarak bir hayli zaman boşa harcanır). Artık çoklu-kişilik durumu yeniden keşfedildiğinden, bazı hastaneler ve klinikler, tedavi süresini kısaltmaya yönelik farklı yöntemler deniyorlar.

Ancak karakterden kaynaklanan her sorunda olduğu gibi kestirmeden gitmeler ters etki yapar. Dissosiyatif kişilerle çalışırken, hem, bu terapi süresini kısaltma çabaları boşunadır (güven duygusunun kurulması uzun bir zaman alır ve hastadan zamanı gelmeden güven duymasını beklemek aslında hastanın daha uzun süre güvensizlik duymasına yol açar), hem de, bu çabalar hastanın durumunu ciddi derecede daha da kötüleştirebilir. Özellikle de ruh sağlığı adına, zaten hayattan olağanın çok üstünde zarar görmüş birini yeniden travmatize etmek bizim işimiz değildir.

AYIRICI TANI

Bu bölümde ayırıcı tanı kısmı diğer bölümlerde olduğundan daha kapsamlı olacak; çünkü dissosiyatif hastalarla ilgili yanlış görüşlerin ve bu hastalara uygulanan yanlış tedavilerin büyük bir kısmı tanısal hatalardan kaynaklanır. Eğitimim esnasında bana dissosiyasyonun ayırıcı tanısını yapmam hiçbir zaman öğretilmemişti ve izlenimim o ki; psikoterapi eğitim programları ancak bugün, dissosiyatif patolojinin diğer türlerdeki sorunlardan nasıl ayırt edileceğini öğretmeye başlıyorlar. Benim eğitim gördüğüm dönemde, bana şu öğretilmişti: Bir hasta sesler işittiğini bildirmişse, bu hasta muhtemelen organik veya işlevsel nitelikte bir psikotikti ve büyük olasılıkla da şizofreninin bir türünü göstermekteydi. Hastaya, işittiği seslerin kafasının içinde gibi mi yoksa dışında gibi mi olduğunu sormam söylenmemişti. Bu, travma sonrası halüsinasyonlu durumları, psikotik çözülmeden ayırmanın basit yolu 1970'lerde bilinmiyordu bile ve o günlerden beri, bu ayrımın değerini ortaya koyan çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen (bkz. C. A. Ross, 1989b; Kluft, 1991), bu ayrım hâlen ancak nadiren öğretiliyor.

Şanslıyız ki, dissosiyatif psikoloji alanında değişim çok hızlı ilerliyor. Her ne kadar, çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişilerin ruh sağlığı geçmişle-

ri hakkında yakın dönemde yapılan araştırmalar (Coons, Bowman, & Milstein, 1988), hastanın tedaviye ilk başvurmasıyla hastaya nihai doğru tanının konması arasında ortalama olarak 7 *yıl* geçtiğini açığa çıkardıysa da, bu gecikme süresi kısalmaya başlamış durumdadır. Ancak şu hâlen doğrudur: Tanı koyan bir klinisyenin dikkatini, muhtemelen bir dissosiyatif kimlik sorununun bulunabileceğine çekmesi gereken faktörlerden biri, hastanın tedavi tarihçesinde, çok sayıda, daha önceleri konmuş, ciddi ve/veya birbirini dışlayan tanıların bulunmasıdır.

Dissosiyatif psikoloji gösteren insanların çoğunun terapiye yaşadıkları sorunun dissosiyasyon olduğunu söyleyerek gelmediklerini ne kadar vurgulasam azdır. Dissosiyasyon durumu, terapist tarafından tespit edilmek durumundadır. Dissosiyatif bir sürecin devrede bulunması olasılığına işaret eden veriler arasında, bilinen bir travma tarihçesi; ağır alkol veya madde kullanımı bulunan bir aile geçmişi; nasıl olduğu açıklanamamış ciddi kazaların yaşandığı bir kişisel geçmiş; ilkokul yıllarına ilişkin amnezi; hastanın mantıklı bir açıklama sunamadığı bir özyıkıcı davranış örüntüsü; "yitik zaman", zihinsel boşluk anları veya zaman çarpıtmaları şikayetleri; baş ağrıları (kişilikler yer değiştirirken sıkça yaşanır); kendilik hakkında üçüncü tekil veya birinci çoğul şahısta bahsetme; gözlerini döndürme ve trans-benzeri davranışlar; kafa içinde sesler veya gürültü ve daha önceki tedavi başarısızlıkları bulunur.

Dissosiyatif sorunlar, hafif depersonalizasyondan çok parçaya bölünmüş hâldeki çoklu kişilik bozukluğuna kadar yayılan bir yelpazede yer alır. Bu bölüm, karakterolojik dissosiyasyon hakkındaysa da, birçoğumuz arada bir dissosiyatif semptomlar yaşarız ve ne bu semptomlar ne de daha derin kökenleri olan dissosiyatif kişilik örüntüleri, bunları görmeye açık olmayan bir terapist tarafından ele alınabilir. Günümüzde, dissosiyasyonu tespit etmeye yönelik olarak geliştirilmiş ve hem tanı hem de gelecek araştırmalar açısından çok ümit vaat eden iki mükemmel tarama aracı vardır: Dissosiyasyon Deneyimleri Ölçeği [Dissociation Experiences Scale] (E. M. Bernstein & Putnam, 1986) ve DSM-IV Dissosiyatif Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme [Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders] (SCID-D; Steinberg, 1993).

Dissosiyatif Durumlar – İşlevsel Psikozlar Karşılaştırması

Kriz durumundaki veya stres altındaki dissosiyatif hastalar, Schneider'in betimlemiş olduğu ve şizofrenide "birincil" semptomlar olarak bilinen semptomların çoğunu gösterdikleri için (bkz. Hoenig, 1983), bu hastaları şizofre-

nik olarak değerlendirme hatasına kolayca düşülür.[17] Bir gözlemci dissosiyatif kişilik değişmesini duygudurum değişkenliği olarak değerlendirirse, danışan şizoafektif veya psikotik düzeyde bipolar olarak görülebilir. Dissosiyatif kişilerin, işlevsel psikoz yaşayan kişilerden farklı oldukları başlıca özellikler, dissosiyatif kişilerin hastalık-öncesi kişilikleri ve nesne ilişkililikleriyle bağlantılıdır: Gerçekten şizofren olan kişiler ölmüş gibi donuk bir hâldedirler ve genelde terapisti yoğun bir bağlanma içine çekmezler. Bu hastaların gerçeklikten ve ilişkilerden geri-çekilmeleri genellikle ergenlik dönemlerinde başlamıştır ve yetişkinlerindeki tam yalıtmaya doğru sinsi bir şekilde ilerlemiştir. Manik-depresif ve şizoafektif kişiler duygudurum kaymaları yaşarlar ancak hafıza bozuklukları yaşamazlar ve manik durumdayken, ajite hâldeki dissosiyatif kişiden çok daha büyüklenmecidirler.

Tanı koyma işini daha da karmaşıklaştıran durum, dissosiyatif semptomların şizofreni ve afektif psikozlarla yan yana bulunabilmesidir. Hasta sesler işittiğini bildirdiğinde, dissosiyasyonun psikotik resmin ana kısımlarından biri olup olmadığını değerlendirmek için, terapist, hastadan, "kendinin bunları ona söyleyen parçası" ile konuşmasını istemelidir. Eğer temelde dissosiyasyon varsa, çoğu kez bir öbür kişilik geri cevap verecektir. Bir terapist bunu ilk kez yaptığında bu komik gelebilir; ancak sonrasında rutin bir müdahale olarak görülür. Dissosiyasyon değerlendirmesi yapan tecrübesiz klinisyen şunu düşünmelidir: Böyle bir soru sorduğunda olabilecek en kötü şey, hastanın boş gözlerle klinisyene bakması ve bu soruyu ilk değerlendirme görüşmelerindeki tuhaf bir mesleki uygulama olarak düşünmesi olacaktır.

Dissosiyatif Durumlar – Sınırdurum Patolojiler Karşılaştırması

Sınırdurum ve dissosiyatif bozukluk tanıları birbirlerini dışlayan tanılar değildirler. Karakter örgütlenmesine ilişkin psikanalitik kavramlarla ilgili olarak tutarlı olmak için, dissosiyatif bir kişinin psikotik, sınırdurum veya nevrotik düzeyde örgütlenmiş olabileceğini varsaymamız gerekmektedir ve bu kitapta temsil edilen bakış açısı yönünden şanslıyız ki, dissosiyasyona ilişkin

17 Yakın dönemde, birçok klinisyen, bazı çarpıcı "şizofreni" tedavilerinin (örn., Sechehaye, 1951a, 1951b; Green, 1964), birincil dinamikleri aslında dissosiyatif olan hastaları içermiş olup olmayabileceğini sorgulamışlardır. Eğer bu doğruysa ve şizofreniye ilişkin ampirik araştırmaların çoğunda gerçekten şizofrenik olan deneklerle birlikte dissosiyatif olan denekler de bulunduysa, bu araştırmaların büyük bir bölümünü yeniden yapmak durumundayız. Bu yorum, dissosiyatif bozuklukların tersine "gerçek" şizofeninin tedavi edilemez olduğu görüşünü desteklemek için *yapılmamıştır*; ancak dissosiyatif temelli halüsinasyonlar, hezeyanlar ve düşünce bozuklukları çok daha hızlı iyileşir ve altta yatan bir psikotik dağılmayı ifade eden benzer semptomlara göre daha iyi bir nihai seyir taşır.

çağdaş araştırmalar bu varsayımı desteklemektedir. DSM-III-R'nin Çoklu Kişilik Bozukluğu ve Sınırdurum Kişilik Bozukluğu tanımlarına dayanarak Kluft (1991) şöyle der:

> tedaviye başlamış hastalar içinde, hem ÇKB (çoklu kişilik bozukluğu [multiple personality disorder]) hem de SKB (sınırdurum kişilik bozukluğu [borderline personality disorder]) gösteriyor gibi duranların üçte biri tedavide biraz yol aldıktan sonra hızla SKB özellikleri göstermez oldu, üçte biri ÇKB'leri bir çözüme kavuştukça belirgin SKB'lerini kaybettiler ve üçte biri de öbür kişilik entegrasyonundan sonra bile SKB özelliklerini korudular. (s. 175)

Büyük olasılıkla, bu son gruptaki hastalarda dissosiyasyon durduktan sonra, bu hastaların sınırdurum patolojileri dışavurumcu terapi ile daha derin şekillerde ele alınabilecektir.

Kimi dissosiyatif hastalar, doğru bir şekilde, ayrılma-bireyleşme meselelerinin hâkim olduğu sınırdurum yelpazede bulunuyor olarak değerlendirilirler; ama, öte yandan, çoklu kişilik veya kronik dissosiyatif tepkiler gösteren nevrotik düzey kişilerin hatalı şekilde temelde sınırdurum olarak görülmeleriyle de sık sık karşılaşılır. Dissosiyasyon, bölünme savunmasıyla benzerlik gösterir ve bireyde başka bir kişiliğin hâkim hâle geldiği öbür kişilik değişmeleri, hatalı bir şekilde, ego durumlarındaki değişimler olarak görülebilir. Burada sorulması gereken önemli sorular, amnezinin bulunup bulunmadığını yoklayan nitelikte sorulardır. Bu soruların ifade ediliş şekillerinin belirleyici bir etkisi vardır; çünkü travmatize olmuş insanlar otoritelerin iyiliğine güvenmezler ve belirli bilgileri ancak bunlar açıkça kabul görecekse verirler. Hastaya "Geçen Pazartesi bana çok kızmıştın ve benim değersiz biri olduğumu düşünmüştün, ancak bugün benim harika biri olduğumu söylüyorsun" demek dissosiyatif kişide de temelde sınırdurum olan kişide de savunmacılığa yol açacaktır. Ancak "Geçen Pazartesi benimle ilgili olarak oldukça farklı hissetmekteydin, bunu hatırlıyor musun?" sorusunu sormak sınırdurum patolojiyi dissosiyatif kaymalardan ayırt edebilir. Dissosiyatif kişiye, sorunun ifade ediliş şekliyle, Pazartesi günkü seans hakkındaki her şeyi unutmuş olabileceğini itiraf etme izni verilmiştir; öte yandan, sınırdurum dinamikleri olan biri "Evet, peki ne olmuş yani?" demekte serbesttir.

Dissosiyatif Durumlar – Histerik Durumlar Karşılaştırması

Daha önce de belirtildiği gibi, histerik ve dissosiyatif psikolojiler arasında büyük oranda bir örtüşme vardır; birçoğumuzda ikisi de bulunur. Konversiyon

semptomları çoklu kişilik bozukluğu gösteren kişilerde yaygın olarak bulunur; histerik kişiler birçok yolla dissosiye olabilirler. Nispeten dissosiyatif hâle gelen kişiler ile nispeten histrionik hâle gelen kişilerin temel mizacı muhtemelen birbirine benzerdir; ancak dissosiyatif hâle gelen kişilerin çocukluklarında gördükleri suistimaller daha fazladır. Histerik kişilik gösteren kimi bireyler, özellikle de, nevrotik düzeyde olanlar, bahsi gerekecek bir suistimale maruz kalmamışlardır; öte yandan, dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı konabilecek durumdaki her birey, nevrotik düzeyde bile olsa, ağır travmaya maruz kalmıştır. Belirgin histerik semptomları olan her danışanda, terapist, dissosiyasyon bulunup bulunmadığı değerlendirmesini de yapmalıdır.

Bu ayırıcı tanının terapötik açıdan sonuçları şu ayrıma dikkat etmeyi gerektirir: Histerik kişilerin tekrarlayan itkilerini, fantazilerini ve bilinçdışı yönelişlerini yorumlamak önemlidir; dissosiyatif hastalarda ise, travmatik bir tarihçenin hatırlanması ve duyulan tepkinin dışavurularak boşaltılması üzerinde durulmalıdır. Temelde dissosiyatif olan bir danışanla çalışırken; terapist, ilkini yaparsa inkârı pekiştirecek, suçluluğu artıracak ve ağır bir geçmişin yaratmış olduğu acıyı ele almakta başarısız olacaktır. Temelde histrionik olan bir danışanla çalışırken; terapist, ikincisini yaparsa içsel dinamikleri görüp tanımaktan ve enerjisini gerçekten tatminkâr olan yönlere yeniden yönlendirmekten gelen bir öznelik duyumunun gelişmesini engelleyebilir.

Dissosiyatif Durumlar – Psikopatik Durumlar Karşılaştırması

Daha önce Bölüm 7'de de belirtildiği gibi, birçok antisosyal kişide dissosiyatif savunmalar bulunur. Dissosiyatif bir yönü de bulunan sosyopatik kişi ile sosyopatik bir öbür kişiliği olan dissosiyatif kişiyi ayırt etmek çıldırtıcı derecede zor bir iştir –bunun da çoğu kez nedeni, bu sorunun sorulduğu döneme gelindiğinde, verilecek cevabın çok sayıda yasal sonuçlar doğuracak olmasıdır. Ciddi bir suçtan dolayı tutuklanmış olan bir kişinin, bir hâkimi veya jüriyi çoklu-kişilik durumu yaşadığına inandırmaktan sağlayacağı yarar çok fazla olabilir; zalim bir öbür kişiliğin, ev sahibi kişiliği, kendiliğin antisosyal olarak değerlendirilmesini sağlayarak cezalandırmaya çalışmasıyla daha az karşılaşılır. Bir kişinin hastalık numarası yapmak için güçlü nedenleri varsa, bu kişinin psikopatik olabileceğini varsaymak ihtiyatlı ve öngörülü bir yaklaşım olacaktır. "Gerçek-suç" türünde olan ve yakın dönemde çıkmış olan birçok kitapta (örn. Weissberg, 1992), bir şüphelinin, çoklu-kişilik olduğunu iddia ettiği durumlarda ortaya çıkan ve insanın kafasını karıştırıp şaşırtan karmaşıklıklar araştırılmıştır.

Temelde dissosiyatif olan kişiler ile temelde psikopatik olan kişileri birbirlerinden güvenilir şekilde ayırt etmekte ustalaşırsak, hastanın dış dünyaya bunların birini veya diğerini sunmasının hastaya önemli ikincil kazançlarının olduğu durumlarda bile, bunun adli ceza sistemine katkısı çok büyük olabilir. Dissosiyatif kişiler (çok parçaya bölünmüşlükleri en derin olanlar dışında) iyi bir seyir gösterdiklerinden, çoklu kişilik bozukluğu yaşadığı keşfedilen suç işlemiş kişilere yoğun terapi uygulanmasının önemli bir suç önleyici değeri olacaktır. Klinisyenler dissosiyasyonu, antisosyal örüntüleri değiştirme hızlarına göre daha hızlı bir şekilde çözebilirler; bu yüzden de, sınırlı kaynakların bulunduğu durumlarda, örneğin, bir hapishanede veya şartlı tahliye sistemi içinde çalışan klinisyenler, sağlayacakları yardımdan en çok yararlanabilecek danışanlara odaklanmayı tercih edebilirler.

Özet

Bu bölümde dissosiyasyon kavramının ve bunun karakterolojik görünümü olan çoklu kişilik bozukluğunun tarihçesini tartıştım. Bireyin kişiliğinde işleyen temel bir süreç olarak dissosiyasyonun gelişimini açıklarken, çoğu kez yüksek zekâ, yaratıcılık ve sosyofili özellikleriyle birlikte bulunan bünyesel nitelikteki kendini hipnotize etme yeteneğinden bahsettim. Bu faktörler, bir kişiyi, travmaya, dışarıdan gözlemleyenlerin göremeyeceği türdeki bir dissosiyatif savunmayla tepki vermeye yatkın kılabilirler. Braun'ın dissosiyasyonu açıklayan BASK modeli, Freudcu savunma kavramlarına bir alternatif olarak tartışıldı. Dissosiyatif kişilerin nesne ilişkileri, çocuklukta yaşanan travmatik suistimallerden kaynaklanıyor olarak açıklandı ve bu travmaların, bu tür yaralanmaları duygusal açıdan işlemeye yönelik olarak çocuğun çevresindeki kişilerden gelebilecek yardımlarla hafifletilmemiş olduğu belirtildi. Dissosiyatif kimlik gösteren bir kişinin kendiliğinin, yalnızca parçalanmış bir hâlde olmadığı, aynı zamanda, kişiyi felç edici korkularla ve kendini suçlayıcı düşüncelerle de dolu olduğu betimlendi.

Dissosiyatif hastalarla yaşanan aktarım ve karşı-aktarım tepkilerinin gücü üzerinde duruldu ve özellikle de, bu hastaların terapistte uyandırdıkları kurtarma fantazileri ve hastaya aşırı ilgi duyma eğilimi tartışıldı. Dissosiyatif durum tanısının tedavi açısından getirdikleri ele alındı. Önemi vurgulanan noktalar arasında, terapötik ilişkide temel güvenlik ve işbirliği duygusunun geliştirilmesi, dissosiye olmuş deneyimlerin hatırlanmasının ve duygusal açıdan anlaşılmasının sağlanmaya çalışılması, hastanın kendiliğinde yer alan tüm kişiliklere tutarlı şekilde davranılması, mesleki sınırlara kesin bir şekilde bağlı kalırken "gerçek" bir kişi ve sıcakkanlı biri olunması, patoloji üreten düşüncelerin analiz edilmesi, hipnozun bir yardımcı müdahale aracı olarak kullanılması ve danışanın abreaksiyonu ve entegrasyonu gerçekleştirebilmesi için duyduğu zaman ihtiyacına saygı gösterilmesi bulunmaktadır. Dissosiyatif dinamiklerin, şizofrenik ve bipolar psikozlardan, temelde sınırdurum görünümlerden, histerik ve psikopatik kişilik örgütlenmelerinden farklılıkları belirtildi.

İleri Okuma Önerileri

Putnam (1989) ve C. A. Ross (1989b) ayrı ayrı, dissosiyatif durumların tanısı ve tedavisi üzerine mükemmel nitelikte temel kitaplar yazmışlardır. Psikanalize yakın okuyucular Ross'un analistlere yönelik biraz aksi tutumundan rahatsız olmamalıdırlar; Ross'un uzmanlık bilgisi muazzamdır. Çoklu kişilik bozukluğu ve dissosiyasyon üzerine bildiğim en özlü ve güncel makale Kluft'un (1991) özet çalışmasıdır. Kluft ve Fine'ın (1993) editörlüğünü yaptıkları, çoklu kişilik bozukluğu üzerine olan antolojideki makalelerin hemen hepsi hem rahat okunan hem de son derece bilgilendirici makalelerdir.

EK

Önerilen Tanısal Görüşme Formatı

DEMOGRAFİK VERİLER
Adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, etnik/ırkî aidiyeti ve dini, medeni durumu, ebeveyn durumu, tamamlanmış eğitim düzeyi, çalışma durumu, daha önceki psikoterapi deneyimi, yönlendiren kişi/kurum, danışan haricinde bilgi kaynağı olabilecek kişiler.

GÜNCEL SORUNLAR VE BAŞLANGIÇLARI
Başlıca şikayetler ve hastanın bunların kökenlerine ilişkin görüşleri; sorunların tarihçesi; bu sorunlar için ilaç kullanılıp kullanılmadığı, kullanılmışsa hangi ilaçların kullanıldığı; terapiye niçin şimdi başvurduğu.

KİŞİSEL TARİHÇE
Nerede doğduğu, büyüdüğü, ailedeki çocuk sayısı ve danışanın çocuklar içindeki sırası, önemli taşınmalar. Ebeveyn ve kardeşler: Nesnel veriler (yaşayıp yaşamadıkları, yaşamıyorlarsa ölüm nedeni ve zamanı; yaş, sağlık, meslek durumları) ve öznel veriler (kişilikleri, hasta ile ilişkilerinin doğası). Ailede yaşanmış olan psikolojik sorunlar (tanısı konmuş psikopatolojiler ve diğer durumlar; örneğin, alkol bağımlılığı).

Bebeklik and Yürüme Çağı
Hastanın istenen bir bebek olup olmadığı; doğumdan sonraki ailevi koşullar; gelişimsel açıdan önemli evrelerde normal dışı görünen herhangi bir şey olup olmadığı; erken dönemde yaşanmış sorunlar bulunup bulunmadığı (yeme, tuvalet kontrolü, konuşma, hareketlilik, yatağını ıslatma, gece kâbusları, uykuda yürüme, tırnaklarını yeme, vb.); en erken anılar; danışanla ilgili aile hikâyeleri veya şakaları.

Gizillik Dönemi

Ayrılık sorunları, sosyal sorunlar, okul dersleriyle ilgili sorunlar, davranış sorunları, hayvanlara acımasızca davranma; hastalıklar, kayıplar, taşınmalar veya bu dönemde ailenin yaşadığı sıkıntılar; cinsel veya fiziksel taciz.

Ergenlik

Ergenlik yaşı, cinsel olgunlaşmayla ilgili fiziksel bir sorun olup olmadığı, ailenin cinselliğe nasıl hazırladığı, ilk cinsel deneyimler, cinsel tercih, mastürbasyon fantazileri; akademik ve sosyal açıdan okul deneyimi; özyıkcılık örüntüleri (yeme bozuklukları, madde kullanımı, cinsellikle ilgili sorunlu düşünceler, aşırı risk-alma, intihar itkileri, antisosyal örüntüler); hastalıklar, kayıplar, taşınmalar veya bu dönemde ailenin yaşadığı sıkıntılar.

Yetişkinlik

Çalışma tarihçesi; ilişki tarihçesi; güncel yakın ilişkilerinin yeterlilik düzeyi; çocuklarla ilişkisi; hobileri, yetenekleri, yapmaktan keyif aldığı şeyler, kendinden gurur duyduğu ve hayattan tatmin sağladığı alanlar.

GÜNCEL GÖRÜNÜM (RUHSAL DURUM)

Genel görünümü, duygulanım durumu, duygudurumu, konuşmasının niteliği, gerçeklik sınamasının sağlamlığı, tahmini zekâ düzeyi, hafızanın yetkinlik düzeyi, sağladığı bilgilerin güvenilirlik düzeyi. Sorunlar bulunabileceğine işaret eden alanların her birinin daha ileri yöntemlerle araştırılması (örn. eğer duygudurum depresif ise, intihar olasılığını değerlendirin).

Rüyalar: Hatırlanıyorlar mı? Tekrarlayan rüyalar var mı? Yakın dönemde görülmüş bir rüya örneği.

Reçeteli ve başka yollarla madde ve alkol kullanımı.

HASTANIN BELİRTMEK İSTEDİĞİ SON NOKTALAR

Hastaya kendisine sorulmayan, eklemek istediği başka herhangi önemli bir bilginin olup olmadığının sorulması.

Hastanın terapistle rahat hissedip hissetmediği ve sormak istediği herhangi bir noktanın bulunup bulunmadığının sorulması.

DİNAMİK ÇIKARIMLAR

Başlıca tekrarlayan temalar; saplanma ve çatışma noktaları; tercih edilen savunmalar, çıkarımla tespit edilen bilinçdışı fantaziler, arzular ve korkular; temel özdeşimler, karşı-özdeşimler, yası tutulmamış kayıplar; kendilik-uyumu ve özsaygı.

Türkçe-İngilizce Sözlük

açığa-çıkarıcı-terapi: uncovering therapy
açık uçlu: open-ended
açıklayıcı kavramsal kurgu: explanatory construct
açlık: hunger
adli ceza sistemi: criminal justice system
ağır duygulanım tıkanıklığı: massive affect block
ahenkli birleşmiş kendilik: cohesive self
ahenkli olmak, ahenk göstermek, uyum sağlamak: attunement
ahenkli, tutarlı: coherent
ahlâkî delilik: moral insanity
ahlaksallaştırma, ahlaki değerlendirme: moralization
ahlâksallaştırmanın bulunmadığı: nonmoralized
aile sistemleri terapisi: family systems therapy
aile söylencesi: family myth
akılcılaştırma: rationalization
akıldışı, irrasyonel: irrational
akli durum: mental status
aktarım: transference
alanına girme: intrude
alenen büyüklenmeci: overtly grandiose
alışılmış, alışkanlık hâline gelmiş, daimi olarak, hep devreye girecek: habitual
alışkanlık: habit
alıştırma: practicing
alt üzey: lower order
altyapı: infrastructure
amnezi, bellek kaybı: amnesia
amnezik: amnestic
ampirik: empiric
anaklitik: anaclitic
anal: anal
anal dışa-atıcı: anal expulsive
anal içe-alıcı: anal incorporative
anal tutucu: anal retentive
analiz edilebilirlik: analyzability
analizan: analysand
anında doyum: immediate gratification
"ani öfkelenme; patlayıcılık": explosivity
anlatım, ifade, dışavurum: expression
anlatmak, ifade etmek, dışavurmak: express
anne koruyuculuğu: maternal protection
anne tarafından yutulma: maternal engulfment
(çarpık nitelikteki) anne tepkileri: (distorted) maternal responsiveness
anne(nin) etkililiği: maternal effectiveness
anoreksiya nervoza: anorexia nervosa
antidepresan: antidepressant
antipsikotik: antipsychotic
antisosyal: antisocial
araçsal düşünce: instrumental thinking
ardışık: sequential
arkaik: archaic
arkaplan, artalan, ortam: background
arzu: desire
arzu, istek: wish
arzu-doyurucu-tarzda-düşünmek: wishfull thinking
aslen: intrinsically
asli ötekiler: significant other
aşağılık duygusu: sense of inferiority
aşırı bakım davranışı: excessive nurturance
aşırı basitleştirilmiş: oversimplified
aşırı değer verilmiş: overvalued
aşırı değer verme: overvaluation
aşırı denetleyici: overcontrolling
aşırı doyurulmuş: overindulged
aşırı eleştirel: overcritical
aşırı gergin: overburdened
aşırı ilgi duyma, aşırı müdahalecilik: overinvolvement
aşırı karışan: overinvolved
aşırı mütecaviz: overintrusive
aşırı savunmacılık: overdefendedness
aşırı şımartma: overindulgence

aşırı tepkisel: overreactive
aşırı uyarılma: overstimulation
aşırı uyarılmış: overstimulated
aşırı vicdanlı olma: overconscientiousness
aşırı yatırım yapan: overinvested
aşırı yüklü: overload
aşırı, yoğun, boğucu, kendini dayatıcı: overwhelming
aşırı-akut, aşırı-keskin, aşırı-şiddetli: hyperacute
aşırı-dikkatli: hyperattentive
aşırı-duyarlı: hypersensitive
aşırı-duyarlılık: hypersensitivity
aşırı-düşünümsellik: hyperreflexivity
aşırı-gereksinimli: craving
aşırı-istek, açgözlülük, tamah: greed
aşırı-özdeşim: overidentification
aşırı-tepkisel: hyperreactive
aşırı-teşhis-edilmiş, fazlasıyla teşhis edilmiş: over-diagnosed
aşırı-uyarılabilirlik: hyperexcitability
ata, aile/sülale reisi: patriarch
atıf: attribution
avantajlı bir konumda: advantaged
ayırıcı: differential
ayırıcı tanı: differential diagnosis
ayırıcı tanısını yapmak: rule out
ayırt edici: discriminating
ayırt etmek: differentiate
ayna aktarımı: mirroring transference
aynalama: mirroring
ayrı olma hâli: separateness
ayrılık hâli: separatedness
ayrılma: separation
ayrılma-öncesi: preseperation
ayrımlaşma: differentiation
ayrımlaşmamış: undifferentiated
ayrıştırma: rift

bağdaşan: concordant
bağdaşan: syntonic
bağdaşan karşı-aktarım: concordant countertransference
bağımlı: addicted
bağımlı: dependent
bağımlılığa-karşı-direngen: counterdependent
bağımlılığa-karşı-direngenlik: counterdependency
bağımlılık: dependency
bağlanma: attachment
bağlantı, ilişki, korelasyon, bağıntı: correlation
bakış açısı, referans çerçevesi: frame of reference
bakmak, büyütmek, yetiştirmek: nurture
baskılama: suppression
baskılayıcı: suppressor
baskılayıcı: suppressive
bastırıcı savunmalar: repressive defenses
bastırma: repression
başa çıkma: cope
"başa çıkma" yaklaşımları: management approaches
baştan çıkarma: seduction
bebek: infant
bebeklik: infancy
bebeksi hâle getirmek, bebeksileştirilme: infantilize
bebeksi, çocuksu: infantile
bebeksileştirmeyen: noninfantilizing
bedenin dışından kendini izleme deneyimi: out-of-the-body experience
bedeninden çıkmış: disembodied
bedenleştirme: somatization
belirleyici (tutum): authoritative
ben: I
ben: me
bencil: self-centered
bencilce, bencil: selfish
benmerkezcilik, benmerkezci: egocentrism
biçim: form
biçim: mode
biçim, versiyon: version
bilinçlilik, bilinç alanı: consciousness
biliş: cognition
bilişsel: cognitive
bilişsel karışıklık: cognitive confusion
bilişsel kurgu: cognitive set
bilişsel tarz: cognitive style

bireyleşme: individuation
biriciklik: uniqueness
birikimli travma: cumulative travma
birincil: primary
birincil benmerkezcilik: primary egocentricism
birincil haset: primary envy
birincil karşılıklı bağlanma: primary reciprocal attachment
birincil kendilik sevgisi: primary love of self
birincil semptom: "first-rank symptom"
birincil süreç düşünce: primary process thought
birleşik: consolidated
birleşim: combination
birleştirme: consolidation
biyoloji: biology
boşalma, boşalım, boşaltma: discharge
bozukluk: malfunction
bozulmazlık: incorruptibility
bölmeleme: compartmentalization
bölmeleme: departmentalization
bölünme mekanizması: splitting mechanism
bölünme, bölme: splitting
bölünmüş: split-off
bulimia: bulimia
bulimia nervoza: bulimia nervosa
bünye, yapı: constitution
bünyesel mizacı: constitutional temperament
bünyesel nitelik: constitutional endowment
bütün, bütünlüklü: whole
bütünleşik: integral
bütünleşmiş: integrated
bütünleşmiş kimlik duygusu: integrated sense of identity
bütünleşmiş-ego-öncesi: pre-integrated-ego
bütünlük: integrity
bütünlük: wholeness
bütünsel [global]: global
büyüklenmeci: grandiose
büyüklenmeci genişleme: grandiose expansion
büyüklenmecilik: grandiosity

camia, çevre, cemaat: community
cesaretini kırmak, engellemek: discourage
cezalandırıcı olmayan: nonpunitive
cinsel mazoşist: sexual mazochist
cinsel sapkınlık: sexula pervesion
cinsel taciz: molestation
cinsel yönelim: sexual orientation
cinselleştirme: sexualization
cinsellik karşıtı: antisexual
cinsiyet: gender
cinsiyetçilik: sexism

çalışma ittifakı: working alliance
çarpıtıcı, çarpıtan, bozucu: distorting
çarpıtma: distortion
çatışma: conflict
çatışma-temelli terapi modelleri: conflict-based threpay model
çıkmaz, hâl , açınaz: predicament
çift taraflı çıkmaz bir duruma sokmak: double-binding
çift-değerlilik: ambivalence
ÇKB (çoklu kişilik bozukluğu [multiple personality disorder]): MPD [multiple personality disorder]
çok müşfik: omnibenevolent
çok parçaya bölünmüş: polyfragmented
çok yönlü: multifaceted
çoklu işlev: multiple function
çoklu kişilik bozukluğu: multiple personality disorder
çoklu-kişilik durumu,çokluk, çeşitlilik: multiplicity
çözülme: decompensation

"dağılmış; dağınık halde; düzensiz": disorganized
dağılmışlık hâli: disorganization
dağıtıcı: disorganizing
daha alt düzeyde işlevselliği olan: lower-functioning
daha üst düzeyde işlevselliği olan: higher-functioning

danışan: client
davranışsal: behavioral
dayanıklılık, tolerans, tahammül: tolerance
değerli görme: valuation
değersizleştirilmiş: devalued
değersizleştirme: devaluation
değişime uğramamış: unmodified
değişime uğratılma, değişim geçirme: modification
değiştirilebilir: modifiable
delilik: lunacy
denetim analisti: control analyst
denetim konumu: locus of control
denetim, kontrol: control
deneyime-yakın: experience-near
deneyimleyen ego: experiencing ego
depersonalizasyon: depersonalization
depo hastanelerinin dışına çıkartma: deinstitutionalization
depresif: depressive
depresyonlu: depressed
derinlemesine çalışma: working through
derinlikli: in-depth
dert, endişe: concern
destek sağlayıcı nitelik taşıyan, yaslanılabilir,güvenilebilir, emniyetli: dependable
destekleyici terapi: supportive therapy
devre: stage
dışa-atım: expulsion
dışavurumcu: expressive
dışavurumcu duygu: expressive feeling
dışavurumcu terapi: expressive therapy
dış-kaynaklı, dışsal, çevresel: exogeneous
dışsallaştırma: externalize
diğerkâm [altruist]: altruist
diğerkâmlık [altruism]: altruism
dikkati dağınık: distractible
dil-öncesi: preverbal
dissosiyasyon: dissociation
dissosiyatif birey: dissociative individual
dissosiyatif bozukluk: dissociative disorder
dissosiye olmak: dissociate
dissosiye olmuş: dissociated
distimi: dysthymia
diyadik, ikili: dyadic
doğuştan: innate/inborn
donuk duygulanım: flat affect
doyum: gratification
dönem: phase
dönüşüm: transformation
duruma özgü: situation-spesific
durumdan bağımsız: situation-independent
durumsal etkenler: situational factors
duyarlı: sensitive
duygu: emotion
duygu: feeling
duygudurum: mood
duygudurum değişkenliği: lability of mood
duygu-karşıtı: antiemotional
duygulanım: affect
duygulanım iletimi: affect transmission
duygulanımsal: affective
duygusal: emotional
duygusal açıdan karşılıklılığa dayalı: emotionally reciprocal
duygusal ahenk: congruence
duygusal denge: emotional equilibrium
duygusal donukluk: apathy
duygusal durum: emotional state
duygusal ihtiyaçları cevaplamak: responding to emotional needs
duygusal koza: emotional cocoon
duygusal sakinlik: emotional repose
duygusal suistimal: emotional mistreatment
duygusal uyarılmışlık: emotional arousal
duygusal uzaklık: aloofness
duyum, duygu, algı, anlam: sense
duyumsal: sensory
dürtü: drive
dürtü-savunma modeli: drive-defense model
düşmanca: hostile
düşmanlık: hostility
düşünce: intellect
düşünce bozukluğu: disordered thinking
düşünce bozukluğu: thought disorder
düşünce zinciri: train of thought
düşünme tarzı: thinkin style

düşünsel savunmalar: intellectual defenses
düşünselleştirme: intellectualization
düzensizlik: irregulaity
düzey: level

ebeveynin oluşturduğu örnek: parental modeling
edilginin-etkene dönüşümü: passive into active transformation
edim: act
ego: ego
ego bölünmesi: splitting of the ego
ego durumu: ego state
ego gücü: ego strenght
egoda terapötik bölünme: therapeutic split in the ego
ego-kurucu: ego-building
egoya-yabancı: ego alien
egoyla-uyumlu: ego syntonic
egoyla-uyumsuz: ego dystonic
eğitimsel: pedagogic
eğitsel rol: educative role
eksiklik modeli: deficit model
eksiklik, kusur: defect
eksiklik, yetersizlik: deficit
eleştirici, eleştirel: critical
empati: empathy
empatik ilişkililik hâli: empatic relatedness
empatik olmayan: unemphatic
engellenmeye tahammül: frustration tolerance
ensest: incest
ensest-eğilimli, ensest-yönelimli: incestuous
epigenetik: epigenetic
ergenlik öncesi: preadolescent
ergenlik/ ergenlik dönemi: puberty
erkeklik: masculinity
erken (dönem): premature
erken çocukluk yılları (yaşları),biçimlendirici yaşlar: formative years
erken yetişkinlik: young adulthood
erotik: erotic
erotikleştirme: erotization
erotomani: erotomania
ertelenmiş doyum: deferred gratification
esneklik, dayanıklılık: resilience
eşcinsel erotik duygular: homoerotic feelings
eşcinsellik: homosexuality
eşcinsellik fobisi: homophobia
eşsiz: unique
eşzamanlılık: synchronicity
etik: ethic
etiyoloji: etiology
etki: effect
etkide bulunma gücü, etkililik: efficacy
etkileşim: transaction
etkili, sonuç verici: effective
etkililik duygusu: sense of efficacy
etkinlik düzeyi: activity level
etmen: factor
ev sahibi kişilik: host personality
eylem, davranış, iş: deed
eyleme-koyma: acting out
eylemle canlandırılmış: enacted
eylemle-canlandırma: enact
eylemle-canlandırma: enactment
eziyet eden, zalim (persecutor): persecutor
eziyet edici: persecutory
eziyet edici kişilik: persecutory personality
eziyet etme: persecute
eziyet etme: torment

fallik: phallic
fantezi: fantasy
farkındalık: awareness
farklılaşma: hatching
farklılaşmış bilinç durumu: altered state of consciousness
farmakolojik yaklaşım: pharmacologic management
fenomen: fenomenon
fenomen, görüngü, olgu: phenomenon
fetiş: fetishe
fikir: idea
füg [kaçış]: fugue

geçiş törenleri: rites of passage
gelişimsel: developmental

gelişimsel duraklama: developmental arrest
genelleme: generalization
genelleşmiş, genelleştirilmiş: generalized
gerçekdışı: unrealistic
gerçeklik duygusu: sense of reality
gerçeklik ilkesi: reality principle
gerçeklik sınaması: reality testing
gerçeklik yönelimli: reality oriented
gerçeklik-ilkesi-öncesi: pre-reality principle
geri çevrilmez, dönüşsüz: irreversible
geribildirim: feedback
geri-çekilme: withdrawal
gerileme: regression
gerilemeli: regressive
gerilemiş durumdaki: regressed
gey: gay
gıpta ile taklit etmek: emulate
gidişatla ilgili: prognostic
girişim: initiative
gizil: latent
gizil kendilik durumu: latent self-state
gizillik dönemi: latency
gizlilik: confidentiality
görev, ödev, iş: task
görünüm, işaret: manifestation
gözden geçirme: revision
gözetlemecilik, röntgencilik: voyeurism
gözlemleyen ego: observing ego
güçsüz, iktidarsız: impotent
güdü: motive
güdülenim: motivation
güdülenmiş: motivated
güvenilir: trustworthy
güvenlik: safety
güvenlik duygusu: sense of security
güvenmek, bel bağlamak, yaslanmak, bağlı olmak: depend
güvensizlik: insecurity

habis büyüklenmecilik: malignant grandiosity
hakikat: truth
hakimiyet: dominance
halüsinasyon: hallucination
haset: envy
hastalık-öncesi: premorbid
hayal edilmiş, hayali, hayal, imgelemsel: imaginal
hayal kurmak: day dreaming
hayatı-olumlayan: life-affirming
haz alamama, anhedoni: anhedonia
haz ilkesi: pleasure principle
haz verici uyarılma: pleasurable excitement
hedef, amaç: goal
her şeyi bilen: omniscient
heteroseksizm: heterosexism
heteroseksüel: heterosexual
hezeyan: delusion
hezeyanlı kıskançlık: delusional jealousy
hınç: rage
hırçınlık, huzursuzluk: irritability
hipnotize edilebilirlik: hypnotizability
hipokondri: hypochondria
hipokondriyak: hypochondriac
hipomani: hypomania
hipomanik: hypomanic
hipotez: hypothesis
histerik: hysterical
"histerik duygulanım değişkenliği; histerik duygulanım oynaklığı": hysterical lability of affect
histrionik: histrionic
homeostaz: homeostasis
hücum, saldırı, istila, akın, baskın: incursion
hümanist danışmanlık: humanistic counseling

ırkçılık: ethnocentrism
ırkçılık: racism
ırkî aidiyeti: racial bacground

iç içe geçme: fuse
iç içe geçme, birleşme, kaynaşma: fusion
içe döndürülmüş öfke: anger turned inward
içe-alıcı: incorporative
içe-alım: incorporation

içe-alma: incorporate
içe-atılmış nesne: introject
içe-atma: introjection
içe-atmalı özdeşim: introjective identification
içe-yöneltilmiş-saldırganlık modeli: aggression-inward model
içgörülü: insightful
içgüdüsel: instinctual
içgüdüsel yönelişler: instinctual strivings
içgüdüselleştirme: instinctualization
içi-boşalmış [depleted]: depleted
içinde-taşıyabilme: containment
içine-girme, işgal edilme, işgale uğrama: intrusion
iç-kaynaklı, bünyesel: endogenous
içkin, esasen, tabiatında, özünde, doğasında var olan: inherent
içsel: internal
içsel geçerlilik: internal validity
içsel kargaşa: internal confusion
içsel senaryo: internal script
içsel yapılanmışlık: internal solidity
içselleştirilmiş: internalized
içselleştirme: internalization
içselleştirme: internalize
id: id
idealizasyon: idealization
idealizasyonu geri çekme: deidealize
idealize etme, idealleştirme: idealize
idealleştiren aktarım: idealizing transferance
iğdiş edilme kompleksi: castration complex
iğdiş edilmiş: castrated
ikilem, açmaz, çıkmaz, sorun: dilemma
ikilemli, çift-değerli: ambivalent
ikincil: secondary
ikincil kazanç: secondary gain
ikincil süreç düşünce: secondary process thought
ikizlik aktarımı: twinship transference
iletim: transmission
iletişimsel: communicative
ilgi çekme amaçlı davranış: attention-seeking behavior
"ilgi ve sevgi; bakım": care
ilgili, yanıt veren: responsive
ilişki örüntüsü: relational pattern
ilişkililik tarzı, ilişkilenme tarzı: style of relatedness
ilişkililik, bağ: relatedness
ilk değerlendirme görüşmesi: intake interview
ilk değerlendirme seansı: diagnostic session
ilkel: primitive
ilkel değersizleştirme: primitive devaluation
ilkel geri-çekilme: primitive withdrawal
ilkel idealizasyon: primitive idealization
ilksel: primordial
inkâr: denial
insancıl: humanitarian
insani bağ: human relatedness
"insani nitelikleri görmezden gelme; insanlıktan çıkarma": dehumanize
insanlara bağlanma: human attachement
intihara eğilim derecesi: suicidality
inversiyon [çevirme]: inversion
irade: will
istikrar: stable
istikrarsız: unstable
istikrarsızlık: instability
işletmeci sağlık sistemi: managed care
işlev: function
işlev bozukluğu: dysfunction
işlevselci: functionalist
işlevsellik düzeyi: level of functioning
işleyiş, işlem: operation
işleyiş, işlevsellik: functioning
iştah: appetite
iştahlı dürtüler: appetitive drives
itki: impulse
itki: urge
itki denetimi: impulse control
itkisel: impulsive
itkisellik: impulsivity

kabul edilebilir olma: acceptability
kabul töreni: initiation

kaçıngan: avoidant personality
kadınlık: femaleness
kadınlık: femininity
kafa karışıklığı, şaşkınlık, karışıklık: confusion
kanı, inanç: conviction
kapsanmış: contained
kapsayıcı: totalistic
karakter: character
karakter zırhı: character armor
karakterolojik, karakter yapısı açısından: characterological
karmaşık, kompleks, çok boyutlu, çok katmanlı bütünlük, girift: complex
karşı cinsiyet: opposite gender
karşı-aktarım: countertransference
karşı-dengeleme, denkleştirmek, telafi etmek, zıt denge kurmak: counterbalance
karşı-düşmanlık: counter-hostility
karşı-eylem(de bulunmak), etkisiz hâle getirmek, önlemek, karşı-koymak: counteract
karşı-fobi: counterphobia
karşı-imge: counterimage
karşı-kopukluk: counterdetachment
karşılıklı bağlanma: reciprocal attachment
karşılıklı rızaya dayalı onaylama: consensual validation
karşı-mazoşizm: countermasochism
karşı-özdeşim: counteridentification
karşı-saldırı: counterattack
karşıt-tepki oluşturma: reaction formation
katarsis: catharsis
katılık: rigidity
kavramlaştırma, fikir, kavrayış: conception
kavramsallaştırma: conceptualization
kaygı: anxiety
kaygı giderici: antianxiety
kaygılı: anxious
kayıp, yas, matem: bereavement
kaynaşma: merger
kendi aleyhine işleyen: self-defeating
kendi kendine hipnoz: self-hypnotic
kendi seçimi sonucu: self-chosen
kendilerini kesenler: self-cutters
kendiliğe karşı sadizm (saldırganlık): sadism (aggression) against the self
kendiliğe yöneltilmiş: self-directed
kendilik: self
kendilik bozukluğu: disorder of the self
kendilik çözülmesi: self-disintegration
kendilik deneyimi: self-experience
kendilik durumu: self-state
kendilik duygusu: sense of self
kendilik tanımı: self-definition
kendilik-bütünlüğü: self-integrity
kendilik-düzenlemesi [self-regulation]: self-regulation
kendilik-imgesi: self-image
kendilik-kavramı: self-concept
kendiliknesnesi: selfobject
kendilik-sunumu: self-presentation
kendilik-sürekliliği: self-continuity
kendilik-şişmesi: self-inflation
kendilik-temsili: self-representation
kendilik-uyumu: self-cohesion
kendilik-yapısı: self-structure
kendinde-hak-gören: entitled
kendinde-hak-gören davranış: entitled behavior
kendinden emin: self-assured
kendinden kuşku duyma: self-doubt
kendinden nefret etme: self-hatred
kendinden nefret etme: self-loathing
kendine değer verme: self-valuation
kendine düşkünlük: self-indulgence
kendine güvenen: self-reliant
kendine saldıran: self-attacking
kendine saldırı: self-attack
kendine yardım: self-help
kendine zarar verme: self-harm
kendine-karşı-döndürme: turning against the self
kendine-yabancılaşmış, depersonalize olmuş: depersonalized
kendini abartılı şekilde yaşama: self-dramatizing
kendini abartmak: self-aggrandizement

kendini açıcı: self-disclosing
kendini açma: self-disclosure
kendini açma: self-exposure
kendini açma: self-revelation
kendini aldatma: self-deception
kendini arıtma: self-purification
kendini aşağılama: self-abase
kendini azarlama: self-rebuke
kendini değersizleştirici: self-depreciating
kendini devam ettiren: self-perpetuating
kendini dile getirme becerisi gelişmiş: articulate
kendini dile getirme becerisinin olmayışı: inarticulateness
kendini geliştirme: self-improvement
"kendini gerçekleştiren; kendini doğrulayan": self-fulfilling
kendini gözlemleme: self-observation
kendini gözlemleme: self-observing
kendini gözlemleyen: self-observer
kendini haklı gören: self-rightous
kendini haklı görme: self-rightousness
kendini hipnotize etme: self-hypnosis
kendini ifade etme: self-expression
kendini inceleme: self-examination
kendini inkâr: self-abnegation
kendini kabul: self-acceptance
kendini kesme, kendini kesen: self-cutting
kendini kınama: self-censure
kendini kınama: self-condemnation
kendini kınama: self-reproach
kendini koruyucu: self-protective
kendini kurban etme, kendini feda etme: self-sacrifice
kendini ortamdan silme: self-effacement
kendini ortaya koyma: self-assertion
kendini ortaya koyma becerileri: assertiveness skills
kendini öne çıkaran: self-promoting
kendini referans alan, kendine gönderme yapan: self-referential
kendini suçlama: self-blame
kendini suçlama: self-recrimination
kendini suçlayıcı: self-indicting
kendini şımartan: self-indulgent
kendini şımartan proje: self-indulgent project
kendini tekrarlayan döngü: self-replicating cycle
kendini uyarma: self-stimulation
kendini yaralama: self-injury
kendini yaralama: self-mutilation
kendini yaralayan kişi: self-injurer
kendini-doğrulayan-kehanet: self fullfilling prophecy
"kendini-düzenleyen; kendini-ayarlayan": self-regulating
kendinin yarattığı: self-created
kendinin yol açtığı: self-imposed
kendisiyle dalga geçme: self-mockery
kendiyle ilgilenme: self-concern
kendiyle ilgili: self-concerned
kendiyle meşgul: self-preoccupied
ketleme: inhibition
keyfi, öyle olduğu varsayılarak, isteğe göre: arbitrary
kınamayan: noncondemnatory
kısa dönemli: short-term
kimlik bütünleşmesi: identity integration
kimlik karmaşası: identity confusion
kimlik sorunu: identitiy disturbance
kişilerarası: interpersonal
klinisyenden kaynaklanan: iatrogenic
kompülsif: compulsive
kompülsiflik: compulsivity
kompülsiyon, zorlantı: compulsion
kontrol listesi yaklaşımı: checklist approach
kontrol-hâkimiyet: control-mastery
konu, mesele: issue
konversiyon: conversion
kopukluk: detachment
kökensel yorum: genetic interpretation
kronik, süreğen: chronic
kucaklayıcı çevre: holding environment
kucaklayıcı, kucaklama: holding
kurgu: construction
kurgu: fiction
kusurlu süperego: defective superego
kuşku: doubt

küçük düşürücü olmayan: nonhumiliating
küçümseme: depreciate

madde kullanımı: drug problem
maliyeti sınırlandırma: cost containment
malzeme: material
mani: mania
manik: manic
manik-depresif: manic-depressive
manipülasyon: manipulation
manipülatif: manipulative
mantık-öncesi: prelogic
mantıksız düşünce: illogical thinking
mazoşistik: masochistic
mazoşizm: masochism
megalomanik: megalomanic
melankoli, hüzün: melancholy
mesele, endişe, takıntı, çaba: preoccupation
metanet: stoicism
mış-gibi kişilik: as-if personality
misilleme içermeyen: nonretaliatory
mizaç: temperament
mizah: humor
mizahtan yoksun: humorlesness
moral bozulması, cesaret kırılması: demoralization
müdahale: intervention
müdahale tarzı: intervention style
müphem, belirsiz: ambiguity
müşfik: benevolent
mütecaviz: intrusive
müttefik: ally

narsisistik: narcissistic
narsisistik olmayan: nonnarcissistic
narsisistik uzantı: narcissistic extension
narsisizm: narcissism
nedensellik: causality
nesne: object
nesne ilişkileri: object relations
nesne ilişkili, nesne yönelimli: object related
nesne sabitliği: object constancy
nesne-ilişkililiği: object-relatedness
nesneleştirme: objectify
nesne-sabitliği-öncesi: pre-object-constancy
netleştirme: clarification
nevrotik yelpaze: neurotic range
nevrotik-düzey: neurotic-level
normaldışı, anormal: abnormal
normalleştirme: normalization
normalleştirmek: normalize
nozoloji: nosology
nüfuz eden: impinging
nüfuz etme: impingement
nüfuz-edici-ebeveyn teorisi: parental-impingement theory

obsesif: obsessional
obsesif: obsessive
obsesif kompülsif: obsessive compulsive
obsesyon: obsession
olgunlaşmamış, çocukça, ham: immature
olgunlaşmayla ilgili, olgunlaşma: maturational
olumsuz tutum: negativity
onarma, yeniden kurma, onarım: restoration
oral: oral
oral bağımlı: oral dependent
oral dışa-atıcı: oral expulsive
oral içe-alıcı: oral incorporative
oral saldırgan: oral aggressive
organik: organic
organik olmayan: nonorganic
orgazmik: orgasmic
ortakyaşam, ortakyaşarlık: symbiosis
ortakyaşamsal ilişkililik: symbiotic relatedness
ortakyaşamsal tümgüçlülük: symbiotic omnipotence
otantiklik, sahicilik: authenticity
otorite: authority
otoriter: authoritarian
otoriterlik: authoritarianism

öbür kişilik: alter personality
öbür-ego: alter-ego

öbür-ego aktarımı: alter-ego transference
ödipal: oedipal
ödünsüz dürüstlük: uncompromising honesty
öğe, unsur, bileşen: component
ölümlü olma, ölümlülük: mortality
öncül: precursor
önemsizleştirme: minimization
ön-evre: prestage
öngürülü, önsezili, ileriyi gören, hayalci: visionary
örgütlenme: organization
örnek oluşturma: modeling
örüntü: pattern
öz, çekirdek nitelikteki: core
özbilinç: self-consciousness
özçıkar: self-interest
özdeğer: self-regard
özdeğer: self-worth
özdenetim: self-control
özdeşim: identification
özdeşime dayalı: identificatory
özel durumlara uygulanabilme: particularity
özeleştirel: self-critical
özeleştirel: self-critical
özeleştiri: self-criticism
özellik: atribute
özerk: autonomous
özerklik: autonomy
özfarkındalık: self-awareness
özgünlük: originality
özgüven: self-confidence
öznel: subjective
öznel isteğine bağlı olarak: subjectively voluntary
öznelik duyumu: sense of agency
öznelik, faillik: agency
öznellik: subjectivity
öznelliklerarası: intersubkectivity
özsaygı: self-esteem
özsaygı: self-respect
özsaygı ayarı: self-esteem regulation
öztutarlılık: self-coherence
özümlemek: assimilate
özümlenebilir: assimilable
özyeterlilik: self-sufficiency
özyıkıcı: self-destructive
özyıkıcılık: self-destruction

paradigmatik: paradigmatic
paradoksal: paradoxical
paradoksal müdahale: paradoxical intervention
paranoid: paranoid
paranoid bakış: paranoid stare
paranoid-şizoid durum: paranoid-schizoid position
parataksik çarpıtma: parataxic distortion
parçalara bölünme: fragmentation
pasif agresif: passive aggressive
patlayıcı: explosive
patlayıcı [explosive] kişilik örgütlenmesi: explosif personality organization
patolojinin varlığını gösteren: pathognomonic
pekiştirme: reinforcement
penis haseti: penis envy
penisin girişi: phallic penetration
personoloji: personology
peşinden giden-mesafe koyan paradigması: pursuer-distancer paradigm
prototip: prototype
psiko-cinsel: psychosexual
psikolojik yoksunluk: psychological deprivation
psikomotor yavaşlama: psychomotor retardation
psikopatik: psychopathic
psikopatik olmayan: nonpsychopathic
psikotik çökme: psychotic break
psikotik çöküntü: psychotic breakdown
psikotik dağılma: psychotic disorganization
psikotik kaygı yaşayan: psychotically anxious
psikoza-yatkın: psychosis-prone
psişe-içi: intrapsychic
psişik: psychic
psişik küntleşme: psychic numbing

rahatsızlık, sorun: disturbance
rasyonel olmayan: nonrational
rasyonel, akılcı, mantıksal: rational
rasyonel-düşünce-öncesi: prerational
rasyonel-emotif terapi: rational-emotive therapy
reddetmek: disown
referans fikirleri: ideas of reference
referans fikirleri: isolate
ruh sağlığı: mental health
ruhsal: mental
ruhsal tanı: psychodiagnosis
sabitlik, sabite, değişmezlik hali: constancy
sadistik: sadistic
sadomazoşistik: sadomasochistic
"sağ kalma; varlığını sürdürme": survival
sağ kalmaya bağlı suçluluk duygusu: survivor guilt
sahte kendilik: false self
sahte nevrotik: pseudoneurotic
sahte nevrotik şizofreni: pseudoneurotic schizophrenia
sahte-erotik aktarım: pseudoerotic transference
sakinleştirici: tranquilizer
saldırgan itkiler: aggressive urges
saldırganlık: aggresivity
sapkınlık: perversion
saplanma: fixation
sapma: deviation
savunma: defense
savunma, savunmacılık: defensiveness
savunmacı: defensive
savunmacı olmayan: nondefensive
savunmasızlık: defenselessness
semptom: symptom
semptomlar: symptomatology
senaryo teorisi: script theory
sendrom: syndrom
seyir, gidişat, prognoz: prognosis
sezgilere kapılmadan, karşı-sezgisel: counterintuitive
sıkılgan, mahçup: self conscious
sınıfçılık: classism
sınıflandırma: taxonomy
sınıralan: borderland
sınırdurum: borderline
sınırdurum patolojiler: borderline conditions
sınırları ihlâl edici: boundary-transgressing
sınırlılık: limitation
sihirli, büyüsel: magical
siklotimik: cyclothmic
SKB (sınırdurum kişilik bozukluğu [borderline personality disorder]): BPD [Borderline Personality Disorder]
(terapiyi) sonlandırma: termination
sonuçsuz derin düşünceler: ruminative thoughts
sorun-çözücü: problem-solving
sosyofili: sociophilia
sosyopati: sociopathy
sosyopatik: sociopathic
soyutlama: abstraction
sömürmeden: nonexploitively
sömürülmeye izin vermeyen: nonexploitable
sözcüklere dökmek, dile getirmek: articulate
söze dökülmemiş: unverbalized
sözsüz iletişim: nonverbal communication
stereotip: stereotype
stereotipik: stereotypic
suç işleme, suç işleme eğilimi: criminality
suça eğilimli alt-kültür: criminal subculture
suçluluk: guilt
suçluluk/suçlu hissettirme: guilt-provoking
suçluluk-uyandırma: guit-induction
suçluluk-yönelimli: guilt-oriented
suistimal etmek, istismar etmek: abuse
suistimalci, istismar edici: abusive
süperego: superego
süpervizör: supervisor
süpervizyon: supervision
süreklilik: continuity
süreklilik hattı: continuum
süreksizlik: discontinuity

şablon: template
şehvet: lust
şımartılmış: indulged
şizoafektif: schizoaffective
şizofreni: schizophrenia
şizofreniform: schizophreniform
şizofrenik: schizophrenic
şizofrenik olmayan: nonschizophrenic
şizoid: schizoid
şizoid olmayan: nonschizoid
şizotipal: schizotypal
şüphecilik, kuşkuculuk: suspiciousness

tahayyül, imgelem: imagery
takıntılılık hâli: drivenness
talepkâr, ısrarcı: demanding
tam, tüm, topyekun, bütüncül, bütün: total
tamamen-iyi: all-good
tamamen-kötü: all-bad
tamamlayıcı: complementary
tamamlayıcı karşı-aktarım: complementary countertransference
tanı: diagnosis
tanı koyma: diagnose
tanısal: diagnostic
tarikat, mezhep: cult
taşıyıcı: containing
tedavi: treatment
tedavi anlaşması: treatment contract
tedavi edilemez: untreatable
tehdit edici olmayan yakınlık: nonthreatening intimacy
tek boyutlu: unidimensional
tekli: monadic
teknik: technique
tekrarlama kompülsiyonu: repetition compulsion
tekrarlayıcı: repetitive
tekrarlayıcı, tekrarlayan, tekrarlanan: recurrent
telafi edici: compensatory
telafi etmek: compensate
temel nitelik: characteristic
teorik kavram: construct
tepki örüntüsü: response pattern
tepkinin dışavurulması, abreaksiyon: abreaction
tepkisellik: reactivity
terapötik: therapeutic
terapötik amaçlara ters, karşı-terapötik: countertherapeutic
terapötik bölünme: therapeutic split
terapötik çerçeve: therapeutic frame
terapötik ittifak: therapeutic alliance
terapötik nihilizm: therapeutic nihilism
terapötik temas: therapeutic contact
terk: abandonment
tersine-çevirme: reversal
teşhirci davranış: exhibitionistic behavior
teşhircilik: exhibitionism
tinsel: spiritual
tipolojik: typological
tören, törensel, ritüel: ritual
transa yol açan: Trance-inducing
travma sonrası: posttrauma
travmatik: traumatic
tutarlı: consistent
tutarlı, güvenilir: reliable
tutarsızlık: inconsistency
tükenme, sönme: burnout
tümgüçlü: omnipotent
tümgüçlü kontrol: omnipotent control
tümgüçlülük: omnipotence
türev, türevsel: derivative

utanç: shame
uyaran arayışı: sensation seeking
uyaran, uyarılma: stimulation
uyarılma: arousal
uyarılma durumu: state of arousal
uyarılmış: induced
uyarlanmış, değiştirilmiş: modified
uygulayıcı, klinisyen, terapist: practioner
uymacılık, başkalarıyla uygunluk içinde olma: conformity
uysal: compliant
uysallık, görünüşte uyumlu tutum: compliance
uyum bozucu: maladaptive

uyum sağlama: accomodate
uyum sağlamaya yönelik davranış biçimleri: acting modes of adaptation
uyum sağlayamama: nonadaptibility
uyum, uyarlama, uyum sağlama, uyum sağlayıcı davranış: adaptation
uyumsal, uyumla ilgili, uyum, uyum sağlayıcı: adaptive
uyumsuzluk: maladaptation
uyuşma, ahenk, bütünlük: cohesion
uzaklık: distance
uzlaşılmış geleneksel, genel eğilim: conventional
uzun dönemli: long-term

üçgenlere bölme: triangulation
üçlü: triadic
üst düzey: higher order
üstbelirlenmiş: overdetermined

varoluşsal: existential

yakınlık: closeness
yakınlık: intimacy
yaklaşma-kaçınma çatışmaları: approach-avoidance conflicts
yalandan-hastalanma: malingering
yalıtma: isolation
yanılsamalı: illusory
yanılsamasız: illusionless
yanıt-verirlik / tepki-verirlik: responsivity/ reactivity
yanlış kurgu: misconstrual
yansıtma: projection
yansıtmalı: projective
yansıtmalı özdeşim: projective identification
yansız: neutral
yapılandırılmış görüşme: structural interview
yapılanma: configuration
yapılanma, takım: constellation
yapıp-bozma: undoing
yapı-sökücü: deconstructive
yaralanma: injury
yardım almayı reddeden şikâyetçi: help-rejecting complainer
yardım arama ve yardımı reddetme: help seeking - help rejecting
yargılamadan: nonjudgmentally
yargılayıcı olmayan: nonjudgmental
yas dönemi: mourning period
yas, üzüntü: grief
yasaları uygulayan özneler/failler: law enforcement agents
yatırım: cathexis
yatırım yapmak: cathect
yatıştırılabilirlik: consolability
yatkınlık: predisposition
yatkınlık, eğilim: disposition
yelpaze: range
yelpaze: spectrum
yeniden düzenleme, yeniden nitelendirme: recast
yeniden ifade etme, yeniden şekillendirme, yeniden adlandırma: reframe
yeniden kurgulama: reconstruction
yeniden yaklaşma[raprochement]: rapprochement
yeniden yapılandırma: restructure
yeniden yaşantılamak: reexperience
yenidoğan (dönemi): neonatal
yer-değiştirme: displacement
yeterince ebeveynlik görmemiş: underparented
yetkinlik: competence
yıkıcı, tahripkar: destructive
yıkım: deterioration
yırtıcı: predatory
yırtıcı saldırganlık: predatory aggression
yırtıcılık: predation
yitik zaman [hafıza boşlukları]: lost time
yoğun analiz: intensive analysis
yok olma: annihilation
yok olma kaygısı: annihilation anxiety
yoksun bırakılmış: deprived
yoksunluk: deprivation
yoksunluk, eksiklik, bulunmama: lack
yorumlama: construe
yöneliş, çaba: striving

yukarı-yorumlama: interpret up
yutulma: engulfment
yüceltme: sublimation
yüzeyde görülen, görülen: manifest
zedelenebilirlik, incinebilirlik, yatkın oluş, korunmasızlık, korunmasız kalma: vulnerability
zihinsel çalışma: mentation
zihinsellik-öncesi: prementational
zihniyet: mentality

İngilizce-Türkçe Sözlük

abandonment: terk
abnormal: normaldışı, anormal
abreaction: tepkinin dışavurulması, abreaksiyon
abstraction: soyutlama
abuse: suistimal etmek, istismar etmek
abusive: suistimalci, istismar edici
acceptability: kabul edilebilir olma
accomodate: uyum sağlama
act: edim
acting modes of adaptation: uyum sağlamaya yönelik davranış biçimleri
acting out: eyleme-koyma
activity level: etkinlik düzeyi
adaptation: uyum, uyarlama, uyum sağlama, uyum sağlayıcı davranış
adaptive: uyumsal, uyumla ilgili, uyum, uyum sağlayıcı
addicted: bağımlı
advantaged: avantajlı bir konumda
affect: duygulanım
affect transmission: duygulanım iletimi
affective: duygulanımsal
agency: öznelik, faillik
aggresivity: saldırganlık
aggression-inward model: içe-yöneltilmiş-saldırganlık modeli
aggressive urges: saldırgan itkiler
all-bad: tamamen-kötü
all-good: tamamen-iyi
ally: müttefik
aloofness: duygusal uzaklık
alter personality: öbür kişilik
altered state of consciousness: farklılaşmış bilinç durumu
alter-ego: öbür-ego
alter-ego transference: öbür-ego aktarımı
altruism: diğerkâmlık [altruism]
altruist: diğerkâm [altruist]
ambiguity: müphem, belirsiz
ambivalence: çift-değerlilik
ambivalent: ikilemli, çift-değerli
amnesia: amnezi, bellek kaybı
amnestic: amnezik
anaclitic: anaklitik
anal: anal
anal expulsive: anal dışa-atıcı
anal incorporative: anal içe-alıcı
anal retentive: anal tutucu
analysand: analizan
analyzability: analiz edilebilirlik
anger turned inward: içe döndürülmüş öfke
anhedonia: haz alamama, anhedoni
annihilation: yok olma
annihilation anxiety: yok olma kaygısı
anorexia nervosa: anoreksiya nervoza
antianxiety: kaygı giderici
antidepressant: antidepresan
antiemotional: duygu-karşıtı
antipsychotic: antipsikotik
antisexual: cinsellik karşıtı
antisocial: antisosyal
anxiety: kaygı
anxious: kaygılı
apathy: duygusal donukluk
appetite: iştah
appetitive drives: iştahlı dürtüler
approach-avoidance conflicts: yaklaşma-kaçınma çatışmaları
arbitrary: keyfi, öyle olduğu varsayılarak, isteğe göre
archaic: arkaik
arousal: uyarılma
articulate: kendini dile getirme becerisi gelişmiş
articulate: sözcüklere dökmek, dile getirmek
as-if personality: mış-gibi kişilik
assertiveness skills: kendini ortaya koyma becerileri
assimilable: özümlenebilir

assimilate: özümlemek
atribute: özellik
attachment: bağlanma
attention-seeking behavior: ilgi çekme amaçlı davranış
attribution: atıf
attunement: ahenkli olmak, ahenk göstermek, uyum sağlamak
authenticity: otantiklik, sahicilik
authoritarian: otoriter
authoritarianism: otoriterlik
authoritative: belirleyici (tutum)
authority: otorite
autonomous: özerk
autonomy: özerklik
avoidant personality: kaçıngan
awareness: farkındalık

background: arkaplan, artalan, ortam
behavioral: davranışsal
benevolent: müşfik
bereavement: kayıp, yas, matem
biology: biyoloji
borderland: sınıralan
borderline: sınırdurum
borderline conditions: sınırdurum patolojiler
boundary-transgressing: sınırları ihlâl edici
BPD [Borderline Personality Disorder]: SKB (sınırdurum kişilik bozukluğu [borderline personality disorder])
bulimia: bulimia
bulimia nervosa: bulimia nervoza
burnout: tükenme, sönme

care: "ilgi ve sevgi; bakım"
castrated: iğdiş edilmiş
castration complex: iğdiş edilme kompleksi
catharsis: katarsis
cathect: yatırım yapmak
cathexis: yatırım
causality: nedensellik
character: karakter
character armor: karakter zırhı
characteristic: temel nitelik
characterological: karakterolojik, karakter yapısı açısından
checklist approach: kontrol listesi yaklaşımı
chronic: kronik, süreğen
clarification: netleştirme
classism: sınıfçılık
client: danışan
closeness: yakınlık
cognition: biliş
cognitive: bilişsel
cognitive confusion: bilişsel karışıklık
cognitive set: bilişsel kurgu
cognitive style: bilişsel tarz
coherent: ahenkli, tutarlı
cohesion: uyuşma, ahenk, bütünlük
cohesive self: ahenkli birleşmiş kendilik
combination: birleşim
communicative: iletişimsel
community: camia, çevre, cemaat
compartmentalization: bölmeleme
compensate: telafi etmek
compensatory: telafi edici
competence: yetkinlik
complementary: tamamlayıcı
complementary countertransference: tamamlayıcı karşı-aktarım
complex: karmaşık, kompleks, çok boyutlu, çok katmanlı bütünlük, girift
compliance: uysallık, görünüşte uyumlu tutum
compliant: uysal
component: öğe, unsur, bileşen
compulsion: kompülsiyon, zorlantı
compulsive: kompülsif
compulsivity: kompülsiflik
conception: kavramlaştırma, fikir, kavrayış
conceptualization: kavramsallaştırma
concern: dert, endişe
concordant: bağdaşan
concordant countertransference: bağdaşan karşı-aktarım
confidentiality: gizlilik

configuration: yapılanma
conflict: çatışma
conflict-based threpay model: çatışma-temelli terapi modelleri
conformity: uymacılık, başkalarıyla uygunluk içinde olma
confusion: kafa karışıklığı, şaşkınlık, karışıklık
congruence: duygusal ahenk
consciousness: bilinçlilik, bilinç alanı
consensual validation: karşılıklı rızaya dayalı onaylama
consistent: tutarlı
consolability: yatıştırılabilirlik
consolidated: birleşik
consolidation: birleştirme
constancy: sabitlik, sabite, değişmezlik hali
constellation: yapılanma, takım
constitution: bünye, yapı
constitutional endowment: bünyesel nitelik
constitutional temperament: bünyesel mizacı
construct: teorik kavram
construction: kurgu
construe: yorumlama
contained: kapsanmış
containing: taşıyıcı
containment: içinde-taşıyabilme
continuity: süreklilik
continuum: süreklilik hattı
control: denetim, kontrol
control analyst: denetim analisti
control-mastery: kontrol-hâkimiyet
conventional: uzlaşılmış geleneksel, genel eğilim
conversion: konversiyon
conviction: kanı, inanç
cope: başa çıkma
core: öz, çekirdek nitelikteki
correlation: bağlantı, ilişki, korelasyon, bağıntı
cost containment: maliyeti sınırlandırma
counteract: karşı-eylem(de bulunmak), etkisiz hâle getirmek, önlemek, karşı-koymak
counterattack: karşı-saldırı
counterbalance: karşı-dengeleme, denkleştirmek, telafi etmek, zıt denge kurmak
counterdependency: bağımlılığa-karşı-direngenlik
counterdependent: bağımlılığa-karşı-direngen
counterdetachment: karşı-kopukluk
counter-hostility: karşı-düşmanlık
counteridentification: karşı-özdeşim
counterimage: karşı-imge
counterintuitive: sezgilere kapılmadan, karşı-sezgisel
countermasochism: karşı-mazoşizm
counterphobia: karşı-fobi
countertherapeutic: terapötik amaçlara ters, karşı-terapötik
countertransference: karşı-aktarım
craving: aşırı-gereksinimli
criminal justice system: adli ceza sistemi
criminal subculture: suça eğilimli alt-kültür
criminality: suç işleme, suç işleme eğilimi
critical: eleştirici, eleştirel
cult: tarikat, mezhep
cumulative travma: birikimli travma
cyclothmic: siklotimik

day dreaming: hayal kurmak
decompensation: çözülme
deconstructive: yapı-sökücü
deed: eylem, davranış, iş
defect: eksiklik, kusur
defective superego: kusurlu süperego
defense: savunma
defenselessness: savunmasızlık
defensive: savunmacı
defensiveness: savunma, savunmacılık
deferred gratification: ertelenmiş doyum
deficit: eksiklik, yetersizlik
deficit model: eksiklik modeli
dehumanize: "insani nitelikleri görmezden gelme; insanlıktan çıkarma"
deidealize: idealizasyonu geri çekme

deinstitutionalization: depo hastanelerinin dışına çıkartma
delusion: hezeyan
delusional jealousy: hezeyanlı kıskançlık
demanding: talepkâr, ısrarcı
demoralization: moral bozulması, cesaret kırılması
denial: inkâr
departmentalization: bölmeleme
depend: güvenmek, bel bağlamak, yaslanmak, bağlı olmak
dependable: destek sağlayıcı nitelik taşıyan, yaslanılabilir,güvenilebilir, emniyetli
dependency: bağımlılık
dependent: bağımlı
depersonalization: depersonalizasyon
depersonalized: kendine-yabancılaşmış, depersonalize olmuş
depleted: içi-boşalmış [depleted]
depreciate: küçümseme
depressed: depresyonlu
depressive: depresif
deprivation: yoksunluk
deprived: yoksun bırakılmış
derivative: türev, türevsel
desire: arzu
destructive: yıkıcı, tahripkar
detachment: kopukluk
deterioration: yıkım
devaluation: değersizleştirme
devalued: değersizleştirilmiş
developmental: gelişimsel
developmental arrest: gelişimsel duraklama
deviation: sapma
diagnose: tanı koyma
diagnosis: tanı
diagnostic: tanısal
diagnostic session: ilk değerlendirme seansı
differential: ayırıcı
differential diagnosis: ayırıcı tanı
differentiate: ayırt etmek
differentiation: ayrımlaşma
dilemma: ikilem, açmaz, çıkmaz, sorun
discharge: boşalma, boşalım, boşaltma
discontinuity: süreksizlik
discourage: cesaretini kırmak, engellemek
discriminating: ayırt edici
disembodied: bedeninden çıkmış
disorder of the self: kendilik bozukluğu
disordered thinking: düşünce bozukluğu
disorganization: dağılmışlık hâli
disorganized: "dağılmış; dağınık halde; düzensiz"
disorganizing: dağıtıcı
disown: reddetmek
displacement: yer-değiştirme
disposition: yatkınlık, eğilim
dissociate: dissosiye olmak
dissociated: dissosiye olmuş
dissociation: dissosiyasyon
dissociative disorder: dissosiyatif bozukluk
dissociative individual: dissosiyatif birey
distance: uzaklık
(distorted) maternal responsiveness: (çarpık nitelikteki) anne tepkileri
distorting: çarpıtıcı, çarpıtan, bozucu
distortion: çarpıtma
distractible: dikkati dağınık
disturbance: rahatsızlık, sorun
dominance: hakimiyet
double-binding: çift taraflı çıkmaz bir duruma sokmak
doubt: kuşku
drive: dürtü
drive-defense model: dürtü-savunma modeli
drivenness: takıntılılık hâli
drug problem: madde kullanımı
dyadic: diyadik, ikili
dysfunction: işlev bozukluğu
dysthymia: distimi

educative role: eğitsel rol
effect: etki
effective: etkili, sonuç verici
efficacy: etkide bulunma gücü, etkililik
ego: ego

ego alien: egoya-yabancı
ego dystonic: egoyla-uyumsuz
ego state: ego durumu
ego strenght: ego gücü
ego syntonic: egoyla-uyumlu
ego-building: ego-kurucu
egocentrism: benmerkezcilik, benmerkezci
emotion: duygu
emotional: duygusal
emotional arousal: duygusal uyarılmışlık
emotional cocoon: duygusal koza
emotional equilibrium: duygusal denge
emotional mistreatment: duygusal suistimal
emotional repose: duygusal sakinlik
emotional state: duygusal durum
emotionally reciprocal: duygusal açıdan karşılıklılığa dayalı
empathy: empati
empatic relatedness: empatik ilişkililik hâli
empiric: ampirik
emulate: gıpta ile taklit etmek
enact: eylemle-canlandırma
enacted: eylemle canlandırılmış
enactment: eylemle-canlandırma
endogenous: iç-kaynaklı, bünyesel
engulfment: yutulma
entitled: kendinde-hak-gören
entitled behavior: kendinde-hak-gören davranış
envy: haset
epigenetic: epigenetik
erotic: erotik
erotization: erotikleştirme
erotomania: erotomani
ethic: etik
ethnocentrism: ırkçılık
etiology: etiyoloji
excessive nurturance: aşırı bakım davranışı
exhibitionism: teşhircilik
exhibitionistic behavior: teşhirci davranış
existential: varoluşsal
exogeneous: dış-kaynaklı, dışsal, çevresel
experience-near: deneyime-yakın
experiencing ego: deneyimleyen ego
explanatory construct: açıklayıcı kavramsal kurgu
explosif personality organization: patlayıcı [explosive] kişilik örgütlenmesi
explosive: patlayıcı
explosivity: "ani öfkelenme; patlayıcılık"
express: anlatmak, ifade etmek, dışavurmak
expression: anlatım, ifade, dışavurum
expressive: dışavurumcu
expressive feeling: dışavurumcu duygu
expressive therapy: dışavurumcu terapi
expulsion: dışa-atım
externalize: dışsallaştırma

factor: etmen
false self: sahte kendilik
family myth: aile söylencesi
family systems therapy: aile sistemleri terapisi
fantasy: fantezi
feedback: geribildirim
feeling: duygu
femaleness: kadınlık
femininity: kadınlık
fenomenon: fenomen
fetishe: fetiş
fiction: kurgu
"first-rank symptom": birincil semptom
fixation: saplanma
flat affect: donuk duygulanım
form: biçim
formative years: erken çocukluk yılları (yaşları),biçimlendirici yaşlar
fragmentation: parçalara bölünme
frame of reference: bakış açısı, referans çerçevesi
frustration tolerance: engellenmeye tahammül
fugue: füg [kaçış]
function: işlev
functionalist: işlevselci
functioning: işleyiş, işlevsellik
fuse: iç içe geçme
fusion: iç içe geçme, birleşme, kaynaşma

gay: gey
gender: cinsiyet
generalization: genelleme
generalized: genelleşmiş, genelleştirilmiş
genetic interpretation: kökensel yorum
global: bütünsel [global]
goal: hedef, amaç
grandiose: büyüklenmeci
grandiose expansion: büyüklenmeci genişleme
grandiosity: büyüklenmecilik
gratification: doyum
greed: aşırı-istek, açgözlülük, tamah
grief: yas, üzüntü
guilt: suçluluk
guilt-oriented: suçluluk-yönelimli
guilt-provoking: suçluluk/suçlu hissettirme
guit-induction: suçluluk-uyandırma

habit: alışkanlık
habitual: alışılmış, alışkanlık hâline gelmiş, daimi olarak, hep devreye girecek
hallucination: halüsinasyon
hatching: farklılaşma
help seeking - help rejecting: yardım arama ve yardımı reddetme
help-rejecting complainer: yardım almayı reddeden şikâyetçi
heterosexism: heteroseksizm
heterosexual: heteroseksüel
higher order: üst düzey
higher-functioning: daha üst düzeyde işlevselliği olan
histrionic: histrionik
holding: kucaklayıcı, kucaklama
holding environment: kucaklayıcı çevre
homeostasis: homeostaz
homoerotic feelings: eşcinsel erotik duygular
homophobia: eşcinsellik fobisi
homosexuality: eşcinsellik
host personality: ev sahibi kişilik
hostile: düşmanca
hostility: düşmanlık
human attachement: insanlara bağlanma
human relatedness: insani bağ
humanistic counseling: hümanist danışmanlık
humanitarian: insancıl
humor: mizah
humorlesness: mizahtan yoksun
hunger: açlık
hyperacute: aşırı-akut, aşırı-keskin, aşırı-şiddetli
hyperattentive: aşırı-dikkatli
hyperexcitability: aşırı-uyarılabilirlik
hyperreactive: aşırı-tepkisel
hyperreflexivity: aşırı-düşünümsellik
hypersensitive: aşırı-duyarlı
hypersensitivity: aşırı-duyarlılık
hypnotizability: hipnotize edilebilirlik
hypochondria: hipokondri
hypochondriac: hipokondriyak
hypomania: hipomani
hypomanic: hipomanik
hypothesis: hipotez
hysterical: histerik
hysterical lability of affect: "histerik duygulanım değişkenliği; histerik duygulanım oynaklığı"

I: ben

iatrogenic: klinisyenden kaynaklanan
id: id
idea: fikir
idealization: idealizasyon
idealize: idealize etme, idealleştirme
idealizing transferance: idealleştiren aktarım
ideas of reference: referans fikirleri
identification: özdeşim
identificatory: özdeşime dayalı
identitiy disturbance: kimlik sorunu
identity confusion: kimlik karmaşası
identity integration: kimlik bütünleşmesi
illogical thinking: mantıksız düşünce
illusionless: yanılsamasız
illusory: yanılsamalı
imagery: tahayyül, imgelem

imaginal: hayal edilmiş, hayali, hayal, imgelemsel
immature: olgunlaşmamış, çocukça, ham
immediate gratification: anında doyum
impingement: nüfuz etme
impinging: nüfuz eden
impotent: güçsüz, iktidarsız
impulse: itki
impulse control: itki denetimi
impulsive: itkisel
impulsivity: itkisellik
inarticulateness: kendini dile getirme becerisinin olmayışı
incest: ensest
incestuous: ensest-eğilimli, ensest-yönelimli
inconsistency: tutarsızlık
incorporate: içe-alma
incorporation: içe-alım
incorporative: içe-alıcı
incorruptibility: bozulmazlık
incursion: hücum, saldırı, istila, akın, baskın
in-depth: derinlikli
individuation: bireyleşme
induced: uyarılmış
indulged: şımartılmış
infancy: bebeklik
infant: bebek
infantile: bebeksi, çocuksu
infantilize: bebeksi hâle getirmek, bebeksileştirilme
infrastructure: altyapı
inherent: içkin, esasen, tabiatında, özünde, doğasında var olan
inhibition: ketleme
initiation: kabul töreni
initiative: girişim
injury: yaralanma
innate/inborn: doğuştan
insecurity: güvensizlik
insightful: içgörülü
instability: istikrarsızlık
instinctual: içgüdüsel
instinctual strivings: içgüdüsel yönelişler
instinctualization: içgüdüselleştirme
instrumental thinking: araçsal düşünce
intake interview: ilk değerlendirme görüşmesi
integral: bütünleşik
integrated: bütünleşmiş
integrated sense of identity: bütünleşmiş kimlik duygusu
integrity: bütünlük
intellect: düşünce
intellectual defenses: düşünsel savunmalar
intellectualization: düşünselleştirme
intensive analysis: yoğun analiz
internal: içsel
internal confusion: içsel kargaşa
internal script: içsel senaryo
internal solidity: içsel yapılanmışlık
internal validity: içsel geçerlilik
internalization: içselleştirme
internalize: içselleştirme
internalized: içselleştirilmiş
interpersonal: kişilerarası
interpret up: yukarı-yorumlama
intersubkectivity: öznelliklerarası
intervention: müdahale
intervention style: müdahale tarzı
intimacy: yakınlık
intrapsychic: psişe-içi
intrinsically: aslen
introject: içe-atılmış nesne
introjection: içe-atma
introjective identification: içe-atmalı özdeşim
intrude: alanına girme
intrusion: içine-girme, işgal edilme, işgale uğrama
intrusive: mütecaviz
inversion: inversiyon [çevirme]
irrational: akıldışı, irrasyonel
irregulaity: düzensizlik
irreversible: geri çevrilmez, dönüşsüz
irritability: hırçınlık, huzursuzluk
isolate: referans fikirleri
isolation: yalıtma
issue: konu, mesele

lability of mood: duygudurum değişkenliği
lack: yoksunluk, eksiklik, bulunmama
latency: gizillik dönemi
latent: gizil
latent self-state: gizil kendilik durumu
law enforcement agents: yasaları uygulayan özneler/failler
level: düzey
level of functioning: işlevsellik düzeyi
life-affirming: hayatı-olumlayan
limitation: sınırlılık
locus of control: denetim konumu
long-term: uzun dönemli
lost time: yitik zaman [hafıza boşlukları]
lower order: alt üzey
lower-functioning: daha alt düzeyde işlevselliği olan
lunacy: delilik
lust: şehvet

magical: sihirli, büyüsel
maladaptation: uyumsuzluk
maladaptive: uyum bozucu
malfunction: bozukluk
malignant grandiosity: habis büyüklenmecilik
malingering: yalandan-hastalanma
managed care: işletmeci sağlık sistemi
management approaches: "başa çıkma" yaklaşımları
mania: mani
manic: manik
manic-depressive: manik-depresif
manifest: yüzeyde görülen, görülen
manifestation: görünüm, işaret
manipulation: manipülasyon
manipulative: manipülatif
masculinity: erkeklik
masochism: mazoşizm
masochistic: mazoşistik
massive affect block: ağır duygulanım tıkanıklığı
material: malzeme
maternal effectiveness: anne(nin) etkililiği
maternal engulfment: anne tarafından yutulma
maternal protection: anne koruyuculuğu
maturational: olgunlaşmayla ilgili, olgunlaşma
me: ben
megalomanic: megalomanik
melancholy: melankoli, hüzün
mental: ruhsal
mental health: ruh sağlığı
mental status: akli durum
mentality: zihniyet
mentation: zihinsel çalışma
merger: kaynaşma
minimization: önemsizleştirme
mirroring: aynalama
mirroring transference: ayna aktarımı
misconstrual: yanlış kurgu
mode: biçim
modeling: örnek oluşturma
modifiable: değiştirilebilir
modification: değişime uğratılma, değişim geçirme
modified: uyarlanmış, değiştirilmiş
molestation: cinsel taciz
monadic: tekli
mood: duygudurum
moral insanity: ahlâkî delilik
moralization: ahlaksallaştırma, ahlaki değerlendirme
mortality: ölümlü olma, ölümlülük
motivated: güdülenmiş
motivation: güdülenim
motive: güdü
mourning period: yas dönemi
MPD [multiple personality disorder]: ÇKB (çoklu kişilik bozukluğu [multiple personality disorder])
multifaceted: çok yönlü
multiple function: çoklu işlev
multiple personality disorder: çoklu kişilik bozukluğu
multiplicity: çoklu-kişilik durumu, çokluk, çeşitlilik

narcissism: narsisizm

narcissistic: narsisistik
narcissistic extension: narsisistik uzantı
negativity: olumsuz tutum
neonatal: yenidoğan (dönemi)
neurotic range: nevrotik yelpaze
neurotic-level: nevrotik-düzey
neutral: yansız
nonadaptibility: uyum sağlayamama
noncondemnatory: kınamayan
nondefensive: savunmacı olmayan
nonexploitable: sömürülmeye izin vermeyen
nonexploitively: sömürmeden
nonhumiliating: küçük düşürücü olmayan
noninfantilizing: bebeksileştirmeyen
nonjudgmental: yargılayıcı olmayan
nonjudgmentally: yargılamadan
nonmoralized: ahlâksallaştırmanın bulunmadığı
nonnarcissistic: narsisistik olmayan
nonorganic: organik olmayan
nonpsychopathic: psikopatik olmayan
nonpunitive: cezalandırıcı olmayan
nonrational: rasyonel olmayan
nonretaliatory: misilleme içermeyen
nonschizoid: şizoid olmayan
nonschizophrenic: şizofrenik olmayan
nonthreatening intimacy: tehdit edici olmayan yakınlık
nonverbal communication: sözsüz iletişim
normalization: normalleştirme
normalize: normalleştirmek
nosology: nozoloji
nurture: bakmak, büyütmek, yetiştirmek

object: nesne
object constancy: nesne sabitliği
object related: nesne ilişkili, nesne yönelimli
object relations: nesne ilişkileri
objectify: nesneleştirme
object-relatedness: nesne-ilişkililiği
observing ego: gözlemleyen ego
obsession: obsesyon
obsessional: obsesif
obsessive: obsesif
obsessive compulsive: obsesif kompülsif
oedipal: ödipal
omnibenevolent: çok müşfik
omnipotence: tümgüçlülük
omnipotent: tümgüçlü
omnipotent control: tümgüçlü kontrol
omniscient: her şeyi bilen
open-ended: açık uçlu
operation: işleyiş, işlem
opposite gender: karşı cinsiyet
oral: oral
oral aggressive: oral saldırgan
oral dependent: oral bağımlı
oral expulsive: oral dışa-atıcı
oral incorporative: oral içe-alıcı
organic: organik
organization: örgütlenme
orgasmic: orgazmik
originality: özgünlük
out-of-the-body experience: bedenin dışından kendini izleme deneyimi
overburdened: aşırı gergin
overconscientiousness: aşırı vicdanlı olma
overcontrolling: aşırı denetleyici
overcritical: aşırı eleştirel
overdefendedness: aşırı savunmacılık
overdetermined: üstbelirlenmiş
over-diagnosed: aşırı-teşhis-edilmiş, fazlasıyla teşhis edilmiş
overidentification: aşırı-özdeşim
overindulged: aşırı doyurulmuş
overindulgence: aşırı şımartma
overintrusive: aşırı mütecaviz
overinvested: aşırı yatırım yapan
overinvolved: aşırı karışan
overinvolvement: aşırı ilgi duyma, aşırı müdahalecilik
overload: aşırı yüklü
overreactive: aşırı tepkisel
oversimplified: aşırı basitleştirilmiş
overstimulated: aşırı uyarılmış
overstimulation: aşırı uyarılma
overtly grandiose: alenen büyüklenmeci
overvaluation: aşırı değer verme

overvalued: aşırı değer verilmiş
overwhelming: aşırı, yoğun, boğucu, kendini dayatıcı

paradigmatic: paradigmatik
paradoxical: paradoksal
paradoxical intervention: paradoksal müdahale
paranoid: paranoid
paranoid stare: paranoid bakış
paranoid-schizoid position: paranoid-şizoid durum
parataxic distortion: parataksik çarpıtma
parental modeling: ebeveynin oluşturduğu örnek
parental-impingement theory: nüfuz-edici-ebeveyn teorisi
particularity: özel durumlara uygulanabilme
passive aggressive: pasif agresif
passive into active transformation: edilginin-etkene dönüşümü
pathognomonic: patolojinin varlığını gösteren
patriarch: ata, aile/sülale reisi
pattern: örüntü
pedagogic: eğitimsel
penis envy: penis haseti
persecute: eziyet etme
persecutor: eziyet eden, zalim (persecutor)
persecutory: eziyet edici
persecutory personality: eziyet edici kişilik
personology: personoloji
perversion: sapkınlık
phallic: fallik
phallic penetration: penisin girişi
pharmacologic management: farmakolojik yaklaşım
phase: dönem
phenomenon: fenomen, görüngü, olgu
pleasurable excitement: haz verici uyarılma
pleasure principle: haz ilkesi
polyfragmented: çok parçaya bölünmüş
posttrauma: travma sonrası
practicing: alıştırma
practioner: uygulayıcı, klinisyen, terapist
preadolescent: ergenlik öncesi
precursor: öncül
predation: yırtıcılık
predatory: yırtıcı
predatory aggression: yırtıcı saldırganlık
predicament: çıkmaz, hâl , açmaz
predisposition: yatkınlık
pre-integrated-ego: bütünleşmiş-ego-öncesi
prelogic: mantık-öncesi
premature: erken (dönem)
prementational: zihinsellik-öncesi
premorbid: hastalık-öncesi
pre-object-constancy: nesne-sabitliği-öncesi
preoccupation: mesele, endişe, takıntı, çaba
prerational: rasyonel-düşünce-öncesi
pre-reality principle: gerçeklik-ilkesi-öncesi
preseperation: ayrılma-öncesi
prestage: ön-evre
preverbal: dil-öncesi
primary: birincil
primary egocentricism: birincil benmerkezcilik
primary envy: birincil haset
primary love of self: birincil kendilik sevgisi
primary process thought: birincil süreç düşünce
primary reciprocal attachment: birincil karşılıklı bağlanma
primitive: ilkel
primitive devaluation: ilkel değersizleştirme
primitive idealization: ilkel idealizasyon
primitive withdrawal: ilkel geri-çekilme
primordial: ilksel
problem-solving: sorun-çözücü
prognosis: seyir, gidişat, prognoz
prognostic: gidişatla ilgili
projection: yansıtma
projective: yansıtmalı
projective identification: yansıtmalı özdeşim

prototype: prototip
pseudoerotic transference: sahte-erotik aktarım
pseudoneurotic: sahte nevrotik
pseudoneurotic schizophrenia: sahte nevrotik şizofreni
psychic: psişik
psychic numbing: psişik küntleşme
psychodiagnosis: ruhsal tanı
psychological deprivation: psikolojik yoksunluk
psychomotor retardation: psikomotor yavaşlama
psychopathic: psikopatik
psychosexual: psiko-cinsel
psychosis-prone: psikoza-yatkın
psychotic break: psikotik çökme
psychotic breakdown: psikotik çöküntü
psychotic disorganization: psikotik dağılma
psychotically anxious: psikotik kaygı yaşayan
puberty: ergenlik/ ergenlik dönemi
pursuer-distancer paradigm: peşinden giden-mesafe koyan paradigması

racial bacground: ırkî aidiyeti
racism: ırkçılık
rage: hınç
range: yelpaze
rapprochement: yeniden yaklaşma [raprochement]
rational: rasyonel, akılcı, mantıksal
rational-emotive therapy: rasyonel-emotif terapi
rationalization: akılcılaştırma
reaction formation: karşıt-tepki oluşturma
reactivity: tepkisellik
reality oriented: gerçeklik yönelimli
reality principle: gerçeklik ilkesi
reality testing: gerçeklik sınaması
recast: yeniden düzenleme, yeniden nitelendirme
reciprocal attachment: karşılıklı bağlanma
reconstruction: yeniden kurgulama
recurrent: tekrarlayıcı, tekrarlayan, tekrarlanan
reexperience: yeniden yaşantılamak
reframe: yeniden ifade etme, yeniden şekillendirme, yeniden adlandırma
regressed: gerilemiş durumdaki
regression: gerileme
regressive: gerilemeli
reinforcement: pekiştirme
relatedness: ilişkililik, bağ
relational pattern: ilişki örüntüsü
reliable: tutarlı, güvenilir
repetition compulsion: tekrarlama kompülsiyonu
repetitive: tekrarlayıcı
repression: bastırma
repressive defenses: bastırıcı savunmalar
resilience: esneklik, dayanıklılık
responding to emotional needs: duygusal ihtiyaçları cevaplamak
response pattern: tepki örüntüsü
responsive: ilgili, yanıt veren
responsivity/reactivity: yanıt-verirlik / tepki-verirlik
restoration: onarma, yeniden kurma, onarım
restructure: yeniden yapılandırma
reversal: tersine-çevirme
revision: gözden geçirme
rift: ayrıştırma
rigidity: katılık
rites of passage: geçiş törenleri
ritual: tören, törensel, ritüel
rule out: ayırıcı tanısını yapmak
ruminative thoughts: sonuçsuz derin düşünceler

sadism (aggression) against the self: kendiliğe karşı sadizm (saldırganlık)
sadistic: sadistik
sadomasochistic: sadomazoşistik
safety: güvenlik
schizoaffective: şizoafektif
schizoid: şizoid
schizophrenia: şizofreni

schizophrenic: şizofrenik
schizophreniform: şizofreniform
schizotypal: şizotipal
script theory: senaryo teorisi
secondary: ikincil
secondary gain: ikincil kazanç
secondary process thought: ikincil süreç düşünce
seduction: baştan çıkarma
self: kendilik
self conscious: sıkılgan, mahçup
self fullfilling prophecy: kendini-doğrulayan-kehanet
self-abase: kendini aşağılama
self-abnegation: kendini inkâr
self-acceptance: kendini kabul
self-aggrandizement: kendini abartmak
self-assertion: kendini ortaya koyma
self-assured: kendinden emin
self-attack: kendine saldırı
self-attacking: kendine saldıran
self-awareness: özfarkındalık
self-blame: kendini suçlama
self-censure: kendini kınama
self-centered: bencil
self-chosen: kendi seçimi sonucu
self-coherence: öztutarlılık
self-cohesion: kendilik-uyumu
self-concept: kendilik-kavramı
self-concern: kendiyle ilgilenme
self-concerned: kendiyle ilgili
self-condemnation: kendini kınama
self-confidence: özgüven
self-consciousness: özbilinç
self-consciousness: özbilinç
self-continuity: kendilik-sürekliliği
self-control: özdenetim
self-created: kendinin yarattığı
self-critical: özeleştirel
self-critical: özeleştirel
self-criticism: özeleştiri
self-cutters: kendilerini kesenler
self-cutting: kendini kesme, kendini kesen
self-deception: kendini aldatma
self-defeating: kendi aleyhine işleyen
self-definition: kendilik tanımı
self-depreciating: kendini değersizleştirici
self-destruction: özyıkıcılık
self-destructive: özyıkıcı
self-directed: kendiliğe yöneltilmiş
self-disclosing: kendini açıcı
self-disclosure: kendini açma
self-disintegration: kendilik çözülmesi
self-doubt: kendinden kuşku duyma
self-dramatizing: kendini abartılı şekilde yaşama
self-effacement: kendini ortamdan silme
self-esteem: özsaygı
self-esteem regulation: özsaygı ayarı
self-examination: kendini inceleme
self-experience: kendilik deneyimi
self-exposure: kendini açma
self-expression: kendini ifade etme
self-fulfilling: "kendini gerçekleştiren; kendini doğrulayan"
self-harm: kendine zarar verme
self-hatred: kendinden nefret etme
self-help: kendine yardım
self-hypnosis: kendini hipnotize etme
self-hypnotic: kendi kendine hipnoz
self-image: kendilik-imgesi
self-imposed: kendinin yol açtığı
self-improvement: kendini geliştirme
self-indicting: kendini suçlayıcı
self-indulgence: kendine düşkünlük
self-indulgent: kendini şımartan
self-indulgent project: kendini şımartan proje
self-inflation: kendilik-şişmesi
self-injurer: kendini yaralayan kişi
self-injury: kendini yaralama
self-integrity: kendilik-bütünlüğü
self-interest: özçıkar
selfish: bencilce, bencil
self-loathing: kendinden nefret etme
self-mockery: kendisiyle dalga geçme
self-mutilation: kendini yaralama
selfobject: kendiliknesnesi
self-observation: kendini gözlemleme
self-observer: kendini gözlemleyen

self-observing: kendini gözlemleme
self-perpetuating: kendini devam ettiren
self-preoccupied: kendiyle meşgul
self-presentation: kendilik-sunumu
self-promoting: kendini öne çıkaran
self-protective: kendini koruyucu
self-purification: kendini arıtma
self-rebuke: kendini azarlama
self-recrimination: kendini suçlama
self-referential: kendini referans alan, kendine gönderme yapan
self-regard: özdeğer
self-regulating: "kendini-düzenleyen; kendini-ayarlayan"
self-regulation: kendilik-düzenlemesi [self-regulation]
self-reliant: kendine güvenen
self-replicating cycle: kendini tekrarlayan döngü
self-representation: kendilik-temsili
self-reproach: kendini kınama
self-respect: özsaygı
self-revelation: kendini açma
self-rightous: kendini haklı gören
self-rightousness: kendini haklı görme
self-sacrifice: kendini kurban etme, kendini feda etme
self-state: kendilik durumu
self-stimulation: kendini uyarma
self-structure: kendilik-yapısı
self-sufficiency: özyeterlilik
self-valuation: kendine değer verme
self-worth: özdeğer
sensation seeking: uyaran arayışı
sense: duyum, duygu, algı, anlam
sense of agency: öznelik duyumu
sense of efficacy: etkililik duygusu
sense of inferiority: aşağılık duygusu
sense of reality: gerçeklik duygusu
sense of security: güvenlik duygusu
sense of self: kendilik duygusu
sensitive: duyarlı
sensory: duyumsal
separatedness: ayrılık hâli
separateness: ayrı olma hâli
separation: ayrılma
sequential: ardışık
sexism: cinsiyetçilik
sexual mazochist: cinsel mazoşist
sexual orientation: cinsel yönelim
sexualization: cinselleştirme
sexula pervesion: cinsel sapkınlık
shame: utanç
short-term: kısa dönemli
significant other: asli ötekiler
situational factors: durumsal etkenler
situation-independent: durumdan bağımsız
situation-spesific: duruma özgü
sociopathic: sosyopatik
sociopathy: sosyopati
sociophilia: sosyofili
somatization: bedenleştirme
spectrum: yelpaze
spiritual: tinsel
split-off: bölünmüş
splitting: bölünme, bölme
splitting mechanism: bölünme mekanizması
splitting of the ego: ego bölünmesi
stable: istikrar
stage: devre
state of arousal: uyarılma durumu
stereotype: stereotip
stereotypic: stereotipik
stimulation: uyaran, uyarılma
stoicism: metanet
striving: yöneliş, çaba
structural interview: yapılandırılmış görüşme
style of relatedness: ilişkililik tarzı, ilişkilenme tarzı
subjective: öznel
subjectively voluntary: öznel isteğine bağlı olarak
subjectivity: öznellik
sublimation: yüceltme
suicidality: intihara eğilim derecesi
superego: süperego
supervision: süpervizyon
supervisor: süpervizör

supportive therapy: destekleyici terapi
suppression: baskılama
suppressive: baskılayıcı
suppressor: baskılayıcı
survival: "sağ kalma; varlığını sürdürme"
survivor guilt: sağ kalmaya bağlı suçluluk duygusu
suspiciousness: şüphecilik, kuşkuculuk
symbiosis: ortakyaşam, ortakyaşarlık
symbiotic omnipotence: ortakyaşamsal tümgüçlülük
symbiotic relatedness: ortakyaşamsal ilişkililik
symptom: semptom
symptomatology: semptomlar
synchronicity: eşzamanlılık
syndrom: sendrom
syntonic: bağdaşan

task: görev, ödev, iş
taxonomy: sınıflandırma
technique: teknik
temperament: mizaç
template: şablon
termination: (terapiyi) sonlandırma
therapeutic: terapötik
therapeutic alliance: terapötik ittifak
therapeutic contact: terapötik temas
therapeutic frame: terapötik çerçeve
therapeutic nihilism: terapötik nihilizm
therapeutic split: terapötik bölünme
therapeutic split in the ego: egoda terapötik bölünme
thinkin style: düşünme tarzı
thought disorder: düşünce bozukluğu
tolerance: dayanıklılık, tolerans, tahammül
torment: eziyet etme
total: tam, tüm, topyekun, bütüncül, bütün
totalistic: kapsayıcı
train of thought: düşünce zinciri
Trance-inducing: transa yol açan
tranquilizer: sakinleştirici
transaction: etkileşim
transference: aktarım
transformation: dönüşüm
transmission: iletim
traumatic: travmatik
treatment: tedavi
treatment contract: tedavi anlaşması
triadic: üçlü
triangulation: üçgenlere bölme
trustworthy: güvenilir
truth: hakikat
turning against the self: kendine-karşı-döndürme
twinship transference: ikizlik aktarımı
typological: tipolojik

uncompromising honesty: ödünsüz dürüstlük
uncovering therapy: açığa-çıkarıcı-terapi
underparented: yeterince ebeveynlik görmemiş
undifferentiated: ayrımlaşmamış
undoing: yapıp-bozma
unemphatic: empatik olmayan
unidimensional: tek boyutlu
unique: eşsiz
uniqueness: biriciklik
unmodified: değişime uğramamış
unrealistic: gerçekdışı
unstable: istikrarsız
untreatable: tedavi edilemez
unverbalized: söze dökülmemiş
urge: itki

valuation: değerli görme
version: biçim, versiyon
visionary: öngürülü, önsezili, ileriyi gören, hayalci
voyeurism: gözetlemecilik, röntgencilik
vulnerability: zedelenebilirlik, incinebilirlik, yatkın oluş, korunmasızlık, korunmasız kalma
whole: bütün, bütünlüklü

wholeness: bütünlük
will: irade

wish: arzu, istek
wishfull thinking: arzu-doyurucu-tarzda-düşünmek
withdrawal: geri-çekilme
working alliance: çalışma ittifakı
working through: derinlemesine çalışma

young adulthood: erken yetişkinlik

Kaynakça

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in light of mental disorders. *Selected papers on psycho-analysis* (s. 418-501) içinde. Londra: Hogarth Press, 1927.

Abraham, K. (1935). The history of a swindler. Psychoanalytic *Quarterly*, 4, 570-587.

Abrahamsen, D. (1985). *Confessions of Son of Sam.* New York: Columbia University Press.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature.* Garden City, NY: Garden City Publishing.

Adler, G. (1972). Hospital management of borderline patients and its relationship to psychotherapy. P. Hartcollis (Derleyen), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (s. 307-323) içinde. New York: International Universities Press.

Adler, G. (1973). Hospital treatment of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-36.

Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment.* New York: Jason Aronson.

Adler, G., & Buie, D. (1979). The psychotherapeutic approach to aloneness in the borderline patient. J. LeBoit & A. Capponi (Derleyenler), *Advances in psychotherapy of the borderline patient* (s. 433-448) içinde. New York: Jason Aronson.

Adorno, T. W., Frenkl-Brunswick, E., Levinson, D. J., &. Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality.* New York: Harper.

Aichhorn, A. (1936). *Wayward youth.* London: Putnam.

Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Akiskal, H. S. (1984) Characterologic manifestations of affective disorders: Toward a new conceptualization. *Integrating Psychiatry, 2,* 83-88.

Alien, D. W. (1977). Basic treatment issues. M. J. Horowitz (Derleyen), *Hysterical personality* (s. 283-328) içinde. New York: Jason Aronson.

Altschul, S. (Derleyen). (1988). *Childhood bereavement and its aftermath.* Madison, CT: International Universities Press.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2. basım). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. basım). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (gözden geçirilmiş 3. basım). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1993, Mart). *DSM-IV draft criteria.* Washington, DC: Author.

Arieti, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia.* New York: Brunner/Mazel.

Arieti, S. (1961). Introductory notes on the psychoanalytic therapy of schizophrenics. A. Burton (Derleyen), *Psychotherapy of the psychoses* (s. 68-89) içinde. New York: Basic Books.

Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia* (2. basım). New York: Basic Books.

Arlow, J. A., & Brenner, C. (1964). *Psychoanalytic concepts and the structural theory.* New York: International Universities Press.

Aronson, M. L. (1964). A study of the Freudian theory of paranoia by means of the Rorschach Test. C. F. Reed, I. E. Alexander, & S. S. Tomkins (Derleyenler), *Psychopathology: A source book* (s. 370-387) içinde. New York: Wiley.

Ashe, S. S. (1985). The masochistic personality. R. Michels &. J. Cavenar (Derleyenler), *Psychiatry 1* (s. 1-9) içinde. Philadelphia: Lippincott.

Bach, S. (1985). *Narcissistic states and the therapeutic process.* New York: Jason Aronson.

Bak, R. C. (1946). Masochism in paranoia. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 285-301.

Balint, M. (1945). Friendly expanses–Horrid empty spaces. *International Journal of Psycho-Analysis*, 36, 225-241.

Balint, M. (1960). Primary narcissism and primary love. *Psychoanalytic Quarterly*, 29, 6-43.

Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression.* London: Tavistock.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, *1*, 251-264

Baumeister, R. F. (1989). *Masochism and the self.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bellak, L., & Small, L. (1978). *Emergency psycho therapy and brief psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Beres, D. (1958). Vicissitudes of superego formation and superego precursors in childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 13,* 324-335.

Bergler, E. (1949). *The basic neurosis.* New York: Game &. Stratton.

Bergman, P., &. Escalona, S. K. (1949). Unusual sensitivities in very young children. *Psychoanalytic Study of the Child*, *3/4*, 333-352.

Bergmann, M. S. (1985). Reflections on the psychological and social functions of remembering the Holocaust. *Psychoanalytic Inquiry*, *5*, 9-20.

Bergmann, M. S. (1987). *The anatomy of loving: The story of man's quest to know what love is.* New York: Columbia University Press.

Berliner, B. (1958). The role of object relations in moral masochism. *Psychoanalytic Quarterly, 27,* 38-56.

Bernstein, D. (1993). *Female identity conflict in clinical practice.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Bernstein, E. M., &. Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Mental and Nervous Disease*, *174*, 727-735.

Bernstein, I. (1983). Masochistic psychology and feminine development. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *31*, 467-486.

Bertin, C. (1982). *Marie Bonaparte: A life.* New York: Quarter Books.

Bettelheim, B. (1960). *The informed heart: Autonomy in a mass age.* Glencoe, IL: The Free Press.

Bettelheim, B. (1983). *Freud and man's soul.* New York: Knopf.

Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. P. Greenacre (Derleyen), *Affective disorders* (s. 13-48) içinde. New York: International Universities Press.

Bion, W. R. (1959). *Experiences in groups.* New York: Basic Books.

Bion, W. R. (1967). *Second thoughts.* New York: Jason Aronson.

Biondi, R., &. Hecox, W. (1992). *The Dracula killer: The true story of California's vampire killer.* New York: Pocket Books.

Blanck, G., &. Blanck, R. (1974). *Ego psychology: Theory and practice*. New York: Columbia University Press.

Blanck, G., &. Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York: Columbia University Press.

Blanck, G., &. Blanck, R. (1986). *Beyond ego psychology: Developmental object relations theory*. New York: Columbia University Press.

Blanck, R., & Blanck, G. (1968). *Marriage and personal development*. New York: Columbia University Press.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157.

Blatt, S. J., & Bers, S. (1993). The sense of self in depression: A psychoanalytic perspective. Z. V. Segal & S. J. Blatt (Derleyenler), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (s. 171-210) içinde. New York: Guilford Press.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Çeviren). New York: International Universities Press, 1950.

Bleuler, M. (1977). *The schizophrenic disorders* (S. M. Clemens, Çeviren), New Haven: Yale University Press.

Bollas, C. (1987). Loving hate. *The shadowof the object* (s. 117-134) içinde. New York: Columbia University Press.

Bornstein, B. (1949). The analysis of a phobic child: Some problems of theory and technique in child analysis. *Psychoanalytic Study of the Child, 3/4*, 181-226.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Cilt I. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Cilt II. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Braude, S. E. (1991). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind*. New York: Routledge, Chapman & Hall.

Braun, B. G. (1984). Hypnosis creates multiple personality: Myth or reality? *International Journal of Clinical Hypnosis, 32*, 191-197.

Braun, B. G. (1988). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation, 1*, 4–23.

Braun, B. G., & Sacks, R. G. (1985). The development of multiple personality disorder: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. R. R Kluft (Derleyen), *Childhood antecedents of multiple personality* (s. 37-64) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brazelton, T. B. (1962). Observations of the neonate. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1*, 38-58.

Brazelton, T. B. (1980, Mayıs). *New knowledge about the infant from current research: Implications for psychoanalysis*. Makale sunumu: The meeting of the American Psychoanalytic Association, San Francisco.

Brazelton, T. B. (1982). Joint regulation of neonate-parent behavior. E. Tronick (Derleyen), *Social interchange in infancy* içinde. Baltimore: University Park Press.

Brenman, M. (1952). On teasing and being teased and the problems of "moral masochism." *Psychoanalytic Study of the Child, 7*, 264-285.

Brenner, C. (1955). *An elementary textbook of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.

Brenner, C. (1959). The masochistic character. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 197-226.

Brenner, C. (1982). The calamities of childhood. *The mind in conflict* (s. 93-106) içinde. New York: International Universities Press.

Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895). Studies in hysteria. *Standard Edition*, 2, 21-47.

Brody, S., & Siegel, M. (1992). *The evolution of character: Birth to eighteen year, A longitudinal study*. New York: International Universities Press.

Brown, R. (1965). *Social psychology*. New York: The Free Press.

Buckiey, P. (Ed.). (1988). *Essential papers on psychosis*. New York: New York University Press.

Bursten, B. (1973a). *The manipulator: A psychoanalytic view*. New Haven: Yale University Press.

Bursten, B. (1973b). Some narcissistic personality types. *International Journal of Psycho-Analysis*, *54*, 287-300.

Carneron, N. (1959). Paranoid conditions and paranoia. S. Arieti (Derleyen), *American handbook of psychiatry* (Cilt 1, s. 508-539) içinde. New York: Basic Books.

Capote, T. (1965). *In cold blood*. New York: Random House.

Casey, J. F. (1991). *The flock: The autobiography of a multiple personality* (L. Wilson ile birlikte). New York: Knopf.

Cath, S. FI. (1986). Fathering from infancy to old age: A selective overview of recent psychoanalytic contributions. *Psychoanalytic Review*, 74, 469-479.

Cattell, J. P., &. Cattell, J. S. (1974). Depersonalization: Psychological and social perspectives. S. Arieti (Derleyen), *American handbook of psychiatry* (s. 767-799) içinde. New York: Basic Books.

Celani, D. (1976). An interpersonal approach to hysteria. *American Journal of Psychiatry, 133*, 1414-1418.

Chase, T. (1987). *When Rabbit howls*. New York: Jove.

Chasseguet-Smirgel, J. (1971). *Female sexuality: New psychoanalytic views*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Creativity and perversion*. Londra: Free Association.

Chasseguet-Smirgel, J. (1985). *The ego ideal: A psychoanalytic essay on the malady of the idea*. New York: Norton.

Chess, S., Rutter, M., Thomas, A., & Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and the environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry*, *120*, 142-147.

Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. G. (1967). Behavior problems revisited: Findings of an anteretrospective study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 6, 321-331.

Chessick, R. D. (1969). *How psychotherapy heals: The process of intensive psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Chessick, R. D. (1985). *Psychology of the self and the treatment of narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Chodoff, P. (1978). Psychotherapy of the hysterical personality disorder. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6, 496-510.

Chodoff, P. (1982). The hysterical personality disorder: A psychotherapeutic approach. A. Roy (Derleyen), *Hysteria* (s. 277-285) içinde. New York: Wiley.

Chodorow, N. J. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.

Chodorow, N. J. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven: Yale University Press.

Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. St. Louis: Mosby.

Cohen, M. B., Baker, G., Cohen, R. A., Froirrm-Reichmann, E, &. Weigert, E. (1954). An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry, 17*, 103-137.

Colby, K. (1951). *A primer for psychotherapists*. New York: Ronald.

Coleman, M., & Nelson, B. (1957). Paradigmatic psychotherapy in borderline treatment. *Psychoanalysis, 5*, 28-44.

Coons, P. M., Bowman, E. S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 519-527.

Coons, P. M., & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 106-110.

Coontz, S. (1992). *The way we never were: American families and the nostalgia gap*. New York: Basic Books.

Cooper, A. M. (1988). The narcissistic-masochistic character. R. A. Click & D. I. Meyers (Derleyenler), *Masochism: Current psychoanalytic perspectives* (s. 189-204) içinde. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Darley, J., & Batson, C. D. (1973). From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 27*, 100-108.

Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.

Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

de Monchy, R. (1950). Masochism as a pathological and as a normal phenomenon in the human mind. *International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 95-97.

Deri, S. (1968). Interpretation and language. E. Hammer (Derleyen), *The use of interpretation in treatment* içinde. New York: Grune & Stratton.

Des Barres, P. (1987). *I'm with the band: Confessions of a groupie*. New York: Morrow.

Deutsch, H. (1942).Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly, 11*, 301-321.

Deutsch, H. (1944). *The psychology of women: A psychoanalytic interpretation: Cilt I. Girlhood*. New York: Grune & Stratton.

Deutsch, H. (1955). The impostor: Contribution to ego psychology of a type of psychopath. *Psychoanalytic Quarterly, 24*, 483-503.

Diamond, M. J. (1993, Nisan). *Fathers and sons: Psychoanalytic perspectives on "good-enough" fathering throughout the life cycle*. Makale sunumu: The Spring Meeting of the Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, New York.

Dinnerstein, D. (1976). *The mermaid and the minotaur*. New York: Harper & Row.

Dorpat, T. (1982). An object-relations perspective on masochism. P. L. Giovacchini & L. B. Boyer (Derleyenler), *Technical factors in the treatment of severely disturbed patients* (s. 490-513) içinde. New York: Jason Aronson.

Easser, B. R., & Lesser, S. (1965). The hysterical personality: A reevaluation. *Psychoanalytic Quarterly, 34*, 390-405.

Edelstein, M. G. (1981). *Trauma, trance, and transformation: A clinical guide to hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Ehrenberg, D. B. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction.* New York: Norton.

Eigen, M. (1986). *The psychotic core.* New York: Jason Aronson.

Eissler, K. R. (1953). The effects of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 1*, 104-143.

Ekstein, R., & Wallerstein, R. S. (1958; gözden geçirilmiş basım, 1971). *The teaching and learning of psychotherapy.* Madison, CT: International Universities Press.

Ellis, A. (1961). The treatment of a psychopath with rational emotive psychotherapy. *Reason and emotion in psychotherapy* (s. 288-299) içinde. New York: Lyle Stewart.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society.* New York: Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: Norton.

Escalona, S. K. (1968). *The roots of individuality: Normal patterns of development in infancy.* Chicago: Aldine.

Fairbairn, W. R. D. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *International Journal of Psycho-Analysis, 22*, 250-279.

Fairbairn, W. R. D. (1954). *An object-relations theory of the personality.* New York: Basic Books.

Fast, I. (1990). Aspects of early gender development: Toward a reformulation. *Psychoanalytic Psychology, 7* (Ek), 105-107.

Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses.* New York: Basic Books.

Fenichel, O. (1928). On "isolation." *The collected papers of Otto Fenichel, first series* (s. 147-152) içinde. New York: Norton.

Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique.* Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: Norton.

Ferenczi, S. (1913). Stages in the development of a sense of reality. *First contributions to psycho-analysis* (s. 213-239) içinde. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Ferenczi, S. (1925). Psychoanalysis of sexual habits. *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis* (s. 259-297) içinde. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Finell, J. (1986). The merits and problems with the concept of projective identification. Psychoanalytic Review, 73, 103-120.

Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Fisher, S., & Greenberg, R. P. (1985). *The scientific credibility of Freud's theories and therapy.* New York: Columbia University Press.

Fogelman, E. (1988). Intergenerational group therapy: Child survivors of the Holocaust and offspring of survivors. *Psychoanalytic Review, 75*, 619-640.

Fogelman, E., & Savran, B. (1979). Therapeutic groups for children of Holocaust survivors. *International Journal of Group Psychotherapy, 29*, 211-235.

Fonda, H. (1981). *My life. As told to Howard Teichmann.* New York: New American Library.

Forster, E. M. (1921). *Howard's End*. New York: Vintage.
Fraiberg, S. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. New York: Charles Scribner's Sons.
Frances, A., & Cooper, A. M. (1981). Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *American Journal of Psychiatry, 138*, 1198-1202.
Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T, Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations, 5*, 289-317.
Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, 1966.
Freud, S. (1886). Observation of a severe case of hemianaesthesia in a hysterical male. *Standard Edition, 1*, 23-31.
Freud, S. (1897). Letter to Wilhelm Fliess. *Standard Edition, 1*, 259.
Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition, 4*.
Freud, S. (1901). The psychopathology of everyday life. *Standard Edition*, 6.
Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, 7, 135-243.
Freud, S. (1908). Character and anal eroticism. *Standard Edition*, 9, 169-175.
Freud, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. *Standard Edition, 10*, 151-320.
Freud, S. (1911). Psycho-analytic notes on an autobiographic account of a case of paranoia (dementia paranoides). *Standard Edition, 13*, 1-162.
Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition, 12*, 97-108.
Freud, S. (1913). The disposition to obsessional neurosis. *Standard Edition, 12*, 311-326.
Freud, S. (1914a). Remembering, repeating and working through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis II). *Standard Edition, 12*, 147-156.
Freud, S. (1914b). On narcissism: An introduction. *Standard Edition, 14*, 67-102.
Freud, S. (1915a). Instincts and their vicissitudes. *Standard Edition, 14*, 111-140.
Freud, S. (1915b). Repression. *Standard Edition, 14*, 147.
Freud, S. (1916). Some character types met with in psychoanalytic work. *Standard Edition, 14*, 311-333.
Freud, S. (1917a). Mourning and melancholia. *Standard Edition, 14*, 243-258.
Freud, S. (1917b). On transformations of instinct as exemplified in anal erotism. *Standard Edition, 17*, 125-133.
Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. *Standard Edition, 17*, 7-122.
Freud, S. (1919). A child is being beaten: A contribution to the study of the origin of sexual perversions. *Standard Edition, 17*, 179-204.
Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition, 18*, 7-64.
Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition, 19*, 13-59.
Freud, S. (1924). The economic problem in masochism. *Standard Edition, 19*, 159-170.
Freud, S. (1925a). Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. *Standard Edition, 19*, 248-258.
Freud, S. (1925b). Autobiographical study. *Standard Edition, 20*, 32-76.
Freud, S. (1931). Libidinal types. *Standard Edition, 21*, 215-222.
Freud, S. (1932). Femininity. *Standard Edition, 22*, 112-135.
Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *Standard Edition, 22*, 216-253.

Freud, S. (1938). An outline of psycho-analysis. *Standard Edition, 23*, 144-207.
Friedenberg, E. Z. (1959). *The vanishing adolescent.* Boston: Beacon.
Friedman, R. C. (1988). *Male homosexuality: A contemporary psychoanalytic perspective.* New Haven: Yale University Press.
Fromm, E. (1947). *Man for himself: An inquiry into the psychology of ethics.* New York: Rinehart.
Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy.* Chicago: University of Chicago Press.
Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychoanalytic Quarterly, 38*, 91-96.
Furman, E. (1982). Mothers have to be there to be left. *Psychoanalytic Study of the Child, 37*, 15-28.
Gabbard, G. O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
Gaddis, T, &. Long, J. (1970). *Killer: A journal of murder.* New York: Macmillan.
Galenson, E. (1988). The precursors of masochism: Protomasochism. R. A. Click &. D. I. Meyers (Derleyenler), *Masochism: Current psychoanalytic perspectives* (s. 189-204) içinde. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
Galin, D. (1974). Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. *Archives of General Psychiatry, 31*, 572-583.
Gardiner, M. (1971). *The wolf-man: By the wolf-man.* New York: Basic Books.
Gardner, M. R. (1991). The art of psychoanalysis: On oscillation and other matters. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39*, 851-870.
Gay, P. (1968). *Weimar culture.* New York: Harper &. Row.
Gay, P. (1988). *Freud: A life for our time.* New York: Norton.
Gaylin, W. (Derleyen). (1983). *Psychodynamic understanding of depression: The meaning of despair.* New York: Jason Aronson.
Gill, M. M. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis, 19*, 200-237.
Gill, M. M, Newman, R., &. Redlich, F. C. (1954). *The initial interview in psychiatric practice.* New York: International Universities Press.
Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Giovacchini, P. L. (1979). *The treatment of primitive mental states.* New York: Jason Aronson.
Giovacchini, P. L. (1986). *Developmental disorders: The transitional space in mental breakdown and creative imagination.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
Giovacchini, P. L., & Boyer, L. B. (Derleyenler). (1982). *Technical factors in the treatment of the severely disturbed patient.* New York: Jason Aronson.
Glick, R. A., & Meyers, D. I. (1988). *Masochism: Current psychoanalytic perspectives.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
Glover, E. (1955). *The technique of psycho-analysis.* New York: International Universities Press.
Goldberg, A. (1990a). Disorders of continuity. *Psychoanalytic Psychology, 7*, 13-28.
Goldberg, A. (1990b). *The prisonhouse of psychoanalysis.* New York: The Analytic Press.

Goldstein, K. (1959). Functional disturbances in brain damage. S. Arieti (Derleyen), *American handbook of psychiatry* (Cilt 1, s. 770-794) içinde. New York: Basic Books.

Gottesrhan, I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: W. H. Freeman.

Green, H. (1964). *I never promised you a rose garden.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Greenacre, P. (1958). The impostor. *Psychoanalytic Quarterly, 27,* 359-382.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenfield, S. (1991). Experiences of subsequent therapists with female patients sexually involved with a prior male therapist. Yayınlanmamış doktora tezi. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts International, 52,* 3905B.

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.

Greenspan, S. I. (1981). *Clinical infant reports: Number 1: Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: Principles of clinical diagnosis and preventive intervention.* New York: International Universities Press.

Greenwald, H. (1958). *The call girl: A sociological and psychoanalytic study.* New York: Ballantine Books.

Greenwald, H. (1974). Treatment of the psychopath. H. Greenwald (Derleyen), *Active psychotherapy* (s. 363-377) içinde. New York: Jason Aronson.

Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of ego functions.* New York: Basic Books.

Grossman, W. (1986). Notes on masochism: A discussion of the history and development of a psychoanalytic concept. *Psychoanalytic Quarterly, 55,* 379-413.

Groth, A. N. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender.* New York: Plenum.

Grotstein, J. (1982). Newer perspectives in object relations theory. *Contemporary Psychoanalysis, 18,* 43-91.

Grunbaum, A. (1979). Is Freudian psychoanalysis pseudo-scientific by Karl Popper's criterion of demarcation. *American Philosophical Quarterly, 16,* 131-141.

Grunberger, B. (1979). *Narcissism: Psychoanalytic essays* (J. Diamanti, Çeviren). New York: International Universities Press.

Gunderson, J. G. (1984). Borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry, 133,* 1-10.

Guntrip, H. (1952). The schizoid personality and the external world. *Schizoid phenomena, object relations and the self* (s. 17-48) içinde. New York: International Universities Press, 1969.

Guntrip, H. (1961). The schizoid problem, regression, and the struggle to preserve an ego. *Schizoid phenomena, object relations and the self* (s. 49-86) içinde. New York: International Universities Press, 1969.

Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self.* New York: International Universities Press.

Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy, and the self: A basic guide to the human personality in Freud, Erikson, Klein, Sullivan, Fairbaim, Hartmann, Jacobson, and Winnicott*. New York: Basic Books.

Hall, C. S. (1954). *A primer on Freudian psychology*. New York: Octagon Books (yeniden basım 1990).

Halleck, S. L. (1967). Hysterical personality traits – psychological, social, and iatrogenic determinants. *Archives of General Psychiatry, 16,* 750-759.

Hammer, E. (1968). *The use of interpretation in treatment*. New York: Grune &. Stratton.

Hammer, E. (1990). *Reaching the affect: Style in the psychodynamic therapies*. New York: Jason Aronson.

Hare, R. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. New York: Wiley.

Harris, D. (1982). *Dreams die hard: Three men's journey through the sixties*. New York: St. Martin's/Marek.

Hartcollis, P. (Ed.). (1977). *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.

Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.

Hedges, L. E. (1983). *Listening perspectives in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Hendin, H. (1975). *The age of sensation: A psychoanalytic exploration*. New York: Norton.

Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Psychology, 4,* 1-14.

Herzog, J. (1980). Sleep disturbance and father hunger in 18-to 28-month-old boys: The Erikönig syndrome. *Psychoanalytic Study of the Child, 35,* 219-236.

Hirsch, S. J., & Hollender, M. H. (1969). Hysterical psychoses: Clarification of the concept. *American journal of Psychiatry, 125,* 909.

Hoch, P. H., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly, 23,* 248-276.

Hoenig, J. (1983). The concept of schizophrenia: Kraepelin-Bleuler-Schaeider. *British Journal of Psychiatry, 142,* 547-556.

Hollender, M. H. (1971). Hysterical personality. *Comments on Contemporary Psychiatry, 1,* 17-24.

Hollender, M., & Hirsch, S. (1964). Hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry, 120,* 1066-1074.

Homer, A. J. (1979). *Object relations and the developing ego in therapy*. New York: Jason Aronson.

Horner, A. J. (1990). *The primacy of structure: Psychotherapy of underlying character pathology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Homer, A. J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Horney, K. (1926). The flight from womanhood: The masculinity-complex in women as viewed by men and women. *International Journal of Psycho-Analysis, 7,* 324-339.

Horney, K. (1939). *New ways in psycho-analysis.* New York: Norton.
Horowitz, M. J. (Ed). (1977). *Hysterical personality.* New York: Jason Aronson.
Hughes, J. M. (1989). *Reshaping the psychoanalytic domain: The work of Melanie Klein, W. R. D. Fairbairn, and D. W. Winnicott.* Berkeley, CA: University of California Press.
Isaacs, K. (1990). Affect and the fundamental nature of neurosis. *Psychoanalytic Psychology, 7,* 259-284.
İyileşen bir hasta. (1986). "Can we talk?" The schizophrenic patient in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 143,* 68-70.
Jacobs, T. J. (1991). *The use of the self: Countertransference and communication in the analytic situation.* Madison, CT: International Universities Press.
Jacobson, E. (1964). *The self and the object world.* New York: International Universities Press.
Jacobson, E. (1967). *Psychotic conflict and reality.* London: Hogarth Press.
Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions.* New York: International Universities Press.
Janet, P. (1890). *The major symptoms of hysteria.* New York: Macmillan.
Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Çevirenler). Chicago: University of Chicago Press.
Johnson, A. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. K. R. Eissler (Derleyen), *Searchlights on delinquency* (s. 225-245) içinde. New York: International Universities Press.
Jones, E. (1913). The God complex: The belief that one is God, and the resulting character traits. *Essays in applied psycho-analysis* (Cilt 2, s. 244-265) içinde. London: Hogarth Press, 1951.
Josephs, L. (1992). *Character structure and the organization of the self.* New York: Columbia University Press.
Jung, C. G. (1945). The relations between the ego and the unconscious. H.Read, M. Fordham, &. G. Adler (Derleyenler), *The collected works of C. G. Jung* (Bollinger Series 20, Cilt 7, s. 120-239) içinde. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1953.
Jung, C. G. (1954). Concerning the archetypes, with special reference to the anima concept. H. Read, M. Fordham, G. Adler, &. W. McGuire (Derleyenler), *The collected works of C.G. Jung* (Bollinger Series 20, Cilt 9, s. 54-72) içinde. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1959.
Kahn, H. (1962). *Thinking about the unthinkable.* New York: Horizon.
Kalafat, J. (1984). Training community psychologists for crisis intervention. *American Journal of Community Psychology, 12,* 241-251.
Karasu, T. B. (1990). *Psychotherapy for depression.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
Karon, B. P. (1989). On the formation of delusions. *Psychoanalytic Psychology,* 6, 169-185.
Karon, B. P. (1992). The fear of understanding schizophrenia. *Psychoanalytic Psychology,* 9, 191-211.
Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice.* New York: Jason Aronson.
Karpe, R. (1961). The rescue complex in Anna O's final identity. *Psychoanalytic Quarterly,* 30, 1-27.

Kasanin, J. S. (Ed.). (1944). *Language and thought in schizophrenia.* New York: Norton.
Kasanin, J. S., & Rosen, Z. A. (1933). Clinical variables in schizoid personalities. *Archives of Neurology and Psychiatry, 30,* 538-553.
Katan, M. (1953). Mania and the pleasure principle: Primary and secondary symptoms. P. Greenacre (Derleyen), *Affective disorders* (s. 140-209) içinde. New York: International Universities Press.
Kernberg, O. F. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18,* 51-85.
Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Aronson.
Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: Jason Aronson.
Kernberg, O. F. (1981). Some issues in the theory of hospital treatment. *Nordisk Tidsskrift for Loegeforen, 14,* 837-842.
Kernberg, O. F. (1982, Ağustos). Conference on treating borderline and narcissistic patients. Eastham, MA.
Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies.* New Haven: Yale University Press.
Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 36,* 1005-1029.
Kernberg, O. F. (1989). An ego psychology object relations theory of the structure and treatment of pathologic narcissism: An overview. *Psychiatric Clinics of North America, 12,* 723-729.
Kernberg, O. F. (1991). Aggression and love in the relationship of the couple. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39,* 45-70.
Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions.* New Haven: Yale University Press.
Kernberg, O. E, Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.* New York: Basic Books.
Keyes, D. (1982). *The minds of Billy Milligan.* New York: Bantam.
Khan, M. M. R. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child, 18,* 286-306.
Khan, M. M. R. (1974). *The privacy of the self.* New York: International Universities Press.
Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children.* Londra: Hogarth Press.
Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (s. 262-289) içinde. New York: The Free Press, 1975.
Klein, M. (1937). Love, guilt and reparation. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (s. 306-343) içinde. New York: The Free Press, 1975.
Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (s. 311-338) içinde. New York: The Free Press, 1975.
Klein, M. (1945). The oedipus complex in light of early anxieties. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945* (s. 370-419) içinde. New York: The Free Press, 1975.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, *27*, 99-110.

Klein, M. (1957). Envy and gratitude. *Envy and gratitude and other works 1946-1963* (s. 176-235) içinde. New York: The Free Press, 1975.

Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, *7*, 9-29.

Kluft, R. P. (Derleyen). (1985). *Childhood antecedents of multiple personality.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1987). Making the diagnosis of multiple personality disorder. F. F. Flach (Derleyen), *Diagnostics and psychopathology* (s. 201-225) içinde. New York: Norton.

Kluft, R. P. (1989). Dissociation: The David Caul Memorial Symposium symposium papers: Iatrogenesis and MPD. *Dissociation*, *2*, 66-104.

Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. A. Tasman &. S. M. Goldfinger (Derleyenler), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Cilt 10, s. 161-188). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P., & Fine, C. G. (Derleyenler). (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Knight, R. (1953). Borderline states in psychoanalytic psychiatry and psychology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *17*, 1-12.

Kohut, H. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanalytic Study of the Child*, *23*, 86-113.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self.* New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* (A. Goldberg, Derleyen, P.Stepansky ile birlikte). Chicago: University of Chicago Press.

Kohut, H., & Wolf,.E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment – an outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, *59*, 413-425.

Kraepelin, E. (1913). *Lectures on clinical psychiatry.* London: Bailliere, Tindall, & Cox.

Kraepelin, E. (1915). *Psychiatric: Ein lehrbuch* (8. basım). Leipzig: Earth.

Kraepelin, E.(1919). *Dementia praecox and paraphrenia* (R. M. Barclay, Çeviren). Huntington, NY: Robert E. Krieger, 1971.

Krafft-Ebing, R. (1900). *Psychopathia sexualis* (F. J. Rebman, Çeviren). New York: Physicians and Surgeons Book Company, 1935.

Kretschmer, E. (1925). Physique and character (J. H. Sprott, Çeviren). New York: Harcourt, Brace & World.

Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, *37*, 445-455.

Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (gözden geçirilmiş 2. basım.). Chicago: University of Chicago Press.

Kupperman, J. (1991). *Character.* New York: Oxford University Press.

Lachmann, F, &. Beebe, B. (1989). Oneness fantasies revisited. *Psychoanalytic Psychology*, *6*, 137-149.

Laing, R. D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Baltimore: Penguin.

Langness, L. L. (1967). Hysterical psychosis – the cross-cultural evidence. *American Journal of Psychiatry, 124*, 143-151.

Langs, R. J. (1973). *The technique of psychoanalytic psychotherapy: The initial contact, theoretical framework, understanding the patient's communications, the therapist's interventions* (Cilt 1). New York: Jason Aronson.

LaPlanche, J., & Pontalis, J. B. (1973). *The language of psychoanalysis*. New York: Norton.

Lasch, C. (1978). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York: Norton.

Lasch, C. (1984). *The minimal self: Psychic survival in troubled times*. New York: Norton.

Laughlin, H. P. (1956). *The neuroses in clinical practice*. Philadelphia: Saunders.

Laughlin, H. P. (1967). *The neuroses*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Laughlin, H. P. (1970; 2. basım, 1979). *The ego and its defenses*. New York: Jason Aronson.

Lax, R. F. (1977). The role of internalization in the development of certain aspects of female masochism: Ego psychological considerations. *International Journal of Psycho-Analysis, 58*, 289-300.

Lax, R. F. (Ed.) (1989). Essential papers on *character neurosis and treatment*. New York: New York University Press.

Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory: Evolution and confusion. *Archives of General Psychiatry, 25*, 131-137.

Levenson, E. A. (1972). *The fallacy of understanding: An inquiry into the changing structure of psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Levin, J. D. (1987). *Treatment of alcoholism and other addictions: A self-psychology approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.

Lichtenberg, J. (Derleyen). (1992). Perspectives on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry, 12*(1).

Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic Books.

Lidz, T., &. Fleck, S. (1965). Family studies and a theory of schizophrenia. T. Lidz, S. Fleck, &. A. R. Cornelison (Derleyenler), *Schizophrenia and the family* içinde. New York: International Universities Press.

Lifton, R. J. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.

Lilienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Lamtz, K., & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality disorder and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry, 142*, 718-722.

Lindner, R. (1955). The jet-propelled couch. *The fifty-minute hour: A collection of true psychoanalytic tales* (s. 221-293) içinde. New York: Jason Aronson, 1982.

Linton, R. (1956). *Culture and mental disorders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Lion, J. R. (1978). Outpatient treatment of psychopaths. W. Reid (Derleyen), *The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behaviors* (s. 286-300) içinde. New York: Brunner/Mazel.

Lion, J. R. (Derleyen). (1986). Personality disorders: Diagnosis and management (2. basım). Malabar, FL: Robert E. Krieger.

Litman, R. E., &. Farberow, N. L. (1970). Emergency evaluation of suicidal potential. E. S. Schneiderrnan, N. L. Farberow, & R. E. Litman (Derleyenler), *The psychology of suicide* (s. 259-272) içinde. New York: Science House.

Little, M. I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis: Toward basic unity.* New York: Jason Aronson.

Little, M. I. (1990). *Psychotic anxieties and containment: A personal record of an analysis with Winnicott.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Livingston, M. S. (1991). *Near and far: Closeness and distance in psychotherapy.* New York: Rivercross.

Loeb, J., & Mednick, S. A. (1977). A prospective study of predictors of criminality: Three electrodennal response patterns. S. A. Mednick &. K. O. Christiansen (Derleyenler), *Biosocial bases of criminal behavior* (s. 245-254) içinde. New York: Gardner.

Loewald, H. W. (1957). On the therapeutic action of psychoanalysis. *Papers on psychoanalysis* (s. 221-256) içinde. New Haven: Yale University Press, 1980.

Loewenstein, R. M. (1951). The problem of interpretation. *Psychoanalytic Quarterly, 20,* 1-14.

Loewenstein, R. M.. (1955). A contribution to the psychoanalytic theory of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 5,* 197-234.

Loewenstein, R. J. (1988). The spectrum of phenomenology in multiple personality disorder: Implications for diagnosis and treatment. B. G. Braun (Derleyen), *Proceedings of the Fifth National Conference on Multiple Personality Disorder/Dissociative States* (s. 7) içinde. Chicago: Rush University.

Loewenstein, R. J., & Ross, D. R. (1992). Multiple personality and psychoanalysis: An introduction. *Psychoanalytic Inquiry, 12,* 3-48.

Lothane, 2. (1992). *In defense of Schreber: Soul murder and psychiatry.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Lovinger, R. J. (1984). *Working with religious issues in therapy.* New York: Jason Aronson.

Lykken, D. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 55,* 6-10.

Lynd, H. M. (1958). *On shame and the search for identity.* New York: Harcourt, Brace & World.

MacKinnon, R. A., & Michels, R. (1971). *The psychiatric interview in clinical practice.* Philadelphia: Saunders.

Maheu, R., & Hack, R. (1992). *Next to Hughes.* New York: Harper Collins.

Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation.* New York: International Universities Press.

Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child, 26,* 403-424.

Mahler, M. S. (1972a). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis, 53,* 333-338.

Mahler, M. S. (1972b). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Quarterly, 41,* 487-506.

Mahler, M. S., Pine, E, &. Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

Main, T. F. (1957). The ailment. *British Journal of Medical Psychology, 30*, 129-145.

Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum.

Mandelbaum, A. (1977). The family treatment of the borderline patient. P. Hartcollis (Derleyen), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (s. 423-438) içinde. New York: International Universities Press.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality. *Journal of the American Psychiatric Association, 1*, 656-671.

Masling, J. (Ed.). (1986). *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Cilt 2).Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Masson, J. M. (1984). *The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory*. New York: Farrar, Straus, & Giroux.

Masterson, J. F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley-Interscience.

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

McClelland, D. C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

McDougall, J. (1980). *Plea for a measure of abnormality*. New York: International Universities Press.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.

McGoldrick, M. (1982). Irish families. M. McGoldrick, J. K. Pearce, & J. Giordano (Derleyenler), *Ethnicity and family therapy* (s. 310-339) içinde. New York: Guilford Press.

McWilliams, N. (1979). Treatment of the young borderline patient: Fostering individuation against the odds. *Psychoanalytic Review, 66*, 339-357.

McWilliams, N. (1984). The psychology of the altruist. *Psychoanalytic Psychology, 1*, 193-213.

McWilliams, N. (1986). Patients for life: The case for devotion. *The Psychotherapy Patient, 3, 55-69*.

McWilliams, N. (1991). Mothering and fathering processes in the psychoanalytic art. *Psychoanalytic Review, 78, 526-545*.

McWilliams, N., Si Lependorf, S. (1990). Narcissistic pathology of everyday life: The denial of remorse and gratitude. *Journal of Contemporary Psychoanalysis*, 26, 430-451.

McWilliams, N., &. Stein, J. (1987). Women's groups led by women: The management of devaluing transferences. *International Journal of Group Psychotherapy, 37*, 139-153.

Mednick, S. A., Gabrielli, W., &. Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. *Science, 224*, 891-894.

Meissner, W. W. (1978). *The paranoid process*. New York: Jason Aronson.

Meissner, W. W. (1979). Narcissistic personalities and borderline conditions: A differential diagnosis. *Annual Review of Psychoanalysis, 7*, 171-202.

Meissner, W. W. (1984). *The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues*. New York: Jason Aronson.

Meissner, W. W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Meissner, W. W. (1991). *What is effective in psychoanalytic therapy: A move from interpretation to relation.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Meloy, J. R. (1988). *The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Menaker, E. (1942). The masochistic factor in the psychoanalytic situation: *Psychoanalytic Quarterly, 11,* 171-186.

Menaker, E. (1953). Masochism – A defense reaction of the ego. *Psychoanalytic Quarterly,* 22, 205-220.

Menaker, E. (1982). *Otto Rank: A rediscovered legacy.* New York: Columbia University Press.

Menninger, K. (1963). *The vital balance: The life process in mental health and illness* (M. Mayman &. P. Pruyser ile birlikte). New York: Viking.

Michaud, S., & Aynesworth, H. (1983). *The only living witness.* New York: New American Library.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67,* 371-378.

Miller, A. (1975). *Prisoners of childhood: The drama of the gifted child and the search for the true self.* New York: Basic Books.

Miller, J. B. (Ed.). (1973). *Psychoanalysis and women: Contributions to new theory and therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Miller, J. B. (1984). The development of women's sense of self. J. V. Jordan, A. G. Kaplan, J. B. Miller, I. P. Stiver, &. J. L. Surrey (Derleyenler), *Women's growth in connection: Writings for the Stone Center* (s. 11-26) içinde. New York: Guilford Press.

Mischler, E., & Waxier, N. (Derleyenler). (1968). *Family processes and schizophrenia.* New York: Jason Aronson.

Modell, A. H. (1975). A narcissistic defense against affects and the illusion of self-sufficiency. *International Journal of Psycho-Analysis, 56,* 275-282.

Modell, A. H. (1976). The "holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association,* 24,285-308.

Money, J. (1980). *Love and lovesickness: The science of sex, gender difference, and pair bonding.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Money, J. (1988). *Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation.* New York: Oxford University Press.

Morrison, A. P. (1983). Shame, the ideal self, and narcissism. *Contemporary Psychoanalysis, 19,* 295-318.

Morrison, A. P. (Derleyen). (1986). *Essential papers on narcissism.* New York: New York University Press.

Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Mowrer, O. H. (1950). *Learning theory and personality dynamics.* New York: Ronald.

Mueller, W. J., &. Aniskiewitz, A. S. (1986). *Psychotherapeutic intervention in hysterical disorders.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Mullahy, P. (1970). *Psychoanalysis and interpersonal psychiatry: The contributions of Harry Stack Sullivan.* New York: Science House.

Murray, H. A., & Harvard Psychological Clinic üyeleri. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.

Myerson, P. G. (1991). *Childhood dialogues and the lifting of repression: Character structure and psychoanalytic technique*. New Haven: Yale University Press.

Nagera, H. (1976). *Obsessional neuroses: Developmental pathology*. New York: Jason Aronson.

Nannarello, J. J. (1953). "Schizoid." *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 118,242.

Nemiah, J. C. (1973). *Foundations of psychopathology*. New York: Jason Aronson.

Niederland, W. (1959). Schreber: Father and son. *Psychoanalytic Quarterly, 28*, 151-169.

Noblin, C. D., Timmons, E. O., & Kael, H. C. (1966). Differential effects of positive and negative verbal reinforcement on psychoanalytic character types. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 224-228.

Noel, B. (1992). *You must be dreaming* (K. Watterson ile birlikte). New York: Poseidon Press.

Nunberg, H. (1955). *Principles of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.

Nydes, J. (1963). The paranoid-masochistic character. *Psychoanalytic Review, 50*, 215-251.

Ogden, T. H. (1982). *Projective identification: Psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson.

Ovesey, L. (1955). Pseudohomosexuality, the paranoid mechanism and paranoia. *Psychiatry, 18*, 163-173.

Panken, S. (1973). *The joy of suffering: Psychoanalytic theory and therapy of masochism*. New York: Jason Aronson.

Paolino, T. J. Jr. (1981). *Psychoanalytic psychotherapy: Theory, technique, therapeutic relationship and treatability*. New York: Brunner/Mazel.

Peralta, V, Cuesta, M. J., & de Leon, J. (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 336-339.

Piaget, J. (1937). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.

Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven: Yale University Press.

Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self: A synthesis for clinical work*. New York: Basic Books.

Pope, K. S. (1987). Preventing therapist-patient sexual intimacy: Therapy for a therapist at risk. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 624-628.

Pope, K. S., Tabachnick, B. G., &. Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist, 42*, 993-1006.

Prichard, J. C. (1835). *Treatise on insanity*. London: Sherwood Gilbert & Piper.

Prince, M. (1906). *The dissociation of a personality: A biographical study in abnormal personality*. New York: Longman, Green.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.

Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psycho-Analysis, 9*, 420-438.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. Harper & Row, 1973.

Rank, O. (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: Knopf.

Rasmussen, A. (1988). Chronically and severely battered women: A psychodiagnostic investigation. Yayınlanmamış doktora tezi. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts International, 50*, 2634B.

Rawn, M. L. (1991). The working alliance: Current concepts and controversies. *Psychoanalytic Review, 78*, 379-389.

Redl, R., & Wineman, D. (1951). *Children who hate*. New York: The Free Press.

Reich, A. (1960). Pathological forms of self-esteem regulation. *Psychoanalytic Study of the Child, 15*, 215-231.

Reich, W. (1933). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus, and Giroux, 1972.

Reik, T. (1941). *Masochism in modem man*. New York: Farrar, Straus.

Reik, T. (1948). *Listening with the third ear*. New York: Grove.

Ressler, R. K., & Schactman, T. (1992). *Whoever fights monsters: My twenty years of hunting serial killers for the FBI*. New York: St. Martin's.

Rhodes, J. (1980). *The Hitler movement: A modern millenarian revolution*. Stanford, CA: Hoover Institution Press.

Rice, J., Reich, T, Andreason, N. C., Endicott, J., Van Eerdewegh, M., Fishman, R., Hirschfeld, R, M., & Klerman, G. L. (1987). The familial transmission of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry, 44*, 441-447.

Richfield, J. (1954). An analysis of the concept of insight. *Psychoanalytic Quarterly, 23*, 390-408.

Richman, J., & White, H. (1970). A family view of hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry, 127*, 280-285.

Rinsley, D. B. (1982). *Borderline and other self disorders: A developmental and object-relations perspective*. New York: Jason Aronson.

Robbins, A., katkı sağlayanlarla birlikte. (1980). *Expressive therapy*. New York: Human Sciences Press.

Robbins, A. (1988). The interface of the real and transference relationships in the treatment of schizoid phenomena. *Psychoanalytic Review, 75*, 393-417.

Robbins, A. (1989). The psychoaesthetic experience: An approach to *depth-oriented treatment*. New York: Human Sciences Press.

Robbins, A. (1991, Nisan). Yayınlanmamış yorumlar. Symposium at the Spring Meeting of the Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, Chicago.

Rockland, L. H. (1992). *Supportive therapy: A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Roland, A. (1981). Induced emotional reactions and attitudes in the psychoanalyst as transference and in actuality. *Psychoanalytic Review, 68*, 45-74.

Roland, A. (1988). *In search of self in India and Japan: Toward a cross-cultural psychology*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosanoff, A. J. (1938). *Manual of psychiatry and mental hygiene.* New York: Wiley.
Rosenfeld, H. (1947). Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *International Journal of Psycho-Analysis, 28,* 130-139.
Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179,* 250-258.
Rosenwald, G. C. (1972). Effectiveness of defenses against anal impulse arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39,* 292-298.
Ross.C. A. (1989a), Effects of hypnosis on the features of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 99-106.
Ross, C. A. (1989b). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment.* New York: Wiley.
Ross, D. R. (1992). Discussion: An agnostic viewpoint on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry, 12,* 124-138.
Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Diseases,* 17, 669-683.
Rowe, C. E., & Maclsaac, D. S. (1989). *Empathic attunement: The "technique" of psychoanalytic self psychology.* Northvale, NJ: Jason Aronson.
Salzman, L. (1960a). Masochism and psychopathy as adaptive behavior. *Journal of Individual Psychology, 16,* 182-188.
Salzman, L. (1960b). Paranoid state: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry,* 2, 679-693.
Salzman, L. (1962). Developments in psychoanalysis. New York: Grune & Stratton.
Salzman, L. (1980). *Treatment of the obsessive personality.* New York: Jason Aronson.
Sampson, H. (1983, Mayıs). Pathogenic *beliefs and unconscious guilt in the therapeutic process:* Clinical observation and research evidence. Makale sunumu: Symposium on Narcissism, Masochism, and the Sense of Guilt in Relation to the Therapeutic Process. Letterman General Hospital, San Francisco.
Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis, 3,* 43-47.
Sandler, J. (1987). *Projection, identification, and projectile identification.* Madison, CT: International Universities Press.
Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modem art, literature, and thought.* New York: Basic Books.
Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization.* New York: International Universities Press.
Schafer, R. (1983). *The analytic attitude.* New York: Basic Books.
Schafer, R. (1984). The pursuit of failure and the idealization of unhappiness. *American Psychologist, 39,* 398-405.
Scharff, J. S. (1992). *Projective and introjective identification and the use of the therapist's self.* New York: Jason Aronson.
Schneider, K. (1950). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. J. Masterson (Derleyen), *New perspectives on psychotherapy of the borderline adult* (s. 41-65) *içinde.* New York: Brunner/Mazel.
Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology* (5. basım; M. W. Hamilton, Çeviren). New York: Grune & Stratton.
Schrieber, F. R. (1973). *Sybil.* Chicago: Regency.
Schulsinger, F. (1977). Psychopathy: Heredity and environment. S. A. Mednick & K. O.

Christiansen (Derleyenler), *Biosocial bases of criminal behavior* (s. 109-126) içinde. New York: Gardner.

Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy – An element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 32*, 1-18.

Searles, H. F. (1961). The sources of anxiety in paranoid schizophrenia. *Collected papers on schizophrenia and related subjects* (s. 465-486) içinde. New York: International Universities Press, 1965.

Searles, H. F. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects.* New York: International Universities Press.

Searles, H. F. (1986). *My work with borderline patients.* New York: Jason Aronson.

Sechehaye, M. A. (1951a). *Autobiography of a schizophrenic girl.* New York: Grune & Stratton.

Sechehaye, M. A. (1951b). *Symbolic realization: A new method of psychotherapy applied to a case of schizophrenia.* New York: International Universities Press.

Segal, H. (1950). Some aspects of the analysis of a schizophrenic. *International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 268-278.

Segal, H. (1964). *Introduction to the work of Melanie Klein.* New York: Basic Books.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles.* New York: Basic Books.

Shapiro, D. (1989). *Psychotherapy of neurotic character.* New York: Basic Books.

Shengold, L. (1987). *Halo in the sky: Observations on anality and defense.* New York: Guilford Press.

Shinefield, W. (1989). Crisis management of patients with borderline personality disorder: A competency based training module. Yayınlanmamış doktora tezi. Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University. *Dissertation Abstracts international, 50*, 4787B.

Sifneos, P. (1992). *Short-term anxiety-provoking psychotherapy.* New York: Basic Books.

Silverman, D. K. (1986). Some proposed modifications of psychoanalytic theories of early childhood development. J. Masling (Derleyen), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Cilt 2, s. 49-72) içinde. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Silverman, K. (1986). *Benjamin Franklin: Autobiography and other wirings.* New York: Penguin.

Silverman, L. H. (1984). Beyond insight: An additional necessary step in redressing intrapsychic conflict. *Psychoanalytic Psychology, 1*, 215-234.

Silverman, L. H., Lachmann, F. M., & Milich, R. (1982). *The search for* oneness. New York: International Universities Press.

Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965a). Thought disorder and family relations of schizophrenics: III. Methodology using projective techniques. *Archives of General Psychiatry, 12*, 187-200.

Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1965b). Thought disorder and family relations of schizophrenics: IV. Results and implications. *Archives of General Psychiatry, 12*, 201-212.

Sizemore, C. C. (1989). *A mind of my own.* New York: Morrow.

Sizemore, C. C., & Pittillo, E: S. (1977). *I'm Eve.* Garden City, NY: Doubleday.

Slater, P. E. (1970). *The pursuit of loneliness: American culture at the breaking point.* Boston: Beacon.

Slavin, M. O., & Kriegman, D. (1990). Evolutionary biological perspectives on the classical-relational dialectic. *Psychoanalytic Psychology, 7,* 5-32.

Slavney, P. R. (1990). *Perspectives on "hysteria."* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, S. (1984). The sexually abused patient and the abusing therapist: A study in sadomasochistic relationships. *Psychoanalytic Psychology, 1,* 89-98.

Sorel, E. (1991, Eylül). First encounters: Joan Crawford and Bette Davis. *The Atlantic,* p. 75.

Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis.* New York: Norton.

Spence, D. P. (1987). *The Freudian metaphor: Toward paradigm change in psychoanalysis.* New York: Norton.

Spezzano, C. (1993). *Affect in psychoanalysis: A clinical synthesis.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 101-110.

Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). Trance and treatment: Clinical uses *of* hypnosis. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitz, R. A. (1953). Aggression: Its role in the establishment of object relations. R. M. Loewenstein (Derleyen), *Drives, affects, behavior* (s. 126-138) içinde. New York: International Universities Press.

Spitz, R. A. (1965). *The first year of life.* New York: International Universities Press.

Spotnitz, H. (1969). *Modem psychoanalysis of the schizophrenic patient.* New York: Grune &. Stratton.

Spotnitz, H. (1976). *Psychotherapy of preoedipal conditions.* New York: Jason Aronson.

Spoto, D. (1993). *Marilyn Monroe: The biography.* New York: Harper Collins.

Stanton, A. H., &. Schwartz, M. S. (1954).*The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment.* New York: Basic Books.

Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. A. Tasman & S. M. Goldfinger (Derleyenler), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Cilt 10, s. 223-247) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steinberg, M. (1993). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D).* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis, 15,* 117-126.

Sterba, R. F. (1982). *Reminiscences of a Viennese psychoanalyst.* Detroit: Wayne State University Press.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology.* New York: Basic Books.

Stern, F. (1961). *The politics of cultural despair.* Berkeley, CA: University of California Press.

Stewart, J. B. (1991). *Den of thieves: The untold story of the men who plundered Wall Street and the chase that brought them down.* New York: Simon & Schuster.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender.* New York: Jason Aronson.

Stoller, R. J. (1975). *Perversion.* New York: Pantheon.

Stoller, R. J. (1980). *Sexual excitement*. New York: Simon & Schuster.
Stoller, R. J. (1985). Observing the erotic imagination. New Haven: Yale University Press.
Stolorow, R. D. (1975). The narcissistic function of masochism (and sadism). *International Journal of Psycho-Analysis, 56*, 441-448.
Stolorow, R. D. (1976). Psychoanalytic reflections on client-centered therapy in the light of modern conceptions of narcissism. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 13*, 26-29.
Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1979). *Faces in a cloud: Subjectivity in personality theory*. New York: Jason Aronson.
Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
Stolorow, R. D., & Lachmann, F. M. (1978). The developmental prestages of defenses: Diagnostic and therapeutic implications. *Psychoanalytic Quarterly, 45*,73-102.
Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psycho-analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 2*, 567-594.
Stone, L. (1979). Remarks on certain unique conditions of human aggression (the hand, speech, and the use of fire). *Journal of the American Psychoanalytic Association, 27*, 27-33.
Stone, M. H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, genetic aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy, 31*, 345-365.
Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation*. New York: McGraw-Hill.
Stone, M. H. (Derleyen). (1986). *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 15*, 127-159.
Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist, 44*, 717-724.
Styron, W. (1990). *Darkness visible: A memoir of madness*. New York: Random House.
Suffridge, D. R. (1991). Survivors of child maltreatment: Diagnostic formulation and therapeutic process. *Psychotherapy, 28*, 67-75.
Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton.
Sullivan, H. S. (1973). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
Sulloway, F. J. (1979). *Freud, biologist of the mind: Beyond the psychoanalytic legend*. New York: Basic Books.
Surrey, J. (1985). The "self-in-relation": A theory of women's development. J. V. Jordan, J. B. Miller, A. G. Kaplan, I. P. Stiver, & J. L. Surrey (Derleyenler), *Women's growth in connection: Writings for the Stone Center* (s. 51-66) içinde. New York: Guilford Press.
Symington, N. (1986). *The analytic experience*. New York: St. Martin's.
Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding courttertransference: From projectile identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Thigpen, C. H., & Cleckley, H. (1957). *The three faces of Eve.* New York: McGraw-Hill.
Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). Temperament and behavior disorders in children. New York: New York University Press.
Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. (1970). The origins of personality. Scientific American, *223*, 102-104.
Thompson, C. M. (1959). The interpersonal approach to the clinical problems of masochism. M. Green (Derleyen), *Clara M. Thompson: Interpersonal psychoanalysis* (s. 183-187) içinde. New York: Basic Books.
Thompson, C. M. (1964). Psychology of women (Part IV) and Problems of womanhood (Part V). In M. Green (Ed.), Clara M. Thompson: Interpersonal psychoanalysis (pp. 201-343). New York: Basic Books.
Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Cilt 1. The positive affects.* New York: Springer.
Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: Cilt 2. The negative affects.* New York: Springer.
Tomkins, S. S. (1964). The psychology of commitment, part 1: The constructive role of violence and suffering lor the individual and for his society. S. S. Tomkins & C. Izard (Derleyenler), *Affect, cognition, and personality: Empirical studies* (s. 148-171) içinde. New York: Springer.
Tomkins, S. S. (1991). *Affect, imagery, consciousness: Cilt 3. The negative affects: Anger and fear.* New York: Springer.
Tomkins, S. S. (1992). *Affect, imagery, consciousness: Cilt 4. Cognition: Duplication and transformation of information.* New York: Springer.
Tribich, D., & Messer, S. (1974). Psychoanalytic type and status of authority as determiners of suggestibility. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 42*, 842-848.
Tudor, T. G. (1989). Field trips in the treatment of multiple personality disorder. *The Psychotherapy Patient, 6*, 197-213.
Tyson, P., &. Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration.* New Haven: Yale University Press.
Vaillant, G. (1975). Sociopathy as a human process. *Archives of General Psychiatry, 32*, 178-183.
Vandenberg, S. G., Singer, S. M., & Pauls, D. L. (1986). Hereditary factors in antisocial personality disorder. *The heredity of behavior disorders in adults and children* (s. 173-184) içinde. New York: Plenum.
Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease.* Chicago: University of Chicago Press.
Veith, I. (1977). Four thousand years of hysteria. M. Horowitz (Derleyen), *Hysterical personality* (s. 7-93) içinde. New York: Jason Aronson.
Viscott, D. S. (1972). *The making of a psychiatrist.* Greenwich, CT: Fawcett.
Wackier, R. (1960). *Basic theory of psychoanalysis.* New York: International Universities Press.
Wallerstein, J. S., & Blakeslee, S. (1989). *Second chances: Men, women, and children a decade after divorce.* New York: Ticknor & Fields.
Warner, R. (1978). The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders: An example of sex bias. *Journal of Nervous and Mental Disease, 166*, 839-845.
Weiss, J. (1992). Interpretation and its consequences. *Psychoanalytic Inquiry, 12*, 296-313.

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique.* New York: Guilford Press.

Weiss, J., & Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research.* New York: Guilford Press.

Weissberg, M. (1992). *The first sin of Ross Michael Carlson: A psychiatrist's account of murder, multiple personality disorder, and modern justice.* New York: Dell.

Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, E, Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 43,* 923-929.

Westen, D. (1990). Psychoanalytic approaches to personality. L. Pervin (Derleyen), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 21-65) içinde. New York: Guilford Press.

Westen, D. (1993). Commentary. The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. Z. V. Segal & S. J. Blatt (Derleyenler), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (s. 326-360) içinde. New York: Guilford Press.

Wheelis, A. (1956). The vocational hazards of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 37,* 171-184.

Wheelis, A. (1966). *The illusionless man: Some fantasies and meditations on disillusionment.* New York: Norton, 1966.

Will, O. A. (1961). Paranoid development and the concept of the self: Psychotherapeutic intervention. *Psychiatry, 24* (Ek), 74-86.

Wills, G. (1970). *Nixon agonistes: The crisis of the self-made man.* Boston: Houghton Mifflin.

Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. *Through paediatrics to psycho-analysis* (s. 145-156) içinde. New York: Basic Books.

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *Collected papers* (s. 194-203) içinde. New York: Basic Books, 1958.

Winnicott, D. W. (1960a). Ego distortion in terms of the true and false self. *The maturational processes and the facilitating environment* (s.. 140-152) içinde. New York: International Universities Press, 1965.

Winnicott, D. W. (1960b). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis, 41,* 585-595.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment.* New York: International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. *Playing and reality* (s. 111-118) içinde. New York: Basic Books.

Wolf, E. S. (1988). *Treating the self: Elements of clinical self psychology.* New York: Guilford Press.

Wolf, E. K., & Alpert, J. L. (1991). Psychoanalysis and child sexual abuse: A review of the post-Freudian literature. *Psychoanalytic Psychology, 8,* 305-327.

Wolfenstein, M. (1951). The emergence of fun morality. *Journal of Social Issues, 7,* 15-24.

Wolman, B. B. (1986). *The sociopathic personality.* New York: Brunner/Mazel.

Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy.* New York: International Universities Press.

Yarok, S. R. (1993). Understanding chronic bulimia: A four psychologies approach. *American Journal of Psychoanalysis, 53*, 3-17.

Young-Bruehl, E. (1990). *Freud on women: A reader*. New York: Norton.

Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. *International Journal of Psycho-Analysis, 49*, 256-260.

Konu Dizini

12-adım programı 126, 308, 393
A Tipi kişilik 340
abreaksiyon 369, 409
acı çekme 2, 158, 159, 173, 174, 297, 314, 315, 321, 323, 325, 326, 328, 332, 334, 335, 336, 397
ahlâki delilik 2, 54
ahlâki mazoşizm 153, 314, 315, 337, 338
ahlâksallaştırma 150, 152, 153, 154, 174, 233, 318, 320, 332, 337, 344, 349
aile
aile romansı kavramı 38
aile sistemleri terapisi 84, 98
akılcılaştırma 20, 33, 34, 74, 112, 122, 126, 143, 150, 151, 152, 154, 174, 344
  akılcılaştırmaları içselleştirme 323
  ekşi üzüm akılcılaştırması 152
  tatlı limon akılcılaştırması 152
aktarım 21, 58, 66, 67, 79, 86, 89, 92, 93, 103, 105, 159, 168, 179, 182, 189, 194, 203, 218, 224, 239, 244, 246, 263, 264, 270, 271, 274, 295, 309, 311, 330, 335, 364, 379, 381, 384, 385, 389, 407, 418

alan yolculukları 412
alkol kullanımı 304, 402, 422
alter kişilik 202, 274, 336, 337, 391, 406
altruism 163, 290
amnezi 189, 337, 365, 369, 397, 400, 402, 406, 414
  travmanın amneziye uğraması 370
anaklitik (bağımlı kişi) 282
anaklitik özdeşim 164
anal dönem 28, 30, 31, 52, 114, 342, 349
anal içe-alıcı 30
anal dışa-atıcı 28, 30
analist 15, 29, 35, 41, 62, 67, 79, 88, 128, 161, 165, 208, 235, 329, 351, 368, 373
analiz edilebilir 87, 244, 408
anhedoni 278
ani öfkelenme 134
antipsikotik ilaç 56, 70, 345
antisosyal 54, 128, 189, 191, 201
  antisosyal eğilim 186, 197, 226
  antisosyal kişilik 2, 185, 186, 187, 190, 191, 193, 194, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 209, 214, 273, 386, 417, 418
  antisosyal kişilik bozukluğu 195, 196
arındırma programı 13
ayrılma-bireyleşme süreci 30, 78, 79, 130, 147, 285

bağdaşan karşı-aktarım 293, 357
bağımlı kişilik bozukluğu 149
bağımlılığa-karşı-direngenlik 20, 169
bahçıvan histerisi 388
bakıcı 192
BASK modeli 401, 418
bastırılmış anı 60, 370
bastırma 33, 119, 122, 143, 144, 145, 146, 173, 174, 233, 369, 371, 389, 391, 398
  bastırma savunması 122
  güdülenmiş unutma 144
Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk (DDNOS) 401
baştan çıkarma teorisi 396
bebeksi tümgüçlülük 128
bedenleştirme 121, 148
bellek kaybı 141
benmerkezcilik 127
bilişsel savunma 344
bipolar bozukluk 3, 13, 127, 277, 410, 415, 418
  bipolar psikoz 418
bireysel terapi 13, 297
birincil bağımlılık meseleleri 64
birincil benmerkezcilik 127

birincil güdülenim 170
birincil kazanç 371
birincil narsisizm 127, 206
birincil süreç düşünce 33, 127, 347
bölmeleme 154, 155, 174, 233, 344
bulimia 350, 397
büyüklenmeci kendilik 211, 217, 226
büyüklenmecilik 127, 193, 211, 249, 309

cinsel 21, 24, 27, 28, 29, 37, 39, 47, 71, 95, 111, 126, 146, 154, 159, 168, 169, 170, 171, 172, 182, 187, 188, 233, 234, 238, 251, 261, 262, 265, 314, 316, 325, 345, 349, 353, 359, 365, 368, 369, 370, 371, 374, 375, 376, 377, 382, 383, 388, 389, 392, 395, 396, 398, 402, 403, 422
cinselleştirme 171, 172, 174, 304, 345, 369, 371, 389
cinsellik 35, 47, 151, 170, 187, 354
cinsel gelişim 154
cinsel doyum 154, 375
cinsel imge 111
cinsellik-karşıtı 35
cinsel taciz 126, 395, 402, 403
cinsel yönelim 24, 71, 95, 262, 389
kompülsif cinsellik 47
psiko-cinsel (devre/dönem) 28, 29, 39
cinsiyet farklılıkları 380
coitus-interruptus teorisi 146

çalışma ittifakı 59, 69, 78, 85, 102, 108, 136, 240, 264, 266, 306, 334, 384
çoklu kişilik bozukluğu (ÇKB) 410, 411, 416
çocuk suistimali 140, 402
çocuksu kişilik 149, 184, 366
çocuksu tümgüçlülük 134

değersizleştirme 70, 75, 121, 131, 141, 193, 196, 211, 228, 232, 304, 311, 357, 380
ilkel değersizleştirme 75, 131
dementia praecox 54
deneyimleyen ego 34, 72, 106
depresif
depresif dinamik 277, 283, 285, 286, 287, 288, 290, 293
depresif kişilik 28, 158, 226, 278, 281, 290, 301, 312
depresif-mazoşistik 181
depresyon 3, 77, 126, 149, 174, 200, 217, 226, 235, 278, 279, 281, 282, 284, 288, 289, 290, 291, 298, 302, 312, 401
klinik depresyon 297, 300, 311, 336
dışavurumcu psikoterapi 100
diğerkâmlık 163
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 14, 24
Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (DDNOS) 401
dissosiyasyon 71, 139, 140, 141, 144, 150, 189, 203, 336, 369, 388, 389, 391, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 403, 409, 414, 415, 416, 417, 418, 419
dissosiyatif durum 140, 189, 202, 392, 397, 399, 410, 418, 419
dissosiyatif kimlik bozukluğu tanısı 417
dissosiyatif kişilik 183, 389, 391, 392, 396, 414
dissosiyatif kişilik 398, 399
DSM-IV Dissosiyatif Bozukluk 414
dört-faktör teorisi 403
DSM Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı 14
duygudurum bozuklukları 311
duygulanım 13, 17-19, 28, 41, 57, 67, 90, 103, 105, 106, 110, 111, 121, 127, 133, 136, 137, 144, 145, 146, 149, 151, 154, 155, 157, 158, 160, 161, 164, 186, 187, 179, 191, 203, 209, 223, 228, 231, 233, 245, 252-254, 257, 267, 271, 274, 278, 283, 284, 295, 301, 303, 304, 311, 317, 326, 337, 343, 344, 345, 354, 357, 358, 360, 361, 363, 364, 367, 370, 372, 378, 387, 398, 401, 406, 407, 410, 411, 422
depresif duygulanım 307
histerik duygulanım oynaklığı 367

ilkel duygulanım 67
nesne-yönelimli duygulanım 387
olumsuz duygulanım 17, 103, 157, 158, 160, 161, 280, 283, 303, 308
sahte-duygulanım 381
yüzeysel duygulanım 378
duygusal dürüstlük 90
dürtü 25, 26, 28, 29, 30, 37, 43, 46, 48, 51, 52, 53, 64, 84, 85, 120, 144, 158, 170, 172, 179, 180, 182, 206, 222, 230, 231, 280, 311, 313, 325, 398
dürtü modeli 29, 144
dürtü teorisi 25, 26, 28, 29, 43, 48, 51, 120, 172, 222, 280, 325, 398
Dürtü-temelli saplanma modeli 29
düşünselleştirme 115, 143, 150, 151, 174, 232, 341, 344, 360

edilginin-etkene dönüşümü 162
ego 25, 26, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 48, 52, 53, 55, 61, 68, 72, 78, 85, 101, 104, 109, 115, 116, 120, 121, 136, 138, 143, 151, 160, 173, 179, 206, 213, 216, 217, 220, 221, 222, 232, 244, 250, 254, 284, 298, 309, 311, 324, 332, 336, 337, 393, 416
ego bölünmesi 121, 138
ego gelişimi 52, 53, 115, 173
ego gücü 34, 44, 115, 116, 151, 160, 244, 250, 254, 309, 393
ego psikolojisi 25, 29, 34, 36, 43, 44, 46, 48, 53, 61, 72, 104, 221, 222
egoya-yabancı olgular 34, 54, 58, 71, 136, 157, 218, 255, 266, 293, 327, 361, 381
gözlemleyen ego 33, 34, 57, 69, 72, 101, 104, 106, 155, 306, 330
eldiven felci 370, 371
eleştiri 2, 47, 120, 238, 257, 290, 292, 294, 305, 311, 357, 374
eleştirme 212
empati 17, 23, 73, 85, 98, 140, 165, 194, 214, 221, 222, 232, 241, 279, 296, 303, 411
empatik aynalanma 227
empati eksikliği 17
empatik iletişim 18
Empatik ilişkililik hâli 226
empatinin sürdürülmesi 136
Laing'in empatik bakış açısı 240
ensest 374, 388, 396, 408
erotik
erotikleştirme 121, 170, 171
sahte-erotik aktarım 271
erotomani 256
esneme 266
eşcinsellik 2, 254, 256, 261, 262,
etkililik 30, 128, 257
evre teorisi 29, 30
evrimsel biyoloji modeli 46
eyleme-koyma 35, 112, 121, 134, 167, 168, 169, 170, 174, 187, 190, 203, 240, 260, 270, 298, 304, 311, 318, 319, 328, 337, 345, 372, 376, 380, 381, 382, 383, 389

fallik dönem 28
fallik karakter 28
fallik narsisistik karakter 208
farmakolojik tedavi 311, 407
fausse reconnaisance 373
fetiş 37, 159
fobi 14, 159
füg [kaçış] durumları 374, 401

gelişimsel düzeyler 116, 344
gelişimsel devre teori 52
gerçeklik 28, 33, 36, 55, 66, 67, 71, 72, 76, 77, 92, 97, 98, 99, 106, 115, 122, 123, 127, 171, 179, 186, 189, 198, 213, 232, 241, 250, 255, 259, 261, 272, 304, 313, 352, 422
gerçeklik ilkesi 28, 33, 122, 304, 313
gerçeklik sınaması 55, 66, 72, 76, 106, 115, 179, 186, 250, 255, 422
geri-çekilme 70, 122, 123, 124, 126, 141, 229, 232, 233, 234, 235, 238, 240, 241, 246, 363, 415
gerileme hipotezi 234
fantaziye geri-çekilme 229, 246

Otistik geri-çekilme 124, 233
patolojik geri-çekilme 240
gözlemleyen ego 33, 34, 57, 69, 72, 101, 104, 106, 155, 306, 330
güzel aldırmazlık [la belle indifference] 373, 401

habis büyüklenmecilik 188
halüsinasyon 33, 54, 62, 66, 67, 70, 72, 245, 393, 394, 407
dissosiyatif temelli halüsinasyon 415
travma sonrası halüsinasyon 413
haset 36, 110, 111, 141, 171, 182, 193, 194, 195, 203, 210, 216, 221, 228, 253, 255, 274, 368
hasta rolü 96, 148, 149, 292, 299, 328
haz ilkesi 27, 33, 313
hezeyanlı 67, 70, 72, 113, 256, 257, 279, 289, 394
hezeyanlı kıskançlık 256
hezeyanlı nefret 257
hezeyanlı depresif 289
hınç 105, 110, 111, 131, 187, 203, 268, 274, 343
hipnoz 202, 336, 365, 369, 411, 412
hipokondri 184
hipomanik 126, 277
hipomanik kişilik 127, 302, 303, 308, 312
histeri 66, 145, 227, 311, 365, 366, 367, 370, 372, 373, 385, 386, 388, 389
histerik kişilik 18, 145, 184, 225, 228, 237, 366, 367, 369, 372, 374, 375, 377, 379, 383, 385, 386, 389, 417
histerik psikoz 366
sahte-histerik çocuksu 366
histrionik 3, 63, 149, 366, 367, 372, 373, 374, 375, 379, 380, 381, 383, 384, 386, 387, 417
histrionik kişilik 149, 375
Histrionik Kişilik Bozukluğu 366, 372

içe-atma 71, 121, 132, 133, 134, 135, 141, 164, 232, 282, 283, 291, 318
içe-atılmış nesne 40, 43, 135, 292, 293, 294, 299, 302, 310
içe-yöneltilmiş-saldırganlık modeli 281
içgüdüselleştirme 171
id 32, 33, 34, 36, 39, 45, 55, 72, 121, 371
idealizasyon 74, 122, 130, 131, 210, 228, 232, 284, 311, 318, 368
iğdiş edilme kompleksi 369
ikincil kazanç 149, 371, 397, 418
ikincil süreç düşünce 33, 121
ilkel idealizasyon 70, 121, 131, 132, 141
ilkel savunma 34, 66, 74, 75, 76, 95, 104, 107, 116, 121, 123, 127, 132, 139, 141, 145, 185, 189, 221, 309
İlkel yansıtma 165
imgelem 241, 242
incinebilirlik 263
İngiliz Okulu 37
inkâr 33, 34, 66, 67, 70, 74, 76, 96, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 131, 141, 143, 145, 146, 147, 158, 160, 173, 195, 197, 217, 233, 246, 253, 254, 256, 258, 259, 263, 265, 277, 281, 284, 286, 287, 302, 304, 305, 306, 308, 310, 311, 314, 321, 329, 332, 335, 337, 343, 403
inversiyon [çevirme] 2
istikrarlı istikrarsızlık 40
itkisel kişilik 169
itkisellik 134, 169, 184

kadınlık 291
kadınlık kimliği 377
kaos teorisi 46
karakter
karakter nevrozu 56, 61, 80, 81
karakter örgütlenmesi 25, 66, 77, 78, 80, 87, 109, 137, 153, 173, 228, 291, 302, 415
karakter tanısı 9, 25, 36, 119, 183
karakter zırhı 34
karşı savunmalar 221
karşı-aktarım 41, 42, 43, 79, 111, 112, 180
Karşı-aktarımda Nefret 41
karşıt-tepki oluşturma 160, 161

kaygı
kaygı atağı 3
kaygı nevrozu 3
kendi aleyhine işleyen kişilik 316, 318, 320, 324, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 334, 337
kendilik
kendilik deneyimi 193, 217
sahte kendilik 214
kendine-karşı-döndürme 157, 158, 283, 284
kimlik 64, 66, 67, 69, 71, 75, 76, 77, 80, 85, 104, 107, 114, 115, 145, 166, 182, 186, 201, 206, 208, 213, 216, 225, 250, 261, 274, 291, 309, 343, 392, 397, 414, 418
cinsel kimlik 261, 377, 392
fantazi kimlik 398
kimlik algısı 85
kimlik bozukluğu 392, 397, 417
kimlik bütünleşmesi 66, 75, 76, 77, 114, 115, 186, 250, 309
kimlik bütünlüğü 201
kimlik karmaşası 76, 166, 216, 261
kimlik sabitliği 145
mesleki kimlik 26
kişilerarası psikanalistler 38
kişilik 14, 16, 29, 61, 63, 66, 70, 74, 113, 149, 174, 201, 202, 225, 226, 227, 245, 250, 264, 273, 274, 300, 302, 309, 310, 316, 335, 336, 340, 362, 363, 366, 372, 387, 388, 409, 416
kişilik gelişimi teorisi 27
kişilik örgütlenmesi 18, 19, 32, 47, 51, 53, 55, 62, 63, 65, 74, 100, 130, 149, 156, 174, 181, 184, 186, 196, 209, 210, 217, 225, 232, 246, 249, 255, 258, 274, 275, 310, 316, 324, 337, 346, 362, 367, 385
Kişilik yapısı 113
klasik psikanaliz 83, 84, 116
klinik
klinik depresyon 297, 300, 311, 336
klinik gözlem 63, 146, 191, 209, 229, 273,
kompülsif kişilik 247, 346
kontrol etme 255, 335, 347, 349, 358
kontrol-hâkimiyet 25, 46
kontrol-hâkimiyet teorisi 49, 162, 239, 296, 318, 334
konversiyon 119, 148, 365, 397, 416
kriz-müdahale modeli 18, 19
Kronikler Grubu 23
Kurt Adam 54, 55, 159
küçük düşürülme 257, 273

libido 170, 280

manik
manik kişilik 47, 303, 304, 305, 308, 311
manik-depresif psikoz 54
manipülasyon 170, 188, 375
manipülatif danışan 18
mazoşistik 2, 3, 169, 171, 181, 183, 190, 250, 300, 302, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338
depresif-mazoşistik 181, 302, 316, 335
mazoşistik anneler 190
mazoşistik erotik örüntü 325
mazoşistik eyleme-koyma 319
mazoşistik kişilik 300, 302, 314, 316, 318, 321, 324, 325, 336, 337
mazoşizm 3, 153, 158, 169, 235, 302, 314, 315, 316, 317, 327, 336, 337, 338
narsisistik-mazoşistik karakter 338
paranoidmazoşistik 328
megalomani 256, 261
melankoli 46
metapsikoloji 313, 338
mizaç 26, 179, 180, 191, 210, 230, 311, 389
modern psikanaliz 46
multiple personality disorder 410, 416
mükemmeliyetçilik 364

narsisistik
narsisistik kişilik 14, 63, 130, 205, 208, 209, 210, 213, 215, 217, 220, 225, 227, 228, 236, 282, 300, 362
narsisistik-mazoşistik karakter 338
narsisistik savunma 217, 225, 227, 387
narsisistik tepkiler 228
Nazizm 262
nesne ilişkileri 25, 31, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 48, 53, 63, 64, 72, 80, 115, 116, 120, 135, 179, 187, 203, 206, 221, 234, 250, 284, 310, 311, 320, 349, 350, 358, 364, 389, 396, 418
nesne ilişkileri teorisi 25, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 48, 53, 72, 221, 396
nesne sabitliği 31, 122, 138, 393
nevrotik 22, 32, 51, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 73, 79, 80, 85, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 108, 115, 116, 146, 154, 186, 224, 254, 255, 257, 297, 305, 310, 316, 333, 345, 353, 354, 366, 408, 409, 415, 416, 417
nevrotik kişilik 60
nevrotik paradoks 146
sahte nevrotik şizofreni 62
nevroz 15, 56, 57, 61, 62, 63, 66, 103, 146
nüfuz edici-ebeveyn teorisi 235

obsesif 13, 14, 15, 53, 55, 61, 63, 115, 150, 153, 154, 157, 161, 174, 181, 182, 183, 225, 226, 227, 228, 244, 245, 246, 247, 273, 274, 275, 281, 319, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 360, 361, 362, 363, 364, 366, 367, 385
obsesif ve kompülsif kişilik 61, 153, 161, 227, 244, 245, 246, 339, 340, 341, 342, 343, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 358, 361, 362, 364
olgunlaşma meseleleri 113, 391
oral dönem 28, 30, 31, 52, 114, 349
ortakyaşamsal ilişkililik 31
otistik
otistik fantazi 124
otistik dönem 31
otoriter kişilik 138

öbür [alter] kişilik 202, 274, 336, 337, 391, 406
öfke 105, 106, 111, 112, 155, 194, 227, 252, 253, 268, 271, 273, 280, 281, 283, 287, 292, 298, 301, 303, 325, 331, 332, 337, 343, 344, 354, 356, 360, 362, 373, 385, 398, 406
ödipal
ödipal dönem 30, 31, 35, 39, 52, 114, 349, 368
ödipal düzey 368
ölüm içgüdüsü 313
örnek oluşturma 164
özdeşim 30, 60, 64, 66, 74, 105, 112, 121, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 143, 164, 165, 166, 167, 174, 191, 197, 201, 203, 236, 255, 273, 291, 351, 411
özerklik 30, 31, 64, 69, 79, 80, 114, 354, 356

panik 19, 110, 271, 333,
panik atak 77
panik bozukluğu 3
paradigmatik psikanaliz 98
paralel süreç 42
paranoid
paranoid bakış 263
paranoid kişilik 137, 249, 253, 258, 262, 272, 274
paranoidmazoşistik 328
paranoid örgütlenme 201
paranoid psikoz 257
paranoid-şizoid 181, 234
paranoid şizofren 254
paranoya 249, 251, 257, 261, 275

patoloji 51, 53, 55, 56, 63, 100, 123, 193, 208, 221, 242, 244, 249, 252, 261, 274, 277, 341, 361, 386, 387, 409, 418
pedofiller 359
penis haseti 369
persona 207
personoloji 25, 46
pseudologia fantastica 373
psikanalitik
psikanalitik gelişimsel teori sentezi 52
psikanalitik teoriler 24, 47, 180
psikanalitik terimler 2
psikanalitik terapi 21, 23, 60, 85, 86, 100, 132, 146, 360, 361
Psikanalitik Durumda Mazoşistik Etken 329
psikanaliz 2, 14, 16, 39, 46, 48, 52, 60, 72, 84, 87, 98, 116, 147, 151, 167, 237, 238, 342
psiko-cinsel devre 28
psikodinamik yönelimli terapist 29, 396
psikopati 2, 184, 186, 188, 190, 192, 202, 203, 214, 235, 385
psikopatik kişilik 189, 203, 418
psikotik kişilik 65, 71
psikopatoloji 27, 32, 39, 53, 56, 76, 126, 206, 306, 335, 363
psikotik 14, 32, 37, 40, 51, 54, 55, 56, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 85, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 106, 113, 114, 115, 116, 120, 122, 123, 135, 137, 154, 174, 185, 193, 196, 199, 229, 230, 239, 240, 242, 245, 249, 250, 254, 255, 256, 257, 258, 261, 272, 277, 289, 292, 293, 296, 304, 305, 311, 315, 316, 319, 322, 328, 332, 341, 345, 366, 372, 380, 386, 394, 407, 409, 413, 415
psikoz 56, 61, 62, 63, 66, 70, 72, 74, 81, 89, 91, 100, 235, 257, 407, 415
paranoid psikoz 257
manik-depresif psikoz 54
Histerik psikoz 366
bipolar psikoz 418
psişik küntleşme 149

rasyonel-emotif terapi 400

sadizm 134, 169, 184, 280, 327, 337
sadomazoşistik 324, 330
sahte kendilik 214
saldırganlık 186, 252, 274, 280, 282, 320, 325, 334, 343
saplanma 25, 29, 31, 51, 206, 234, 341, 368, 422
anal gelişim dönemine saplanma 341
dürtü-temelli saplanma modeli 26
içgüdüsel saplanma 29
saplanma-gerileme hipotezi 234
sapma 2, 392
savunma
savunma mekanizmaları 119, 120, 146, 164, 397
savunma süreçleri 33, 34, 104, 122, 143, 144, 145, 147, 163, 164, 170, 172
semptom nevrozu 56, 57, 61, 80, 239
senaryo teorisi 25, 46
siklotimik 127, 277
siklotimik kişilik 302, 305, 309,
sınırdurum kişilik 55, 65, 100, 184, 416
sosyal öğrenme teorisi 193
sosyopati 2, 62, 128, 186, 386
sözsüz iletişim 42
Stokholm sendromu 372
stres 34, 55, 58, 70, 77, 101, 113, 116, 138, 141, 144, 151, 166, 174, 182, 233, 237, 254, 392, 414
suç
suç işleme eğilimi 186, 187
suçluluk 22, 30, 36, 46, 64, 72, 87, 96, 98, 154, 155, 202, 210, 217, 223, 227, 232, 254, 259, 260, 261, 268, 273, 274, 281, 284, 285, 287, 289, 290, 301, 302, 303, 310, 311, 317, 321, 322, 333, 346, 349, 350, 352, 353, 354, 355, 362, 364, 371, 372, 376, 378, 382, 398, 407

suistimal 102, 106, 133, 167, 257, 260, 262, 283, 305, 311, 316, 317, 319, 321, 322, 323, 324, 326, 327, 334, 337, 368, 371, 399, 402, 403, 404, 407, 408
çocuk suistimali 140, 402
travmatik suistimal 336, 395, 418
süperego 34, 35, 36, 39, 72, 121, 153, 199, 207, 210, 292, 343, 351, 371

şizofreni 62, 72, 229, 230, 247, 311, 366, 415
sahte nevrotik şizofreni 62
şizoid
şizoid durumlar 230, 231, 234, 235, 236, 238, 239, 240
şizoid kişilik 229, 230, 232, 234, 235, 236, 245, 246

tanısal görüşme formatı 422
tekrarlama kompülsiyonu 318, 389, 404
temel güven 30, 69, 72, 85, 114, 206, 232, 393, 418
terapötik
terapötik bölünme 34, 68
terapötik çerçeve 101, 271
terapötik iletişim 18
terapötik ilişki 20, 23, 58, 84, 112, 201, 218, 240, 271, 418
terapötik ittifak 20, 59, 60, 101, 328, 384, 410
terapötik nihilizm 195
terk depresyonu 19, 110
tersine-çevirme 143, 147, 161, 162, 163, 174, 377
teşhircilik 169, 208, 304, 319
The Ego and the Id 32, 396
The Ego and the Mechanisms of Defense 36, 143
transaksiyonel analiz 46
transandantal meditasyon 295
travma 3, 60, 67, 141, 144, 145, 150, 171, 236, 301, 317, 322, 365, 388, 392, 395, 396, 397, 403, 405, 407, 413, 414
travmatik
travmatik anı/olay 145, 369, 373, 403, 412
travmatik ayrılık 304, 305
travmatik kayıp 309, 311, 322
travmatik suistimal 336, 395, 418
tümgüçlü kontrol 70, 121, 128, 129, 141, 155, 187, 201, 203, 304, 347
tuvalet eğitimi 31, 342, 349

üst düzey savunmalar 121, 146
üzüntü 98, 164, 189, 278, 281, 285, 286, 289, 307, 308, 310, 317, 326, 356, 396

vejetatif bozukluklar 278
vicdan 34, 187, 198, 199

yalandan-hastalanma 148
yalıtma 146, 150, 154, 358, 362
yansıtma 34, 105, 106, 121, 132, 133, 135, 136, 137, 141, 145, 159, 173, 232, 249, 253, 254, 255, 256, 259, 263, 265, 273, 274, 280
yansıtmalı özdeşim 66, 74, 112, 105, 135, 136, 137, 138, 187, 189, 201, 203, 255
yapılandırılmış Klinik Görüşme 414
yapıp-bozma 155, 156, 345, 359
yapısal teori 33
yas tutma 96, 125, 134, 271, 278, 286
yeniden kurgulama 97, 301
yeniden yaklaşma 79, 147
yer-değiştirme 33, 105, 143, 158, 159, 174, 344
yoksun bırakma 95
yüceltme 33, 143, 172, 173
yutulma korkusu 237
yüz ifadesi 89

Kişi Dizini

Abraham, K., 29, 53, 190, 279, 280, 282, 292
Abrahamsen, D., 193
Adler, A., 30, 46, 205, 217
Adler.G., 65, 79, 117, 139,
Adorno, T. W., 138
Akiskal, H. S., 304, 310, 385
Alien, D. W., 237, 367, 383
Alpert, J.L., 65
Altschul, S., 284
Aniskiewitz, A. S., 374, 389
Appelbaum, A. H., 77
Arieti, S., 89, 117, 272
Arlow, J. A., 32
Aronson, M. L., 261
Asch, S. S., 314
Atwood, G. E., 45, 48, 100, 160
Aynesworth, H., 194

Bach, S., 45, 220, 228
Bak, R. C., 199, 324
Baker, G., 310
Balint, M., 37, 100, 141, 237
Bateson, G., 94, 235
Baumeister, R. E, 315
Beebe, B., 237
Bellak, L, 87
Beres, D., 351
Bergler, E., 329
Bergman 30, 252
Bergmann, M. S., 130, 209, 216
Berliner, B., 314, 322
Bernstein, D., 165,
Bernstein, E. M., 414
Bernstein, I., 322
Bers, S., 282
Bettelheim, B., 48, 133
Bibring, E., 282
Bion, W. R., 141, 206
Biondi, R., 185
Birch, H. G., 186, 252
Blakeslee, S., 286
Blanck, G., 10,48, 80, 100, 165
Blanck, R., 10, 48, 52, 80, 100, 165
Blatt, S. J., 46, 282
Bleuler, E., 229, 230, 236
Bleuler, M., 229
Bowlby, J., 206
Bowman, E. S., 414
Boyer, L. B., 100
Brandchaft, B., 100
Braude, S. E., 393
Braun, B. G., 144, 397, 399, 401, 418
Brazelton, T. B., 230, 288
Brenman, M., 323
Brenner, C., 32, 48, 129, 314
Breuer. J., 180, 393, 394
Brown, R., 139, 350
Buckley, P., 81
Buie, D., 100
Burke, W. F., 112
Bursten, B., 128, 185, 186, 203, 208, 226

Cameron, H, 251
Capote, T., 194
Carr, A. C., 77
Casey, J. F., 408
Cath, S. H., 192
Cattell, J. P., 401
Celani, D., 374
Chase, T. 185, 315, 394
Chasseguet-Smirgel, J., 165, 310, 342
Chess, S., 186, 230, 252
Chessick, R. D., 48, 116
Chodoff, P., 374, 385
Chodorow, N. J., 165, 235, 291
Cleckley, H., 186, 187, 393
Cohen, M. B., 136
Cohen, R. A., 310
Colby, K., 103, 116
Coleman, M., 98
Coons, P. M., 404, 414

Coontz, S., 403
Cooper, A. M., 278, 325, 338
Cuesta, M. J., 229

Darley, J., 353
Davanloo, H., 87
de Leon, J., 229
de Monchy, R., 314
Deri, S., 241
Des Barres, P., 376
Deutsch, H., 62, 190, 314
Diamond, M. J., 192
Dinnerstein, D., 235
Dorpat, T., 322
Drye, R. C., 63

Easser, B. R., 374
Edelstein, M. O., 295
Ehrenberg, D. B., 42
Eigen, M., 81, 89
Eissler, K. R., 55, 100, 412
Ekstein, R., 42
Ellis, A., 190
Escalona, S. K., 230, 252

Fairbairn, W. R. D., 37, 48, 206, 231, 234
Farberow, N. L., 19
Fast, I.. 165
Federn, P. , 89, 98,
Fenichel, O., 61, 80, 97, 168, 173, 175, 280, 312, 342, 344
Ferenczi, S., 37, 127, 129, 343, 376
Fine, C. G., 419
Finell, J., 135
Fisher, S., , 4, 342
Fleck, S., 235
Fogelman, E., 216
Fonda, H., 279
Forster, E. M., 207
Fraiberg, S., 125
Frances, A., 278, 279
Frank, J.D., , 19, 329, 392
Frenkl-Brunswick, E., 138
Freud, A., 36, 133, 143, 157, 175, 283
Freud, S., 15, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 48, 51, 52, 54, 55, 56, 64, 66, 69, 84, 85, 114, 119, 120, 127, 133, 134, 143, 144, 145, 146, 147, 157, 159, 160, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 175, 180, 205, 206, 207, 217, 249, 256, 257, 278, 280, 282, 283, 284, 292, 294, 313, 314, 318, 329, 341, 342, 347, 349, 350, 351, 355, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 373, 379, 380, 385, 391, 392, 394, 395, 396, 401, 412
Friedenberg, E. Z., 69
Friedman, R. C., 375
Fromm E., 38, 48, 89, 116, 207, 272, 294, 310
Fromm-Reichmann, F., 38, 48, 89, 116, 294, 310
Frosch, J., 62
Furman, E., 285

Gabrielli, W., 186
Galenson, E., 317
Galin, D., 367
Gardiner, M., , 54, 159
Gardner, M. R., 221
Gay, P., 160, 262
Gaylin, W., 312
Gill, M. M., , 24, 112
Gilligan, C., 291
Giovacchini, P. L., 80, 100, 117, 234, 235
Glick, R. A., 338
Glover, E., 360
Goldberg, A., 26, 45
Goldstein, K., 363
Gottesman, I., 230
Green, H., 415
Greenacre, P., 190
Greenberg 4, 48, 167, 342
Greenfield, S., 382
Greenson, R. R., 59, 87, 97, 116, 222, 265, 279, 398
Greenspan, S. I., 10, 288
Greenwald, H., 190, 199, 226

Grinker, R. R., 63, 100
Grossman, W., 314
Groth, A. N., 226
Grotstein, J., 191
Grunberger, B., 342
Grünbaum, A., 4
Gunderson, J. G., 63, 139
Guntrip, H., 48, 233, 234, 247

Hack, R., 252
Haley, J., 73
Hall, C. S., 48
Halleck, S. L., 368
Hammer, E., 103, 241, 265, 267, 272, 298, 321, 332, 360
Hare, R., 186
Harris, D. 251
Hartcollis, P., 81
Hartmann, H. 33
Hecox, W., 185

Hedges, L. E., 116
Hendin, H., 166, 207
Herman, J. L., 140, 150, 374, 404
Herzog, J., 192
Hirsch, S. J., 366
Hoch, P. H., 62
Hoenig J., 414
Hollender, M. H., 366, 368
Horney, K., 26, 38, 165, 206
Horowitz, M. J., 389
Hughes, J. M., 48, 252
Hutchings, B., 186

Isaacs, K., 180

Jackson, D. D., 73
Jacobs, T. J., 112
Jacobson, E., 89, 206, 284
Janet, P., , 365, 391
Jaspers, K., 230
Johnson, A., 187
Jones, E., 130, 208
Josephs, L., , 81, 360
Jung, C. G., 30, 46, 207, 377

Kael, H. C., 342
Kahn, H., 150
Kalafat, J., 19
Karasu, T. B., 292
Karon, B. P., 13, 74, 89, 90, 93, 117, 196, 233, 240, 254, 256, 262
Karpe, R., 394
Kasanin, J. S., 72, 232
Katan, M., 304
Kernberg, O. E, 10, 14, 24, 26, 31, 40, 44, 63, 65, 76, 77, 79, 100, 117, 121, 135, 136, 139, 149, 180, 188, 191, 195, 202, 209, 210, 216, 217, 220, 221, 224, 225, 226, 228, 277, 278, 302, 307, 308, 310, 314, 316, 325, 366, 387, 396
Keyes, D., 408
Khan, M. M. R., 235
Klein, M., 36, 41, 48, 89, 134, 141, 193, 200, 234, 282
Kluft, R. P., 391, 395, 397, 399, 403, 410, 413, 416, 419
Knight, R., 62, 279
Koenigsberg, H. W., 77
Kohut, H., 10, 44, 45, 48, 206, 208, 211, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 228, 325
Kraepelin, E., 54, 230, 240, 385
Krafft-Ebing, R., 314
Kretschmer, E., 230, 231
Kriegman, D., 46
Kris, E., 360
Kuhn, T. S., 43, 397
Kupperman, J., 4

Lachmann, F. M., 53, 138, 206
Laing, R. D., 73, 81, 232, 235, 240
Langness, L. L., 366
Langs, R. J. 101
LaPlanche, J., 314
Larntz, K., 385
Lax, R. E, 81, 322, 338
Lazare, A., 380
Lependorf, S., 217
Lesser, S., 374

Levenson, E. A., 48, 167
Levin, J. D., 360
Levinson, D. J., 138
Lewis, H. B., 206
Lichtenberg, J., 140
Lidz, T., 73, 89, 94, 117, 235
Lifton, R. J., 149
Laughlin, H. P., 121, 143, 175, 279, 283, 302, 312, 314
Lindner, R., . 98, 272
Lion, J. R., 195, 230
Litman, R. E., 19
Little, M. I., 15, 89
Livingston, M. S., 237
Loeb, J., 186
Loewald, H. W., 167
Loewenstein 97, 318, 397
Long, J., 201
Lothane, Z., 257
Lovinger, R. J., 23
Lykken, D., 186
Lynd, H. M., 206

MacIsaac, D. S., 220
MacKinnon, R. A., 24, 43, 183, 257, 260, 265, 272, 342, 343
Maheu, R., 252
Mahler, M. S., 30, 31, 52, 65, 79, 147, 285
Main, T. E, , 62, 139
Malan, D. H., 87
Mandelbaum, A., 65
Mann, J., 87
Marmor, J., 368
Masson, J. M., 370
Masterson, J. E., 19, 44, 63, 65, 78, 79, 100, 109, 110, 117
McClelland, D. C, 348
McDougall, J., 148, 174
McWilliams, N., 65, 156, 163, 192, 217, 250, 333
Mednick, S. A., 186
Meissner, W. W., 81, 167, 208, 249, 252, 269, 275
Meloy, J. R., 191, 195, 196, 202, 203, 226, 385, 386
Menaker, E., 38, 314, 322, 329, 330
Menninger, K., 58
Messer, S., 342
Meyers, D. I., 338
Michaud, S., 194
Michels, R., 24, 43, 184, 257, 260, 265, 272, 342, 343
Milgram, S., 133
Milich, R., 53
Miller 45, 165, 208, 209, 214, 228, 287, 291
Milstein, V., 404
Mischler, E., , 73, 94
Mitchell, S. A., 48, 167, 367
Modell, A. H.. , 206
Money, J., 170
Morrison, A. P., 206, 208, 228
Mowrer, O. H., 146
Mullahy, P., n 235
Murray, H. A., 25, 46, 158
Myerson, P. G., 66, 145

Nagera, H., , 340, 364
Nannarello, J. J., 232
Nelson, B., 98
Nemiah, J. C, 80, 159
Niederland, W., 257
Noblin, C. D., 342
Noel, B., n 383
Nunberg, H., 57
Nydes, J., 260, 266, 324, 331, 332

Ogden, T. H., 135, 141
Ovesey, L, 254

Panken, S., 314
Paolino, T. J. Jr., 116, 244
Pauls, D. L, 186
Piaget, J., 127
Pine, E, 26, 30, 49, 100, 110, 116, 179, 180
Pittillo, E. S., . 393
Polatin, P., 62
Pontalis, J. B., 314

Pope, K. S., 382, 383
Prichard, J. C, 54
Prince, M., 392
Putnam, E. W., 392, 399, 405, 406, 409, 410, 414, 419

Racker, H., 41, 42, 194, 293
Rado, S., 282, 292
Rank, O., 38, 46, 205
Rasmussen, A., 322, 323
Rawn, M. L., 59
Redl, R., 190
Redlich, F. C., 24
Reich 29, 34, 43, 56, 61, 206, 208, 272, 314, 341
Reik, T., 85, 146, 153, 314, 319, 338
Ressler.R. K., 185
Rhodes, J., 262
Rice, J., 279
Richfield, J., 360
Richman, J., 366
Rinsley, D. B., 65
Robbins, A., 223, 233, 235, 242, 243, 244
Rockland, L. H., 89, 117
Rogers, C. R., 44, 222
Roland, A., 32
Rosanoff, A. J., 385
Rosen, Z. A., 232
Rosenfeld, H., 89
Rosenhan, D. L, 386
Rosenwald, G. C, 342
Ross 250, 392, 396, 397, 405, 406, 410, 413, 419
Rowe, C. E., 220
Rutter, M., 252

Sacks, R. G., 399
Salzman, L., 256, 322, 341, 364
Sampson, H., 46, 168, 181, 296, 318
Sandler, J., 112, 141
Sanford, R. N., 138
Sass, L. A., 235, 236, 238, 240
Savran, B., 216
Schactman, T., 185, 187
Schafer, R., , n, 116, 133, 314
Scharff, J. S., 132, 141
Schneider, K., 230, 292, 414
Schulsinger, E., 186
Spitz, R. A., 206, 288, 322
Spotnitz, H., 46, 98
Spoto, D., 398
Stanton, A. H., 139
Steinberg, M., 401, 402, 414
Sterba, R. E., 34, 38, 68
Stern 29, 52, 262, 288
Searles, H. E, 40, 89, 100, 117, 255, 261, 272
Sechehaye, M. A., 415
Segal, H., 89, 165
Selzer, M. A., 77
Shapiro, D., 34, 60, 249, 259, 269, 275, 341, 355, 364, 367, 389
Shengold, L., 342
Shinefield, W., 19
Siegel, M., 4
Sifneos, P., 87
Silverman, L. H., 53, 151, 165, 270
Singer 63, 73, 94, 186, 235
Sizemore, C. C., 393, 394
Slater, P. E., 47, 207
Slavin, M. O., 46
Slavney, P. R., 386
Small, L., 87
Smith, S., 383
Sorel, E., 153
Spence, D. P., 370
Spiegel 382, 397
Stewart, J. B., 185
Stoller, R. J., 170, 171
Stolorow, R. D., 26, 45, 48, 100, 138, 160, 206, 220, 222, 325, 338
Stone, L., 10, 40, 63, 64, 81, 100, 317
Stone, M. H., 10, 40, 63, 81, 100, 317
Strupp, H. H., 39, 167
Styron, W., 279
Suffridge, D. R., 318
Sullivan, H. S., 24, 30, 31, 38, 89, 105, 159, 206, 235, 236, 262, 269
Sulloway, F. J., 313
Surrey, J., 291

Symington, N., 48

Tabachnick, B. G., 382
Tansey, M. J., 112
Thigpen, C. H., 393
Thomas, A., 186, 230, 252
Thompson, C. M., 38, 165, 322
Timmons, E. O., 342
Tomkins, S. S., 25, 46, 156, 180, 253, 257
Tribich, D., 342
Tudor, T. G., 405
Tyson 52, 80

Vaillant, G., 385
Van Valkenburg, C, 385
VandenBos, G. R., 13, 89, 93, 117, 196, 233, 240
Veith, I., 366, 389
Viscott, D. S., 227

Waelder, R., 45, 121
Wallerstein 42, 286
Warner, R., 386
Waxler, N., , 73, 94
Weakland, J., 73
Weiss, J., 25, 46, 168, 181, 318, 334
Weissberg, M., 417
Wender, P. H., 279
Werble, B., 63
Westen, D., 4, 49, 65
Wheelis, A., 237
White, H., 366
Will, O. A., 38, 257
Wills, G., 315
Winnicott, D. W., 41, 48, 206, 214, 223, 234
Wolf 45, 65, 117, 208, 220, 225, 334
Wolfenstein, M., 216
Wolman, B. B., 186
Wynne, L. C, 94, 235

Yalom, I. D., 360
Yarock, S. R., 350

Zetzel, E., 366

Nancy McWilliams'ın *Psikanalitik Tanı* kitabı, meslek yaşamının başındaki terapistlere psikanalitik kişilik teorisi ve teorinin uygulama için çıkarımlarını sunan ilk metin olma özelliğine sahip. Psikanalitik klinisyenlerin sorgulamadan kabul ettikleri kavramsal mirası sorgulayan bu önemli kitap, klinik anlamda önemli ana karakter tiplerini irdeleyip, hastanın bireysel kişilik yapısını anlamanın terapistin müdahalesinin odağını ve tarzını etkilemesi gerektiğini öne sürüyor. Öğrenme hevesini kıran ağır terminolojiyi bir yana bırakan McWilliams, psikanalitik teori ve uygulamayı, gizemlilikten kurtarıp açıklığa kavuşturan, duru ve kişisel bir tarzda irdeliyor.

İki bölüme ayrılan kitap, kavramsal konulara ve karakter örgütlenmesi tiplerine odaklanıyor. Kavramsal konularda, kişilik örgütlenmesinin gelişimsel düzeyleri ve bu düzeylerin klinik açıdan anlamlarını ele alan çalışma, birincil ve ikincil savunma süreçlerindeki temel kavramları büyük bir yalınlıkla tanımlıyor. Karakter örgütlenmesi tipleri kısmında, temel kişilik tiplerini ve birbirleriyle olan ilişkilerini tanımlayan yazar, psikanaliz pratiği dışındaki okuyucuya da sesleniyor.

Mizah, samimiyet ve şefkatle sunulan kısa klinik hikayeler soyut kavramları hayata geçirmeyi amaçlıyor. Kapsamlı içeriğiyle hem profesyonellere hem de öğrencilere seslenen bu çalışma, psikanaliz yönelimli okuyucular için önemli bir giriş metni olarak değerlendirilmektedir.

Psikanalatik terapi ve kavramsallaştırma için mükemmel bir giriş kitabı.
American Journal of Psychotherapy

Psikoterapistler ve öğrenciler için çok gerekli bir kitap... Klinik hikayelerle ele alınan temel kavramlar, yaşam kazanıyor. Yalnızca dinamik psikoterapistler için değil, tüm meraklılar için önerilebilir.
Canadian Journal of Psychiatry

Nancy McWilliams, psikanalitik tanı konusunda, kısa zamanda bir klasik haline gelecek bir eser ortaya çıkarmış. Bu kitap yalnızca psikanaliz öğrencilerine değil çok geniş bir okur kitlesine sesleniyor.
Clinical Social Work Journal

PSİKANALİZ/PSİKOLOJİ

ISBN 978-605-399-105-2

www.bilgiyay.com

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI