BİLİŞSEL TERAPİ VE UYGULAMALARI

ROBERT L. LEAHY



BİLİŞSEL TERAPİ VE UYGULAMALARI

-TEDAVİ MÜDAHALELERİ İÇİN BİR KILAVUZ-

Robert L. LEAHY

Litera – 8
Psikoterapi – 04

Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, Tedavi Müdahaleleri İçin Bir Kılavuz, Derleyen: Robert L. LEAHY, Ph.D.
Özgün Adı: Practicing Cognitive Therapy, A Guide to Interventions by Robert Leahy, 1997.

Dizi Editörü: Tahir Özakkaş, MD., PhD

Çeviri: Hasan Hacak-Muhittin Macit-Ferruh Özpilavcı

Düzelti: Harun Kuşlu
İç Düzen: Harun Takcı
Kapak Tasarım: P.A.
Baskı: Yaylacık Matbaacılık
Yaylacık Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. Litros Yolu Fatih San. Sitesi
No: 12/197-203 Topkapı-İstanbul
Tel. 0212 567 80 03

Copyright©1997 by Jason Aronson Inc.
Published by arrangement with Paterson Marsh Ltd.

Copyright©Litera Yayıncılık Ltd. Şti. 2003
Bu eserin Türkçe çeviri hakları Jason Aronson Inc. İle anlaşmalı olarak Litera Yayıncılık'a aittir. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayınlanamaz, kısmen de olsa fotokopi, film vb. tekniklerle çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayınlanamaz.

İstanbul-2007 2. Basım

İstanbul-2004 1. Basım

İcadiye-Bağlarbaşı Yolu 59/3 İcadiye 34674

Üsküdar-İstanbul

Tel: 0(216) 492 43 92–Fax: 0 (216) 341 59 92

web: www.literayayin.com

e-mail: litera@literayayin.com

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

Library of Congress Cataloging in Publication Data

Leahy, Robert L.

Bilişsel Terapi ve Uygulamaları

1. Psikoterapi 2. Bilişsel Terapi 3. Psikoloji 4. Psikiyatri

ISBN 978-975- 6329-37-5

BİLİŞSEL TERAPİ VE UYGULAMALARI

-TEDAVİ MÜDAHALELERİ İÇİN BİR KILAVUZ-

DERLEYEN

Robert L. LEAHY, Ph.D.

Dizi Editörü: Tahir ÖZAKKAŞ M.D., Ph.D.

Çeviri:

Hasan Hacak-Muhittin Macit-Ferruh Özpilavcı



LİTERA YAYINCILIK
İSTANBUL – 2007

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ 7
ÖNSÖZ 11
TEŞEKKÜR 15
KATKIDA BULUNANLAR 17

BİRİNCİ BÖLÜM
TEKNİKLER ve KAVRAMLAŞTIRMA

1. Bilişsel Terapi Müdahaleleri 23
Robert L. Leahy
2. Bilişsel-Gelişimsel Terapide Hipnozun Kullanımı 41
E. Thomas Dowd
3. Bilişsel-Davranışçı Terapide Vaka Formülasyonu 57
Michael A. Tompkins
4. Direnç ve Kendini Ketleme 79
Robert L. Leahy

İKİNCİ BÖLÜM
PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDAKİ UYGULAMALARI

5. Depresyon + 105
Ruth L. Greenberg
6. Panik Bozukluk + 125
Mary Ann Mercier
7. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu 141
John H. Riskind
8. Obsesif-Kompulsif Bozukluklar 169
Stephen J. Holland
9. Hipokondriya 189
Mark Sisti

10. Travma Sonrası Stres Bozukluğu 213
Mervin R. Smucker

11. Madde Kullanımı 239
Cory F. Newman

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ÖZELLİK GÖSTEREN GRUPLAR ve SORUNLARI

12. Evlilik Çatışması + 267
Norman Epstein

13. Cinsel İşlev Bozuklukları 295
Jerry M. Friedman

14. Sınır Durum (Borderline) Kişilik Bozukluğu 313
Mary Anne Laiden

15. Psikotik Bozukluklar + 333
Rhonda S. Karg ve Brad A. Alford

16. HIV Riski Davranışı 359
Scott A. Cohen

17. Bedensel Engellilik 391
Cynthia L. Radnitz ve Dennis D. Tirch

18. Bütüncül Bilişsel Terapi 407
Stephen J. Holland

19. Aile Terapisi 423
Frank M. Dattilio

20. Bilişsel Terapi Üzerine Düşünceler 469
Robert L. Leahy

DİZİN 485

SUNUŞ

İnsanın, varlığı ve varlık içerisinde kendini anlama ve anlamlandırma uğraşı kendisi kadar eskidir. Düşünce tarihinde bu anlam arayışı ilk olarak dış dünyadaki nesneler üzerinden yorumlar yapılarak yürütülmüştür. İnsanın kendini anlayabilmesi, kendini anladıktan sonra dünyayı anlamlandırması zihinsel bir işlemdir. Ancak, anlam arayışları son yıllara kadar zihnin nasıl çalıştığı yeterince bilinmeden sürdürülmüştür. Belki son elli yılda yapılan, insan zihninin bilgiyi nasıl işlemlediği konusundaki araştırmalar, bulgular ve açılımlar, düşünce tarihinde önemli bir dönüm noktası oluşturabilecek değerde ve kıymette olmasının yanı sıra insana anlam arayışı serüveninde de yeni ufuklar açmıştır.

İnsanların düşünceleri, duyguları ve davranışları zihinlerindeki bilgiyi işlemleme prosedürlerine göre şekillenmektedir. İnsanın neyi düşüneceği, nasıl düşüneceği ve nasıl bir çıkarımda bulunacağına birçok faktör etki etmektedir. Bu faktörlerin başında bir insanın biyolojik materyali gelmektedir. Birtakım biyolojik etmenler (hormonlar, beyindeki nörotransmiterler vd.) insanın düşüncelerini, duygularını ve dolayısıyla da davranışlarını etkilemektedir. Buna ilaveten insanın yaşadığı coğrafya, iklim, aile, toplum, sosyo-kültürel yapı, sosyo-ekonomik yapı ve siyasi yapı gibi etkenler düşüncenin oluşum sürecine etkide bulunan diğer önemli faktörlerdir.

Bu faktörlerin bu süreçte nasıl işlediğini bize gösteren bilimsel çalışmalar bilişin (kognitif yapıların) neden ve niçinlerini açığa çıkarmaya çalışmışlardır. Bu çalışmaların psikiyatri ve psikoterapi literatürüne girmesi Beck tarafından 1960'lı yıllarda ortaya atılan bilişsel depresyon kuramı vasıtasıyla olmuştur. Bilgi işlemleme sürecinin nasıl çalıştığı ile ilgili Beck'le başlayan bilimsel araştırmaların ortaya çıkardığı veriler, insanın düşüncesini, duygusunu ve davranışını anlamlandırmada bize çok yeni açılımlar sağlamıştır. Birçok akademisyen ve klinisyen bu sa-

hada çalışmalar yaparak insanın her türlü düşünce, duygulanım ve davranışının bilişsel (kognitif) süreçlerini epigenetik bir materyal gibi açıklamaya gayret etmişlerdir.

Bu kitapta kognitif kuram çerçevesinde psikolojik bozuklukların nasıl oluştuğu ve bu bozuklukların nasıl tedavi edildiğini vaka örnekleriyle birlikte göreceksiniz. İnsan çok bilinmeyenli bir denklemdir. Bu denklemin bir tarafında biyolojik yapısı, bir tarafında dinamik gelişimi, bir tarafında kendilik yapılandırılması, bir tarafında davranışçı öğrenme, bir tarafında da kognitif yapılandırmalar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan her biri insanın bir yönüne ayna tutarak o kısmı aydınlatmaya çalışmakta ve insanı daha iyi anlamaya aracılık etmektedir.

Son dönem bilimsel gelişmeler bütüncül bir insan anlayışı, bütüncül bir psikoloji-psikoterapi bağlamına doğru bir trend izlemektedir. Bu kitapta kendi sahalarında uzman klinisyenlerin çeşitli psikolojik bozukluklarda bilişsel terapiyi hastalarına başarılı bir şekilde nasıl uyguladıkları anlatılmaktadır. Bu klinisyenler kognitif yaklaşımı esas almakla birlikte insanı anlatan değişik bilimsel gelişmeleri, bilişsel yaklaşıma entegre edebilecek bir esnekliğe sahiptirler. Zaten bilişsel terapi herhangi bir teorinin veya ideolojinin dar kalıplarıyla, kendini ve bu yaklaşımı kullanan uzmanlarını sınırlandırmaz. Bilişsel terapiler Beck'in depresyon modelinde başladıktan sonra klinisyenler tarafından hızla yayılmış, anksiyete bozukluklarına, yeme bozukluklarına, cinsel işlev bozukluklarına, uyum bozukluklarına, kişilik bozukluklarına, eş terapilerine ve aile terapilerine kadar yaygınlaştırılmış, hatta psikotik hastalarda dahi uygulanabilirliğini klinik olarak kanıtlamıştır.

Biyolojik-farmakolojik bir tedavi anlayışının egemen olduğu günümüzde ilaçların etkilerinin hastalıklar üzerinde istatistiksel olarak gösterilebilmesi, psikoterapilerin nispeten desteksiz bir şekilde kenarda kalmış gibi bir izlenim doğurmaktadır. Özellikle dinamik psikoterapi'nin yaygın olduğu dünyamızda bu psikoterapiler, hasta ile hekim arasındaki öznelliğinin, vaka odaklı çalışmasının modern bilimin getirmiş olduğu istatistiksel veri-

lere dönüştürülmesi ve tedavi strateji ve prosedürlerinin standardize edilmesi noktasında bir takım zorluklar yaşamaktadır. Bu, dinamik psikoterapilerin bilimsel hüviyetlerini kazanamamaları ve bilim dışına itilmeleri sonucunu doğurmuştur. Bu bağlamda dinamik psikoterapiler, egemen olan bilim dünyasının dışında kendi jargonunu ve kendi yaşam alanını üretmiştir. Bu da kör ve sağırlar diyaloğunu oluşturmuştur.

Ama Aaron Beck'in getirmiş olduğu kognitif tedavi strateji ve programları standardize edilebilme özelliğini haiz olması, karşılaştırmalı çalışmaların yapılabilmesine imkân vermesi ve birçok kültürde uygulanabilir olduğunun gösterilmesi ve birçok çalışmada ilaçla tedaviye üstünlüğünün kanıtlanmış olması, psikoterapilerin önünü açmış ve egemen olan biyolojik hegemonyayı bir nebze de olsa kırmıştır. Hastalara çok şey vaat ettiğine inanılan ilaç tedavilerinin zaman zaman, belki de çoğu zaman uzun vadede yetersiz kaldığını çalışmalarında gözlemleyen klinisyenler, bilim tarafından onanmış alternatif bir atılım beklerken karşılarında kognitif-davranışçı psikoterapi programlarını bulmuşlardır. Bu alternatif açılıma klinisyenler büyük bir ilgi göstermiş, dünyanın dört bir yanında bilişsel terapi uygulayan klinisyenlerin sayısı kısa sürede artmıştır. Bu, psikoterapi yapan hekimler için umut vadeden bir gelişme olmuştur.

Ancak ülkemizde her sahada olduğu gibi bilim sahasında da her şeyi geriden takip etme anlayışı hala geçerliğini sürdürmektedir. Bilgi ve bilim çağı olarak nitelendirilen bu çağın temel niteliği bilginin akıcılığı ve anında ulaşılabilir olmasıdır. Ne yazık ki statükoyu devam ettirmeye çalışan geleneksel jargona sıkı sıkıya sarılan ve egemen organikçi terapi tekniklerinden başka bir alan tanımayan bilim anlayışı bu tip psikoterapötik gelişmeleri Türkiye'ye taşımakta isteksiz davranmış ve ağırdan almıştır. Buna rağmen bu konuya coşkuyla eğilmiş genç bilim adamları bu konunun zorluklarına katlanarak mücadele vermişler ve bu konuda belirli bir noktaya gelerek dünyadaki bilimsel gelişmeleri klinisyenlere ve aydınlarımıza tanıtmaya başlamışlardır. Klinisyenlerimiz ve toplumumuzun, bu bilgi ve beceriler ken-

dilerine verildiğinde olaya ne kadar sahip çıktığı gözlemlenmiştir. Bilişsel terapinin Türkiye'de tanınabilmesi ve klinisyenlerimizce uygulanabilmesi, bu etkinliklerin sürdürülebilmesiyle mümkündür.

Litera Yayıncılık yetkililerinin bir seri olarak, ortak hazırlamayı teklif ettiği bilişsel-davranışçı psikoloji ve terapiler, dinamik terapiler ve bütüncül terapilerle ilgili bir dizi yayını gündemimize aldık ve bununla ilgili yoğun bir çalışma periyoduna girdik. Bu çalışmaların oluşabilmesi için yoğun gayretlerini ve desteklerini esirgemeyen Litera Yayıncılık'ın kurucusu Muhittin Macit Bey ile bu projeyi onunla birlikte yürüten Hasan Hacak ve Ferruh Özpilavcı Beyler'e öncelikle meslekten biri olarak şükranlarımızı ne kadar arz etsek azdır.

Kıymetli okuyucularımı bu kitapla başlayan hoş bir serüvene davet ediyorum. Bir çırpıda okuyup bitirdiğim zihnimde yeni açılımlar yarattığına inandığım bu güzel eseri bütün klinisyen arkadaşlarıma ve psikoloji ile ilgilenen herkese tavsiye ediyor ve bu kitabı başuçlarında bir el kitabı olarak bulunduracaklarına inanıyorum.

Yeni kitaplarda buluşma ümidiyle.

Tahir Özakkaş MD., PhD.
Psikiyatrist-Psikoterapist

ÖNSÖZ

Otuz beş yıl önce geliştirilen bilişsel terapi, bugün depresyon tedavisinin ötesinde birçok alanda başarıyla uygulanmaktadır. Artık, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı, paranoid bozukluk, evlilik çatışması, cinsel işlev bozuklukları, bir dizi duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile kişilik bozukluklarında etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Bu çalışma, ülkedeki (ABD) önde gelen bir takım uygulayıcıların, uzmanı oldukları tedavi yöntemlerini göstererek, bilişsel terapi uygulamasındaki önemli gelişmelere işaret etmektedir.

Pennsylvania Üniversitesi'nde bilişsel terapiyi geliştirmeye başladığımız ilk yıllarda, çalışma arkadaşlarım ve ben; hastanın olumsuz yorumlarını belirlemesi ve test etmesine yardım edildiğinde, depresyonun çoğu kez hafifletilebildiğini fark ettik. Başlangıçta, bize göre işe yarayan bir şeyin başkalarına göre işe yaramaz bulunabileceğini düşünerek, bu yaklaşımı genelleştirme konusunda temkinli davranmamız gerektiğini hissediyorduk. Depresyonun tedavisinde klinisyenlere bir rehber sağlamak amacıyla 1979'da bilişsel terapinin yararlılığına yönelik sonuç incelemelerinde kullanılabilecek bir tedavi elkitabı olan *Cognitive Therapy of Depression* adlı kitabı yayımladık. Bilişsel terapinin deneysel incelemeleri, bu tedavi yaklaşımının kullanımıyla, depresyonun, ilaçla tedavi olmaksızın, nispeten kısa dönemde önemli ölçüde azaltıldığını gösterdi. Bunun sonucunda, bu tedavi yaklaşımını diğer ruhsal problemlere nasıl uygulayabileceğimizi araştırma konusunda cesaretlendik. Bu önemli çalışmalara katkıda bulunanlar disiplini bu yeni alanlara doğru ilerletti.

Bugün, bilişsel terapi, başlangıçta bu metotla tedavi edilebileceğini önceden tahmin etmediğim bir dizi psikiyatrik bozukluklar için bile etkili bir tedavi yöntemi olduğunu kanıtlamıştır.

Başlangıçta bizimle beraber Bilişsel Terapi Merkezi'nde çalışan yaratıcı ve üretken uygulayıcılara, bu çalışmada yer verilmektedir. Onlar, çoğu uygulayıcı için terapi müdahaleleriyle tedavi edilemez denilen bir dizi zor problemi inceleyip tedavi ederek, bilişsel terapi yaklaşımını yeni ufuklara taşıdılar.

Elinizdeki çalışma, bilişsel terapinin, psikiyatrik sorunların çoğuna uygulanabilirliği ile ilgilenen klinisyenlere paha biçilmez, önemli ve benzersiz bir katkı sağlamaktadır. Her bölüm, açık, özlü ve etkili tedavi betimlemeleri ve müdahaleleriyle, bilişsel terapi uygulayıcıları arasında önde gelen bir klinisyen tarafından yazılmıştır. Okuyucu her bölümde, metodun nasıl çalıştığı ve klinik uygulamanın zorluklarının nasıl aşılabileceği konularıyla ilgilenen bir uygulayıcı için değerli olacak zengin klinik detaylar bulacaktır. Farklı eğilimlerden klinisyenler bazı bilişsel terapistlerin, bilişsel çerçeve içinde çalışırken, diğer teorik yönelimlerden nasıl yararlandıkları konusuyla özellikle ilgileneceklerdir.

Robert Leahy tarafından yazılan 1. Bölüm, "Bilişsel Terapi Müdahaleleri", bu yaklaşımın temellerini anlamaya yönelik güzel bir başlangıç olacaktır ve bu bölüm Leahy'nin *Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications* ve *Judith Beck'in Cognitive Therapy: Basics and Beyond* kitaplarını okuyarak desteklenebilir. Elinizdeki çalışma, üç önemli kısma ayrılmıştır: "Teknikler ve Kavramlaştırma," "Psikiyatrik Bozukluklardaki Uygulamaları" ve "Özellik Gösteren Gruplar ve Sorunları." Birinci Kısım, okuyucuya birçok bozukluk için kullanılan tekniklerin temellerini ve açık betimlemelerini, ayrıca vaka formülasyonu ve tedaviye karşı direnç konuları için detaylı ve yaratıcı yaklaşımlar sunmaktadır. İkinci Kısım madde bağımlılığının yanı sıra, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının çoğunu içermektedir. Burada okuyucu klinik uygulamada görülen çoğu yetişkinlik devresi bozukluklarının tedavisi için kusursuz kılavuzlar bulacaktır. Son olarak Üçüncü Kısım, bilişsel terapinin evlilik çatışması, cinsel işlev bozuklukları, paranoid hastalar, bedensel engelli bireyler, HIV-risk davranışı, sınır durum

(borderline) kişilik ve diğer önemli gruplar ile nasıl kullanıldığına yönelik betimlemeler sağlamaktadır. Bu önemli eserde yer alan çalışmaların içerdiği bilginin genişliği ve derinliği olağanüstüdür.

Bu klinisyenlerin, bilişsel terapi modelini hasta bireylerin gereksinimlerine uyarlarken her bireyin özel ve farklı olduğunun bilincinde olmaları ve tekniğin uygulamasındaki elastikiyetleri oldukça etkileyicidir. Bu esneklik hiçbir okurun gözünden kaçmayacaktır. Her bir yazar, insan gruplarına yönelik basit genellemeler yapmaktan ziyade bireylere odaklanarak, terapinin nasıl bireye özgü hale getirilişi hakkında okuyucuya paha biçilmez bir fikir vermektedir.

Umudum o ki her meraklı okuyucu bilişsel terapiyi okudukça bu yaklaşımda deneyim ve eğitim kazanmaya yönelecektir. Şu an dünyanın her yerinde görülen kusursuz atölye çalışmaları vardır ve çoğu büyük metropolitan alanları artık denetime tâbi bilişsel terapi eğitimi veren merkezler ve enstitülere sahiptir. Bu esere katkıda bulunanlar, bilişsel terapiyi nasıl kullanacağını öğrenmek isteyenler için önemli bir kaynak sunmaktadırlar.

Son olarak, eğittiğim birçok kişinin bu yaklaşımı kendilerine özgü hale getirdiklerini görmüş olmamın benim için kişisel bir zevk olduğunu belirtmek isterim. Onlar kendi işlerine, her birini eşsiz birer terapist ve kişi yapan zekâ, insanlık, yaratıcılık ve içgörü kattılar. Hepsi birer bilişsel terapist olmalarına rağmen, onlar hastalarına kendilerine özgü tutumlarıyla yaklaştılar ve bu yaklaşımın, teknikler içeren bir yemek kitabı olmadığını, aksine, çalışmanın hem terapistin hem de hastanın kişiliğiyle bütünleştirilmesi gerektiğini yansıttılar.

Aaron T. Beck

TEŞEKKÜR

Bu kitabı yazma fikri, *Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications* kitabının metni üzerinde çalışırken doğdu. Arkadaşım ve meslektaşım, Carol Spero, (Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi) bilişsel terapiye yabancı olan okurların, terapistlerin nasıl çalıştıklarına bir ölçüde vakıf olmaları için bir takım somut vaka örneği sunmanın faydalı olacağını önerdi. Carol'a bu önemli teklifi yaptığı için teşekkür etmek istiyorum.

Ayrıca, bilişsel terapinin kurucusu Aaron "Tim" Beck ve *Feeling Good: The New Mood Therapy ve The Feeling Good Handbook* gibi tanınmış kitapların yazarı David D. Burns ile çalışmış olmak benim için ayrı bir zevk ve büyük bir şans oldu. Bizim gibi Tim ile birlikte çalışacak kadar talihli olanlar için, onun analitik ve Sokratik yaklaşımı klinik örneklere uyarlama ustalığını gözlemlemek heyecan vericiydi. Kendisinin psikolojik rahatsızlıklar alanına olağanüstü bir katkısı olmuştur. Fakat bu onun bitmek bilmeyen öğrenme merakı ve kendilerine doğru soruları sorabilecek kadar talihli olmamız halinde bize bu işi öğretenlerin hastalarımız olduğunu kabul ve bunda da ısrar etmesinin sonucudur. 20. yüzyılın ikinci yarısında psikiyatri alanında Aaron Beck isminin egemen olduğunu iddia etmek abartı olmaz. Zira, onun gelecek yüzyıla uzanan bir köprü kurmuş olduğu herkesin malumudur.

Bu esere katkıda bulunanların tümü doğrudan Beck veya onun öğrencileri tarafından yetiştirilmiştir. Bu yüzden bu kitabı minnettarlığımızın bir ifadesi olarak ona ithaf ediyoruz.

Meslektaşım ve arkadaşım David Burns terapiyi uygulama tarzım ve düşüncemde büyük bir etki yaptı. Onun değerli kitaplarının milyonlarca okuyucusu problemlerinin çözümünde David'in terapiye getirdiği aydınlatıcı, pratik ve candan yaklaşımından istifade etmişlerdir. Kendisini niçin bilişsel terapi tekniklerinin uzmanı olarak gördüğümüzü ispatlamış olan

David'in nezaretinde çalışmış olmak benim için büyük bir şanstı. David'in tarzı enerjik, coşkulu ve iyimserdir. Bilişsel terapi hakkındaki atölye çalışmalarına katılan binlerce insan onun sunduğu kusursuz rol modelinin şahididir.

New York'ta bulunan Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'ndeki çalışma arkadaşlarıma teşekkür etmek istiyorum. Bir enstitü çatısı altında çalışmanın avantajı üyelerin kendi ön yargılı fikirlerine karşı çıkarak birbirlerinden çok şey öğrenmeleridir. Bu çalışmaya katkıda bulunanların birçoğu ya halen Enstitü kadrosunun üyesi ya da eski üyeleridir. Haftalık vaka konferanslarımız ve öğretici toplantılarımız, ayrıca düzenlediğimiz dersler ve atölye çalışmaları karşılıklı olarak teşvik ediciydi. Alfabetik sırayla, Mudita Bahudar, Scott Cohen, Jerry Friedman, Steve Holland, Lynn Marcinko, Mary Ann Mercier, Laura Oliff ve Mark Sisti'ye sağladıkları kusursuz işbirliği için teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca, giriş koordinatörümüz Marge Beddow'un teorilerimizi gün ışığına çıkarmamızda yaptığı katkı takdire şayandı.

Ben dahil bu esere katkıda bulunanlar olarak hepimiz hastalarımızın, terapi hakkında bize çok şey öğrettiklerini ve yeterince dikkatli olduğumuz takdirde, onların fikirlerini kullanıp kendi fikirlerimiz olduklarını iddia edebileceğimize inandıklarını biliyoruz. Birçok seansta oturup hastaların depresyon ve anksiyete teorilerini tanımlamalarını ve verdikleri mantıklı cevapları o kadar çok dinledim ki; keşke şu fikirler benden çıksaydı dediğim anlar oldu. Belki de her teorinin kendilerine yardım etmemizde bize yol gösteren ve bizim gerçek ortaklarımız olan isimsiz hastalara şükran borcu vardır. Yardım ettiğim tüm insanlara "Bana yardım ettiğiniz için teşekkür ederim" demek istiyorum.

Arkadaşlarım Bill Talmadge ve Dave Wolf'a bütün teşebbüslerimde beni teşvik ettikleri için kişisel olarak şükran borçluyum. Ayrıca, eşim Helen'e bu proje boyunca verdiği destek ve gösterdiği anlayıştan ötürü teşekkür etmek istiyorum. Onun içgörüsü, yaratıcılığı, iyi yürekliliği ve deneyimi benim eşsiz ve hatta en mükemmel kaynağım oldu.

KATKIDA BULUNANLAR

Brad A. Alford, Dr., ABPP, Scranton Üniversitesi'nde yardımcı psikoloji profesörüdür. Bilişsel terapi üzerine yazılan yapıtlara sürekli katkıda bulunan Dr. Alford, Beck ile birlikte, *The Integrative Power of Cognitive Therapy* kitabını yazmıştır.

Aaron T. Beck, Tıp Dr., Pennsylvania Üniversitesi'nden emekli psikiyatri profesörü ve Beck Bilişsel Terapi Enstitüsü'nün başkanıdır. (Rush, Shaw ve Emery ile birlikte) *Cognitive Therapy of Depression,* (Emery ve Greenberg ile birlikte) *Anxiety Disorders and Phobias* ve (Alford ile birlikte) *The Integrative Power of Cognitive Therapy* kitaplarının yazarıdır.

Scott A. Cohen, M.A., C.A.C., New York Üniversitesi'nde klinik psikoloji doktora programındadır. Cornell Üniversitesi Tıp Merkezi'nin HIV Klinik Araştırma Programı'nda proje koordinatörü ve Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'nün kadrolu terapistidir. Şu an HIV'li insanların vücut görüntülerindeki değişikliklerin psikolojik etkisini çalışmaktadır.

Frank M. Dattilo, Dr., ABPP, Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı Bilişsel Terapi Merkezi'nde yardımcı klinik psikiyatri profesörüdür. Yayınladığı eserler: *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice* ve *Integrative Cases in Marriage and Family Therapy: A Cognitive-Behavioral Perspective.*

E. Thomas Dowd, Dr., ABPP, Uluslararası Bilişsel Psikoterapi Kurumu'nun seçilmiş başkanı ve *Journal of Cognitive Psychotherapy* dergisinin editörüdür. Dr. Dowd, Golden ve Friedberg ile birlikte *Hypnotherapy: A Modern Approach* ve *Case Studies in Hypnotherapy* kitaplarını yazmıştır. Kent State Üni-

versitesi'nde danışma psikolojisi bölümünde profesörlük ve yöneticilik yapmaktadır.

Norman Epstein, Dr., College Park, Maryland Üniversitesi Aile İncelemeleri bölümünde profesördür. Baucom ile birlikte yazdığı *Cognitive-Behavioral Marital Therapy* ve *Cognitive-Behavioral Therapy with Families* kitapları onun kapsamlı yayınları arasında yer alır.

Jerry M. Friedman, Dr., SUNY-Stony Brook Psikiyatri Bölümü'nde yardımcı doçent, Amerikan Seksoloji Odası'ndan diplomalı ve New York'taki Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'nde klinik eğitim bölümünün yöneticisidir.

Ruth L. Greenberg, Dr., Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde ders vermektedir. Ayrıca yıllardır Bilişsel Terapi Merkezi'nde görev almaktadır. *Anxiety Disorders and Phobias* kitabının yazarıdır.

Stephen J. Holland, Psi. Dr., Maryland'deki Columbia Danışma Merkezi kadrosunda yer almaktadır. Ayrıca Columbia Üniversitesi, Öğretmenler Koleji'nde klinik psikoloji yüksek lisans programında yardımcı fakülte üyesidir. Şu an entegratif psikoterapi hakkında bir kitap üzerinde çalışmaktadır.

Rhonda S. Karg, M.A., Alabama'daki Auburn Üniversitesi'nde doktora programındadır. İlgi alanları ciddi ve kronik psikolojik rahatsızlıklar, aşırı madde kullanımı ve bağımlılık konularını içermektedir.

Mary Anne Layden, Dr., Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Psikiyatri Bölümü'nde Bilişsel Terapi Merkezi'nin eğitim müdürüdür. Newman, Freeman ve Morse ile birlikte *Cognitive Therapy of Borderline Personality* kitabını yazmıştır.

Robert L. Leahy, Dr., Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde klinik psikoloji doçenti ve Newyork'taki Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'nün kurucusu ve müdürüdür. Dr. Leahy şimdiye kadar *Cognitive Therapy: Basic Principles*

and Applications, The Child's Construction of Social Inequality ve *The Development of Self* kitaplarını yazmıştır. *Journal of Cognitive Psychotherapy* dergisinin editörüdür.

Mary Ann Mercier, Dr., Columbia Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde görev yapmaktadır. Newyork'taki Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'nde gözlemci psikolog olarak çalışmaktadır.

Cory F. Newman, Dr., Bilişsel Terapi Merkezi'nde klinik müdürü ve Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde yardımcı psikoloji profesörüdür. Layden, Freeman ve Morse ile birlikte *Cognitive Therapy of Borderline Personality* ve Beck, Liese ve Wright ile birlikte *Cognitive Therapy of Substance Abuse* kitaplarının yazarıdır.

Cynthia L. Radnitz, Dr., New Jersey Rutherford'daki Fairleigh Dickinson Üniversitesi'nde yardımcı psikoloji profesörüdür. Bronx Veterans Affairs Medical Center'da kadrolu psikologdur. Şu anda bedensel engelli insanların bilişsel-davranışçı terapileri hakkında bir kitap üzerinde çalışmaktadır.

John H. Riskind, Dr., George Mason Üniversitesi'nde psikoloji profesörü; Greater Washington Bilişsel Terapi Enstitüsü'nde eğitim müdürü; ve Kuzey Virginia Bilişsel Terapi Merkezi'nin müdürüdür. Son olarak *Looming and Loss: Cognitive Mechanisms in Emotion Dysfunction* kitabını yayımladı. Anksiyete ve depresyonun özel bilişsel içeriği Dr. Riskind'in inceleme alanına girmektedir.

Mark Sisti, Dr., Columbia Üniversitesi Psikiyatri Bölümü ve Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü Korkudan Kurtuluş bölümlerinde kadrolu terapisttir. New York Brooklyn'deki Bilişsel Terapi Merkezi'nin müdürüdür.

Mervin R. Smucker, Dr., Milwaukee Bilişsel Terapi Enstitüsü'nün müdürü ve Wisconsin Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde yardımcı profesördür. Şu an çocukluk döneminde cin-

sel tacize uğramış olanların betimleme yazılarını içeren bir kitabı tamamlamaktadır.

Dennis D. Tirch, Farleigh Dickinson Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde doktora öğrencisidir.

Michael A. Tompkins, Dr., California, Oakland'deki Bilişsel Terapi Merkezi'nde profesyonel eğitim üyesi ve müdürüdür. Dr. Tompkins, şu an sorumluluk alma korkusu üzerine bir kitap yazmaktadır.

I.

TEKNİKLER VE KAVRAMLAŞTIRMA

1

BİLİŞSEL TERAPİ MÜDAHALELERİ

Robert L. Leahy

Yirmi yıl önce bilişsel terapi, sadece depresyon tedavisi olarak tanımlanıyordu. Aaron Beck'in 1970'lerdeki yeni ufuklar açan çalışması (*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders,* 1976), depresyonun, kendilerini, bugünkü yaşantılarına ve geleceklerine olumsuz ve kötümser bakan depresyon hastalarının bilinçli olumsuz düşüncelerinin bir sonucu olduğunu ileri sürdü. Beck, her psikiyatrik bozuklukta onu diğerlerinden ayırt eden belirli bir bilişsel içerik bulunduğunu ve terapinin amacının ise hastanın düşüncesindeki çarpıtma ve önyargıları ve hastanın kendisine özgü bilişsel şemalarını tanımlamak ve değiştirmek olduğunu öne sürdü. Bilişsel modele göre nevrotik işleyiş; hastanın kendiliğinden tamamlanan olumsuz bilgi işlemlemesi ile korunur veya kötüleşir.

Benzer bir yönelim ile Abramson ve çalışma arkadaşları (1978) depresyonun, olaylara olumsuz açıklama getirmenin sonucu olduğunu öne süren yorumlama modelini geliştirdiler. Araştırmacılar, depresif optimizm ve özgüven eksikliği olan kişilerin, olumsuz olayları ve yaşadıkları başarısızlığı diğer yaşantılara ve gelecekteki olaylara genelleyerek kendilerini hasta ettiklerini gözler önüne serdi. Beck'in bilişsel modeline benzer şekilde yorumlama modeli, depresyonlu bireylerin bilinçli düşünce süreçlerine vurgu yapıyor, hastanın başarı ve başarısızlık için nedensellik yorumlamalarına ve hastanın olumsuzlukları farklı durum ve zamanlara genelleme eğilimine odaklanıyordu.

Beck ve çalışma arkadaşları (1979) sadece klinisyenlere hastaların tedavisi için detaylı yönergeler sağlamakla kalmayıp, ayrıca araştırmacılara da depresyonun bilişsel terapisinin sonuç incelemeleri için standartlaştırılmış bir tedavi tutanağı da sağlayan *Cognitive Therapy of Depression* adlı el kitabını yayımladılar. Bu el kitabının yayımlanmasından bu yana, yapılan çok sayıdaki sonuç incelemesi, bilişsel terapinin depresyonun tedavisinde en az ilaçla tedavi kadar etkili olduğunu ve uzun dönemde de önleyici avantajlarının olabileceğini kanıtlamıştır. Depresyonun bilişsel modeli, tedavi modeli için önemli ölçüde deneysel destek vermesinin yanı sıra, geniş bir deneysel destek de gördü. Bu depresyon modeli, ilk olarak Beck ve çalışma arkadaşlarının ileri sürdüğü şekilde, depresyonun bilgi işlemlemesindeki çarpıtmalar ile kendisini gösterdiğini ortaya koymaktadır.[1]

Beck'in psikolojik rahatsızlıklarla ilgili bilişsel modeli hiçbir zaman belli bir teşhis kategorisiyle sınırlanmadı. Daha doğrusu, bilişsel model, değişik psikolojik rahatsızlıklarla ilgili şartların belirli bilişsel şemalarda kendini gösterdiğini öne sürmektedir. Böylelikle depresyon başarısızlık, kaybetme ve boşluğun olumsuz şemaları ile bağdaştırılmakta; anksiyete tehdit, yakın tehlike ve çekinceler ile karakterize edilmekte; paranoya ise güvensizlik, baskı ve aldatılmaktan korkma temaları ile gösterilmektedir. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının şematik modeli, Beck ve Freeman tarafından (1990), kişilik bozukluklarının belli bir şematik içeriği ve başa çıkma tarzları olan bütün kişilik bozuklukları ile incelenmesine doğru genişletildi.

Bundan şu çıkıyor; bütün psikiyatrik bozukluklar için 'tek' tip bir bilişsel terapi yoktur. Örneğin, depresyonun bilişsel terapi modeli ve tedavisi, panik bozukluk modeli ve tedavisinden önemli ölçüde farklıdır.[2] Benzer şekilde, paranoid bozukluğun

---

1 Dobson, 1989; Hollon vd., 1996.

2 Bu çalışmadaki Greenberg ve Mercier tarafından yazılmış bölümlere bakınız.

bilişsel terapisi, narsistik kişilik bozukluğunun bilişsel terapisinden farklıdır.[1] Bilişsel terapi, tek bir kalıbı her duruma uydurmaya çalışan basitleştirici ve indirgemeci bir yaklaşım değildir. Aksine, bu kitapta da açıkça görüleceği gibi, tedavi edilebilen bir yığın hastalık için birçok bilişsel terapi versiyonu vardır.

Bilişsel terapinin "ilk günleri"nde, yani 1970'lerde, Beck, modelini depresyonun dışındaki bozukluklara genelleme hususunda oldukça ihtiyatlıydı. Sistematik, akılcı, özenli ve dürüst bir tarzı olan Beck, iddialarını doğal olarak kanıtlanmış sonuçlarla sınırlandıracaktı. Bugün, bilişsel terapi yaklaşımının, problemlere geniş bir yelpaze içinde başarıyla uygulanıyor olması bence Beck için de bir sürprizdir. Bilişsel terapi sayesinde sadece anksiyete bozuklukları değil, madde bağımlılığı, sınır durum kişilik, paranoid bozukluk, evlilik çatışması ve öfke gibi bozukluklar da etkili bir şekilde tedavi edilmektedir.

Bilişsel Terapinin Temel İlkeleri

Bilişsel model bir yığın genellemeye vurgu yapmaktadır. Bilişsel terapistler genellikle bugünün davranış ve düşünceleri ile bilinçli bilgi işlemlemesi üzerinde durmaktadırlar. Fakat biz hastanın onu depresyon, anksiyete ve öfkeye yönelten temel varsayımlarını, yani hastanın kuralları ve değerlerini açığa çıkartma çabasındayız. Bu kuralların tipik örnekleri şunlardır: "Kusursuz olmalıyım," "Herkes tarafından sevilmeliyim," "Benim değerim başkalarının tasdik ettiği kadardır," "Güvenilir olmam gerekiyor" ve "Eşim, ben ona söylemek zorunda kalmadan ihtiyaçlarımı anlamalı ve karşılamalı." Her bireyin kendine ait özel durumlara ilişkin kuralları ve varsayımları olduğunu göz önünde bulundurmak terapist için çok önemlidir. Bilişsel terapistlerin uyguladığı inceleme ve sorgulama süreci hasta-

[1] Bkz., Alford, 1986; Karg ve Alford, bu kitap ve Leahy, 1995.

nın temel varsayımlarını açığa çıkarmada faydalı olacaktır. Örneğin, ciddi bir depresyon geçiren bir kadının kendisini, bedensel olarak hareketsiz hale getirebildiğinde ölmeden önce kronik felç geçiren babasına daha çok yaklaşabileceğini düşündüğünü öğrendiğimde oldukça şaşırmıştım. Asla hastanın temel inançlarını ondan daha iyi bildiğimizi düşünmemeliyiz. Bildiğimiz tek şey onları cevaplarına götürecek soruları nasıl soracağımızdır.

Ayrıca bilişsel terapistler hastanın "otomatik düşünceleri"ne veya "bilişsel çarpıtmaları"na, yani olumsuz duygudurumla bağdaşan bilinçli ve kendiliğinden (spontane) düşüncelerine odaklanırlar. Bizim için bu çarpıtmaları, önyargıları veya mantıksal eksiklikleri bakımından kategorize etmek sıradan bir iştir. Örnekleri şunlardır: "Benim bir geri zekâlı olduğumu düşünüyor" (beyin okuma), "Testi geçemeyeceğim" (falcılık), "Ben başarısızın tekiyim" (etiketleme), "Buna dayanamıyorum, berbat bir şey" (felaketçilik), "Başarılarım önemsiz" (olumlu şeyleri önemsememek), "Her şeyde başarısız oluyorum" (ya hep ya hiç düşüncesi), "Bunu başaramazsam diğerlerini de başaramayacağım" (aşırı genelleme) ve "Boşanmak tamamen benim hatamdı" (kişiselleştirme). Otomatik düşüncelerin bazen doğru veya kısmen doğru olduğunun farkında olmak çok önemlidir. Belki partideki adam gerçekten başarısızın teki olduğunu düşünüyordur, belki 'çarpıtma' kelimesinin kullanımı doğru değildir, yani belki de bunun yerine düşüncedeki 'önyargılar' demeliyiz. Ne de olsa depresyon ve anksiyete hastaları çoğu kez haklı çıkıyor, yani kötü şeyler olacak. Otomatik düşünce çarpıtmaları Tablo 1-1'de gösterilmektedir.

Tablo 1-1, Bilişsel Çarpıtmalar[1]

1. **Beyin okuma**: Kişilerin size yönelik düşünceleri hakkında yeterli deliliniz olmadığı halde onların ne düşündüklerini bildiğinizi varsayarsınız. "Benim başarısızın teki olduğumu düşünüyor."

---

[1] Leahy'den 1996, Telif hakkı Jason Aronson Inc.'e aittir ve izin alınarak yeniden basılmıştır.

2. **Falcılık:** Geleceği tahmin edersiniz, her şey daha kötü olacak veya yakında tehlikeli bir şey olacak gibi. "Bu sınavı geçemeyeceğim" ve "Bu işi alamayacağım."

3. **Felaketçilik:** Olmuş veya olacak olan şeylerin dayanamayacağınız kadar korkunç ve çekilmez olduğuna inanırsınız. "Başaramazsam çok feci olacak."

4. **Etiketleme:** Bazı genel olumsuz özellikleri kendinize veya başkalarına yüklersiniz. "Ben istenilmeyen birisiyim" veya "O alaksızın biridir."

5. **Olumlu şeyleri önemsememe:** Sizin veya başkalarının sahip olduğu olumlu şeylerin önemsiz olduğunu iddia edersiniz. "Bu zaten eşlerin yapması beklenen bir şey, dolayısıyla eşimin bana iyi davranması, dikkate alınması gereken bir şey değil." "Bu başarılar çok kolay, dolayısıyla da önemsiz."

6. **Olumsuz filtre:** Olumsuz şeyleri ayırarak hemen her zaman onlara odaklanırsınız ve nadiren olumlu şeyleri fark edersiniz. "Beni sevmeyen şu insanların tümüne bir bak".

7. **Aşırı genelleme:** Tek bir olay üzerinden genel olumsuz şeyleri algılarsınız. "Bu bana her zaman oluyor. Birçok şeyde başarısız olacağım galiba."

8. **İki uçtan birinde düşünme:** Olaylara veya insanlara ya hep ya hiç terimleriyle bakarsınız. "Herkes tarafından reddedildim" veya "Bu tamamen zaman kaybıydı".

9. **Olması gerekenler:** Her şeyi, basitçe ne olduğunu anlamaya odaklanmak yerine, nasıl olması gerektiği açısından yorumlarsınız. "Çok iyi yapmalıyım. Yapamazsam, başarısızım demektir."

10. **Kişiselleştirme:** Olumsuz olayları büyük oranda kendinize atfedersiniz ve belli olaylara başkalarının da sebep olduğunu göremezsiniz. "Evlilik benim başarısızlığımdan dolayı sona erdi."

11. **Suçlama:** Olumsuz düşüncelerinizin kaynağı olarak bir başkasını görürsünüz ve kendinizi değiştirme sorumluluğunu almayı reddedersiniz. "Şu anki hislerimin sorumlusu tamamen o" veya "Bütün sorunlarıma annem ve babam sebep oldu."

12. **Haksız mukayese:** Olayları gerçekçi olmayan standartlar açısından değerlendirirsiniz; örneğin öncelikle sizden daha iyi yapmış olanlara odaklanırsınız ve kendinizi onlarla karşılaştırarak aşağılık görürsünüz. "O benden daha başarılı" veya "Diğerleri sınavda benden daha iyi yaptı."

13. **Pişmanlık yöneltme:** Şu an daha iyi olarak ne yapabileceğiniz yerine geçmişte neyi daha iyi yapabilirdiniz fikrine odaklanırsınız. "Uğraşsaydım daha iyi bir işim olabilirdi." "Bunu söylememeliydim."

14. **Ya şöyle olursa?:** Sürekli olarak 'ya şöyle olursa?' tarzında sorular sorarsınız. Aldığınız cevapların hiçbirisi sizi tatmin etmez. "Evet, ama ya bunalıma girersem?", veya "ya nefesimi tutamazsam?"

15. **Duygusal muhakeme:** Duygularınızın gerçeği yorumlamanıza rehberlik etmesine izin verirsiniz. Örneğin, "Canım sıkılıyor, demek ki evliliğim iyi gitmiyor."

16. **Kurtulma yetersizliği:** Olumsuz düşüncelerinizle çatışabilecek her türlü kanıt veya argümanı reddedersiniz. Örneğin, "Ben sevilmeyen biriyim" düşüncesine sahipseniz, insanların sizi sevdiğine dair her delili alakasız diyerek reddedersiniz. Sonuçta, düşünceniz reddedilemez. "Asıl sorun bu değil, daha derin problemler daha başka faktörler var."

17. **Yargı odaklanması:** Başkalarını veya olayları basitçe tarif etmek, kabul etmek veya anlamak yerine kendinize iyi-kötü veya üstün-aşağı değerlendirmeleri açısından bakarsınız. Sürekli olarak kendinizi ve başkalarını yetersiz bularak, yapay standartlara göre değerlendirirsiniz. Kendiniz hakkındaki yargılarınız kadar başkalarının yargılarına da odaklanırsınız. "Kolejde iyi bir performans göstermedim" veya "Tenise başlasam da, başarılı olamam."

Fakat bireyi depresyona iten, temel varsayımlar ve kişisel şemalardır (hastanın hassasiyetleri). Örneğin, ben Susan'ın beni sevmediği otomatik düşüncesine sahipsem, Susan'ın onayına ihtiyacım olduğuna inanmadıkça veya bu benim başarısızın teki ve sevilmeyen birisi olduğuma dair temel şemamı (veya düşün-

cemi) harekete geçirmedikçe muhtemelen bunalıma girmem. Bilişsel terapist olumsuz olayların üzerinde "niçin" bu kadar derin anlamların olduğuyla ilgilenmesi bakımından davranışçı terapistten ayrılır. Örneğin, bir ilişkinin sona ermesi birçok insan için üzücü olsa da, ona yüklediğimiz anlam bakımından birbirimizden ayrılırız. Hastanın şemaları (veya hassasiyet konuları) onu, ayrılık kelimesine terkediş, liyakatsizlik, çaresizlik, boşluk veya sevilmezlik gibi farklı sayıda anlamlar yüklemeye sevk edebilir. Hatta özgürlük veya bağımsızlık gibi olumlu şemaları da harekete geçirebilir. Şemalar, varsayımlar ve otomatik düşünceler arasındaki ilişki Tablo 1-2'de gösterilmiştir.

Bu kitap boyunca birçok farklı terapistin benzer teknikleri kullandığını göreceksiniz. Bilişsel terapistler, korkulan uyarıcıyla yüzleştirme, model verme ve davranışsal prova, rahatlama (relakzasyon) eğitimi, aktivite listelemesi, dereceli görev tahsisleri, girişkenlik eğitimi, iletişim ve dinleme teknikleri, kendilik pekiştirmeleri gibi konularda davranışçı terapi uygularlar. Bilişsel terapist bilişsel modelden alınan bir takım güçlü tekniklere sahiptir. Bunların arasında düşünce dinlemesi, olumsuz düşünceleri sınıflandırmak, dikey iniş, temel varsayım ve şemaları belirleme, çifte standart tekniği, bir inancın kâr ve zararını incelemek, terapistle birlikte rol yapmak, düşüncenin zıt yönünde hareket etmek, başa çıkma ifadelerini ve yeni uyum sağlayıcı varsayımları geliştirmek. Bu davranışçı ve bilişsel tekniklerin örnekleri Tablo 1-3'te gösterilmiştir.

Tablo 1-2. Şemalar, Varsayımlar ve Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkiler

Şema	*Varsayım*	*Otomatik Düşünceler*
Sevilmeyen	İnsanları etkilersem, beni severler. İnsanlar beni tanımak isterlerse, benim başarısızın teki olduğumu sanacaklar.	Beni sevmiyor. Reddedileceğim. Ben sıkıcı birisiyim.

Çaresiz	Birileri bana yardım etmezse yaşayamam. Kendi başımın çaresine bakamam.	Hiçbir şeyi doğru yapamıyorum. Hata yaparsam, her şey dağılacak.
Terk edilme	Sabit bir güvenirlik kazanmazsam, terk edileceğim. Kendi başıma mutlu olmam imkânsız.	Beni terk edecek. Yalnız kalmak çok korkunç bir şey. Her zaman yalnız kalacağım. Ben kaybetmeye mahkûmum.

Tablo 1-3. Davranışçı ve Bilişsel Teknikler

Davranışçı Teknikler	*Örnekler*
Davranışsal hedefler	Hastanın değiştirmek istediği somut davranışlar. Örnekleri: Egzersiz dakikalarının miktarı, denetleme, elleri yıkama, ev ödevi yapma.
Yüzleştirme	Korkulan bir uyarıcıyla karşılaşmak. Örnek: Obsesif-kompulsif hastanın ellerini kirli suya soktuktan sonra yıkamaktan kaçınmasının istenmesi.
Uyarıcı-Tepki hiyerarşisi	Yüzleştirme halinde kullanılan tepkilerin veya durumların en fazla korkulandan en az korkulana doğru sıralanmış bir listesi. Örnek: Hasta ve terapist hastanın korktuğu durumların ve davranışların en çok korkulandan en az korkulana doğru sıralanmış bir listesini yaparlar. Hastanın asansör korkusu en az korkulan "bir asansör düşünmek", en çok korkulan "asansörle yüksek bir binanın tepesine çıkmak" şeklinde derecelendirilir.

Model verme	Terapist istenilen tepkiyi gösterir. Örnek: Terapist seansta hastanın sonradan taklit etmesi için hastaya uygun girişken tepkiyi gösterir.
Taklit	Hasta, terapistin tepkisini taklit eder. Örnek: Hasta başka bir kişide gözlemlediği davranışı "kopyalar" ve canlandırır.
Davranışsal prova	Hasta terapi dışında uygulamak istediği davranışı seansta canlandırır. Örnek: Hasta seansta patronuna nasıl çıkışacağını gösterir.
Relakzasyon eğitimi	Sırasıyla farklı kas gruplarını gevşetmek; rahatlatıcı görüntüleri hayal etmek; yavaş nefes alıp verme uygulaması. Örnek: Terapist hastanın kademeli olarak farklı kas gruplarını gevşetip germesini sağlar. Dinlendirici manzarası olan bir imajla bitirir.
Aktivite listelemesi	Gün boyunca aktiviteleri izlemek ve onları zevk, hâkimiyet duygusu, anksiyete, mutsuzluk, korku veya diğer duygular şeklinde sınıflandırmak. Örnek: Hasta ruh hallerini ve aktivitelerini izlemek için saatlik bir liste kullanır.
Dereceli görev tahsisleri	Zevk ve üstünlük oluşturması beklenen davranışları planlamak ve canlandırmak. Çoğu kez bu davranışlar terapistle hastanın oluşturduğu bir ödül menüsünden seçilir. Örnek: Hasta depresyona girmeden önce meşgul olduğu davranışların bir listesini çıkarır ve bu aktiviteleri en kolaydan en zora doğru kademeli olarak yapacağını kabul eder.

Girişkenlik eğitimi	Birisine zevkini veya kendine güvenini arttıracak meşru ricaları nasıl yapacağını öğretmek. Örnek: Terapist hastaya başkasının davranışını değiştirmek için gerekli olan sorumlu ricaları nasıl yapacağını öğretir. Daha sonra hasta seansların dışında girişken davranışları uygular.
İletişim eğitimi 	Başkalarıyla konuşurken "Ben'li ifadeler" kullanma alışkanlığını ortadan kaldırmak. Örnek: Terapist hastaya, karşı tarafı suçlamayan ifadeler kullanmaya, "Ben'li ifadeler"e ve hastanın sahip olduğu tercihlere ilişkin cümlelerin üzerinde durarak, sakin konuşmayı öğretir.
Aktif dinleme eğitimi	Sorgulama, ifadeyi başka türlü söyleme, empati kurma ve onaylama alışkanlığını öğretmek. Örnek: Hasta başkalarının duygu ve düşünceleri hakkında nasıl daha fazla bilgi alacağını öğrenir (sorgulama). Hasta duyduğu ifadeyi değiştirerek söyler ("Diyorsunuz ki..."), hasta muhatabının sahip olduğu duyguyu gösterir ("Sinirlisin...") ve hasta muhatabının konuşmasındaki doğru ifadeleri bulmaya çalışır ("Niçin bunu söylediğini anlıyorum, çünkü...").

Kendini ödüllendirme	İstenilen davranışları arttırmak için kendini ödüllendirmeyi veya somut pekiştirmeleri kullanmak. Örnek: Hasta kendini maddi olumlu sonuçlarla (yemek, sinema, hediye veya güzel bir davranış) veya olumlu ben cümleleriyle ("Denediğim için kendimle gurur duyuyorum") ödüllendirir.

Bilişsel Teknikler

Olumsuz düşünceleri belirleyin.	Hasta depresyon, anksiyete ve öfke ile ilişkili düşünceleri yansıtır. Örnek: Hasta daha kötü hissettiğinde ne düşünüyor olduğunu kendisi yansıtır. "Kendimi bunalımda hissettiğimde başarısız olacağımı düşünüyorum."
Düşüncedeki inanç derecesini ve inançla bağdaşan duygu derecesini değerlendirin.	Hasta olumsuz duygularını (ör., mutsuz, sinirli, öfkeli) belirledikten sonra, her bir duyguyla hangi düşüncelerin bağdaştırıldığını belli eder. Daha sonra ne kadar mutsuz olduğuna ve olumsuz düşüncesine ne kadar inandığına (0'dan 100'e kadar) bir değer verir. Örnek: "Beni sevecek birini asla bulamayacağımı düşündüğümde kendimi % 85 oranında mutsuz hissettim. Bu düşünceye % 90 oranında inanıyorum."

Olumsuz düşünceyi tasnif edin.	Hasta düşünceyi, düşünce tarafından örneklendirilen düşünme (biliş) çarpıtmalarına göre sınıflandırır. Bu çarpıtmaların örnekleri falcılık, beyin okuma, yanlış etiketleme, felaketçilik, kişiselleştirme, ya hep ya hiç tarzında düşünme, olumlu şeyleri önemsememe ve aşırı genellemedir.
Düşünce doğru olsaydı ne anlama gelirdi? (Dikey iniş)	Terapist sorar: "Eğer (düşünceniz) doğru ise, bu sizin için ne anlam ifade eder? Bu niçin bir sorun olsun? Ne olacak?" Bu sorular verilen her cevap için sorulur. Örneğin, "Eğer partide reddedilseydiniz, bunun sizin için çekici olmadığınız anlamına geleceğini söylediniz. Çekici olmasaydınız ne olurdu?"
Gizli varsayım nedir?	Terapist hastanın gizli kurallarını inceler. Örneğin, hastanın "öyle ise böyle" veya "meli malı" cümleleri. Örneğin, "Eğer biri beni sevmiyorsa, o halde bu benim sevilmeyen biri olduğum anlamına gelir."
Düşüncenin zarar ve faydaları nelerdir?	Terapist hastadan düşüncenin kendisi için avantajlarını ve dezavantajlarını listelemesini ve avantajlar ile dezavantajlar arasında 100 puan belirlemesini ister. Bu hastanın düşünceyi değiştirmeye olan motivasyonunu gösterir.

Kanıtlar nedir?	Hasta düşüncesini destekleyen veya reddeden kanıtları listeler. Kanıtlar ne kadar ağır basıyor? Kanıtın niteliği nedir?
Olayı bakış açınıza alın.	Hastadan olayı o'dan 100'e kadar aralıksız bir bütünlük boyunca incelemesi istenir. Olay gerçekleşirse aslında ne olur? Sonuçta daha kötü ve daha iyi ne olur, ne aynı kalır? Olay gerçekleşse bile, hala yapılabilecek olan şey nedir?
Çifte standart	Terapist hastaya sorar, "Aynı standardı başkalarına da uygular mısın? Niçin evet (veya niçin hayır)?"
Düşünceyi tartışmaya geri dönün.	Terapist ve hasta, hastanın olumsuz düşüncelerine karşı çıkmasının istenmesinde rol alırlar. Roller değişebilir.
Mantıklı analiz	Hasta haksız sonuçlar çıkartıyor mu? Örneğin, "Eğer sınavda başarısız olursam, ben başarısızın biriyim demektir?"
Bilgi eksikliği	Hasta, sonuca varmak için gerekli olan tüm bilgiye sahip mi? Örneğin, hasta göğüslerinde bir şişkinlik farkeder ve kanser olduğu sonucuna varır. Bir doktor ona daha fazla (doğru) bilgi verebilir mi?

Alternatif bir açıklama var mı?	Hastadan mümkün olduğu kadar çok alternatif sebepler ve sonuçları, özellikle daha az olumsuz olan alternatifleri incelemesi istenir.
Çözülecek bir sorun var mı?	Hasta sorununa bir sorun çözücü olarak yaklaşabiliyor mu? Sorun nedir; amaç ne olacak; ilgili kaynaklar, bilgiler, yetiler ve hareketler nelerdir? Hasta sorunu çözmek için ne tür planların gerektiğine inanıyor?
Kabul	Hastanın, düzeltmeye veya onunla çatışmaya çalışmaktan ziyade, kabul etmeyi öğrenebileceği bir gerçeklik var mı?

Bu kitabın bölümlerinin çoğu Beck'in çalışmasından çıkan sonuçlara dayanıyorsa da, yazarlar "teorik olarak bütünleştirici" çalışmanın yanı sıra bilişsel ve davranışçı modellerden de çıkarımlar yapmaktadır. Davranışçı modeller Foa, Lazarus, Lewinsohn, Bandura, O'Leary, Jacobson ve Rehm'in çalışmalarını içeriyor. Bilişsel ve bilişsel-davranışçı modeller Ellis, Burns, Barlow, Linehan, Mahoney ve Meichenbaum'un çalışmalarını içeriyor. Holland'ın bilişsel ve psikoanalitik görüşme üzerine yazdığı bölümde ve benim bilişsel teoriyi sosyal psikoloji, mikroekonomik teori ve Piagetci yapısalcılık ile bütünleştirmeye çalıştığım direnç (resistance) üzerine yazdığım bölümde bir teorik bütünlük görülmektedir.

Tecrübeli bilişsel terapist her hastaya aynı çözüm dolu çantayla yaklaşmaz. Terapist, hastanın özel durumlara ait bilişsel şemalarını, başa çıkma tarzını ve toplumsal realiteyi[1] göz önünde tutarak, bir vaka kavramlaştırması geliştirmeye çalışır.

[1] Bkz., Tompkins, bu kitap; Persons, 1989.

Bilişsel terapi ilk olarak bir direnç (resistance) modeline sahip olmadığı için eleştirilmiştir. Bu eleştiriler, birçok yazar tarafından kişilik bozukluklarını değerlendirirken (Beck ve Freeman) ve kendini ketleme stratejilerini incelerken[1] dile getirilmiştir. Ayrıca, bilişsel terapistler, bilişsel şemaları harekete geçirmek, düşünce ve duygudurumu değiştirmek için, davranışçı teknikleri, hipnozu ve betimsel sonuç çıkarma ve yeniden yapılandırmayı bütünleştirirler.[2] Aslında, ister depresyonlu hastayı harekete geçirmek (Greenberg), ister panik veya obsesif-kompulsif bozukluklarda yüzleştirme tekniklerini kullanmak (Mercier ve Holland), isterse de eşler arasındaki etkileşim, cinsellik ve iletişim yapılarını değiştirmek (Epstein ve Friedman) için olsun, davranışçı teknikleri kullanmadan bilişsel terapiyi uygulamayı düşünmek çok zordur.

Bilişsel terapi, uygulanması kolay bir terapi değildir. Terapist aktif, ilgi çekici, bilgili ve etkili olmalıdır. Bazı stajyerlerin benim bir bilişsel terapi diyaloğundaki çekici tavırlarımı gözlemlerken gösterdikleri şaşkınlıktan sık sık etkilenirim. David Burns'ün nezaretinde edindiğim tecrübeden hatırlıyorum da acaba hastaya ne tür sorular soracağımı nasıl öğrenmiştim? Gerçi kapsamlı bir denetimin ve eğitimin alternatifi yoktur, ama bilişsel terapide yeni olan terapist, temel tekniklerin ve soruların bazılarını çabucak öğrenip buradan başlayarak ilerleyebilir. Bilişsel terapiyi uygulamaya başladığım ilk aylarda her seansta Beck'in depresyon hakkındaki tedavi el kitabını bir yol haritası olarak kullanırdım. Terapistler kendi terapi uygulama tekniklerini zamanla geliştirirler. Eminim ki bu esere katkıda bulunanların terapi sürecine yönelik farklı tarzları ve kavramlaştırmaları vardır. Bunların tümü etkili ve değişiktir. Yeni terapist kendi kişiliğine uygun bir tarz ve metot bulacaktır. Stajyerlerime diyorum ki "Bu benim tarzım, fakat bu size daha iyi uyacak olan başka biçimlerde de yapılabilir."

---

1 Leahy, 1996; ayrıca bu kitap.

2 Bkz., Dowd, Mercier, Riskind ve Smucker, bu kitap.

Sadece bir bilişsel terapi olduğunu düşünmek çok dar fikirlilik olur. Albert Ellis, David Barlow, Peter Lewinsohn, Arnold Lazarus ve Neil Jacobson gibi bilişsel-davranışçı terapistlerin değerli katkılarına hepimiz borçlu olduğumuz gibi çoğumuz da bunları kullanıyoruz. Üstelik birçok bilişsel terapist diğer psikolojik modelleri kendi işleriyle bütünleştirmektedir. Örneğin Guidanno ve Liotti, Bowlby'nin sevgi hakkındaki çalışmasının hastanın şemalarını ve değişime karşı direncini anlamamıza yardımcı olurken zorlu hastalarla yapılan tüm çalışmalarımızı desteklemiş oldular. Bilişsel-davranışçı terapi kendini, entelektüel bölgesellik veya elitizm yoluyla değil, diğer teorik ve tedavi modellerinin önemli yapıtlarıyla entegre olarak geliştirir. Fakat şu da ilginçtir ki psikologlara hangi modeli kendi yaklaşımlarına entegre etmeye çalıştıkları sorulduğunda, en sık verilen cevap bilişsel terapi oluyor.[1]

Bu kitaba katkıda bulunanlar ülkenin önde gelen bilişsel terapistlerinden birkaçıdır. Birçoğu dolaylı olarak Beck veya Beck'in öğrencileri tarafından yetiştirilmiştir. Beck'in onuruna verilen bir akşam yemeğine katıldığımda, onunla çalışan birçok insan üzerinde ne denli kalıcı bir etki bıraktığı gerçeğini şaşkınlıkla gözlemledim. Birçoğumuz değişik kıtalara yayılmış durumdayız, yine de birbirimizle olan ilişkilerimizi yıllardır koruyup geliştirmeyi başardık.

Yine birçoğumuz bilişsel modelin terapistlerini yetiştirmekteyiz. Bugün Amerika'daki büyük şehirlerin çoğunda ve Londra, Tokyo, Roma gibi dünyadaki birçok büyük şehirde insanların terapi eğitimi alabileceği merkezler ve enstitüler bulunmaktadır. Bu kitabın yazarlarının birçoğu ya Pennsylvania Üniversitesi'ndeki Bilişsel Terapi Merkezi'nde ya da New York'taki Amerikan Bilişsel Terapi Enstitüsü'nde aktif olarak çalışmaktadırlar. Umuyoruz ki bu kitap, bunun yanı sıra benim kitabım *Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications*, okuyucuyu bilişsel terapiyi kendi uygulaması ile bütünleştirmeye teşvik edecektir.

---

[1] Alford ve Beck, 1997; Alford ve Norcross, 1991.

REFERANSLAR

Abramson, L.Y., Seligman, M. E. P. ve Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87: 102-109.

Alford, B. A. (1986). Behavioral treatment of schizophrenic delusions: a single-case experimental analysis. *Behavior Therapy* 17:637-644.

Alford, B.A. ve Beck, A. T. (1997). Cognitive Therapy: An Integration of Current Theory and Therapy. New York: Guilford.

Alford, B.A. ve Norcross, J. C. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 1(3): 175-190.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A.T. ve Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York: Guilford.

Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford.

Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57:414-419.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. ve Evans, M. D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. *Frontiers of Cognitive Therapy*, ed. P.M. Salkovskis, s. 293-317. New York: Guilford.

Leahy, R.L. (1995). Cognitive development and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychoterapy: An International Quarterly* 9:173-184.

------- (1996). Cognitive Therapy: Basic Principles and Applicapy: Basic Principles and Application.

Persons, J. (1989). Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach. New York: Norton.

2

BİLİŞSEL-GELİŞİMSEL TERAPİDE HİPNOZUN KULLANIMI

E. Thomas Dowd

Bilişsel terapi, nispeten yeni olmasına karşın, önemli bir gelişme kaydetmiştir. Başlangıçta Albert Ellis, Aaron Beck ve Donald Meichenbaum tarafından psikolojik bozuklukların temelini oluşturduğu düşünülen çarpık düşünce yapılarını tanımlama ve değiştirme yolu olarak geliştirilen bilişsel terapi, artık oldukça esnek ve çok yönlü bir tedavi prosedürleri koleksiyonu halini almıştır. Ellis, Beck ve Meichenbaum muhtemelen kendi kişiliklerinden ve teorilerinden kaynaklanan kendilerine ait metotlara sahip olmalarına rağmen, yaklaşımlarında ortak olan dört temel varsayım vardır. Bunların ilki, psikolojik bozuklukların yetiler, kendini beğenmişlik veya davranış ile ilgili bir olumsuz otomatik düşünceler kümesi ile ilişkili olduğu varsayımıdır. Bu otomatik düşünceler (bilişler), her zaman var olmasa da, strese yol açan durumlarda etkin hale gelecekti.[1] İkincisi, bu olumsuz otomatik düşüncelerin yapısal anlamda nispeten *geçmişe ilişkin* değerlerinin olmadığı varsayımıdır. Bireylerin şu an düşündükleri ile terapiste söylediklerinin geçmiştekilerden daha önemli olduğu değerlendirildi. Benzer şekilde, bu olumsuz otomatik düşüncelerin *niçin* var olduğuyla çok az ilgilendiler; onlara göre şu an için salt bunları değiştirmeye yoğunlaşmak yeterliydi. Duygusal huzur ancak bu şekilde elde edilirdi. Üçüncüsü, her sistem bir şekilde farklı prosedürlere vurgu yapsa da, temel vurgu olumsuz otomatik düşünceleri önlemeye

[1] Beck, 1987.

yönelikti. Her teorisyen, yine kişisel tarzın en az teori kadar temelde durduğu, farklı bir karşı eylem süreci kullanmıştır. Ellis doğrudan tartışmaya güveniyor; Beck karşıt delilin sunumunu kullanıyor; Meichenbaum ise yeni başa çıkma stratejileri geliştiriyordu. Dördüncüsü, olumsuz otomatik düşüncelerin, en azından terapistten gelen yardımla, bilinç düzeyinde ulaşılabilir olduğuna ilişkin bir varsayım mevcuttu. Bilinç düzeyine ulaşma imkânı olmayan otomatik düşünceler kavramı (yani duyguların bastırılması) daha önceleri davranış terapisinin öncüleri tarafından bilişsel terapiden çıkarılmıştı. Görüldüğü gibi bu varsayımların bazılarının psikoanalitik düşünceye karşı bir tepki oluşturduğu görülebilir.

Yakın bir geçmişte Dowd (henüz baskıda olan kitabında) bilişsel terapilerin evrimini anlattı ve şimdiye kadar bilişsel ve davranışçı terapi literatüründen uzaklaştırılan belirli psikodinamik kavramların geri döndüğüne dikkat çekti. Bunların içinde geçmiş olayların süregelen etkisi, insan gelişiminde anne-baba gibi ilk bakıcıların oynadığı önemli rol, temel şemaların gelişiminde insan bilgisinin yapısal doğası ve bilinçdışı bilginin insanın otomatik düşüncesindeki rolü yer alıyor. Dowd ve Courchaine (1996) bilinçdışı bilginin ve örtülü öğrenmenin işleyiş biçimini ve bilişsel terapinin uygulanışı için kaçınılmaz sonuçlarını ortaya koydu. Toparlarsak, bu olaylar insanın otomatik düşüncesi ve bilgi işlemlerinin aşamalı yapısal gelişiminin, daha önce ihmal edilen önemini, yani bilişsel-gelişimsel modeli öne çıkarmaktadır.

Bilişsel-gelişimsel yaklaşımda, bilişsel faaliyet bireylerin zaman içinde çevreleriyle sürekli etkileşimleri yoluyla aşamalı olarak oluşmuş ve farklılaşmış olarak kabul edilir. Bu etkileşimler sayesinde, şemalar denilen düzenli bilgi yapıları, anlamı sağlayan ve düzenleyen bilinçdışı kurallar ve sürmekte olan deneyim için bir tür tutarlılık oluşur.[1] Şemalar yaşamın başlangıcındaki ilk önemli insanlar ve olaylar tarafından şekillenirler. Şekillen-

[1] Dowd ve Pace, 1989.

dikten sonra oldukça somut olandan oldukça soyut olana doğru hiyerarşik bir sırayla düzenlenirler ve genellikle gelen duyum verilerini varolan şema ile tutarlı bir biçimde kısıtlama ve sevk etme yönünde hareket ederler. Fakat bazen gelen bilgiler o denli güçlü ve şemayla o derece tutarsızdır ki şema değişimi hemen hemen zorunlu hale gelir ve bu da derin psikolojik değişim ve bazen de düzensizlik ile sonuçlanır. Dikkat edilmelidir ki bu kavramlar Jean Piaget'nin[1] asimilasyon-uyum (assimilation-accommodation) kavramının yanı sıra Vittorio Guidano'nun (1987) kişisel bilişsel organizasyon (PC Org) kavramı ile de tutarlıdır.

Görüldüğü gibi şemalar veya düzenleyici bilişsel kurallar insan faaliyetinin yönetici etmenleridir. Bunlar aşamalı olarak daha düzenli oldukça ve yapısal olarak farklılaştıkça, yeni duyum verilerinin varolan bilişsel kategorilere uygun olarak yorumlanmasını gittikçe artan oranda kısıtlarlar.[2] Buradan da insanların yeni olayları daha önce bildikleri ve inandıkları vasıtasıyla yorumlama eğiliminde oldukları önermesi çıkıyor. Aslında, insanlar şemaya uymayan olayları hiçbir surette farkedemeyebilirler de. Karşılıklı biçimde, bu yorumlamalar varolan şemayı destekleyici yeni bilgiler sağlarlar. Varolan bilişsel yapı sadece yinelenen ve etkili uyumsuzluk hallerine karşı koyamayabilir ve bu durum da çoğu kez önemli bir psikolojik bozukluğa yol açar. Böylelikle, şemalar devam eden anlamlılığı ve kişisel kimliği koruyan tutucu bilişsel yapılar olarak görev yaparlar.

Bilişsel etkinliğin çoğu doğası gereği, bilinçdışı/sözsüz veya örtülüdür.[3] Ayrıca bilinçdışı/sözsüz bilgi daha zengin ve daha detaylı olduğundan, terapistin yardımı olsa bile, sözlü yöntemlerle ona kolayca ulaşılamaz. Sözlü psikoterapiler çoğunlukla açık ve kesin bilgi ile kullanılmak için geliştirilmiştir ve ancak

---

1 Rosen, 1989.
2 Dowd ve Courchaine.
3 Dowd ve Courchaine, 1996.

bu bilgi ile en iyi biçimde çalışırlar. Oysaki bilinçdışına veya örtülü bilgiye ulaşmak daha zor olduğu gibi onu değiştirmek de daha güçtür. Bu iki otomatik düşünce süreci birbirinin zıttı kutuplar olarak değil birbirini tamamlayan sabit etkileşimdeki süreçler olarak görülmelidir. Her ikisi de yaşam süresince ayrışmış ve farklılaşmış bir hale gelir.

Yukarıdaki tartışmadan çeşitli sonuçlar çıkmaktadır. İlk olarak, bilinçdışı bilginin ve örtülü öğrenmenin değişimi en iyi şekilde sözlü yöntemin dışındaki yöntemlerle sağlanabilir. Sözlü olmayan terapiler imajinasyon (hayal) çalışması, duygusal işleyiş, beden terapileri ve hipnotik (karşıt) koşullamayı içerir. Bu tür bilinçdışı bilgi aslında kesin bilgiden daha zengin ve daha detaylı olduğu kadar ulaşılması da daha güçtür. Ayrıca bu sözlü olmayan teknikler özellikle bilişsel-gelişimsel terapide önemli yer tutarlar.

İkincisi, insanın psikolojik faaliyetinin rahatsız edici yan ürünlerinden biri olmayan direnç (resistance), bilişsel işleyişin gerekli bir yönünü göstermektedir. Dowd (1993a) bir direnç şekli olan tepki (reactance)'nin bireyden bireye farklılık gösteren ve değişken araçlı bir terapötik süreç ve sonuç olduğuna dair birtakım deliller ortaya koydu. Dirençli bireylerin özgür, bağımsız ve egemen olma ihtimalleri daha fazla olduğundan terapiye alınmaları daha zordur. Terapistin ardışık direktiflerine direnebilirler. Daha çok seans kaçırabilir ve terapiyi daha erken sonlandırabilirler. Yine de, direnç, bilişsel sistemi psikolojik düzensizliğe ve temel kimlik ve kendilik kavramı yapılarının kaybolmasına neden olan çok hızlı değişimden korumak için gerekli olabilir. Önemli psikolojik değişikliklere karşı yavaş ve ölçülü yaklaşımı savunan terapötik önerme muhtemelen iyi kurulmuştu. Bu bilişsel dirençten dolayı küçük ve yinelenen adımlar büyük ve bir kez yapılan müdahalelerden daha etkili olabilir. Özellikle Eriksoncu hipnoterapistler hipnoterapötik metotların geçici (bypassing), boşaltıcı (discharging) veya yer

değiştirici (displacing) dirençlerde daha faydalı olduğunu ileri sürmekteler.[1]

Üçüncüsü, doğrudan kimlik, kendilik-kavramı ve bilinçdışı kuralların temel şemalarına yönelik olan müdahaleler, daha önemsiz davranışlara ve tavırlara yönelik olanlardan daha etkili olabilirler. Fakat burada iki sorun ortaya çıkıyor; temel şemaları belirleme ve onları değiştirecek müdahaleleri geliştirme. Bu bölüm her iki soruna yönelik hipnoterapötik metotlara odaklanıyor.

Temel Bilişsel Şemaların Belirlenmesi

Şemalar, tam tanımıyla, bilinçdışı bilişsel yapılar olduklarından, terapist desteği olsa bile, bilince ulaşmaya kolayca izin vermezler. Gerçekten, danışanın veya hastanın önemli şema değişimine yönelik direnci, temel kimlik yapılarını korumak için, genellikle onların kolayca tespit edilmesini engeller. Yine de tedaviye devamlılık ve hasta işbirliği ile şemalar belirlenebilir. Özellikle yararlı araçlardan birisi Jeffrey Young (1990) tarafından geliştirilen Şema Anketi'dir (Schema Questionnaire). Young otonomi (autonomy), bağlanmışlık (connectedness), değerlilik (worthiness) ve sınır ve standartlar (limits and standards) gibi dört alanda onbeş tane "Erken Dönem Uyumsuz Şeması (Early Maladaptive Schemata)" tespit etti. Ayrıca, Young üç şema süreci de belirledi: Şema muhafazası, şema iptali ve şema telafisi. Örneğin, sınır durum olan danışanın veya hastanın, bağlılık alanının bir parçası olan terk edilme-kaybetme şeması (bireyin önemli şeyleri kaybetme ve duygusal olarak yalnız kalma korkusu) olabilir. Bu şema onu terk etmeye meyilli arkadaşlar seçerek muhafaza edilebilir, arkadaş çevresini

[1] Dowd, 1993 b.

dikkatli bir biçimde sınırlayarak iptal edilebilir ve varolan arkadaşlarıyla olan aşırı ilgi alanlarını değiştirerek telafi edilebilir.

Şema Anketi'nin dışında bilişsel-gelişimsel hipnoterapistlerin bilinçdışı bilgiyi tespit etmek için kullanabileceği başka metotlar da bulunmaktadır. Bunlardan birisi hipnotik transta güdümlü imajinasyonların kullanımıdır. Örneğin, sosyal iticilik (değerlilik alanında) şemasına sahip görünen bir hastadan kendisini sosyal bir toplantıda yabancılarla sohbet ederken hayal etmesi istenebilir. Genellikle, oluşturulan imajinasyonun seviyesi ne kadar yüksekse, bir ana şemanın kapısının tıklatılması ihtimali o kadar büyüktür.[1] Böylece, şemalar hipnotik imajinasyon boyunca tespit edilen duygudurumun şiddetine göre hiyerarşik sırayla düzenlenebilir.

Golden ve Friedberg (1986) hipnoterapide 'anımsatıcı imajinasyon' denilen ilgili bir teknik tanımladılar. Hastadan kendisi açısından stresli bir ortam tahayyül etmesi ve buna ilişkin düşünce ve duygulara odaklanması isteniyor. Örneğin, stresli bir iş ortamının imajinasyonu bir yetersizlik-başarısızlık şemasının (değerlilik alanında) düşünce ve duygularını harekete geçirebilir. Kontrollü hayalin (hipnodrama) aksine, anımsatıcı hayal terapist tarafından yönetilmez.

Erken dönem uyumsuz şemaları belirleme ve değerlendirmeye yönelik başka bir hipnotik teknik de yaş geriletmesidir. Yaş geriletmesi özellikle hipnoza girme yeteneği daha yüksek olan hastalar için yararlı olduğu için, herkes için uygun olmayabilir. Fakat hipnoza girme ihtimali çok yüksek olmayan hastalar trans halindeyken geçmiş hatıraların kendiliğinden tekrar canlandırılmasından faydalanabilirler. Örneğin, zarar ve hastalık şemasına (otonomi alanında) hassasiyeti olan bir hasta aşamalı olarak özellikle hassas olduğu bir yaşa geri götürülüp hastadan ortamı ayrıntılı olarak tasvir etmesi istenebilir. Bu da terapiste hipotezini değerlendirmek için materyal sağlayacaktır. Geçmiş olayları gözden geçirirken, terapist hastaya trans halin-

---

[1] Young, 1990.

deyken basitçe hayatında önemli bir rol oynadığına inandığı geçmişe ait olaylar veya insanları hayal etmesini isteyebilir. Serbest çağrışıma benzerlik açıkça görülmelidir. Çoğu kez, yaşamın ilk yıllarındaki bu olayların belirlenmesi spontane olarak gelişen, şemanın yeniden değerlendirilmesi sürecine başlamak için yeterli olabilir. Fakat hasta, şemanın lehine ve aleyhine olan kanıtları incelerken çoğunlukla, yaşamın ilk yıllarındaki bu şemaların değiştirilmesi mevcut gerçeklikle tekrar tekrar yapılacak bir mukayese gerektirir.

Temel Bilişsel Şemaların Değiştirilmesi

Freeman ve çalışma arkadaşları (1990) ve ayrıca Young (1990) temel varsayımları ve temel şemaları değiştirmek için çeşitli müdahaleler tanımladılar. Hipnoterapötik metotlar bunların bazıları için özellikle yararlı olabilirler. Bu metotların önemli bir sınıfı zihinsel imajinasyon teknikleridir.[1] Bunlar hipnoterapötik adaptasyonları ile birlikte aşağıda tartışılmaktadır.

Değiştirme ve Başa Çıkma İmajinasyonu

Birçok sıkıntılı hasta problemli durumlarda otomatik işlev dışı hayaller görürler. Çoğu kez bu hayaller o kadar kısa sürelidir ki hastalar onların farkına neredeyse hiç varmazlar. Hipnoz bu hayalleri ortaya çıkarmak ve değiştirmek için ideal bir araçtır. Örneğin, topluluk içinde konuşma korkusu olan bir hastadan trans halinde kendisini bir meclisin önünde konuşurken hayal etmesi istenir, bu sırada kendisine korkusu da sorulur. Daha sonra bu hayali yavaşça ve açıkça konuştuğu başka bir hayalle değiştirmesi istenir ve giderek azalan korkusu yine so-

[1] Freeman vd., 1990.

rulur. Değiştirme ve başa çıkma imajinasyonu belki yaş ilerletmesi denilen teknikle daha sağlam kurulabilir. Yaş geriletmesi hastayı geçmiş bir olaya götürürken, yaş ilerletmesi hastayı varsayılan bir geleceğe veya gerçek bir olaya götürür. Hastaya trans halindeyken kendisini yakında gerçekleşeceğini bildiği, bir topluluk huzurunda konuşma ortamına götürmesi ve kendisini açıkça ve etkili konuşan, kendine güvenen biri olarak hayal etmesi söylenebilir. Hipnoterapist hastanın imajinasyonunu şu şekilde yönlendirebilir:

"Sizden kendinizi emin adımlarla ve sorumluluk duygusuyla yavaşça bir podyuma doğru yürürken hayal etmenizi istiyorum. Konuyu iyi bildiğinizi biliyorsunuz, doğru mu? Seyircilerin sizi dinlemek için can attıklarını görüyorsunuz. Konuşmaya başladığınızda bir anlık bir endişe duyuyorsunuz, fakat kendinize konuya hâkim olduğunuzu hatırlatıyorsunuz. Ayrıca kendinize hiç olmadığı kadar yavaş konuşmanız ve sık sık duraklamanız gerektiğini hatırlatıyorsunuz, biliyorsunuz ki bu şekilde seyirciler sizi daha iyi anlayacaktır. Ve konuştukça kendinize güveniniz artıyor, kendinize güveniniz arttıkça daha iyi konuşuyor ve anksiyetenizin yavaş yavaş azaldığını hissediyorsunuz."

Duyarsızlaştırma ve Taşırma (Flooding) İmajinasyonu

Sistematik duyarsızlaştırma ve taşırma birçok açıdan hipnotik tekniktir. Sadece hastanın trans halinde birçok kez rahatlatılması değil, ayrıca terapist tarafından tasarlanıp uygulanan hiyerarşiler de hipnotik telkin kalıplarına çok benzemektedir. Temel olarak, kullanılan tedavinin esasları bakımından ve duyarsızlaştırma ve taşırmanın amaçlarının daha sınırlı olması açısından farklılık gösterirler. Bu teknikleri hipnoza uyarlamak için gerekli olan şey prosedürü hipnotik olarak tekrar tanımlamak ve planlanmış bir anksiyete hafifletmesi önermektir.

Bilişsel Prova

Burada hasta kendisini, seçtiği bir konuda farklı ve daha uyumlu bir şekilde davranırken hayal eder. Örneğin, bir bayandan randevu isterken daha açık seçik olmayı isteyebilir. Göstermek istediği yeni davranışı belirledikten sonra, hasta, hipnotik bir transta, kendisinin randevu isterken bu şekilde davrandığını hayal edebilir. Ayrıca, kendisinden bu yeni davranışın ona hissettirdiklerini gözlemlemesi, belirlemesi ve daha sonra bu durumu gerçek randevu olaylarında hissettiği olağan duygularla karşılaştırmasını isteyebilir. Hipnotik rutin şu şekilde yapılandırılabilir:

"Karen'e doğru yürüdüğünüzü hayal edin, karşısında dimdik duruyorsunuz ve gözlerinin içine bakıyorsunuz ve ona Cumartesi gecesi dansa gitmeyi teklif ediyorsunuz. Tepkisini gözlemleyin ve neler hissettiğinize dikkat edin. Şimdi bu durumu yapmak istediğiniz farklı seçeneklerle kafanızda tekrar canlandırın, olması gerektiği gibi olduğuna emin olana kadar bunu sürdürün."

Young (1990) şemaları değiştirmek için dört çeşit müdahale tanımladı: Duygusal teknikler, kişilerarası teknikler, bilişsel teknikler ve davranışçı teknikler. Hipnoterapi özellikle birinci alanda yararlı olabilir. Aslında, Young'a göre şema odaklı bilişsel terapi sadece çocukluktan gelen sorunlara daha fazla odaklanarak belirlenemez, ayrıca duygusal teknikleri daha çok kullanır.

Hayali Diyaloglar Yaratma

Bu teknik, hastanın hayatında daha önce yer almış önemli bir kişi ile diyalog yaratmak için kullanılabilir. Young (1990) diyaloğun hastanın gözleri kapalı olarak uygulanmasını tavsiye ediyor; bu sadece hipnotik transtaki diyaloğu uygulamadan önceki küçük bir adımdır. Hastalar isterse kendilerini, isterlerse önemli bir kişiliği canlandırabilirler veya ikisi arasında gidip ge-

lebilirler ya da iki bireyden birinin rolünü terapist oynayabilir. Hastadan, normalde yaptığı gibi değil, yapmak istediği gibi cevaplar vermesi istenir. Örneğin, bir keresinde bir hastam olmuştu; kendisi, büyükbabasına (onun hayatındaki önemli bir kişi) bir hoşçakal bile diyemeden adam aniden ölmüş. Bir transta onun varlığını hayal edebildi ve ona daha önce hiç yapmadığı bir şekilde veda etti. Hipnotik telkin kalıbı şöyle bir şeydi:

"Şimdi büyükbabanızı yaşarken olduğu gibi karşınızda durarken hayal edin. Orada olduğunu biliyorsunuz, fakat orada çok fazla kalmayacağını da biliyorsunuz. Ona sizin için ne kadar önemli olduğunu, onu ne kadar sevdiğinizi ve ne kadar özleyeceğinizi söyleyin."

Bu kalıbın ve varyasyonlarının birkaç kez tekrarından sonra, hasta kendisini çok rahatlamış hissettiğini bildirdi ve sonunda bu önemli ölüme bir nihayet vermeyi başardı.

Duygusal Katarsis (Boşalım)

Geştalt terapistleri, bitmemiş duygusal işten doğan ıstırabı azaltacak olan boşalma duygudurumunun önemini uzun uzun vurgulamışlardır. Fakat bu, çoğu kez olumsuz olan duygudurumun ifade edilmesi güçlü duygudurumların ifadesine karşı olan kültürel ve ailevî yapılar tarafından engellenebilir. Hipnoz, bu tür ifadelerin direncini azaltarak, hastanın şimdiye kadar kendisine yasaklanan şeyleri ifade etmesine izin verebilir. Örneğin, babasına olan sinirini ifade edememiş (çözememiş) olan bir hasta trans halindeyken babasıyla konuşmaya teşvik edilebilir. Hipnotik katarsis (boşalım) geçici bir duygusal rahatlık sağlayabilecekse de, böyle bir çözüme yönelik öfke ve davranış aşamalarının var olan gerçeklikteki reel durumunun incelenmesi gerekir. Böylece olumsuz duygudurumun ifade edilmesi güçlendirilmeyecektir. Olumsuz duygudurumun ifade edilmesinin teşviki, katartik prensip yoluyla duygudurumun

gelecekte kötüye gitmesini değil, destekleme prensibi ile iyiye gitmesini sağlar.

Yaş Geriletmesi ve Geçmiş Anıların Gözden Geçirilmesi

Yaş geriletmesi temel bilişsel şemaları belirlemenin yanı sıra onları değiştirmek için de kullanılabilir. Daha önce belirtildiği gibi, yaş geriletmesi ile tespit edilen temel bilişsel şemalar, hipnotik yollar dışında bugünün şartları ve realitesi ışığında tekrar değerlendirilebilir. Fakat bir temel şemanın tekrar değerlendirilmesi hipnotik olarak da başlatılabilir. Dowd (1992) bunun nasıl yapılabileceğinin örneğini vermiştir. Dowd hipnoterapiyi aşırı karanlık korkusu olan bir hastada kullandı. Yaş geriletmesi yoluyla, hastadan sorunu için önemli olan bir aya veya yıla geldiğinde geriye gitmeyi bırakmasını isteyerek, hastanın üç yaşındaki korkusuna uzanıldı. Ardından hastanın çocukluğuna ait duygu ve düşüncelerini bir yetişkin bağlamında tekrar yapılandırmak için aşağıdaki hipnotik telkin kalıbını kullandı:

"Çocuklar, küçük ve zayıf; yetişkinler ise onlara göre çok daha fazla güçlü göründüklerinden, kendilerini çaresiz ve korkak hissederler... Belki siz de böyle hissediyorsunuz... Yaşımız arttıkça daha büyük, daha güçlü ve daha kuvvetli oluruz. Fakat çoğu kez, eski korku duygularımız kalıcı olur; belki siz de böyle hissediyorsunuz. Bazen, en sonunda büyüyüp bir zamanlar bize çok büyük ve önemli görünen kişi kadar olduğumuzun farkına bile varmayız, öyle değil mi? Yine de hala korkak ve çaresiz bir çocuk gibi hissederiz... Fakat yetişkinler olarak çocukların korktukları şeylerden korkmamamız gerekir."

Bu hipnotik telkin kalıbı yinelendikçe ve aşama aşama detaylandırıldıkça, bu son cümle bir nakarat gibi kullanılır. Yaş geriletmesinin ve geçmiş anıların gözden geçirilmesinin diğer örnekleri Dowd (1996) ve Smith (1996)'in çalışmalarında görülebilir. Dowd'un çalışmasında, ana-baba ilişkilerine yönelik

bilinçdışı otomatik düşünceleri tekrar yapılandırmak ve hastaya altını ıslatma problemine yönelik yeni bir dolaylı-örtülü öğrenme sağlamak için Erikson'un tarzına benzer bir hipnotik kalıp kullandı. Smith'in çalışmasında ise daha travmatik olaylar hakkındaki, yaşamın ilk yıllarındaki anılarını açığa çıkartmak için kullanıldı ve bu olaylardan daha sonra hipnoz yöntemi kullanılmaksızın güçlü bilişsel şemaları değerlendirmede yararlanıldı.

Geçmiş Anıların Değiştirilmesi

Son zamanlarda geçmiş anıların doğruluğu hakkında, özellikle cinsel tecavüz alanında çok yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Fakat ne tür anıların değişip hangilerinin değişmeyeceği çok belirgin olmamasına rağmen, anıların zaman geçtikçe, çoğunlukla kendilik-geliştirici yönde değişmesi olasıdır. Bunun için savaş gazilerinin ayrıntılı savaş anılarında yıllar geçtikçe kendilerini hareketin merkezine daha fazla koymaya başladıklarını hatırlamak yeterli olur. Fleming ve çalışma arkadaşları (1992) anının sübjektif deneyimini manipüle eden üç değişken olduğunu gösteren deliller sundular: Bağlam, dikkat ve olayın hatırlanma sayısı. *Bağlam*, hastanın asıl öğrenmenin gerçekleştiği ortamlara benzer ortamlarda daha iyi öğrenebileceğini veya hatırlayabileceğini gösteriyor. *Dikkat* anının dikkatin bölünmesi veya odaklanması durumlarında farklı farklı olduğunu gösteriyor. *Olayın hatırlanma sayısı* daha sıklıkla hatıra gelen olayların daha az anımsandığını fakat daha tanıdık, ayrıntılı ve belirgin olduğunu gösteriyor.

Bilişsel-gelişimsel hipnoterapinin uygulanmasında önemli tedavi içerikleri bulunmaktadır. Birincisi, hastaları erken bir zamana götürmek için yaş geriletmesini kullanarak, önemli bilgilerin hatırlanması bağlamsal benzerlik sayesinde arttırılabilir. Ayrıca yeni öğrenmeler de böylelikle arttırılabilir. İkincisi, yaygın olarak Eriksoncu hipnoterapide yapıldığı gibi, bölünmüş dikkati kullanmak, hastalar hipnotik mesajın kaynağını terapist-

ten ziyade kendilerine atfettikleri için, direncin azalmasına sebep olabilir. Araştırmalar ayrıca gösterdi ki hipnoz deneycinin verdiği mesajların hatırlanmamasını etkileyebilir. Bu, özellikle hipnotize edilebilme ihtimali daha yüksek olan denekler için telaffuz edilen bir fenomendir. Üçüncüsü, hastaların anıları terapistler tarafından, hipnotik bir transta önemli olayların yinelenerek hatırlanması yöntemini kullanarak şekillendirilebileceğinden, "yineleme prensibi" özellikle önemli olabilir. Örneğin, kendisinin de ihmalkarlık sonucu sorumlu olduğu bir tecavüzü hatırlayan bir hastanın, terapistin belki de onun bundan sorumlu olmadığı ve herhangi bir katkısının bulunmadığını hatırlatmak için terapist tarafından yönlendirilerek olayı tekrar tekrar hatırlaması yoluyla kendisini suçlama duygusunu azaltmasına yardımcı olunabilir. Bu teknik zaten gittikçe birçok psikoterapik ve hatta sıradan konuşmaların konusunu oluşturmaya başladı (tabi pek olumlu bir doğrultu da değil!). Fakat psikolojik açıdan sağlıklı yöntemlerle anıyı şekillendirmek için hipnotik tavsiyelerin ihtiyatlı bir tarzda kullanımıyla bu tekniği geliştirmek mümkündür. Alloy ve Abramson'un (1988) belirttiği gibi, depresif hastalar ortamları depresif olmayanlardan daha realistik olarak algılayabilir ve kendilik-geliştirici bilişsel önyargılar daha hafif depresyonla bağdaştırılabilir. Az miktarda bilişsel çarpıtma yararlı olabilir!

Hipnotik (Karşıt) Koşullama

Koşullama veya karşıt koşullama, uzun zamandır terapide kullanılan araçların bir parçasıdır. Başlangıçta bir davranışçı teknik olarak gelişmiş olsa da, bilişsel terapi literatürüne gizli duyarlılaştırma ve koşullama[1] olarak girdi. Tekniğin özü, stresli bir durumun genellikle relakzasyon (rahatlama) gibi zıddı bir tepki ile eşleştirilmesidir. Psikolojik açıdan acı veren erken yaşanmış bir olay veya durum, hipnoterapötik varyantında, hasta trans halinde iken kendisine hatırlatılır, daha sonra transla bağ-

[1] Cautela, 1975.

daşan bir relakzasyon ile eşleştirilir. Hipnotik trans relakzasyon gerektirmese de, hipnotik karşıt koşullamada sorunlu imaj hatırlatılmadan önce hastanın iyice rahatladığından emin olmak özellikle önemlidir. Örneğin, aşırı sinirli patronuyla başı belada olan bir hastadan, patronunun ona yaptığı bir hatadan ötürü, bağırırken görüntüsünü hatırlaması istenir. Daha sonra, zihninde bu görüntüyü geliştirirken yavaş yavaş rahatlaması istenerek transa geçirilir. Daha sonra, gelişimsel olarak, bu görüntü yaşamın ilk yıllarındaki sinirli anne-baba veya başka bir önemli bakıcı ile yaşanan olası güçlüklerle bağdaştırılabilir. Bu yaklaşım ve birçok standart imaj, Kroger ve Fetzler (1976) tarafından bol bol tarif edilmektedir.

Bir Uyarı

Değinilmesi gereken bir konu daha var. Bu bölümdeki örnekler ve hipnoterapi ile ilgili diğer yazılar okuyucuya bir seanslık hipnoz müdahalelerinin, hastanın sorununu çözmek için yeterli olduğu izlenimini verebilir. Diğer bütün psikoterapi müdahalelerinde olduğu gibi hipnoterapi de birkaç, belki de birçok seansta aynı şeyleri tekrarlamayı gerektirir. İyice yerleşmiş şemalar hiçbir müdahaleye kolayca boyun eğmez! Dolayısıyla, hipnoterapistin, özellikle bilişsel-gelişimsel bir yaklaşımı takip eden bir hipnoterapistin, birbirini takip eden görüşmelerde aynı rutinleri kullanmaya hazır olması çok önemlidir. Bunu yaparken kalıplarını, hem kendisi hem de hasta açısından sıkıcı olmaması için gerektiği gibi değiştirmelidir.

Hipnozun bilişsel-gelişimsel terapiye kazandıracağı çok şey vardır. Hastanın tedaviye direncini azaltarak veya değiştirerek temel gizli şemalara ulaşmaya yardımcı olabilir. Hastaların hala mevcut otomatik düşünce ve davranışlarında önemli bir rolü olan yaşamlarının ilk yıllarındaki anılarına erişmelerine ve onları tekrar biçimlendirmelerine yardımcı olabilir. İfade edilen di-

renci azaltıcı yöntemlerle, varolan bilişsel şemalara güçlü çıkışlar sağlayabilir. Son olarak, hastalara ve başkalarına birçok problemle başa çıkarken kullanabilecekleri önemli bir kendini kontrol etme stratejisi sağlayabilir.

REFERANSLAR

Alloy, L. B. ve Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: four theoretical perspectives. *Cognitive Processes in Depression* kitabında, ed. L. B. Alloy. New York: Guilford.

Beck, A.T. Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 1:5–38.

Cautela, J.R. (1975). Covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 23: 15–27.

Dowd, E.T. (1992). *Hypnotherapy. Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy* kitabında, ed. A. Freeman ve F. M. Dattilo, s. 277–283. New York: Plenum.

------- (1993a). Motivational and personality correlates of psychological reactance and implications for cognitive therapy. *Psicologia Conductual* 1:131–140.

-------- (1993b). Cognitive-developmental hypnotherapy. *Handbook of Clinical Hypnosis* kitabında, ed. J.W. Rhue, S.J. Lynn ve I. Kirsch, s. 215–232. Washington, DC: American Psychological Association.

--------(Baskıda). La evolucion de las psicoterapias cognitivas (The evolution of the cognitive therapies). Manual de psicoterapias cognitivas: Estada de la cuestion y proceso terapeutico (Handbook of cognitive psychotherapies), ed. I. Caro. Barcelona: Editorial Paidos, S.A.

Dowd, E.T. ve Courchaine, K.E. (1996). Implicit learning, tacit knowledge, and implications for stasis and change in cognitive

psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 10:163–180.

Dowd, E.T. ve Pace, T.M. (1989). The relativity of reality: second order change in psychotherapy. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy,* ed. A. Freeman, K.M. Simon, L. E. Beutler ve H. Arkowitz, s 213-226. New York: Plenum.

Fleming, K., Heikkinen, R. ve Dowd, E.T. (1992). Cognitive therapy: the repair of memory. *Journal of Cognitive Psycho therapy: An International Quarterly* 6:155–173.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. ve Simon, K.M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy.* New York: Plenum.

Golden, W.L. ve Friedberg, F. (1989). Cognitive-behavioral hypnotherapy. *Cognitive-Behavioral Approaches to Psychotherapy,* ed. W. Dryden ve W. Golden, s. 290–319. London: Harper & Row.

Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self.* New York: Guilford.

Kroger, W. S. ve Fetzler, W. D. (1976). *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning.* Philadelphia: Lippincott.

Rosen, H. (1989). Piagetian theory and cognitive therapy. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy,* ed. A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler ve H. Arkowitz, s. 189–212. New York: Plenum.

Smith, W.H. (1996). When all else fails: Hyonotic exploration of childhood trauma. *Casebook of Clinical Hypnosis* kitabında, ed. S.J. Lynn, I. Kirsch ve J.W. Rhue, s. 113–130. Washington, DC: American Psychological Association.

Young, J. E. (1990). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

3

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİDE VAKA FORMÜLASYONU

Michael A. Tompkins

Vaka formülasyonu veya kavramlaştırması, bir hastanın sorunlarının devamına yol açan veya onları muhafaza eden temel psikolojik mekanizmalar hakkında bir hipotezdir. Vaka formülasyonları terapistlerce terapiyi yönlendirmek ve odaklamak için kullanılırlar ve özellikle, hastanın sıkıntıları çok fazla ve karışık olduğu, hastanın tedavi tavsiyelerine uymadığı veya terapist-hasta ilişkisinin sorunlu olduğu durumlarda oldukça yararlıdır. Bir vaka formülasyonu genellikle teori merkezlidir, yani sorunlar veya psikolojik rahatsızlıklar, özel bir psikolojik teorinin yapıları ve süreçlerini temele alarak açıklanır. Ne yazık ki, bilişsel-davranışçı terapi hakkında çok az şey yazılmıştır.[1] Bu bölüm bilişsel-davranışçı terapide vaka formülasyonunun rolünü açıklıyor, bir bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu modeli tarif ediyor, bu modeli bir klinik vakaya uyguluyor ve klinik kararlar vermek ve müdahaleler yapmak için vaka formülasyonunun nasıl kullanıldığını gösteriyor.

[1] Persons (1989), Turkat (1985), Turkat ve Maisto (1985) gibi yazar ve eserleri bunun dışında tutulmalıdır.

Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyonunun Rolü

Vaka formülasyonunun merkezi rolü tedavi sonuçlarını da olumlu olarak etkilemektedir. Bu anlamda terapist, bir formülasyonun niteliğini oluşturmak için bir işlevsel yaklaşım benimser.[1] Terapistin tedavi şeklini seçmesine yol göstermek, terapistin bu tedavi şekli ile ne tür müdahale stratejileri uygulayacağını seçmesine yardımcı olmak, terapiste hastaları için ev ödevleri oluşturma ve ev ödevine itaatsizlik durumları ile etkili bir biçimde çalışma hususlarında rehberlik etmek, terapiste terapötik ilişkiyi tehdit eden veya tedaviyi zora sokan hasta davranışlarını anlama ve bunlara uygun biçimde müdahale etmesinde yardımcı olmak ve hastanın ilgili uyumsuz yapılarının hastanın yaşamında ve terapi sırasında kendilerini ne şekilde gösterdikleri hakkında daha iyi bir anlayış kazanmak vaka formülasyonunun diğer işlevleridir.[2]

Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyonu Modeli

Burada tarif edilen vaka formülasyonu modeli Persons'un (1989, 1993), Persons ve Tompkins'in (1997) ve Beck'in (1976) bilişsel terapisinden ve Nelson ve Hayes'in (1986) tanımladığı işlevsel analizden çıkardıkları çalışmalarına dayanmaktadır. Beck'in bilişsel psikopatoloji modeline göre sorunlar ve semptomlar, gizli temel inançların yaşanan stresli olaylar yüzünden aktif hale gelmesinden kaynaklanır. Bilişsel terapi sorunlu davranışlara sebep olan ve/veya onları sürdüren bilişsel yapılar ve

---

1 Hayes vd., 1987.

2 Persons, 1993.

süreçlerin değiştirilmesine odaklanır. Uyumsuz davranışları yönlendiren ve/veya muhafaza eden işlevsel ilişkilerle ilgilenen işlev analizi, açıkça sorunlu davranışların belirlenmesi, bu davranışları sürdüren ve yönlendiren tutarsızlıklar ve davranışların, tedavi sonucunun objektif ölçümlerindeki rolüne odaklanır. Bu iki teorinin bilişsel-davranışçı vaka formülasyonuna yaptıkları katkılar aşağıdaki vaka formülasyonu taslağının (Tablo 3–1) yapısında açıkça görülmektedir. Vaka formülasyonunun bileşenlerinin tanımı ve daha sonra bu modelin klinik bir uygulaması (Tablo 3–2) bunu takip edecektir.

Problem Listesi

Problem listesi, sorunlu davranışın ve/veya ruh halinin sürmesinden sorumlu olduğu düşünülen bilişlerin (otomatik düşüncelerin) bir tanımını içeren basit ve düz bir dille anlatılan hasta problemlerinin kapsamlı bir listesidir.

Tablo 3-1. Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyonu Taslağı

Bilgileri belirleme
Problem listesi
Temel ve koşullu inançlar
Kaynaklar
Tetikleyici ve aktive edici durumlar
Geçerli bir hipotez
Amaçlar Müdahaleler
Tahmini tedavi engelleri

Problem listesindeki her problemin Beck'in modelinin üç anahtar bileşeni açısından tanımlanmış olması bakımından, Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu ile Beck'in bilişsel teorisi arasındaki ilişki çok açıktır. Bu bileşenler; sorunlu davranış ve/veya ruh hali, gizli temel inançlar ve bunları etkinleştiren ya-

şanmış olaylardır. Örneğin, "Çalışma Güçlükleri" en iyi şekilde iş ortamındaki sorunlu davranışlar veya ruh halleri, (işle ilgili görevlerden kaçınma, sinirli taşkınlıklar, anksiyete gibi); ilgili otomatik düşünceler ("Bunu yapamam", "Bana daha iyi davranılmalılar" gibi); ve aktive edici olaylar (bir iş ortağından gelen eleştiri gibi) ile açıklanır. Ayrıca, bu problemleri mümkün olduğunda gözlenip ölçülebilecek bir formda tarif etmek çok önemlidir. Bu yolla problem, izlenebilen ve kaydedilebilen bir açık tedavi amacına yol gösterebilir. Örneğin, hastanın problemi panik atak ise, bu durumda atakların görülme sıklığı ve süresi kaydedilebilir. Benzer şekilde, eğer problem listesindeki problemlerden biri depresif semptomlar ise, 'Beck Depresyon Envanteri' gibi bir objektif ölçüm depresyonun tedavi öncesindeki seviyesini belirlemek ve tedavi boyunca bu seviyeyi izlemek için kullanılabilir.

Temel ve Koşullu İnançlar

Bilişsel-davranışçı teoriye göre, otomatik düşünceler sorunlu davranışların ve ruh hallerinin sürdürülmesinde merkezi bir role sahiptir. Temel inançlar terapistin, hastanın kendisini, başkalarını ve sorunlu davranış ve semptomlarını yöneten veya sürdüren, dünyayı nasıl gördüğü ile ilgili varsayımlarıdır. Örneğin, anksiyete hastaları genellikle kendilerinin zayıf ve çaresiz, dünyanın ise tehlikeli ve güvenilemez olduğuna inanırlar.[1] Ayrıca, Beck ve çalışma arkadaşları (1990) hastaların semptomlarına katkıda bulunan koşullu (öyleyse-böyle) inançlara sahip olabileceklerini ortaya koydular. Örneğin, sosyal anksiyetesi olan hastaların yaygın olarak koşullu inançları vardır; mesela "Eğer hata yaparsam, bu durumda insanlar beni sevmez" veya "Eğer başkaları beni kınarsa, bu durumda ona el süremem."

---

[1] Beck vd., 1985.

Tetikleyiciler ve Aktive Edici Durumlar

Bunlar problemleri ve semptomları üreten, gizli temel inançları aktifleştirmekten sorumlu oldukları düşünülen dışa ait durumlar ve olaylardır. Yatkınlık hastanın gizli temel inançlarını, onun başa çıkma yetilerini etkisiz hale getirecek ve ona acı verip semptomatik bir hale sokacak kadar aktifleştiren bir durumdur. Genellikle, yatkınlıkta sorunun aktive olması hastayı tedaviye götüren bir durumdur. Öte yandan, aktive edici durumlar ise hasta tarafından rahatsızlık ve sorun doğurduğu anlaşılabilen özgün olaylardır. Örneğin, bir tıp uzmanı uzmanlığının başlangıcından beri panik ataklar geçirdiğini ve aşırı alkol içtiğini kaydetmişti (tetikleyici). Her gün önemli kararlar vermek zorundaydı ve hocaları veya diğer öğrenciler onu izlerken bir hastasıyla görüşme yaptığında daha çok kaygılanıyor ve korkuyordu (aktive edici durum.)

Kaynaklar

Bu bölümde terapist, hastanın uyumsuz temel ve koşullu inançlarının gelişmesinden sorumlu olduğu düşünülen yaşamın ilk yıllarındaki olaylar veya durumlardan bir iki tanesini tanımlar. Beck'in bilişsel modeli temel inançların çocukluk döneminin başlarındaki temel tecrübeler, özellikle anne-baba veya diğer bakıcılar ile yaşanan tecrübeler tarafından şekillendiğini belirtir. Önemli yetileri öğrenmek için modellenen davranışlar veya başarısızlıklar da bu sınıfta değerlendirilebilir. Örneğin, eleştirici ve beklentileri fazla olan bir baba ile pasif ve aşırı itaatkâr bir anne tarafından yetiştirilen bir hastaya, yetişirken uygun bir girişken davranış modeli görmediği için, başkalarıyla ilişkilerinde ısrarcı olmak zor gelebilir.

Geçerli Bir Hipotez

Geçerli bir hipotez bilişsel-davranışçı düzenlemenin özüdür ve problem listesindeki problemleri (temel ve koşullu inançları

ve aktive edici olayları) bir araya getirir. Çoğu klinisyen bir vaka formülasyonu yapmayı düşündüğünde geçerli bir hipoteze başvurur. Geçerli bir hipotez tedavileri yönlendirir ve terapideki işleyişi ve sorunları açıklar. Geçerli hipotez, tedavinin seyrine bağlı olarak sürdürülür, değiştirilir veya terkedilir. Eğer hasta tedaviye iyi yanıt vermezse, hipotez gözden geçirilir ve düzeltilmiş bir tedavi planı geliştirmek için kullanılır. Bu sürecin yinelenen yapısı (formülasyon, formülasyona bağlı tedavi, gözlenen sonuç ve sonuca bağlı gözden geçirilen formülasyon) tedavinin tek vakalı deneysel bir çalışma olarak görüldüğü davranışçı vaka formülasyonunun kalitesini belirler.[1]

Tedavi Planı

Tedavi planı (tedavi amaçları ve müdahaleleri) iyi tanımlanmış bir problem listesi ve geçerli bir hipotezden geçer. Tedavi planı kendi başına formülasyonun bir parçası değilse de, formülasyona dayanır. Örneğin, eğer bir terapist hastanın test anksiyetesinin "Bunu yapamam" gibisinden bir uyumsuz temel inancın aktifleşmesinden kaynaklandığını varsayarsa, tedavi planı bilişsel tekrar yapılandırmayı içerecektir. Veya terapist anksiyetenin "Başaramazsam, cezalandırılırım" gibisinden bir uyumsuz koşullu inancın aktifleşmesinden kaynaklanıyor olmasından şüpheleniyorsa, bu durumda bu varsayımı test etmek için hastayla terapist birlikte davranışçı çalışmalar geliştirebilirler.

Tahminî Tedavi Engelleri

Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonunun bu bölümünde terapötik ilişkide ve tedavinin diğer yönlerinde ortaya çıkabilecek olan potansiyel güçlükler listelenir. Terapötik ilişki ve tedavinin parametreleri bir hastanın sorunlu inançlarını aktifleştirebilir. Örneğin, "Kusursuz bir performans göstermezsem, diğer-

[1] Barlow vd., 1984.

leri bana kızar ve beni reddeder," diye düşünen bir hasta, terapistin verdiği ev ödevini yapma konusunda, yaptığı ödevin terapisti tatmin etmeyebileceğinden korktuğu için ödevi yapmakta isteksiz davranabilir. Vaka formülasyonu terapistin terapi esnasında ortaya çıkacak olayları önceden tahmin etmesine ve böylelikle tedavinin erken bitmesi veya verimsiz terapi-hasta etkileşimlerini önlemesine olanak sağlar.

Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyonunun Kullanımı

Bu bölüm vaka formülasyonunun terapide nasıl kullanılabileceğine dair somut yolları (işbirliği sağlama, müdahale noktalarını seçme ve sorulara rehberlik etme, müdahale stratejilerini seçme, ev ödevlerini seçme ve itaati temin etme) göstermektedir.

Vaka

Jill 42 yaşında, 14 yaşındaki kızıyla beraber yaşayan dul bir Fizik asistanıdır. Jill'in temel şikâyeti birlikte çalıştığı ve beklentileri fazla olan bir fizikçi ile yaşadığı olaydan sonra depresyona girmiş olması ve "kendisine zor insanlarla zorlanmadan iletişim kurmasında yardım edecek bir sosyal koç" arıyor olmasıydı. Jill ciddi bir depresyondaydı (Beck Depresyon Envanteri skoru 22 idi) ve temel depresif semptomları mutsuzluk, bir zamanlar zevk aldığı aktivitelerden zevk almaması, yorgunluk, iş yapmada zorluk, özeleştiri ve uzun süren periyotlarla ağlamasıydı. Jill zamanının çoğunu yalnız geçirdiğini söylemekteydi. Arkadaşları veya iş arkadaşları tarafından dışarı çağrıldığında, "İnsanlara verecek fazla birşeyim olduğunu sanmıyorum" diyerek onları reddediyordu. Annesi ve iki kız kardeşi Jill'e yakın bir yerde yaşıyordu, fakat onların kendisini desteklemeyen ve eleştirel yaklaşımlarına maruz kaldığından nerdeyse onları hiç görmüyor-

du. Jill onu tedavi etmeye çalışmalarına nadiren karşı çıkıyordu, karşı çıktığında, annesi bu davranışını görmezden geliyordu. Jill ayrıca kızıyla olan ilişkisi ve iyi bir anne olup olmadığı hakkında da endişeliydi. Jill kızının mantıksız isteklerine "hayır" dediğinde ve bu yüzden tartıştıklarında çok üzüldüğünü söylüyordu. Seansta iken, kızının ona "Beni yalnız bırak, senin yanında nefes alamıyorum" diye bağırmasından sonra, Jill'in kendi odasına koşup bir saat veya daha fazla ağladığı bir olayı hatırladı.

Jill'in yetişkinlikte başlayan uzun bir depresyon geçmişi vardı. Dokuz çocuğun en büyüğü ve zamanının çoğunu kendine çok az vakit ayırabilerek kardeşlerinin bakımıyla geçirdiğini hatırlıyor. Jill babasının kaba ve eleştirici birisi olduğunu ve kardeşlerini överken ona sık sık "şişman" ve "tembel" dediğini anımsıyor. Jill annesinin kendisini bir "kiralık yardımcı" gibi gördüğünü ve Jill'in bir partiye gitmek veya arkadaşları ile vakit geçirmek istediği zamanlarda sürekli ondan şikâyet ettiğini hatırlıyor.

İşbirliği Sağlama

Bilişsel-davranışçı terapistler, hastalarının ruh hallerini, düşüncelerini ve davranışlarını izlemek ve kaydetmek, onların inançlarını test etmek için deneyler hazırlayıp uygulamak ve terapistin stratejileri ve tavrının etkisi hakkında geribildirim sağlamak amaçlarıyla hastalardan terapilerine aktif olarak katılmalarını beklerler. Vaka formülasyonu terapistin terapiye veya kendisinin aktif katılımını gerektiren bir terapi modeline yabancı olabilecek bir hastayla işbirliği sağlamasına yardımcı olur.

J. S. Beck (1995) iyi bir hasta-terapist ilişkisi için gerekli olan bileşenleri tanımlamıştır. Bunların içinde tedavi müdahalelerinin ve ev ödevlerinin nedenleri ve üzerinde anlaşılan terapi amaçları yer alır. Vaka formülasyonu terapiste bu bileşenleri terapiye katmasında yardımcı olabilir. Örneğin, bilişsel-davranışçı terapist, terapinin başında formülasyonu hastayla

paylaşarak işbirliği sağlayabilir. Formülasyon, hastanın sıkıntılarının nasıl irdeleneceğini, tedavi müdahalelerinin nasıl yapılacağını ve ev ödevlerinin nasıl verileceğini belirler.

Terapist: (Birkaç dakika dinleyip empati kurduktan sonra): Jill, bugün arabana zarar verildiği ve terapi seansına gelmek dâhil herşeyi kendi başına yapmak zorunda kaldığın için çok sinirli görünüyorsun. Bu durum bana tanıdık gibi geliyor.

Jill: Nasıl yani?

T: Şey, ikimizin birlikte senin birşeyleri tek başına yapmak zorunda kaldığın zamanlarda niçin sinirlendiğinin sebeplerini belirlemeye çalıştığımızı hatırlıyor musun?

J: (Duraksıyor): Ha! Evet. İnsanlar beni umursamadığı için gerçekten çok sinirlendiğimi mi?

T: Evet. Bu olayın diğer bir parçası da şu ki bazen kendi başına olmanın değersiz olmakla aynı anlama geldiği inancına kapılıyorsun. Bu tartışmayı hatırladın mı?

J: Evet (hasta ağlamaklı oluyor). Biraz değerim olsaydı hayatımda bütün bunlarda bana yardımcı olacak birisi olurdu.

T: Ben de böyle hatırlıyorum. Ne düşünüyorsun, sence bunun, bu özel olayın seni niye bu kadar sinirlendirdiği ile bir bağlantısı olabilir mi?

J: Evet, sanırım öyle.

T: Peki sana göre şu düşünce "Biraz değerim olsaydı, hayatımda birisi olurdu," düşüncesi doğru ve yararlı bir düşünce mi?

J: Gerçekten düşündüğümde pek değil.

T: O halde sen ve ben bu durum üzerinde biraz daha konuşup daha yararlı düşünceler bulalım, ne dersin?

J: Güzel, zaten bu şekilde hissetmekten nefret ediyorum. Bunun hakkında konuştuğumuzda, hiçbir anlamı olmadığını görebiliyorum.

Hastayı bilişsel model hakkında bilgilendirme tedavi için gerekçe sağlamanın yanı sıra, bilişsel-davranışçı vaka formülas-

yonu tedavinin açık amaçlarını da içerir. Daha önce zikredildiği gibi, tedavinin amaçları ve müdahaleleri doğrudan kapsamlı bir problem listesi ve geçerli hipotezden gelmektedir. Bu amaçlar hasta ile birlikte geliştirilir ve terapi ilerledikçe güncelleştirilir. Amaçlar formülasyonun bir parçası olduğundan, hasta, tedavinin kendisine özel sıkıntılara ve kendi problemlerinden sorumlu olduğu düşünülen temel bilişsel yapılara ve süreçlere dayalı olduğunu açıkça görebilir.

Müdahale Noktalarını Seçme ve Sorulara Rehberlik Etme

Terapist hangi sorunlu davranış üzerinde çalışacağını, terapide hangi uyumsuz inancı ele alacağını, bir sorunu hemen mi yoksa terapinin sonraki bir aşamasında mı ele alacağını nasıl belirler? Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu terapistin bu kararları vermesine ve seansı hastanın temel sıkıntıları ile en yakından ilgili problem üzerine odaklamasına yardım eder.

Örneğin, "Eğer arzu ettiğim şeyi istersem, bu durumda ya görmezden gelineceğim ya da reddedileceğim," inancına ve başkalarına karşı ısrarcı olamayacak bir yapıya sahip olan Jill, beni arayıp normal randevu zamanına uymasını güç hale getiren sorumluluklarındaki yeni bir değişiklikten dolayı yine geç kalacağını söyledi. Seansa onbeş dakika geç ve panik halinde geldi. Oturur oturmaz bir iş arkadaşıyla yaşadığı yeni bir olayı tartışmaya başladı, fakat niçin geç kaldığından veya randevu saatine uymayı güç hale getiren şeyden bahsetmiyordu. Vaka formülasyonuna uyarak, ona bu güçlüğün ne olduğunu ve niçin benimle randevu zamanının değişme ihtimalini konuşmadığını sormam gerektiğini biliyordum.

Vaka formülasyonu ayrıca terapiste bir durum veya olay ile ilgili soracağı sorulara da rehberlik eder. Örneğin, "Hiç dikkate alınmıyorum," inancına sahip olan Jill, terapi seansına şu cümleyle başladı: "Bugün konuşmak istediğim birkaç şey vardı, fakat artık benim için çok önemli görünmüyorlar." Vaka

formülasyonuna bağlı kalmayı düşünmeseydim, bu cümleye, işe yarayacağını umarak şöyle cevap verebilirdim: "Şey, niçin ev ödevini gözden geçirmiyoruz, belki beraber hareket edersek o zaman bazılarını hatırlarsın." Fakat vaka formülasyonuna bağlı kalarak, Jill'e birkaç saniye önce kendisi için önemli olan şeyleri şimdi önemsememesi kararını sorup onunla bunu tartışarak biraz zaman harcamam gerektiğini biliyordum. Belki de Jill'in "Bu önemli değil" veya "Onu niye bu önemsiz şeylerle sıkayım" gibi düşünceleri var ve bunlar onun için önemli olan bazı konuları önemsiz görmesine sebep oluyor. Sonuçta, vaka formülasyonu olmasaydı, terapideki önemli bir fırsatı kaçıracaktım.

Müdahale Stratejilerini Seçme

Terapist bilişsel-davranışçı vaka formülasyonunu en uygun müdahale stratejisini seçmek için kullanır. Çoğu kez, terapist uyumlu işleyişi (yeti eğitimi gibi) arttıran davranışlara mı yoksa sorunlu davranışı veya ruh halini sürdüren otomatik düşüncelere mi odaklanacağına karar vermek zorunda kalır.

Örneğin, Jill bir terapi seansına kendisinin "kronik erteleme" diye tanımladığı bir şeyden dolayı sinirlenmiş olarak geldi. Hesabında para olmasına rağmen, faturalarını her ay zamanında yatıramadığını söylüyordu. Bu noktada Jill'in ertelemesinin onun yetenek eksikliğinden kaynaklandığını varsayıp ona "Pekâlâ, hadi şimdi bu göreve yaklaşımının ne olduğuna bir göz atalım" dedikten sonra kendisinin zaman yönetimi ve organizasyon yeteneklerini beraber gözden geçirebilirdik. Fakat Jill'in vaka formülasyonuna bağlı kalarak, sık sık, kendi kendine "Ben değersizim" dediği için, yetenekli olduğu bazı durumlarla başa çıkabilme kabiliyetini küçümsediğini ve bunun bağımsız olarak tek başına hareket edemeyeceğini hissettiği durumlarda aktif hale geldiğini ve Jill'in görevden kaçmasına sebep olduğunu hatırladım. Vaka formülasyonuna göre, Jill'in mutsuzluğunu ve faturalarını zamanında ödemekten kaçınma şeklindeki sorunlu

davranışını destekleyen düşünceleri belirleyecek bir "düşünce tutanağı" hazırlamanın hem Jill ve hem de benim için daha iyi bir müdahale yöntemi olacağını öngörüyordu.

Başka bir zaman Jill, tedavi sürecine sinirlenmiş olarak seansa geldi ve kendisine daha fazla ev ödevi verilmesi gerektiğinde ısrar etti. Sebebi sorulduğunda, "Yeterince sıkı çalışmıyorum. Eğer daha fazla ev ödevim olsaydı daha az depresyona girerdim," dedi. Jill'in isteği biraz anlamlıydı. Kendisinin ev ödevini yapmak için son ana kadar bekleme eğilimi vardı ve birkaç kez ödevini tamamlamamıştı. Ayrıca, Jill'in ruh hali biraz iyileşmişti. (Beck Depresyon Envanteri skoru 12 olmuştu). Fakat hala ağlama eğilimi vardı. Bu mülahazalara rağmen, ben "Bunun iyi bir fikir olduğundan emin değilim, senin sıkı çalışmadığını düşündüğünü biliyorum, fakat bazen çok sıkı çalışıyorsun. Sen ne düşünüyorsun? Çok sıkı çalışma şansın var mı?" şeklinde bir cevap verdim. Böyle bir tavsiye vermemin sebebi, Jill'in problemi yorumlamaya devam etmesindense çok sıkı çalışabilme ihtimalinin olması mıydı? Cevap, tabi ki vaka formülasyonundaydı. Vaka formülasyonuna göre, Jill'in ev ödevi performansını aşırı eleştirmesi ve olumsuz ruh halini sürdürmesinin, kendisinin "Mükemmel bir şey yapmazsam, bu hatalı olduğum anlamına gelir" şeklindeki koşullu inancından kaynaklandığını varsaydım. Jill'in ev ödevi performansına daha fazla odaklanmasını sağlamak iyi bir strateji olmayabilirdi. Eğer Jill'in kendisine yerleştirdiği hatalı istekler ve kendisini ne denli depresyonlu hissettiği arasında bir ilişki varsa, bu ilişkiyi görmesine yardımcı olmak daha iyi bir strateji olabilirdi.

Jill ve ben olayı tartıştık ve Jill yeterince sıkı çalışıp çalışmadığının en iyi delilinin ruh halindeki bir değişiklik olacağını kabul etti. Daha az ev ödevi yaptığında ruh halinin kötüleşeceğini anladı ve her hafta bir saat daha az ev ödevi yapıp bir etkisinin olup olmadığını görmek için ruh halinin düzenli bir günlüğünü tutmayı kabul etti. Vaka formülasyonunu takip ederek, Jill'in olumsuz ruh halinin ev ödevinin nitelik veya niceliğinden daha çok onun mükemmeliyetçilik ve öz-eleştiri eğilimi ile bağlantılı

olduğunu anlamasına yardımcı oldum. Çok ilginçtir ki, bu müdahale Jill'in ruh halini iyileştirdi. Hâlbuki Jill'in önerdiği müdahale mükemmeliyetçiliğini ve özeleştiri eğilimini pekiştirecekti.

Ev Ödevlerini Seçme

Ev ödevi vermek bilişsel-davranışçı terapideki basit bir görev değildir. Çoğu kez, terapist ev ödevi vermeden önce hastanın ve terapinin, birçok yönünü göz önünde bulundurmak zorundadır. Örneğin ev ödevinin, üzerinde çalışılan sorunla ilişkisi ve hastanın genel zekâsı, yetenek seti ve motivasyonu düşünüldüğünde realistik olup olmadığı göz önünde tutulmalıdır. Bir bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu terapistin uygun ev ödevleri vermesine yardımcı olur.

Örneğin, Jill'in "Eğer arzu ettiğim şeyi istersem, bu durumda ya görmezden gelineceğim ya da reddedileceğim" şeklindeki inancı onu arkadaşları veya tanıdıklarıyla yapmak istediği aktiviteler hakkında planlamalar yapmaktan alıkoymaktaydı. Sonuçta, neredeyse hiç yeni arkadaşlıklar kurmadı. Sevmediği bir aktivite için bir arkadaşı onu dışarı çağırdığında, Jill bunu reddediyor ve bir alternatif bulmaktansa bir akşamı daha tek başına geçiriyordu. Bu şekilde kendisini soyutlaması onun "Ben değersiz ve önemsizim" inancını pekiştirdi.

Jill'in vaka formülasyonu, onun arzu ettiği şeyi istediğinde reddedileceği varsayımını test etmek için uygun bir ev ödevinin verilmesi gerektiğini öneriyordu. Sonunda, Jill ve ben bir strateji geliştirdik. Jill, bu strateji ile gelecek üç hafta içinde yirmibeş kişiden istediği bir şeyi yapmasını istediğinde sonuçlanacak olan "kabul-red" orantısını tahmin etti. Daha sonra Jill ve ben onun bir şey isteyebildiği birçok durumu rol yaparak canlandırdık. Ayrıca reddedildiğinde uygulayacağı bir başa çıkma planı geliştirdik. Üç hafta sonra, Jill tahmin ettiğinden çok daha az reddedildiğini kaydetti ve daha önce rüyasında bile görmediği girişken isteklerde bulunmaya başladı. Ayrıca Jill,

özellikle aldığı çok sayıda kabulün ışığında, istekleri reddedildiğinde çok daha az üzüldüğünü belirtti.

İşbirliği Sağlama

Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu özellikle hastanın tedavi tavsiyelerine, ev ödevlerine ve olumlu bir sonuç çıkması olasılığını arttıran diğer yönlere uygun hareket etmesini temin etmede çok yararlıdır. Bundan başka, bilişsel-davranışçı terapinin başarısı, terapist ile hasta arasındaki işbirliğinin niteliğine bağlıdır. Terapistin ikilemi hasta ile olan bu işbirliğini sürdürürken tedaviye uyumu nasıl temin edeceğidir.

Linehan (1993) *tedaviyi zorlaştıran davranışlar* terimini, belirlenmediği takdirde terapi ile çatışarak bir tedavi başarısızlığına yol açacak olan hasta davranışları şeklinde tanımlıyor. Terapiyle çatışan hareketleri uygun bir şekilde tespit etmek için, Linehan terapistin, davranışın hastaya sağladığı işlevi anlamak zorunda olduğuna inanır, yani terapistin bir formülasyonu olmalıdır.

Ev ödevi itaatsizliği tedaviyle çatışan davranışların yaygın olanlarından biridir. Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu terapistin ev ödevi itaatsizliğinin muhtemel sebeplerini anlamasına ve onunla başa çıkmak için stratejiler belirlemesine yardımcı olur. Örneğin, terapinin başında Jill bir ev ödevini tamamlamayı başaramadı. Ev ödevini Jill ile tartıştıktan sonra, ondan beklenenlerin ve ev ödevinin gerekçesini anladığından emin oldum. Ona ait bilişsel-davranışçı formülasyon üzerinde düşündüm ve ev ödevini yapmaya çalışmış olabileceğini, fakat "Mükemmel bir şey yapmazsam, bu hatalı olduğum anlamına gelir," şeklindeki koşullu inancının ödevi tamamlamasını veya onu seansa getirmesini engellemiş olabileceğini varsaydım. Bu varsayımı test etmek için, Jill'den üzerinde çalışmış olmasa da, ev ödevini düşündüğü bir anı hatırlamasını istedim. Daha sonra bir "düşünce tutanağı" hazırladık ve Jill ev ödevini "kusursuzca" yapma konusunda aşırı endişeli olduğunu ve bu korku-

nun onu terapi dışındaki çoğu şeyi yapmaktan alıkoyduğunun farkına vardı. Jill'in ilk önce ev ödevini yapmasına, daha sonra ev ödevine değil kendisine bir not vermesine ve bunu ödevi bitirmeden önce yapmasına karar verdik. Bundan başka, Jill'in "Ev ödevimi mükemmel yapmak zorundayım, yoksa ikinci sınıf birisi olurum," şeklindeki inancını zayıflatmak için hazırlanmış olumlu cümlelerin listelendiği bir başa çıkma programı tasarladık. Bu yolla Jill ve ben terapiyi durdurabilecek olan bir problem üzerinde çalışmış olduk.

Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu ayrıca terapötik ilişkiyi korumaya da yarar. Jill ile seans boyunca bir çocukluk olayını anlattığı ilk seanslardan birinde, daha fazla somut bilgi almak için sözünü kestim. Daha sonra yüzünü çevirip gözlerinin dolduğunu farkettim. Vaka formülasyonuna bağlı kalarak, Jill'in "Hiç dikkate alınmıyorum," şeklindeki kendisini azarlanmış ve üzgün hissetmesine yol açan inancının aktifleşmiş olabileceğini varsaydım. Ondan yüzünü çevirdiğinde aklından ne geçtiğini bana söylemesini istedim. Jill, "Hiçbir şey düşünmüyordum, sanırım aşırı hassasım," dedi. Ben ısrar edince "Sanırım, sizi söylediklerimi dikkate almıyormuş gibi görünce, kendimi reddedilmiş hissettim," diye yanıtladı. Bu bilgi benim varsayımımı doğruladı. Benim isteğimle, Jill terapistin onu dikkate almadığı inancını destekleyecek başka deliller aradı. Çok az şey bulunca, bu fırsatı ona bilişsel modeli açıklamak için kullandım. Terapinin içinde ve dışında, kişiler arası belirli olaylar onun kendisini değersiz ve mutsuz hissetmesine yol açan bozuk inançları nasıl aktifleştirebilir. Özellikle ona, ikimizin bir takım olarak birlikte etkili bir biçimde çalışabilmemiz için, ben veya terapi hakkındaki gelecek düşüncelerini iyi tutmasını salık verdikten sonra, Jill seanstan güvenini tazelemiş olarak ayrıldı. Eğer bir vaka formülasyonuna bağlı kalmayı düşünmeseydim, bu önemli anı gözümde büyüterek ona vaktinden önce güven verebilir ve gelecekteki terapötik işbirliğine zarar verebilecek olan hasta-terapist etkileşimi için bir sahne kurma fırsatı olan bu anı iyi değerlendirmemiş olurdum.

Tablo 3-2. Jill için Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyonu Taslağı

Bilgileri Belirleme: Jill, zeki, açık sözlü, 42 yaşında, 14 yaşındaki kızıyla beraber yaşayan dul bir pratisyen hekim asistanıdır. "Onu kaybettikten" ve beklentileri fazla olan bir fizikçi ile yaşadığı tartışmanın ardından gözyaşları içinde işi bıraktıktan sonra tedavi olmak istedi.

Problem Listesi:

1. Depresyon–Jill'in Beck Depresyon Envanteri'ndeki skoru 22 idi, bu da ciddi bir depresyon seviyesi olduğunu gösteriyor. Jill, "Ben ikinci sınıf biriyim, hiçbir işe yaramıyorum," gibi düşüncelerin eşliğinde çoğu kez ağlamaklı ve üzgün. Aşırı duyarlı ve işine konsantre olmakta güçlük çekiyor. Bir zamanlar zevk aldığı aktivitelerden artık hoşlanmıyor ve aşırı yorgunluk ve birşeyler yapmakta güçlük çekme şikâyetleri var. Kendisini aşırı eleştiriyor ve zamanla yaşamının düzeleceğinden de umutsuz.
2. Toplumsal yalnızlık–Jill'in çok az yakın arkadaşı var ve onları ölesiye istiyor. Profesyonel bir kurumun üyesi (ve bir memur), fakat kurumda tanıştığı insanlarla ilişkilerini sürdürmüyor. İş arkadaşları tarafından dışarı davet edildiğinde "Benim insanlara verecek birşeyim yok" veya "Niçin benim etrafımda olmak istesinler ki?" diye düşünerek çoğu kez onları reddediyor. Jill bir erkek arkadaşı olsun istiyor, fakat itici ve yaşlı olduğunu düşündüğü için eline geçen fırsatları değerlendirmiyor.
3. Erteleme–Jill evde ve işte yapması gereken önemli işleri erteliyor. Örneğin, parası olmasına rağmen, faturaları çoğu kez geç ödüyor. "Beni dikkate alan kimse yok. Herşeyi tek başıma yapmalıyım," gibi düşüncelerin eşliğinde mutsuz olduğu için çek yazmaktan kaçınıyor.
4. İşteki sıkıntılar–Jill kendisini işinde yetersiz hissediyor ve bilmediği veya yapılması zor işleri başaramayacağından korktuğu için yapmakta isteksiz davranıyor. Buna karşın patronlarının beklentileri gittikçe artıyor. Jill de bunu onların beklentilerini

yerine getiremeyeceğinin delili olarak yorumluyor. Jill, "Onlar benden çok daha iyi. Niçin boşuna çaba göstereyim ki?" düşüncelerinin eşliğinde performansını sürekli iş arkadaşları ile karşılaştırıyor. Bu düşünceler Jill'in ona daha fazla sorumluluk ve gelir getirecek fırsatları reddetmesine sebep oluyor. Sonuçta, kariyeri tıkanmış durumda ve bu da devamında onun "değersiz" olduğuna dair inançlarını pekiştiriyor.

5. Annesi ve kardeşleriyle olan ilişkisindeki sıkıntılar–Jill annesine kızgın, fakat annesinin küçük kız kardeşlerini tercih etmesine rağmen, onun onayını alma konusunda ısrar ediyor. Örneğin, Jill'in annesi hava alanında onu karşılamasını istemiş. Halbuki çalışmayan ve hava alanına yakın bir yerde oturan başka bir kardeşinden de isteyebilirdi. Jill, bunun için işi erken bırakmak zorunda kalacağını, dolayısıyla annesinden kız kardeşini aramasını istediğinde, annesi "Öyle mi, sen bu kadar meşgul olamazsın. Doktor veya onun gibi bir şey değilsin," diye yanıtlamış. Jill, "Hiç dikkate alınmıyorum. Beni hiç dikkate almıyor," düşüncelerinin eşliğinde çok üzülmüş ve ağlamış.

6. Çocuğunu yetiştirmedeki sıkıntılar–Jill yeterince iyi bir anne olmadığı konusunda endişeleniyor. "Beni sevmeyecek" veya "O kadar da önemli değil, bunu kendim de yapabilirim," gibi düşüncelerinin eşliğinde, kızının mantıksız isteklerine "hayır" demede veya kızının onun zalim ve özensiz olduğunu düşüneceğinden korktuğu için ona ev ödevlerini yapması konusunda ısrar etmede sıkıntı yaşıyor. Jill ve kızı çok samimiler, çünkü Jill zevkli aktiviteleri tek başına yapmada sıkıntı yaşıyor. Kızı kendisine zaman ayırmak için izin istediğinde, Jill, "Beni dikkate almıyor. İyi bir anne değilim," düşüncelerinin eşliğinde mutsuz ve ağlamaklı oluyor.

Temel İnançlar: Ben değersiz ve önemsizim. Hiç dikkate alınmıyorum. Başkaları benden daha iyi ve daha önemliler. Dünya tehlikeli ve insafsız.

Koşullu İnançlar: Mükemmel bir şey yapmazsam, bu hatalı olduğum anlamına gelir. Eğer arzu ettiğim şeyi istersem, bu durumda ya görmezden gelineceğim ya da reddedileceğim.

Kökenler: Jill dokuz çocuğun en büyüğüydü ve küçük kardeşlerinin günlük bakımlarını yapıyordu. Bu çabalarına karşın ya annesi tarafından görmezden geliniyor veya babası tarafından eleştiriliyordu. Bu tecrübesinden ötürü Jill değersiz olduğu sonucuna varmış olabilir.

Jill'in babası disiplinli ve ne zaman ne yapacağı belli olmayan alkolik bir muvazzaf subaydı. Sık sık Jill'i döver ve ona "şişman" ve "çirkin" diyerek alay ederdi. Jill'in annesi bu suistimalleri görmezden gelme eğilimindeydi ve ona "Sen bunu haketmiş olmalısın" diyordu.

Jill zeki biri olmasına rağmen, anne-babası "Sende bunu yapacak yetenek yok" diyerek, onu okulda yükselmeye veya kariyer yapmayı düşünmeye teşvik etmediler. Fakat erkek kardeşlerine iyi bir eğitimin fırsatları sunuldu ve bir koleje devam etmeleri istendi. Sonuçta Jill'in kendi yeteneklerine karşı güven eksikliği var ve başarılarında kendi etkisi olduğunu düşünmüyor.

Tetikleyiciler ve Aktive Edici Durumlar: Jill tedaviye, işyerindeki bir üstüyle yaptığı bir tartışmadan sonra başladı. Üstü Jill'in profesyonel bir kararını eleştirip ona "Senin neyin var?" diye bağırmış. Jill buna son derece üzülmüş ve birkaç hafta çalışamamış. Jill için aktive edici durumlar şunlardır: (1) kendisini yalnız ve tek başına hissettiği durumlar (mesela, faturalarını öderken, bir ilişkinin sonunda); (2) eleştirildiği durumlar; (3) başkalarının ihtiyaçlarına karşı kendi ihtiyaçlarında ısrar etmek zorunda kaldığı durumlar.

Geçerli Bir Hipotez: Jill'in inançları, "Ben değersizim," veya "Hiç dikkate alınmıyorum" gibi başkaları tarafından eleştirildiği veya yalnız ve desteksiz hissettiği bir durumda onun kendini depresyonda, yetersiz ve tesellisiz hissetmesine sebep oluyor. Bu inançlar ve "Başkaları benden daha önemli," inancı onun arkadaşlarına ve çalışma arkadaşlarına karşı ısrarsız davranmasına sebep olabilir. Belki bu yüzden, işinde daha az başarılı, daha az arkadaşı var. Ayrıca, evde ve işte yapması gereken işleri

erteliyor, bu da "Ben değersizim" inancını pekiştiriyor veya kendi ihtiyaçlarını başkalarının ihtiyaçlarının lehine bir tarafa bırakmasının sonucu olarak hayata küsmüş olabilir. Bu yüzden suçlu olduğunu hissettiği şeylere kızgın olabilir ve bu da "Ben değersizim" inancını pekiştiriyor olabilir. Zamanla Jill değersizlik hislerinin üstesinden gelebilir ve girişkenlik kazanabilir, fakat girişkenlikte deneyimsiz olduğu için, istekleri, sinirli veya aşırı beklentili görülebilir, sonunda eleştirilebilir veya istediğini almayı başaramayabilir, bu da kendisinin bir sorunu olduğu ve hiçbir şeyi haketmediği inançlarını pekiştirebilir.

Tedavi Planı:

Amaçlar:

1. Depresif semptomları azaltın (depresyonu Beck Depresyon Envanteri ile haftalık olarak izleyin).
2. İş arkadaşları, arkadaşları, ailesi ve terapiste karşı olan ısrarcı davranışını arttırın.
3. Eğlenceli aktiviteleri arttırın.
4. Toplumsal yalnızlığı azaltın.
5. Başkalarının eleştirisi veya isteklerine karşı geri çekilmesini azaltın.

Tedavi Müdahaleleri:

1. Vaka formülasyonunu öğretin; Jill'e ruh hallerinin ve davranışlarının, kendisinin değersiz veya ikinci sınıf biri olduğunu düşünüp düşünmemesine bağlı olduğunu gösterin.
2. Beceri kazandırma ve rol yapma yoluyla, başkalarının ihtiyaçlarına karşı kendi ihtiyaçlarında daha iyi ısrar edebilmesi için Jill ile birlikte çalışın.
3. Başkalarının eleştirisi veya kınamasına karşı ısrarcı bir şekilde nasıl mücadele edeceğini rol yaparak gösterin.
4. Uyumsuz düşüncelerin bilişsel tekrar yapılandırılması ("Düşünce tutanaklarının" ve seans dışındaki olumlu günlüklerinin kullanımıyla).

5. Jill'e "Ben önemsizim" veya "Hiç kimse dikkate almıyor" gibi inançlarının, onun belli görevlerden kaçmasında (erteleme) ve buna bağlı olumsuz ruh hali üzerinde oynadığı rolü öğretin. Bu düşünce ve duygularla başa çıkmanın alternatif yollarını öğrenmesine yardım edin ve gerekirse zaman yönetimi yetisini öğretin.
6. Çocuğunu daha uygun bir şekilde yetiştirmesinde onunla birlikte çalışın, böylelikle bir anne olarak kendi haklarını ve kızının yalnız başına veya arkadaşlarıyla harcamak için zamana ihtiyacı olduğunu anlasın.
7. Arayabileceği ve bağlanabileceği daha fazla arkadaş kazanmasında Jill'e yardımcı olun.
8. Annesi ve kardeşlerine karşı daha ısrarcı olmasında Jill ile birlikte çalışın. Ona ailesiyle kendisinin değerli, zamanı ve ilgilerinin önemli olduğu konularında nasıl iletişim kuracağını öğretin.

Tedaviye Yönelik Tahmini Engeller:

1. Jill, terapist görüşmeyi yönlendirirken önemli bilgileri, değişimleri veya konuları unutursa, kendini reddedilmiş veya önemsiz hissedebilir.
2. Jill terapide, özellikle kendi ihtiyaçları ile terapistin ihtiyaçları arasında bir seçim yapmak zorunda hissederse, terapi seanslarında girişken olmayabilir.
3. Jill ev ödevlerini yerine getirme, seansın gündemini oluşturma veya yanlış olabileceği ya da bir şekilde başarısız olacağı korkusundan dolayı terapiste tavsiyelerde bulunma konularında isteksiz davranabilir.

SONUÇ

Persons'un (1989) belirttiği gibi, bilişsel terapi, terapiste ruh halinin değişen otomatik düşünceler ve davranışlar tarafından değiştirilebileceğini söylemesine karşın, terapistin terapinin

özel bir anında özel bir problem için ne tür bir müdahale seçeceğini söylemiyor. Bir vaka formülasyonu, terapistin problemle ilgili hazır stratejiler üretmesine veya terapiye uyum sağlayabilecek ya da terapötik ilişkiyi zayıflatabilecek problemleri tahmin etmesine yardımcı olur.

Standartlaşmış tedavi protokolleri genellikle az motive olmuş hastalarla veya başkalarıyla sorunlu yollarla ilişki kuran hastalarla çalışmak zorunda olan klinik uzmanlarına rehberlik sağlamazlar. Böyle bir rehberliğin yokluğunda, tedavi işbirliğini sürdürmek için hastaları kandırmak veya onlara nutuk çekmek yollarına başvurabilir. Araştırmacıların standartlaşmış protokollere olan ihtiyacı ile klinisyenlerin esnekliğe olan ihtiyaçları arasındaki açık çatışmayı belirlemek için şu an yapılmakta olan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Eifert (1995) standartlaşmış bileşenleri, bireye özgü hale getirilmiş tedavi içine yerleştirerek, protokole uygun tedavi ile bireyselleştirilmiş tedavinin birleştirilebileceğini öne sürdü. Standartlaşmış tedavilere karşı bireyselleştirilmiş tedavilerin yararını, etkisini, ayrıcalığını ve tekerrür oranlarını belirlemek için acilen araştırmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

REFERANSLAR

Barlow, D.H., Hayes, S.C. ve Nelson, R.O. (1984). The Scientist Practitioner: Research and Accountability in Clinical and Educational Settings. New York: Pergamon.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Emery, G. ve Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A. ve Arkadaşları (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York: Guilford.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond.* New York: Guilford.

Eifert, G.H. (1995). Why we need to match treatments to clients and not to labels – at least some of the time. *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies,* Copenhagen, Denmark, July.

Hayes, S.C., Nelson, R.O. ve Jarrett, R.B. (1987). The treatment utility of assessment: a functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist* 42:963-974.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Nelson, R.O. ve Hayes, S.C. (1986). The nature of behavioral assessments. *Conceptual Foundations of Behavioral Assessment,* ed. R.O. Nelson ve S.C. Hayes, s. 3-41. New York: Guilford.

Persons, J.B. (1989). Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach. New York: Norton.

-------- (1993). Case conceptualization in cognitive-behavior therapy. *Cognitive Therapy in Action: Evolving Innovative Practice,* ed. K.T. Kuehlwein ve H. Rosen, ss. 33-53. San Francisco: Jossey-Bass.

Persons, J.B. ve Tompkins, M.A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation,* ed. T.D. Eells. New York: Guilford.

Turkat, I.D., ed. (1985). *Behavioral Case Formulation.* New York: Plenum.

Turkat, I.D. ve Maisto, S.A. (1985). Personality disorders: application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual,* ed. D.H. Barlow, ss. 502-570. New York: Guilford.

4

TEDAVİYE KARŞI DİRENÇ VE KENDİNİ KETLEME

Robert L. Leahy

Bilişsel terapi, depresyon ve anksiyete için çoğu kez etkili ve doğrudan bir tedavi yöntemi olmasına karşın, hastaların terapistin önerilerine direnmesi oldukça yaygındır. Bazı terapistler, dirence karşı bir 'müşteri modeli' benimseyip, hastanın değişme isteği yoksa bu durumda terapistin de etkili bir biçimde müdahale edemeyeceğini veya etmesine gerek olmayacağını iddia edebilirler. Hastalar terapisti takip etmek istedikleri veya istemedikleri amaçlara yönelten müşteriler gibi kabul edilirler. Terapist, "Eğer hasta değişmeye istekli değilse, o halde terapiye hazır değildir," görüşünü benimseyebilir. Son seçimin hastaya bağlı olduğunu kabul ediyor olmama rağmen, bu bağlamdaki müşteri modelinin yetersiz olduğunu düşünüyorum. Çünkü bu modelde terapistin hastaya, depresyon veya anksiyete tedavisinin bir parçası olan direnci analiz etme ve değerlendirmede yardım edebilme potansiyeli göz ardı edilmektedir. Ayrıca terapist hastanın direnci depresyon veya anksiyetesinin tedavisinin bir parçası olarak analiz etme ve değerlendirmesine yardımcı olabilir. Hasta modeli, terapistin bu potansiyelini kabul etmiyor. Bu bölümde, bilişsel modele doğru genişleyen ve hastalara kendini ketleme yapılarını anlama ve değiştirmeye yardımcı olmada yararlı olduğunu kanıtlamış olan bir sosyal bilişsel direnç modelini inceleyeceğim.

Uyum Sağlama (Adaptasyon) Tarzı Olarak Depresyon

Birçok depresyon modeline rehberlik eden yaygın bir varsayım, depresyonun hasta açısından bir 'başarısızlık' veya 'işlev bozukluğu' olduğudur. Biyolojik modeller depresyonun hastanın biyokimyasal işleyişindeki yetersizliklerin bir sonucu olduğunu öne sürmekte; davranışçı modeller depresyonun istenmeyen deneyimlerdeki ödüller veya aşırılıklardaki eksikliklerden kaynaklandığını ileri sürmekte; beceri kazanma modelleri, girişkenlik, sosyal yetiler ve sorun gidermedeki eksiklikler üzerinde durmakta ve geleneksel bilişsel model düşünme veya uyumsuz varsayımlardaki çarpıtmalara işaret etmektedir. Bu modellerin hepsi geçerli olsalar da, değişime karşı dirençli bazı hastaların görülebilir ısrarlı dirençlerini açıklayamamaktadırlar. Örneğin, depresyonlu bir adam niçin terapistin istediği 'mantıklı cevaplar'a direnmekte veya güçlü bir şekilde karşı çıkmaktadır? Hasta vereceği mantıklı cevapların veya önerilen başka bir alternatifin, ümitsizliğini ve özeleştirisini sona erdireceğini ve ona depresyonunu ortadan kaldırma fırsatı sağlayacağını anlamıyor mu?

Benim burada sunduğum görüş, depresyonun çeşitli şekillerde anksiyete, öfke, saldırganlık ve fobi gibi, birçok canlı türünde görülen evrensel bir fenomen olduğudur. Bu evrensellik doğrultusunda, organizmanın evriminde, depresyona uyum sağlayıcı birşeylerin olup olmadığı merak edilebilir. Örneğin, harareti bir hastalık semptomu olarak görürüz, fakat hararetin hastalıkla mücadele etmek için bir adaptasyon olarak görülmesi daha iyidir. Bazı vakalarda harareti ortadan kaldırmak hastalığı uzatabilir.[1] Çeşitli hastalıkların, özellikle zihinsel hastalıkların, (artık mevcut olmayan) ilkel bir realiteye adapte olma çabaları olduğu görüşü, evrimsel psikiyatri alanındaki birçok yazar tara-

[1] Nesse ve Williams, 1994.

fından dile getirilmiştir.[1] Yılanlardan, karanlıktan, yükseklikten, yalnız kalmaktan, köpeklerden ve kapalı alanlardan korkma gibi korkular, bazı ilkel ortamlarda adaptif değere yönelebilecek korkulardır.[2] Bowlby depresyon, protesto ve tekrar bağlılığın (reattachment) sevilen bir nesnenin kaybedilmesine (ve ona kavuşulmasına) karşı olan evrensel tepkiler olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu tepkilerin yabani hayvanlardan korunmak, yiyeceğe ulaşmak, üreme işlevi ve türlerin sosyalleşmesi için gerekli olan bağlılık ipini güçlendirmeye yardım ettiğini savunmuştur.[3]

Yakın zamanda kayıp, başarısızlık ve kıtlığın yaşandığı bir ortamda depresyonun semptomlarından bazılarının muhtemelen uyum sağlamaya yönelik olduğunu düşünün. Enerji kaybı, iştah kaybı ve hareket azalması, bir kıtlık ortamında, kalori ihtiyacını azaltır. Sekse ilginin kaybolması, (yanlış da olsa) partnerinin kendisini terk edeceğini düşünen partnerler arasındaki cinsel rekabeti azaltır.

Dahası cinsel ilginin kaybolması, eğer yiyecek, koruyucular ve barınma ortamları yetersiz ise uyum sağlayıcı olabilir. Özeleştiri kaybolan davranışı durdurmak ve kendini düzeltmeyi öğrenmek için yararlı bir yol olabilir. Umutsuzluk, aslında çok fazla risk alan veya ulaşılabilir kaynakları az olan bireyler için yararlı bir geçici kendini ketleme yolu olabilir. Gerçekten bazılarına göre, depresiflerin üzgün bir yüz ifadesi ile uysal uysal durmaları, üstünlük hiyerarşisinde daha yüksekte olanları sakinleştirmek veya bazı durumlarda, depresifin eksikliğini hissettiği kaynakları sağlayabilecek olan kimselerdeki eğitici yardımsever tepkileri aktifleştirmek için bir çaba olabilir.

Ben, herkesin bir stratejik kötümserlik vakası oluşturabileceğini savunuyorum. Dirençli depresifler, amacı daha ileri depresyonu önlemek olan bir bilişsel, davranışçı ve kişilerarası strateji benimser. Birçok depresifin inancına göre artan umut daha

---

1 Wenegrat, 1990.

2 Bowlby, 1969; Marks, 1987.

3 Bowlby, 1969, 1980.

büyük risklere ve daha büyük yüzleşmelere yönelebilir. Mevcut ve gelecek kaynakların veya malların kısıtlı olduğu inancı varsa risklerden kaçınacaktırlar. Depresif hasta, bunun kendisini daha ileriki kayıplardan koruyacağına inandığı için, kötümser bir strateji benimseyebilir. Depresyon, bu modele göre sadece depresif hastanın olumsuz şemalarının bir işlevi değil, ayrıca maliyetleri kontrol etme çabasıdır. Depresyon bir risk yönetimi stratejisidir.

DEPRESİF PORTFÖYLER

Bu direnç modelini geliştirmek için, finans teorisindeki mikroekonomik karar verme modellerinden istifade ettim.[1] Ben, depresiflerin paralarıyla nasıl yatırım yaptıkları veya borsada nasıl oynadıkları ile değil zamanları, gayretleri, statüleri ve diğer kişisel kaynakları ile ne tür yatırım yapacaklarına dair günlük kararlarını nasıl verdikleri ile ilgileniyorum. Bireylerin, sahip oldukları portföy teorilerine göre farklılık gösterdikleri düşünülebilir. Portföy teorisi, şu an sahip olduğunuz ve gelecekte sahip olacağınız şeyler, yatırımdaki amacınız (sahip olunan şeyleri korumak, büyümek), yatırım süresinden ne anladığınız (kısa dönem mi, uzun dönem mi), risk toleransınız (risk karşıtı, tarafsız ya da risk yanlısı), yatırım replikasyonları ve gelir ve giderlere ilişkin değer hakkındaki görüşünüzdür.

Depresif bireyler, bir minimizasyon stratejisi izlerler. Yani, daha ileriki kayıp olasılığını en aza indirgemek isterler. Çok az şeye sahip olduklarına, mevcut kayıpların gelecekteki 'kazançlar'la telafi edilmesi ihtimalinin az olduğuna, kazançlarının düşük değerde olduğuna (zevk alamaz oldukları için), kayıpların toplam maliyetinin yüksek olduğuna inanırlar. Depresiflerin kaybı gözlerinde fazla büyütmeleri, kayıplardan

---

[1] Becker, 1976; Leahy, 1996, 1997 a, b; Tomassi ve Ierulli, 1995.

ne pahasına olursa olsun kaçınılması gerektiğine inanmalarından kaynaklanıyor.

Amaç kayıplardan kaçınmak olduğu için, depresifler kendileri için daha fazla kaybı önleyici düzenlemeler yaparlar. Örneğin, depresif kaybetmeye başlayacağını anlarsa (veya tahayyül ederse), 'bırakır' ve vazgeçer. Bu, tabi ki 'öğrenilmiş çaresizlik', yani başarısızlıkla karşılaşınca vazgeçme ile uyuşur, fakat birçok depresif için akılcı ve faydacı bir işlevi vardır: Daha fazla kayıpları engeller. Niçin vazgeçip, eksik de olsalar elindekilerle yetinmeyesin? Gerçekten bazı depresifler için, bir kaybın başlaması, bir kayıplar çağlayanının habercisidir. Yani kayıplar, azalmaksızın, artan bir hızla devam edecektir. Kayıplar bir kez başladı mı, depresif, onların durdurulamayacağına inanabilir. Bu zarar şelaleleri kayıpların, artan bir ivme ile bir başarısızlık, boşluk ve yıkım darboğazına doğru seyrinin habercisidir. Örneğin terapist hastaya "Bu görevi başaramasaydın bu seni niçin rahatsız edecekti?" diye sorabilir. Depresif, bir görevdeki başarısızlığın, bir yaşama sebebinin kaybına neden olarak hayatının geri kalanındaki diğer başarısızlıkların başlangıcına işaret ettiğine inanabilir. Bu yüzden kayıplar önceden görülmeli, onlardan kaçınılmalı ve mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. Daha fazla kaybı önleyici düzenleme, kıtlığı, başarısızlığı ve tükenmeyi öngören olumsuz şemalar sayesinde akılcı görünürler. Daha mutsuz fakat daha tedbirli olmak, herşeyi kaybetmekten daha iyidir.

DEPRESİF RİSK YÖNETİMİ

Tecrübeli bir klinisyen, kendisini bunun mümkün olanların en iyisi olduğunu tartışmaya sevkedecek bir aldatıcı çarpıtmayla karşılaştığında Polyannacı bir iyimserlik göstermekten kaçınmak ister. 'İlerleyici' yirminci yüzyıl üzerine üstünkörü bir okuma yapan herhangi bir insan bile bundan daha iyi birçok

dünyanın mümkün olduğuna şahitlik edebilir. Depresifler geçici, muhtemelen kontrol edilemez, kıtlığa dayalı, rekabetçi ve hatta tehlikeli olarak gördükleri bir dünyada daha fazla kayıpları önlemek için risk-yönetimi stratejilerini adapte edebilirler. Gerçekten insanlık tarihinin büyük ölçüde geçiciliğin, kontrol edilemezliğin, kıtlığın ve tehlikenin tanımı olduğu herkesçe görülebilir. Teselli olarak insanlar, batıl inanç, bağımlılık, anlık zevkler (çoğu kez alkol) ve acısız bir ölüm beklentisi gibi konulara yönelmiştir. Kıyametin sesiymiş gibi görünmek istemem, ama ne de olsa insanlık tarihi bir tepenin üstündeki ışık fenerini takip eden bir şehrin hikâyesidir.

Depresifler, daha fazla kaybı önleyen düzenlemeleri benimseyerek, olası zararlara karşı tedbir alarak, kazançları azaltarak ve beklentiye yönelik kararsız bir pozisyon alarak risklerini yönetmeye ve onunla başa çıkmaya çalışırlar. Depresifler daha fazla kaybı önleme kriterini, hayal kırıklığının veya başarısızlığın ilk sinyallerinden sonra vazgeçip geri çekilirken kullanırlar. Nadiren tüm gayretlerini bir amaca yöneltirler; genellikle bekleyerek, gözleyerek ve kayıp tahmininde bulunarak geri dururlar. Beklentiler hakkında kararsızdırlar, çünkü beklentileri yüksek tutmayı, aşırı iyimser olma, çok fazla şans alma ve aşırı yüzleşme riski olarak görürler.

Bütün bunlar depresyondaki kişiyi gelecekteki savunulamaz ve yıkıcı görülen kayıplarla aşırı yüzleşmeden korumak anlamına geliyor. Daha önce gösterildiği gibi, depresif, algılanan bir çizgisel aşağı eğilimin yol açacağı zarar şelalelerinden kaçınmak için erken vazgeçer. Kendisine herşeyi riske etmediğini temin eden birşeye güvenebilsin diye bir ayağını içerde, diğerini dışarıda tutarak tedbirini alır. Bu tedbir hareketleri, ufukta pozitif bir şeyler olup olmadığını, ödüllerin derhal gelip gelmediğini görmek için yapılan sondajlar gibidir; daha sonra depresif kepengi indirir ve geri çekilir. Depresifler kazançlarını azaltırlar, çünkü dünyanın muhtemelen tehlikeli ve ödüllerin kıt olduğunu düşünürler. Kazançlar, gelecek kazançların habercisi veya bireyin olumlu şeyler üretme potansiyelinin göstergesi olarak

görülmezler. Depresyonun olumsuz şemalarında, bir sapma gibi kişiyi beklentiye ve böylece daha büyük bir yüzleşme riskine yönelten bir rastlantı gibi kabul edilirler. Sonuçta depresifler genelde beklenti konusunda kararsızdırlar: Optimizmle bağdaşan bir iyileştirilmiş ruh halini yaşamak isterler, fakat daha fazla şeyle yüzleşme riskinden korkarlar. Kazançlar, yerçekiminin yükünü taşıyor gibi addedilirler. Depresife göre havaya yükselen herşey nerdeyse her zaman yere çakılır. Dolayısıyla depresif, tahmin ettiği balta başına düşmeden, ufak bir kazançla geri çekilmeye karar verir.

Kendini Ketleme Stratejileri

Depresiflerin korunmaya çalıştıkları kayıplardan ikisi, kendine güvenin kaybolması ve onurun kaybolmasıdır. Depresifin kullandığı stratejilerden birisi yanlış yorumlamadır (disattribution). Örneğin, kendi başlarına ev ödevlerini yapamayan depresifler bunu ödüllerin eksikliğine, gayretin eksikliğine veya terapistin başarısızlığına yorabilir. Bildiğimiz gibi, depresifler biraz gayret gösterip bir işe kalkışıp sonra da başarısız olduklarında, bu başarısızlıklarını yeteneklerinin eksikliğine yorup, böylece "Başaramadım, çünkü yeteneksizim, ben başarısızın biriyim" deme konusunda önyargılıdırlar. Stratejileri olan veya dirençli depresifler bu istenmeyen yorumdan kaçınabilirler, bunun için çaba sarfetmeyi reddedip, "Başarılı olmadım, çünkü bunu hiç denemedim bile" şeklindeki onuru koruyucu otomatik düşüncenin arkasına sığınabilirler. Dolayısıyla biz depresifin gerçekten 'yeteneksiz' olup olmadığını bilmeyiz, belki de deneseydi başarılı olacaktı. Belki potansiyeli vardır. Bu finansal metaforda depresifin denemek üzerine bir 'opsiyon' aldığı söylenebilir ve gelecekte her zaman bunu deneyebilir.

Diğer bir yanlış yorumlama stratejisi, hastanın gayretsizliğinden dolayı terapisti suçlamasıdır: "İyiye gitmiyorum, çünkü

bana yardım etmiyorsun" veya "Beni dikkate almıyorsun." Bu da hem hastanın hem de terapistin dikkatini, hastanın kendi başına iş yapmama konusundaki tercihlerinden ziyade bağımlılık ve empati konularına yöneltiyor. Hasta, kendini değerlendirme ile yüzleşmekten kaçınmaya çalışabilir: Terapisti suçlayarak veya terapiyi sabote ederek problemini dışa vurmasının ve kendini ketlemesinin ardından artık ne kadar kendine güveni kalmışsa onu koruyabilir. Dirençli depresif kendi kendine "Herşeyi yüzde yüz söylemez ve terapisti suçlayabilirsem, kendimin doğru olarak değerlendirilmesinden kaçınabilirim" şeklinde düşünebilir.

Bazı hastalar, (gelecekte erişebilecekleri) ideal bir narsistik kendilik imajlarını korumalarına izin verecek olan imkânsız amaçlar belirleyerek kendilerini kısıtlayabilirler. Örneğin, bir hastanın kusursuz bir partner ihtiyacı için olağanüstü bir görüşü vardı: Ona göre bu kusursuz partner isteğini terketmesi, söylediğine göre kendisinin 'sıradan' biri olduğu anlamına gelirdi. Sıradanlık görüşü, onun değer sisteminde değerlilik kalitesine eşdeğerdi. Dolayısıyla, partneri için mükemmeliyetçi bir amacı olduğu müddetçe, potansiyelini idealleştirmeye devam edebilirdi. Kusursuz bir partner bulamazsa, bu zaten başka hiç kimsenin başaramayacağı birşeyi onun da başaramamış olduğu anlamına gelecekti. Büyük korku, kusursuzdan daha az bir partneri amaçlamak ve bunun bile erişilmesi güç bir şey olduğunu anlamak korkusudur.

Diğer bir kendini ketleme stratejisi, kişinin kendilik yatırımını, diğerlerinin onun hakkında sahip olduğu kendilik idealine yapmasıdır. Yani onu övgüye değer bulanların beklentilerine göre yaşamaya çalışmasıdır. İdealleştirilmiş kendiliğe yatırım yaparak, hasta özel bir statüye sahip olma veya özel biri olma hayalini korur ve "Bu depresyonu bir atlatırsam, istediğim herşeye sahip olacağım," inancını terketmek zorunda kalmaz. Bazı hastalar, daha azını kabul etmenin başkalarının gözünde onların statüsünü azaltacağına inandıkları için değişmeye karşı direnirler. Örneğin, zengin bir aileden gelen bir bayan hasta,

bipolar (çift kutuplu) bozukluğundan dolayı çalışamadığını iddia etmişti. Gerçekte çalışma yetenekleri azdı ve sadece statüsü, ailesi veya arkadaşlarınınkinden daha az olan işlerde çalışmayı umabilirdi. Terapisti onu 'yüksek statü'deki bir grupla gönüllü olarak çalışmaya teşvik etti. Buna iki yıl boyunca, haftada yirmi dört saat çalışarak düzenli bir şekilde devam etti. Ancak nihayetinde yapabildiği bunu düşük statülü bir iş olarak değil, gönüllü bir iş olarak yeniden yorumlayabilmekti. Bunun sonucu olarak, tüm yapabildiği, kendisinin bipolar (fakat özel) ve (daha 'prestijli' işleri yapmakta yeteneksiz olduğunu itiraf etmek yerine) gönüllü çalıştığı şeklinde anlaşılmaz bir yoruma ulaşmaktı.

Bazı dirençli depresifler, başkalarının (mesela terapist gibi) kendilerinden beklentileri artınca anksiyeteye kapılırlar. Terapist ve hastanın arkadaşları bu beklentileri destekleyici olarak nitelendirseler dahi, hastalar birçok nedenden ötürü anksiyete yaratırlar. Bu nedenleri şöyle belirtebiliriz: Birincisi, hastanın arkadaşları ve terapist, hastanın başarısızlık riskini almak ve başarısızlıkla yaşamak zorunda olduğunu hissetme düzeyini yükseltirler. İkincisi, hastayı iyimser olmaya teşvik ederler, böylece aşırı yüzleşme riskini işletirler. Üçüncüsü ise başkalarının artan beklentileri, hastanın arama şeklindeki risk yönetimi stratejisiyle çelişir. Sonuçta hastayı yeteneğinin ispatına yönelten terapist, çoğu kez hastayı terapistin hayal bile edemeyeceği kadar yeteneksiz olduğunu iddia ederken görür.

Diğer bir kendini ketleme stratejisi problemleri başkalarına aktarmaktır. Problemin bu şekilde el çabukluğu ile karşıya aktarımı evlilik çatışmasında yaygındır. Kendi öfkesiyle ilgili bir problemi olduğunu itiraf eden koca, problemi kendisinin öfkeli patlamalarından eşini sorumlu tutarak transfer eder. Bu durumda kocanın problemi artık eşinin başarısızlığıdır. Benzer şekilde, risk almaktan korkan depresyonlu hasta, iyiye gitmemesinden ötürü terapisti ve başkalarını suçlar.

Hastaya göre, direncinin üstesinden gelmek için öyle bir değişiklik yapma yolu bulmalıdır ki bu onun, niçin bu değişikliği daha önce yapmadı diye aptal olarak görülmesine sebep

olmasın. Bazı hastalar bir 'paralel (eşdeğer) sıkıntı' modeli benimserler. "On yıldır depresyondayım, o halde iyileşmem için de on yıl gerekir. Eğer on haftada iyileşseydim, bu daha önce bunu niye yapmadığım için bir aptal olduğum anlamına gelirdi." Paralel sıkıntı modeline sadık kalan hastalar terapötik tedaviler yerine biyolojik tedavileri tercih edebilirler, çünkü biyolojik tedavi iyileşme eksikliklerinde daha az kişisel sorumlulukları olduğu anlamına gelir.

Buraya kadar depresyonun bir tür daha fazla kayıptan kaçınma stratejisi olarak görülebileceğinden bahsettim. Depresifler kendine güvenlerinin ve onurlarının daha fazla kaybolmaması için kendilerini kısıtlayabilecekleri bir risk yönetimi stratejisi benimseyebilirler. Bu bölümün geri kalan kısmında, bu direnç kavramlaştırmasının depresyona girmiş ve bana göre kendisinin 'varoluşsal zindan'ına kilitlenmiş olan, aşırı dirençli bir erkek hastanın tedavisinde nasıl yararlı olduğunu göstereceğim.

Varoluşsal Zindan

Tom 45 yaşında evli bir erkek. On yıllık bir depresyondan sonra tedaviye geldi. Tom anksiyete, depresyon, kararsızlık, erteleme, kendine güven azlığı, yalnızlık, korkular, hareketsizlik, özeleştiri ve evlilik problemlerinden şikâyetçiydi. Mutsuzluk, umutsuzluk, özeleştiri konuları, tatmin eksikliği, ilgi kaybı, kendini bir şeyler yapmaya itme ihtiyacı gibi konularda artış vardı ve Beck Depresyon Envanteri'ndeki skoru 20 idi. SCL 90R'deki depresyon, anksiyete ve obsesiflik skorları yükselmişti. SCID II anketi ve mülakatında kompulsif (zorlamalı), kendini ketleyici ve narsistik kişilik kanıtlarına rastlandı.

Tom'un depresyonunun izleri on yıl öncesine gidiyordu. Bu da hanımının kariyer başarısındaki çarpıcı artış ve boşanmasıyla örtüşüyordu. Tom'un depresyonu terapiye girişten altı yıl önceki bir kariyer değişikliğinden dolayı daha da kötüleşmişti. Tom, şirketi faaliyetlerini başka bir şehre taşımadan önce kont-

ratının satışını kabul etmiş olan orta dereceli bir yöneticiydi. Bir müteşebbis olmayı planlamıştı. Bir yönetici olan eşi ekonomik olarak iyi durumdaydı, bu yüzden o da üzerinde parasal açıdan bir baskı hissediyordu.

Tom'un danışmanlık işi gelir getirmedi. Bu da onun özeleştiri düşüncelerine sebep oldu: "Ben satışta iyi değilim," "Hiçbir şey yapmıyorum," "Hayatım tamamen boşa geçti," "Daha fazla müşteri arasam da reddedileceğim," "İyi değilim," "Hiçbir yere ait değilim." Tom'a göre başarılı biri olması, finansal açıdan başarılı olmasına bağlıydı. Eşinin finansal başarısı onda karışık duygular yarattı. Olumlu taraftan bakıldığında, bu ona finansal güvenlik ve onun iddiasına göre eşine iş sorunlarında danışmanlık yaptığı için dolaylı yoldan kısmi bir kredi sağladı. Olumsuz tarafı ise kendini eşine nazaran 'başarısızın teki' gibi hissetmesiydi. Bu da kendisini bağımlı ve 'muhtaç' biri gibi hissetmesine neden oldu.

Tom işçi sınıfına mensup bir ailede yetiştiğini kaydetti. Akranlarına nispeten kısa olan boyu yüzünden, genellikle kendini aşağılık hissediyordu. Bu eksikliğini, maçoluk, kabadayılık ve arkadaşlarını korkutacak atılgan ve öfkeli patlamalarla telafi ediyordu. Tom genellikle entelektüel açıdan eşiti olan kızların (veya ilerde kadınların) peşine koşmaktan kaçındığını belirtti, çünkü onlardan korkuyordu. Eşiyle tanıştığında 20 yaşında, eşi ise 18 yaşındaydı. İki yıl sonra evlenmişlerdi. İlk oniki yıl boyunca Tom, daha fazla para kazandığı için ve eşi onun 'iş konusundaki üstün bilgisine' boyun eğer gözüktüğü için ilişkilerinde hâkim bir rol oynuyor gözüküyordu.

TEDAVİ MÜDAHALELERİ

Başlangıç müdahaleleri hastanın kısa dönem ve uzun dönem hedeflerini belirlemeye ve (1) danışmanlık işini devam ettirme isteğini, (2) özeleştirisini ve (3) evliliğini sürdürme isteğini in-

celemeye odaklandı. Açıkçası Tom oldukça iyi bir işbirliği içinde ve terapiye istekli görünüyordu. Beraberce 'küçük ve başarılı bir iş' kurmanın avantajlarını ve dezavantajlarını irdeledik. Avantajlarını söyle belirtti: "para; boşandığımızda bununla başa çıkmama yardım etmek, kendimi meşgul tutmak, bir yere ait olduğumu hissetmek ve kendimi üretken hissetmek." Dezavantajlarını ise "prestijli değil, güvenli değil, gelir akışının belirsizliği" olarak tanımladı. Tom, küçük bir iş kurmanın, eşinin kazançlarından pay alma konusundaki onun 'haklı' yetkisini olumsuz etkilediğini ima ediyordu. Ona göre bu pay, eşine destek olduğu için, kısmen ona aitti.

Tom eşine yönelik uzun dönemli hedefler belirleyemedi. Eşi hakkındaki düşünceleri, "Ben evde beslenen bir hayvanım," "Hiçbir hakkım yok," "Ben ona bağlıyım," "Ben aldatıldım," gibi şeylerdi. Boşanmayı düşünmüştü, fakat hala sürdürebileceklerine inandığından dolayı bunu kabul edilemez bularak reddetti. Uzun bir geçmişleri vardı ve boşandığında ekonomik olarak daha kötü bir duruma düşecekti.

Ekonomik istekleri onun bağımlılık ve başarısızlık hislerinin merkezinde yer aldığı için, yılda 70.000$ yerine 150.000$ kazanmanın zararlarını ve faydalarını tartıştık. "Başarılı bir işten bekledikleri ile beklentisi az olan finansal amaçlar gütmek arasındaki fark."[1]

Daha az paraya sahip olmanın sonuçlarını inceleme esnasında Tom, çok iyi bir arabasının olmayacağını, finansal güvenliğin eksik olacağını ve insanları pahalı restoranlara götüremeyeceğini söyledi. Ayrıca daha az paraya sahip olmanın özel biri olmamak, kendini 'aptal' hissetmek, yoksul olma (en sonunda işçi sınıfı mahallesine dönmek) korkularıyla eşdeğer olduğuna inanıyordu. Fakat Tom finansal amaçlarını irdeledikçe, genellikle çok fazla para harcamadığını ve daha ucuz şeylerle tatmin olduğunu farketti. Gerçekten, önceleri eşini memnun etmek için daha pahalı giysiler satın alıyordu. Kendi başına kalınca,

[1] Bkz., Tablo 4-1.

ona göre sıradan giysileri ve daha abartısız bir yaşam tarzını tercih ediyordu.

Tablo 4-1. Yıllık 150.000 $ gereksinimi

Avantajları	*Dezavantajları*
Buna ulaşabilirim (eşimle beraber)	Gerçek dışı olabilir
Kendime güvenimi arttırır.	Hayal kırıklığı Kadının gelirine bağımlı olmak Beni daha mutlu yapacak olan şeyleri gözden kaçırmak

Değişime Direnç

Tom daha az parayla yaşayabilmenin onu daha az bağımlı hissettireceğini ve başka işleri takip etmeyi seçmesine izin vereceğini kabul etti. Fakat konuştuğumuz herşeyin bir anlamı olduğunu belirtmesine rağmen değişmek için çok az şey yaptı ve seans aralarında nadiren terapi hakkında düşündü. Bu noktada terapide kendine özgü olarak Tom bilişsel kaçınmayı anksiyeteye karşı temel savunma olarak kullandı.

Ben Tom'a, beş faktöre odaklanarak bir direnç kavramlaştırması sağladım:

1. *Sıkıntı geçiştirme:* Onu huzursuz yapacak olan iş kontratlarından kaçındı, tıpkı hanımına karşı girişken olmaktan kaçındığı gibi. Benzer şekilde seanslar arasında terapi hakkında düşünmekten ve problemleri ile beraber eşiyle karşılaşmaktan kaçındı;
2. *Yetki:* Eşinin başarısının bir parçasının kendine ait olduğuna ve 'hoş ve iyi' birisi olduğu için, ortalama bir insandan çok daha fazlasını hakettiğine inanıyordu;
3. *İstikrar beklentileri:* Herşeyin aynı kalması gerektiğine inanıyordu. Hanımı onu boşamamalıydı ve onu finansal olarak desteklemeye devam etmeliydi;

4. *Uzlaşma isteksizliği:* Daha az parayı kabul etmenin mahrumiyete yol açacağına inanıyordu. Bir şeyde, özellikle de işinde çok başarılı olma konusunda uzlaşmaya varmanın gerekli olmadığına inanıyordu. Eğer çok başarılı olmasaydı daha azını kabul etmezdi;
5. *Utangaçlık:* Gün boyu evde olduğu zaman, niçin 'işsiz' olduğunu merak etmesinler diye insanlardan kaçıyordu. Kariyerinde yapacağı değişikliklerin ailesinin ve eşinin akrabalarının onu başarısızın teki olarak görmelerine neden olacağı fikri ile sürekli kafası meşguldü.

Tom'dan bütün bu sorunların avantajlarını ve dezavantajlarını listelemesini istedim.[1] Tablo incelendiğinde anlaşılacağı üzere, dezavantajların avantajlardan ağır bastığı görülür.

Tablo 4-2. Direncin Boyutları

Sıkıntı Geçiştirme

Avantajlar	*Dezavantajlar*
Kavga yok	Yumuşak olmak
Kolay bir yaşam	Sorunların tahammülsüzlüğü
Problemlerle boğuşmak zorunda değilim	Sorunlarla nasıl uğraşacağımı 'unutmak' Öğrenme fırsatlarımı kaçırmak Gerçek hayattan soyutlanmak İyi ve kötü şeylerden kaçınmak

Yetki

Avantajlar	*Dezavantajlar*
(yok)	Zayıf hissetmek... ev kedisi gibi Kendime güvenememek Yanlış güvenlik Ya bağımlı olduğum insan başarısız olursa? Kendimden nefret etmek

[1] Tablo 4-2.

Aynı Kalan Şeyler

Avantajlar	*Dezavantajlar*
Tahmin edebilme	Asla yeni şeyler denememek
Güvenlik	Sıkıcı Herşeye ilginin azalması

Daha Azını Kabul Etmeme – Uzlaşmama

Avantajlar	*Dezavantajlar*
Daha fazlasını elde edebilme	Kaçırılan fırsatlar

Utangaçlık – Başkalarından Kaçınmak

Avantajlar	*Dezavantajlar*
Başkaları tarafından başarısızın teki olarak görülmemek	Sahte bir hayat yaşamak zorunda kalmak Muhtemelen gereksiz Başkaları gerçekten dikkate almaz Kim olduğunu unutmak

Birçok depresyonlu hasta kendilerinin sorunların üstesinden gelebilecelderini anlamakta güçlük yaşadıkları için Tom'dan hayatında engelleri başarılı bir şekilde geçtiği ve kaçınmak ya da sıkıntı geçiştirmek yerine kendi hedeflerine odaklandığı bir dönemi anlatmasını istedim. Tom, depresyona girene kadarki yetişkinlik yaşamının çoğunda hedeflerine aşırı derecede odaklandığından bahsetti. Koleje girmeyi nasıl başardığını, yüksek lisans programını onur derecesiyle bitirişini ve işte elde ettiği gelirleri anlattı. Para tek amaç haline geldiğinde, depresyonun başlamasıyla beraber amaçlarına ulaşmak onu eskisi gibi tatmin etmez oldu.

Bu karşılaştırmaların herbirinden anlaşılacağı gibi, Tom'un, direnç göstermediği takdirde, yani sıkıntı geçiştirme, yetki, istikrar, uzlaşma isteksizliği ve utangaçlık-kaçınma stratejilerini uygulamaması halinde daha iyi olacağına dair güçlü bir destek

vardı. Ayrıca Tom'un terapiye olan motivasyonu, onun direncini analiz etmemizle birlikte çarpıcı biçimde arttı. Direncinin altında yatan şemaları analiz ettikten sonra direncini sürdüren iki önemli sorunu belirlemeye gereksinim duyduk. Birincisi, onun geleceğe yönelik risk ve yatırım anlayışını değiştirmek gayesiyle, Tom'un 'portföy teorisi'ni incelemek istedik. İkincisi, işinde başarısız olduktan hemen sonra kaybettiğini itiraf ettiği sosyal itibarını sürdürmesini sağlayacak olan bir onur-koruyucu strateji bulmak zorundaydık. Geçmişini bir yana bırakıp ilerlemesi için toplumca kabul edilebilecek bir strateji ve bir gerekçe bulmak zorundaydı.

Tom'un Direncinin Portföy Teorisi

Bu noktada Tom'un alternatiflerine ve sahip olduğu şeylere ne gözle baktığını analiz etmek için yeterince bilgiye sahibiz. Daha önce tanımlanan portföy teorisine dönersek, Tom'un pesimistik direncini nasıl değiştirebileceğini ve nasıl daha olumlu, riske yönelik bir büyüme portföyü geliştireceğini analiz edebiliriz.

Tom'un Pesimistik Portföy Teorisi

Mevcut malvarlığı (Sunabilecek neyi var?): Tom insanlara verecek hemen hemen hiçbir şeyi olmadığını düşünüyordu. Çok az parası olduğuna inanıyor ve kadınlar için çekici biri olduğundan şüphe ediyordu. (**Düşük**)

Gelecekteki malvarlığı (Ne kazanabilir?): İşinde hiçbir zaman başarılı olamayacağına ve gün geçtikçe cazibesinin azalacağına inanıyordu. (**Düşük**)

Kazanımların faydası (Kazanç veya ödüllerdeki artışların değeri nedir?): Gelecekteki tüm kazançlarının vergilerle geri alınacağına ve gereken ekstra bir işin bunu yararsızlaştıracağına inanıyor-

du. Üstelik meydan okuma, öğrenme veya büyümenin değerinin az olduğunu kabul ediyordu. (**Düşük**)

Potansiyel zarar (Statüsü ve kendisine olan güvenindeki muhtemel azalma nedir?): Tom'un düşüncesine göre değişim, başarısızlık riski, toplumsal yüzleşme ve küçük düşürme yollarıyla kendine güven konusunda önemli kayıplara yol açma riski taşıyordu. (**Yüksek**)

Risk toleransı (Ne kadar risk alabilirdi?): Risklerden kaçınmak istiyordu, çünkü değişimin tehditkâr olduğuna ve bir yığın daha fazla kayba sebebiyet vereceğine inanıyordu. (**Düşük**)

Çeşitlilik (Kaç farklı ödül kaynağına sahipti?): Finansal destek açısından eşine çok fazla bağımlı ve bu ilişki dışındaki ödül kaynaklarının ve yeteneğinin çok az olduğunu hissediyordu. (**Düşük**)

Zaman dilimi (Kısa dönemde mi yoksa uzun dönemde mi bu işin içindeydi?) Ödüllerini görmedeki zaman dilimi şuydu; ödemeyi derhal almalıydı aksi halde işin devam etmeye değer olmadığını düşünmekteydi. Hayatı için uzun dönemli bir yatırım yapmamıştı. (**Düşük**)

Pişmanlık yönelimi (Yaptığı hatalardan ötürü kendisini eleştiriyor muydu?) Değişimin zararlı olma ihtimali yüksekti, çünkü işler iyi gitmediği takdirde kendisini eleştirirdi. (**Yüksek**)

Daha fazla kaybı önleme (Olumsuz sonuçlar oluştuğunda, işi ne kadar çabuk bırakabilir?): Hüsran veya sıkıntıyla karşılaştığında çabucak cayabilirdi. Değişim hakkında düşünmek bile hoş birşey değildi, bu yüzden daha çok endişelenmesin diye değişimi düşünmekten çabucak vazgeçebilirdi. (**Yüksek**)

Tedbir (Bir ayağını içerde bir ayağını dışarda tutuyor mu?): Tom bir ayağını evliliğinde diğerini, pek iyi devam etmeyen danışmanlık işinde tutuyordu. Ne zaman birine veya ötekine daha fazla bağlılık gösterse, aksi istikamete doğru çekiliyordu. Her ikisine de potansiyelinin %100'ünü harcamıyordu. (**Yüksek**)

Tom'un değişime karşı direncini kavramlaştırırken, Tom'un portföy teorisindeki her bir elementi değiştirmek gerekli idi.

Bu sorunları belirlerken onun değişme potansiyelini, daha fazla varlığa, gelecek kazançlara, daha uzun zaman dilimlerine ve çeşitliliğe vurgu yaparak, pozitif bir perspektiften ele aldık. Bu aşağıda belirtilmiştir.

Pozitif Bir Portföy Teorisi

Mevcut malvarlığı: Önemli ölçüde sermayesi, zekâsı, iş tecrübesi ve kişisel yetenekleri vardı. (**Yüksek**)

Gelecekteki malvarlığı: Mevcut varlıklarının birçoğu zamanla artabilirdi. Ayrıca o da biraz daha eğitim ve yetenek edinebilirdi. (**Yüksek**)

Kazanımların faydası: Daha fazla gelirin marjinal faydasına oldukça odaklanmıştı. Öğrenme, meydan okumalar, yenilik ve kişisel gelişim gibi yeni bir ödül sınıflandırması yapabilirdik. (**Yüksek**)

Potansiyel zarar: Depresyonda olduğu için, depresyondan başka kaybedecek bir şeyi yoktu. Eğer eşi kalacaksa, bazı değişiklikler yapmak zorunda kalabilirdi. Eğer boşanacaksa, yeni yönlere yönelmesi gerekecekti. (**Düşük**)

Risk toleransı: Statükoyu korumanın riskli olacağını kabul etmek zorundaydı, çünkü bu depresyonunu sağlamlaştırır ve yüksek alternatif maliyet doğurabilirdi. 'Risk' kelimesini, pozitif bir ışık tutarak 'beceriklilik' şeklinde tekrar nitelendirebilirdik. (**Orta**)

Çeşitlilik: Mevcut danışmanlık işine ve finansal varlıklarını yönetmesine ilaveten neler yapabileceğini inceleyerek alternatiflerini arttırabilirdik. (**Orta**)

Zaman dilimi: Herşeyi hemen çözebilecek sihirli bir değneğe oldukça odaklanmıştı. Uzun bir zaman diliminde üzerinde çalışacağı değişiklikleri irdeleyebilirdik. (**Orta**)

Pişmanlık yönelimi: Değişiklik yapmaya, risk almaya ve kendisini risk almayanlardan farklı olarak görmesine vereceği değeri arttırmaya odaklanabilirdik. Eğer işler iyi gitmezse, bu sadece onun bir 'oyuncu' olduğu anlamına gelecekti. (**Düşük**)

Daha fazla kaybı önleme: Bir hamle yapmadan bırakmaktansa öğrenmenin, yeniliğin ve meydan okumaların asıl ödüllerine odaklanabilir ve değişimleri iniş ve çıkışları olan yatırımlar olarak görebilirdik. (**Düşük**)

Tedbir: Her zaman bir değişiklik yaparken kendini bir parça geride tutuyordu. Tatminin bağlılıkla beraber geleceği fikrine odaklanmamız gerekiyordu. Değişiklikler yapmak için finansal bağımlılığının güvenliğini riske atabileceğini kabul etmek zorundaydı. (**Düşük**)

Yeni pozitif portföy teorisi Tom'a karar verme stratejisini, güçlendirilmiş bir görüşle nasıl göreceğinin kavramlaştırmasını sağlayacaktı. Bu görüşe göre birçok varlığa sahipti, ödüller çeşitlenebilirdi ve kendisini değişimi uzun dönemli bir bağlılık olarak görmeye teşvik edecek olan bir yatırım stratejisi belirleyebilirdi. Varlıklarını çeşitlendirerek gelecek kazançlarını büyütebilirdi. Örneğin okula (hukuk fakültesi veya lisansüstü eğitime) geri dönmeyi düşünüyordu. Paranın dışında yeni ödüller tespit ettik. Örneğin; öğrenmenin, meydan okumanın, yeniliğin, insanlara yardım etmenin ve ara sıra kendine vakit harcamasının onun için nasıl yeni ödüller olabileceğini irdeledik. Son olarak, yaşamının ilk yıllarında görevlerini başarıyla yerine getirdiği dönemlerde düşüncesinin nasıl olduğunu inceledik. Bunun içinde sıkı çalışma isteği, zor konuları öğrenebilme yetisi, insanlara karşı ısrar edebilme yeteneği ve zamanla bir yatırım stratejisi belirleme becerisi vardı. Bu geçmişteki başarılı hususiyetler, onun mevcut 'varlıkları' ve kişisel kaynaklarına eklendi. Kişisel varlıkları kim olduğundan ziyade neye sahip olduğuna daha az bağlı oldu.

Kendini Ketlemeyi Yenmek

Tom'un alternatiflerinin incelenmesi onu teşvik etmiş görünüyordu, fakat hala hangi dersi alacağına karar verme konu-

sunda sıkıntı yaşıyordu. Bu sırada şirket işi, hukuk fakültesi veya eğitim üzerinde düşünüyordu. Tom kendini rahatsız eden bir rüyasını aktardı: "Anaokulu sınıfındaydım. (Belirsizlikle dolu) Büyük bir binaya gitmekten korkuyordum. Bunaltıcıydı. Sınıftaki herkes benim gibi yetişkindi. Öğretmen alfabe ile ilgili bir test verdi. Ben yapamadım. Ortalama bir not aldım. Odadan çıktım, fakat lavaboyu ararken yolumu kaybettim."

Bu rüyayı onun geri gitme, başarısızlıkta aşağılanma korkusu ve yönlendirme eksikliği olarak yorumladık. Tom'a göre artık en büyük korkusu, kendisini başarılı bir danışman olarak gören insanların artık onu daha az hatırlamasıydı.

Onun bu başkalarının beklentileri ile doğrudan karşılaşma korkusunu, ailesine Tom'un gerçek iş durumunu anlatarak inceledik. Tom bunun avantajlarını: "Kendim olma özgürlüğüm olmalı, birilerini taklit etmek zorunda kalmamalıyım, tekrar genç hissedebilirim" şeklinde, dezavantajlarını ise "haklımda daha az düşünürler, beni başarısızın teki gibi görürler," şeklinde açıkladı. Tom'a bir varoluşsal zindanda yaşadığını ve buradan ayrılmasını engelleyen gardiyanın da kendisi olduğunu belirttim. Ona Sartre'ın 'No Exit' oyununu okuması görevi verdim. Oyun, kendilerini daha sonradan cehennem olduğunu farkettikleri bir odada bulan birkaç karakter arasındaki ikilem ve etkileşimi anlatıyor. Herbiri kendi hayatını anlattıkça, odayı terkedip cehennemden çıkmak yerine kendilerini birbirlerine karşı temize çıkarmayı yeğliyorlar. Baş oyuncu bir kapı keşfettiğinde, odada kalıp kendisi hakkındaki tartışmalarına devam etmeyi tercih ediyor. Sartre'ın varoluşsal oyununun Tom'un karar vermede yaşadığı ikilemi idrak etmesine yardımcı olacağını düşündüm. Yani Tom, kendisini, varoluşsal zindanını, içine kurduğu apartmandan çıkartmak yerine, kendisine ve başkalarına karşı haklı çıkarmak fikri ile meşguldü.

Tom bir sonraki görüşmede istekli görünüyordu. Beraberce "Cehennem diğer insanların senden beklentileridir," kararına vardık. Tom, kendi seçimi olan bir varoluşsal zindanda kilitli olduğunu ve kendisini bir türlü dışarı salmayan gardiyanın da

yine kendisi olduğunu doğruladı. "Onurunu kurtarmak" için kullanacağı birçok strateji inceledik. Birincisi, işle ilgili problemlerini "durgunluk" şeklinde yeniden yorumlayabilirdi. İkincisi, sorunu normalleştirebilirdi: "Bütün danışmanların sorunları oluyor." Üçüncüsü, başkalarının beklentilerini, danışmanlık işini bırakacağını düşündüğünü ima ederek azaltabilirdi. Bunu ailesine ve hanımının akrabalarına açıkladığında onların, kendisinin bir değişiklik yapma fikrini onayladıklarını görünce çok şaşırdı.

Tom, en iyi alternatifin tamamen yeni bir alan bulmak olacağına karar verdi; bir terapist olmak. Amaç olarak finansal başarıyı görmesini bir yana bırakıp insanlara yardım ederek ve tamamen yeni beceriler kazanarak "başarı kriterini yükseltmek" üzerinde çalıştık. Sonraki altı ay içinde, çalışma planını takip ettikçe Tom'un depresyonu tamamen ortadan kalktı. Kendi kendini koyduğu varoluşsal zindanından çıkmanın yolunu buldu. Artık herkese kırklı yaşlarının sonuna doğru eski işinden vazgeçtiğini ve tamamen yeni bir yol izleyeceğini, yani terapist olmak istediğini söylerken kendini huzurlu hissedebiliyordu. Tom'dan geçen yıl boyunca nasıl değiştiğini değerlendirmesini istedim. Cevapları Tablo 4-3'te görülüyor.

Daha önce belirtildiği gibi bu hasta, direncini analiz ettiğimiz zaman terapiye daha fazla motive oldu. Hastanın direncini kavramlaştırmasını, yani yetki hakkındaki varsayımları ve şemaları, istikrar beklentilerini, sıkıntı geçiştirmesini sağlayarak, tercih teorisini, portföy teorisini değerlendirerek incelemesine yardım ederek onu depresyon ve hareketsizlikten kurtarıp özgür bırakacak olan kararları beraberce çalışarak vermeyi başardık.

SON YORUMLAR

Tom'un depresyonu tamamen giderilmişti. Bir yıl sonra artık mutsuzluk, umutsuzluk ve özeleştiriden bahsetmiyordu. Ara sıra buluşmaya devam ettik, yeni çalışma planını coşkuyla anlatıyordu. İronik olarak, herkese danışmanlık işinin iyi yürümediğinden bahsetmiş olsa da, yeni müşteriler bulmaya başladı ve hem okulu hem de danışmanlık işini bir arada yürüterek bir şekilde kendine aşırı yüklenmiş hissetti. Eşiyle ayrı yaşamaya karar verdi. Hafta sonları onu görmeye gidiyordu. Onu evlilik sorunlarıyla yüzleştirmeye yönelik çabalarıma rağmen, o hala evlilik konusunu kendi haline bırakabileceğini düşünüyordu. İş sorunlarında sıkıntı geçiştirme ve herşeyin aynı kalması hayalini kullandığı gibi, bu stratejileri ayrıca evlilikten kaçınmada da kullandı. Fakat bu, onun tercih ettiği bir yoldu.

Tablo 4-3. Hastanın Değişim Özeti

Konular	*Geçen sene*	*Bugün*
Kendini ketleme	Kariyerimi bitirdiğimi düşünüyordum. Değişime direndim	"Dünyayı bile yönetebilecek" gibi hissediyorum. Yeni olanaklar beni heyecanlandırıyor
Sıkıntı geçiştirme	Ne pahasına olursa olsun sıkıntıdan kaçınırdım	Çoğu sıkıntıyı yerinde karşılıyorum.
Yetki	Tamamen yetkindim. Kayıp bana uğrayamazdı.	Hala biraz yetkin hissediyorum, fakat kayıp gerçekleşirse onunla baş edebilirim
Herşeyin aynı kalması beklentisi	Hiçbir şeyin değişmemesini istiyordum.	Herşeyin değişmesini istiyorum.
Para kaybı (ve ihtiyacı)	Çok para olmadan yaşayamazdım.	Hala onsuz yaşayamam. Fakat servet artık düşünülemez.

Bu vaka, hastanın direncini doğrudan analiz etmenin değerini, portföy teorisi ve kendini ketleme stratejilerine dayanan bir kâr-zarar kullanımı modeli perspektifinden gösteriyor. Terapistin görevi geleneksel bilişsel terapi tekniklerinin ötesine geçerek hastanın değişmeye dirençteki ısrarını onunla beraber değerlendirmekti. Kullanılan kavramlar, tedbir ve kendini ketleme gibi, hastanın aktif olarak değişime nasıl direndiğini ve değişimin kendisini kavramlaştırmasını sağladı. Kısmen mantıklı yararcı modelle çalışma yeteneği, kısmen de adaptasyon açısından tanımlanan direnç sayesinde değişimin fayda ve kendini ketleme modelleri bu hastaya hitap ediyordu. Bu ona mantıklı ve daha az aşağılayıcı geldi. Fakat direncini anlaması, onu değiştirmesi ve kendisi için anlamlı bir iş ve kabul edilebilir bir rol öngörmesi sayesinde depresyonu giderildikten sonra artık karşısına çıkan bu sorunları evlilikle daha az ilişkilendirmeye başladı. Yaşamının bu aşamasındaki devam eden direnci değişimin zararlarının faydalarından ağır bastığını düşünmesine sebep oldu.

REFERANSLAR

Becker, G. S. (1976). *The Economic Approach to Human Behavior.* Chicago: University of Chicago Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: I. Attachment.* New York: Basic Books.

— (1980). Attachment and Loss: III. Loss: Sadness and Depression. London: Hogarth.

Leahy, R. L. (1966). An investment model of depressive resistance. Paper presented at meetings of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York, November.

— (1997a). Depression and resistance: An investment model of decision-making. *Behavior Therapist* 20:3-6.

— (1997b). An investment model of depressive resistance. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* baskıda.

Marks, I. M. (1987). Fear, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety and Their Disorders. Oxford: Oxford University Press.

Nesse, R. N. ve Williams, G, C. (1994). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine.* New York: Random House.

Toniassi, M. ve lerulli, K., eds. (1995). *The New Economics of Human Behavior.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Wenegrat, B. (1990). *Sociobiological Psychiatry: A New Conceptual Framework.* Lexington, MA: Lexington Books.

II.

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARDAKİ UYGULAMALARI

5

DEPRESYON

Ruth L. Greenberg

Sahne açıldığında, bilişsel terapist depresyona girmiş hastayı, kendisini yiyip bitiren dertler ağına yakalanmış bir şekilde bulur. O, depresyon semptomlarının pençesine düşmüş ve kendi kişilik özelliklerinin tuzağına yakalanmıştır. Biyolojik güçler ve kişisel vasıflar, çevresel baskılar, geçmiş deneyimler ve güncel ikilemler gibi psikolojik güçlerin merhametine kalmıştır. Belki az da olsa kendini bu bataktan çekip çıkarma ümidi var, belki kendi gücünün farkında fakat öz kaynaklarını seferber edemiyor ve belki de belirgin bir değişimden korkuyor.

Belki de sahne arkasında, hastayı bu talihsiz vaziyetten kurtarmaya yardım eden bir diğer çatışma meydana gelmiştir: Tedavi olmasının gerekliliği ile tedaviyi arzu etmeye yönelik istekliliği arasındaki çatışma. Belki de sadece son bir umut ve başka alternatif olmaması hissi hastayı sonunda terapistin ofisine sevk etmiştir. Bilişsel terapist ise, hastalığın tedaviden sonra yeniden nüksetmesini önlemek amacıyla hasta için uzun vadede yararlı olacak uygun bir tedavi meydana getirmeyi umarak, hastanın kendisini karmaşık durumdan kurtarmasına yardım etmek için bir takım belirli prensipler uygulayacaktır.

Depresyonun Bilişsel Terapisi

Depresyonun kısa dönemli yapısal bir tedavi yöntemi olarak bilişsel terapi, Beck (1970) tarafından tanımlanan depresyon modelinden elde edilir. Beck'in modeline göre depresyon duygu, biliş, motivasyon ve fizikî yapı ile ilgili semptomlar içerir. Fakat depresyonun bilişsel yönlerinin, sendromun belirlenmesinde eksen rolü oynadığı kabul edilir. Depresyonlu hastanın düşünme tarzının, 'bilişsel üçlü' tarafından yönlendiriliyor olduğu düşünülür. [Bu üçlü şunlardır: a) kendine yönelik olumsuz düşünce yapıları, b) dünya (hastanın deneyimleri) ve c) gelecek]. Terapist, dış gözlemciye oldukça bozulmuş gibi görünse de hastaya makul görünen, düşünme ve mantık dışı ortaya çıkan olumsuz 'otomatik düşünceler' yığınıyla karşılaşır. Bu düşüncelerin, ruh hali ve motivasyon üzerinde doğrudan etkili olduğu kabul edilir. Mesela, hastanın otomatik düşünceleri, çabalarının başarısızlığa mahkûm olduğuna dair kanaatler içeriyorsa, kendisine yararlı olacak bir harekette bulunma cesaretini kırılmış hisseder.

Beck (1970), depresyonda olumsuz düşünce yapılarının, kişiye özel gizli şemaların etkin hale gelmesinden kaynaklandığını da öne sürmektedir. Bu şemaları, "organizmayı etkileyen uyarıcıyı perdelemek, kodlamak ve değerlendirmek gayesini taşıyan" yapılar olarak tanımlar.[1] İşlevsel şemalar, bireyin zamana ve mekâna alışmasına, deneyimleri değerlendirmeye ve anlam yüklemeye müsade ederken, bazı şemalar, potansiyel olarak uyumsuz (maladaptive) bir şekilde gelişir. Bu şemalar genel olarak içeriklerine, temsil boyutuna, kendi ile alakalı olumsuz genellemelere göre nitelenmektedir. Örneğin, "Ben aptalım", "Ben toplumsal olarak kabul edilemez bir kişiyim". Uyumlu şemalar gibi uyumsuz şemalar da, dış dünyadan bilgiyi süzmekte ve bireyin deneyimi yorumlama tarzını belirlemektedir. Daha

---

1 Beck, 1970, s. 283.

uyumlu şemaların aksine bunlar yeni bilgiye karşı nispeten katı ve kapalıdırlar. Uzun zaman potansiyel olarak bekleyen bu uyumsuz şemalar, depresyon şeklinde aktif hale gelirler ve bu süreçte olumsuz içerik hastanın düşünmesini ve işleyişini yönetir.

Depresyonun bilişsel terapisi, bu olumsuz şemaların gücüne karşı koymaya ve böylece hastanın ruh hali ve bakış açısını düzeltmeye çalışmaktadır. Terapi, kendilik, dünya ve gelecek hakkında çarpıtılmış inançları değiştirmek için düzenlenmiş teknikler bütününü kapsamaktadır. Beck ve çalışma arkadaşlarının klasik bir şekilde tanımladıkları üzere terapi, bir problem listesi yapmak, her seans için bir ajanda oluşturmak ve seanslar arasında yapılacak işleri programlamak için kullanılarak, terapiyi açık bir şekilde yapılandırmak yoluyla depresyonlu hastanın acizliğine ve çaresizliğine meydan okumaya çalışır. Bilişsel terapinin mantığı hastaya açıklanır ve görüşme olumsuz 'otomatik düşünceler'i açığa çıkartmak ve tanımlamak amacıyla yapılır. Hasta spesifik problemleri tanımladığında çözümleri ortaya çıkartmak amacıyla bu problemlere yönelinir. Davranış deneyimleri hastanın olumsuz varsayımlarının deneysel testleri olarak kullanıldığı gibi, hastanın depresyonlu ruh halini yenmesine yardımcı olacak şekilde onun özgüvenini artırır ve haz almasına yardım eder. Hasta, olumsuz otomatik düşünceleri tanımlamayı öğrendiğinde, ondan bu düşünceleri kaydetmesi ve seanslar arasında onlarla mücadele etmesi istenir.

Bu otomatik düşüncelerin ve diğer verilerin esası üzerine terapist, örtülü inançlar hakkında bir hipotez geliştirir ve bu hipotezi hasta ile paylaşır. Daha sonra hastayı bu hipotezi tanımlamaya teşvik eder. Yanlış inançların geçerlilik durumu daha sonra değerlendirilebilir. Terapi boyunca, terapist hasta ile işbirlikçi ilişkiyi sürdürür. Düşüncelerin ve inançların gerçekliğine, ders anlatır ve nasihat eder bir tarzda değil de daha ziyade Sokratik tarzda sorgulama yoluyla karşı çıkılır. Terapinin sonunda, hastanın kendi tedavisi için sorumluluk almasına yardım anlamında, tedavinin seyri boyunca tipik bir ev ödevi belirlenir, böylece hasta tedavinin başından sonuna kadar terapiye

hazırlanır. Benim görüşüme göre, bilişsel terapinin ana prensiplerinin basitliği, hastaların bu prensipleri kolaylıkla anlayabilmeleri ve onları kendileri üzerinde uygulamaları konusunda önemli bir avantajdır.

İlk olarak tanımlandığından beri,[1] bilişsel terapinin alanına ve repertuarına birçok yazar ve klinisyen katkıda bulunmuştur. Kişilik bozukluklarının tedavisi hakkında ortaya çıkan eserler depresyonun tedavisi ile ilgili yenilikler arasındadır. Her ne kadar Beck (1970) önceleri depresyonu şema gelişmesiyle ilişkilendirmiş olsa da Beck ve çalışma arkadaşları (1990) ve Young (1990) kişilik bozukluklarının devamlılığını ve şekillenmesini, uyumsuz şemaların işlemesiyle ilişkilendirmiştir. Bu yazarlar, düş ile gerçek arasında çocukluk deneyimlerini yeniden ortaya çıkarmak ve seansta deneyimi, uyumsuz şemaların işleyişi ile ilgili tavır ve davranışı canlandırmak ve değiştirmek için kullanmak gibi metodlar geliştirmişlerdir. Diğerlerine göre dayanıklı ve kendini yenen modeller, depresyonlu hastalar topluluğunda nadiren bulunduğu için, bu teknikler, John vakasıyla göstermeye çalışacağım gibi, çoğunlukla depresyonun tedavisi ile bütünleştirilmiştir.

Çifte Depresyon

John 'çifte depresyon', yani kronik distimiye (depresyon eğilimli ruh hali) bağlı yinelenen bir genel depresyon hastasıydı. *DSM-IV* (1994) daha büyük depresif kriterlerini, beş veya daha fazla semptom listeleyerek, kısaca özetleneceği gibi tanımlamaktadır. Bu semptomlar şunlardır: Depresyonlu ruh hali, aktivitelere olan ilginin ve zevkin kaybolması, belirgin bir şekilde kilo kaybetme veya alma, uykusuzluk veya aşırı uyku hali, psikomotor ajitasyon veya gerilik, bitkinlik veya enerji kaybı,

[1] Mesela bkz., Kuehlwein ve Rosen, 1993.

değersizlik veya suçluluk duygusu, konsantre olma veya karar verme yeteneğinin kaybolması ve sürekli ölüm düşünceleri. Semptomlar, ya depresyonlu ruh halini ya da ilgi ve zevk kaybını içermelidir. Aynı durum iki-haftalık periyot boyunca devam etmeli ve daha önceki işleyişe göre bir değişiklik göstermelidir.

Depresyon eğilimli (distimik) hasta, devam eden depresyonlu ruh halinin yanı sıra, iştah, uyku, enerji, özsaygı, konsantrasyon veya karar verme ve çaresizlik hissi ile ilgili problemlerle de karşılaşır. Fakat teşhis koymak için ilave semptomlardan sadece iki tanesi gereklidir. Bununla birlikte, semptomlar en az iki yıl boyunca periyodik olarak görülmelidir. Bu periyodik süre içerisinde, semptomlar en fazla iki ay kadar görülmeyebilir. Çekingen ve bağımlı kişilik özelliklerinin tamamı John'un tedavisini daha da karmaşıklaştıran etkenlerdir. *DSM-IV*'ün kriterlerine göre, John, kendisini mesela "toplumsal olarak uygunsuz, kişisel olarak zevksiz ve aşağılık biri" görmüştü ve "projelere başlamakta ve kendisine ait ve kendisi için bir şeyler yapmakta zorluk"[1] çekmişti.

John Vakası

John, geçen bir kaç hafta boyunca ne çok fazla bir şey yemiş ne de uyumuş bir hasta olarak adeta çarpılmış görüntüsüyle ofisime gelmişti. İşyerinde her günü gergin ve endişeliydi. Eve geldiğinde hiçbir şey yapamayacağını hissediyor, sadece televizyon izliyor ve düşünmemeye, hissetmemeye çalışıyordu. Arkadaşlarının faydası olmadığını düşünüyor, onları görmeyi reddediyor ve hiç kimse ile bağlantı kuramayacağını söylüyordu. John, acı ve mutsuzluktan, arzu ve inisiyatifinin azlığından, sadece yetersiz gelirini devam ettirmek için bir şeyler yapmak

[1] *DSM-IV*, 1994, s. 665, 668.

zorunda olmasından şikâyet ediyordu. Bana, kendisi ile ilgili birçok şeyin yanlış olduğundan bahsetti. İşinde birçok hata yapmıştı, öncelikle bir şeyler öğrenme konusunda başarısızdı ve öğrendiklerini muhafaza edemiyordu. İşinde daha etkili olabilmek için geceleri çalışması gerektiğini bilse de her akşam kendisini kötürümlü hissediyor ve bir sonraki gün kendisini tamamen kınıyordu.

John, bizzat kendisini, etrafındaki insanları ve 'genel olarak her şeyi'; sanatı, kültürü, politikayı, işi ve kariyeri için beklentilerini eleştirirken, "her şeyden nefret ediyorum." diyordu. 23 yaşındayken, intihara meyilli değildi, fakat boşvermiş, ümitsiz ve yalnızdı. Geçen birkaç hafta içinde karşılaştığı problemlerin olağandan daha ciddi ve muhtemelen iş stresinden kaynaklandığını kabul ettiğinde, bana bu problemlerin uzun süredir devam ettiğini söyledi. Çocukluğundan beri içine kapalı olduğunu ve sosyal olabilme yeteneğine rağmen, diğer insanlarla asla geçinemediğini ve dolayısıyla onlarla sıkı ilişki kurmaktan kaçındığını söylüyordu. "Diğer insanları umursamıyorum. Onlar benim canımı sıkıyor. Onlarla ancak gürültü yaparak oynuyorum veya oradan uzaklaşıyorum." Kız arkadaşları da olmuştu, fakat onlarla olan ilişkilerinin sorunlu olduğundan bahsediyordu: "Bir kız arkadaşım olduğunda, ondan hiç ayrılmak istemiyorum, fakat her an onun için çıldırıyor olduğumdan ilişkim hemen bitiyor." John'un en çok yakındığı bu şikâyetler, Beck'in bilişsel üçlüsüne, yani kendisi, deneyimleri ve geleceği ile ilgili olumsuz görüşlerine işaret ediyordu.

John'un geçmişi trajikti. Ailesi göçmendi. 8 yaşında, babasının ölümüne kadar ülkede büyük zorluklarla karşılaşmışlardı. Annesinin tekrar evliliği, dört yıl sonra ölümle sonuçlanan bir trafik kazasıyla son bulmuştu. John 12 yaşında iken sert ve otoriter bir üvey babanın elinde kalmıştı, derdini paylaşacağı bir kardeşi de yoktu. Fakat John'a göre bu durumun bazı avantajları vardı. Üvey baba bir fabrika işçisiydi, geceleri çalışıyordu, dolayısıyla John zamanının çoğunu yalnız geçiriyordu. Ne bir üniversite hedefi, ne de üvey babasının fabrikaya giden yoluna

bakmaktan başka, meslekle ilgili bir düşüncesi vardı. Lise hayatı boyunca zamanının çoğunu, kontrol edilmeksizin, birbirine benzeyen başıboş arkadaşlarla geçirmişti.

Günün birinde, geçici bir hevesle yerel bir üniversiteye başvurmuş ve kabul edilmişti. Üniversiteden yüksek onur derecesiyle mezun olmuştu. Sınavlardan önce ve ödev hazırlarken, güçsüzleştiren anksiyete, kusma ve titreme gibi sorunlarına rağmen bu statüye ulaşmıştı. Açıkça görülüyor ki, John'un kendisini apaçık bir şekilde yeteneksiz ve noksan görmesinde bilişsel çarpıtmaların etkisi vardı. John'un geçmişi ayrıca şu gerçeği de ortaya koymaktaydı: Olumsuz kendilik şemaları, onun çekingen ve bağımlı kişilik özelliklerinin altında gizleniyor, ilişkilerini, hoşnutsuzluğa ve kabiliyetsizliğe itiyordu.

Tedavi Başlıyor

Nerede başladı?

Depresyonlu bir hastayı tedaviye başladığım zaman, ilk müdahalemin onun çaresizliğine darbe vurmak ve acizlik duygusunu hafifletmek olmasını istemişimdir. John'a, kısa vadeli problemleri için yardım etmeyi önerdim. Dolayısıyla, uzun vadeli sorunları da bu problemlerle bağlantılı olarak zamanla çözeceğimize dair mantıklı bir güvence verdim. Her terapist için ilk müdahaleyi seçmek güç bir görevdir ve ben klasik bilişsel-davranışçı çözüm metodunu kullandım: Hastadan belli hedefler koymasını istedim.

John ilk olarak, kötürümlük duygusu ve işinde yaşadığı zorluklar üzerine çalışmayı seçti. Ancak, işbirliği yaparak problemleriyle mücadelede başarılı olamayacağına inanmasına rağmen, bu sorunları ilerleyen zamanlarda tartışmayı kabul etti. John'un kendisine faydalı olma hissini güçlendirmek oldukça önemliydi, dolayısıyla, bir 'başarı deneyimi' ortaya çıkartacak küçük bir görev aradım. John, her gece bilgisayar programları üzerinde çalışması sayesinde, gün boyunca muhasebecilik mesleğinin sorumluluklarını daha donanımlı bir şekilde yerine getirdiğine

inanmaktaydı. Kendisini mükemmeliyetçi gördüğü zamanlarda ve mükemmeliyetçi olma doğrultusunda çaba sarfettiğinde tükenme ve yorgunluktan acı çekiyordu. Bu durum onu, hem olumsuz otomatik düşünceler biriktirmek hem de daha gerçekçi standartlar oluşturmakla meşgul ediyordu.

"Bu projeye zaman ayırmaya karar verdikten sonra, gece eve gidince neler hissettiğini merak ediyorum."

"Bilmiyorum, sadece televizyonu açarım."

"Televizyon izlemezsen ne olur?"

" Sanırım kendimi kötü hissederim."

"Aklından neler geçiriyorsun? Hangi düşünceler? Hangi görüntüler?"

"Bunu yapamıyorum, hayatımda değişiklik yapmayı yeterince öğrenemiyorum."

"Belki de, ne kadar başarılı olacağın ve bunun ne derece anlamlı olacağı konusunda tahmin yapıyorsun."

John'u sorgulamaya devam ederek, kaçınılmaz ilk seans manevralarını yerine getirmeyi başarmıştım.[1] John'u, birçok olumsuz otomatik düşüncelerle karşılaştığına ve bu düşüncelerin, bir yönüyle çarpıtılmış, bir yönüyle de makul olma ihtimaline ve ayrıca ruh hali ve davranışları üzerine etkileri olduğuna ikna etmiştim. Ona, 'bilişsel model'i açıkladım ve biraz tarihinden bahsettim. Her gece üç saat olarak belirlemiş olduğu ödevini, iki ya da üç gecede bir yarım saat ya da bir saate kadar azaltmasında başarılı oldum. John'un bu çalışmanın, sadece, işindeki yeteneksizlik hissinin üstesinden tamamen gelebilecek olduğu için zahmete değer olduğuna dair, söze dökmediği varsayımlarıyla mücadele etmesini sağladım. İstemeyerek de olsa, bunun faydalı olabileceği düşüncesini kabul etmişti. Tekrar klasik tarzda ödevini, basit ve 'eksiksiz' olması için dikkatli bir şekilde tanımladım. Ödevini yerine getirmeli veya en azından te-

[1] Beck vd., 1979.

levizyonu, onu durduran olumsuz düşüncelerin farkında olmaya çalışabileceği kadar bir süre boyunca kapalı tutmalıydı.

Sonuç olarak, John'a bilişsel modelin araştırıcı bir metod olduğunu açıkladım. Sonraki seanslarda, arkadaşlık ve yakın ilişkiler hakkındaki duygularını, gelecekle ilgili şüphelerini ve sıklıkla yüreğini ağzına getiren, korkunç performans anksiyetesini açığa çıkarmaya çalışacaktık.

Bir Kaç Seans Sonrası:

John'u tekrar gördüğümde, ruh halinin biraz sakinleştiği açıkça belliydi; kendisini daha çok kontrol edebildiğini belirtmişti. Akşamki ödevi için iki saat zaman ayırmıştı ve neden daha fazla yapmadığını düşündüğünde, artık tamamen çıkmazda olmadığını fark etmişti; zira ödevini yerine getirerek biraz üstünlük hissi kazanmıştı. Bununla beraber, bilişsel terapinin şüpheciliğini ajandasındaki problemlere, yani işinde yeteneksizlik düşüncelerine eklemek istiyordu.

İşteyken, endişeli, depresyonlu ve sinirli görünüyordu. Kendisine bir görev verildiğinde, hemen, "ben bu işi yapamam" gibi otomatik düşünceler aklına geliyordu. Bir kişiden yardım istediğinde, yardım edilmezse sinirleniyor ve yeniden "kimse benimle ilgilenmiyor" gibi otomatik düşüncelere boğuluyordu. Bu noktada, işi kendisi yapmaya çalışıyor, fakat bu sefer de, "onlar bunun nasıl yapıldığını biliyor," "benim yaptığım doğru olamaz," "bunun nasıl yapılacağını önceden öğrenmeliydim," "benim bir sorunum var" gibi kendini eleştirici düşünceler yığınıyla karşılaşıyordu. Aslında, iş arkadaşları, John'un bu yoğun taleplerini reddederek, ona daha fazla yardım etmiş oluyorlardı.

John, yardım istemesinin, probleminin bir parçası olabileceğini kabul etmişti. Bir işi başarıyla tamamladığında, o işi iş arkadaşlarının yardımına atfediyordu ve dolayısıyla hiç kişisel beceriklilik düşüncesi hissetmiyordu. Bunun üzerine, ben ikili yaklaşım önerdim. İlk olarak, "ben yeteneksizim" inancını, so-

mut kanıtlara dayandırarak değerlendirmeye çalışacaktık. John derhal, en son işinde yapmış olduğu hataların listesini oluşturmaya başladı ve heyecanlı bir şekilde bu hatalara, yeteneksizlik ve "kusur"un neden olduğunu belirttiklerini iddia etti. Fakat bu hataların önemsiz olduğunu ve dahası, bu hataların düşük konsantrasyon, depresyon semptomları ve anksiyeteden kaynaklanıyor olabileceğini de kabul etmek istiyordu. (Öncelikle, duygusal çöküntüsünün sakinleştirilmesi üzerinde anlaşmaya vardık ve yeteneksizliğin ne olduğu sorusunu yeniden değerlendirecektik.) Bu inancın aleyhine olan kanıtlar oldukça çoktu ve benim sorgulamam, onun zihninde gizlenen bölgeleri açığa çıkardı. Günlük işinde bile mesela, iş arkadaşlarının cevap veremediği bazı sorunların çözümünde başarılı oluyordu. Parlak bir karta, John'un sonuç cümlesini: "*benim bu işi yapabilme yeteneğim var*" şeklinde yazdık ve bu cümleyi destekleyen kanıtları da yanına ekledik.

İkinci stratejimiz ev ödevlerini içeriyordu. Bir hafta boyunca John, görevleri için yardım istemekten kaçınacaktı. Bunun yerine, her görevi bir not defterine kaydedecek, bir görevi ne kadar sağlam bir şekilde yapabileceğine inandığını, %0 ile %100 arasında bir çizelgede gösterecekti. Eğer görev büyükse, onu küçük aşamalara ayırıp her bir aşamayı ölçecekti. Daha sonra, her bir görevi ve aşamayı nasıl yaptığını ölçecekti. Bu egzersiz, ona, "ben yeteneksizim" inancını test etmeye yardım edecek bazı bilgiler sağlayacaktı. Daha sonra, iyi bir şey olarak görmeye başladığı anksiyeteyi ve eskiden kalma, bağımlılık ve kendinden şüphelenme özelliklerini azaltmaya başladığını belirten işareti, yeniden düzenledim. Ayrıca bu tarz anksiyeteler hakkında biraz tolerans göstermeye başladığını düşünmesini önerdim.

Bir sonraki seansta, John'un depresyonu ve bununla birlikte şüpheciliği biraz hafiflemişti. Performans oranları mükemmeliyetçiliğini yansıtıyor olsa da, beklenenden daha yüksekti ve iş için meşgul kimselerden yardım istemeye çalışmanın yarattığı gerilimden biraz kurtulmuştu. Bulgularının, yeteneksiz oldu-

ğuna dair düşüncesi üzerindeki şüphesinden daha sağlam olduğunu kabul etmişti. Bu ölçümlere sonraki hafta boyunca da devam etmesi konusunda anlaştık.

Bir sonraki hafta, John oldukça sakin ve suskundu. Her zamankinden daha az konuşkandı. Neden kaygılandığını, söylemek zorunda olduğu şeye karşı kötü tepki vereceğimi düşünüp düşünmediğini ve gözlerinin kenarında biriken gözyaşlarını sordum.

"Bilmiyorum. Sanırım, sadece kötü hissediyorum."

John daha önce buna benzer belirsiz, anlamsız açıklamalarda bulunmuştu, fakat bu sefer ilk defa, duygularını tanımlamaya, fark etmeye, nitelendirmeye ve bunlardan daha çok, onları açığa çıkarttıkça güvende hissetmeye çalışmakta olduğunu anladım. Daha sonra, onayladığı bu düşünceleri onunla paylaştık ve duygularını ailesine rahat bir şekilde açıp açamadığını sorarak devam ettim. Yapamadığını söyledi: "Niçin böyle olduğundan emin değilim." Annesi sıcakkanlıydı ve komşu çocuklar tarafından tanınıyordu. Fakat annesinin etrafında devamlı kendini "dışlanmış" hissediyordu. Asla onu rahatsız etmeyi düşünmemişti. Babasını çok az hatırlıyordu, üvey babası yanına yaklaşılamaz biriydi.

John artık daha rahatça konuşuyordu. Önceleri ağlamaya başladığında neler hissettiğini sordum ve tereddütlü bir şekilde yalnızlığından bahsetmeye başladı. Arkadaşlarıyla beraber geçirdiği zamana döndü, fakat kendisini onlardan uzak hissetti. Alaycı ve küçümseyen görüşlerinden dolayı onu sevdiklerinden, eğer onu gerçekten tanımış olsalardı sevmeyeceklerinden emindi. Alaycı ve küçümseyici görüşleri tamamen mantıksız gelmiyordu: "Sadece, onların sorunlarının aptalca olduğunu düşünüyordum. Benim ne yapmaya çalıştığım hakkında hiçbir fikirleri yoktu. Kafaları karıştığında onlara yardım edecek aileleri vardı. Tuhaf korkular hissettiklerinde senden duygularını paylaşmanı beklediyorlardı." John, hala kendisi ile ilgili bir sorun

olduğunu düşünüyordu: "Benim empati yeteneğim yok. İnsanlarla ilgilenmeliyim, ama olmuyor."

İnsanlara karşı bu olumsuz duygularına rağmen John, iş yerindeki genç bir kadının kendisini cezbetmeye başladığını söyledi. Yine biraz tereddüt ederek, ona yaklaşmaktan korktuğunu ve bu korkunun olası bir reddedilmekten değil de, olası başarıdan ve böylece yıkıcı yapılarının tekrar otaya çıkabileceği korkusundan kaynaklandığını söyledi. "Bir kız ile beraber olduğumda, ona karşı kaba veya aptalca davranıyorum ve bu beni çıldırtıyor. John, bazen kız arkadaşlarının yakınındayken hissettiği çekimin, onu şiddetli bir şekilde bir ilişki arzu etmeye sevkediyordu. Evde tek başınayken, sıklıkla sinirli ve rahatsız olduğunu; ev ödevlerinde başarılı olmasının bunu engelleyemeyeceğini, pasif ve 'mekanik' olan olaylara odaklanmakta sorun yaşadığını iddia ediyordu. (Televizyon izleyebiliyor veya çamaşır yıkayabiliyor, fakat rahatlıkla kitap okuyamıyordu.)

John, birdenbire üniversitedeki performans anksiyetesini ve mevcut 'irade felcini' yalnız başına bir şey yapamıyor olmasına bağladı. Kendi anksiyetemin yarattığı ani bir hüzünle, hastamın geleceğinin, aşka olan yeteneğinin ve başarma kapasitesinin bu ikilemlerin çözümlenmesine bağlı olduğunu fark ettim. John, kederli, bitkin ve savunmasızlık duygusuna kapılmış gibi göründü.

Kökleşmiş İnançların Tanımlanması

Kendine yönelik hangi inançlar, hangi güçler veya hangi mekanizmalar onu böyle davranmaya zorluyor olabilirdi? John'a, kız ve erkek arkadaşlarına karşı kaba ve aptalca davrandığında neler hissettiğini sordum.

"Bilmiyorum. Ne olduğunu anlamıyorum. Bana gerçekten ilgi duyduklarını sanmıyorum, dolayısıyla onlardan kaçıyorum."

"Neden sana ilgi duymadıklarını düşünüyorsun?"

"Sanırım, diğer insanlardan farklıyım."

Öyleydi de. O dönemde üniversite eğitimli, orta sınıfa mensup olan arkadaşları onun mütevazı arka planını ve ihmal edilmiş geçmişini paylaşıyor gibi görünmüyordu. Fakat John önceki yıllarda bile kendini dışlanmış hissetmişti.

"Kendini kötü bir şekilde dışlanmış ve farklı görüyorsun."

"Doğru."

"Öyleyse, duygularını çok fazla dile getiremiyorsun."

"Evet."

"Ya kızların hareketlerinden çılgına dönme duygusu, neler hissediyorsun?"

"Bilmiyorum. Onların yaptıklarını sevmiyorum ve buna tahammül etmek zorundayım."

Birçok "bilmiyorum"lar! Ben bunları, duygularını açığa vurmaya alışmamış olmasının ve belki de onların, atılacak, anlamını yitirecek, yanlış anlaşılacak olabileceği korkusunun ilave semptomları olarak yorumladım. Cevapları seyrek ve geçici olmaya devam etse de, bazı temel inançlarının, tutumlarının ve telafi edici mekanizmaların ne olabileceğini yavaş yavaş belirtmeyi başarmıştı. John'a şu özeti sundum:

"Ben yeteneksizim ve tek başıma bir şey yapamam, fakat ben toplumsal olarak kabul edilemez ve farklı biriyim. Dayanacak birilerine ihtiyacım var, fakat onlar beni gerçekten tanısalar sevmeyecekler. Dolayısıyla, kişisel düşüncelerimi, duygularımı ve tercihlerimi çok az dışa vuruyorum, aslında onları alay, hakaret ve maskaralık yaparak gizliyorum. Fakat kendimi onlardan soğuk hissediyorum ve bazen beni daha iyi tanımadıkları ve anlamadıkları için kırgın hissediyorum."

John, bu özetin kendisini çok iyi tanımladığını kabul etti. Ev ödevi olarak, rahat olmadığı zamanlar, arkadaşlarının yanında aklına gelen otomatik düşüncelere dikkat etmeye çalışacaktı. Ayrıca, bir terapide, o genç kadından randevu istemeyi düşünmeye teşvik ettim, uyumsuz gidişatını yansıtma ve değiş-

tirme olanağı olacaktı. Ve tabi ki, işinde daha bağımsız davranmaya devam etmeye çalışacaktı.

Otomatik Düşünceler, Otomatik Davranışlar

John'un uykuculuğu ve iştahı o sıralarda dramatik bir şekilde artmıştı ve diğer depresif semptomları ise hafiflemişti. Arkadaşlarının yanındayken ve randevuları sırasında gözlemlediği duygularını küçük bir listeye kaydetmişti.

Bir gün bir arkadaşı onu sinemaya yabancı bir film izlemeye davet etmişti. Hastaydı ve gidememişti; arkadaşı yine de tek başına sinemaya gitmişti ve heyecanlı bir şekilde filmin harika bölümlerinden bahsetti. John'un tepkisi doğrudan alaycıydı: "Tamam, sen çok özelsin? Sinemaya gidiyorsun." Alay normaldi (John'un otomatik davranışı), fakat bu sefer duygularını ve otomatik düşüncelerini not etmemişti. Üzgün ve biraz sinirli hissetmiş ve "o gidiyor, ben gitmiyorum" diye düşünmüştü.

Bu, bana bir "yanlış düşünce kaydı" oluşturma imkanı sağlamıştı. Çünkü artık elimde, bu durum ve John'un duyguları ve otomatik düşünceleri hakkında bir John kaydı vardı. Fakat John'un kaydettiği otomatik düşünceler sadece olayın bir açıklamasıydı; olayın olumsuz anlamını henüz belirtmemişti. 'Dikey iniş' tekniğini gösterdim,[1] John'un 'otomatik düşünce'sinin altına, yönü aşağıda olan bir ok çizdim ve ona sordum: "Onun sinemaya gitmesi ve senin gitmemen ne anlam ifade etmişti?" "Onun için yeterince önemli olmadığım anlamına geliyordu." Bu açıklamayı okun altına yazmıştım.

John kolayca, bu anlayışın, "ben toplumsal olarak kabul edilemez bir kişiyim" inancıyla ilgili olduğunu kabul etti. Bu köklü inançların ve şemaların, algılarını nasıl filtre ettiğini ve dolayısıyla dış dünyayı bu inançlarla algıladığını kabul etti.[2] Bu şe-

---

1 Burns, 1980.

2 Beck vd., 1990; Young, 1990.

kilde süzülmüş bazı bilgileri terk etmesine gayret etmek bizim görevimizdi.

"Öyleyse, hadi şu düşünceyi ele alalım: Ben arkadaşım için yeterince önemli değilim."

John, bu düşüncesini destekleyen kanıtı olduğunu düşünüyordu, ne de olsa kendisini arkadaşı için önemli hissetmemişti. Fakat bu bir 'duygusal muhakeme' idi,[1] böyle düşünmesinin, ne kadar sağlam olursa olsun, bu düşünceyi doğrulamadığını açıkladım. Onun bu düşünce aleyhinde önemli bir kanıtı da vardı. Örneğin, arkadaşı John, onu defalarca başından defetmeye çalışmış olsa da, depresyonunun en kötü anları boyunca John'u aramaya devam etmişti. John ortaya çıkmakta olan sonucu kabul etmeye gönülsüzdü ve iğneleyici ve iğrenç bir şekilde gülmeye başladı.

"Evet, doğru, ben onun için önemliyim."

"Belki, farklı bir şeye inanmak zor. Belki bu düşünceler doğrunun özünü içeriyor: Onu başından defetmezsen, duygularını paylaşmasına izin verirsen ona daha yakın olursun. Fakat olumsuz düşünceleri eleştirmeden kabul etmeye devam edersen, sürekli bu sorunları tekrar ortaya çıkarırsın."

Bununla birlikte, John şu 'rasyonel cevab'ı kaydetmeyi kabul etti: "Kanıtlar gösteriyor ki, ben onun için önemliyim." Ardından arkadaşının onunla ilgilendiğini gösteren işaretleri listeye ekledi.

John'un kaydettiği ikinci gözlem, randevu istediği genç kadınla ilgiliydi. John'un tahmin ettiği gibi bu iş arkadaşı randevuyu kabul etmişti ve bir restoranda beraber akşam yemeği yemişlerdi. Yemekte şiddetli bir depresyon hissetmişti ve "Bu kadın beni neden sevsin, ben sıkıcı biriyim." düşüncesini tanımlamaya çalışmıştı.

---

[1] Burns, 1980.

John'un bu defa çok az itirazıyla, "yanlış düşünce kaydını" bu düşünceyi test etmek için ana çerçeve olarak kullandık. Artık düşünce kaydının faydasını anlamıştı ve bunu ona ödev olarak verdim. John bunu rahatsız edici duyguları ve otomatik düşünceleri kaydetmek için kullanacaktı. Kaydettiği otomatik düşünceler olayın olumsuz anlamını göstermezse, seansta yaptığımız gibi, 'dikey iniş' tekniğini kullanacaktı. Daha sonra, tipik işlevsiz-bozulmuş davranışını, duygularını ve otomatik düşüncelerini fark etmek için, içe dönük bir işaret olarak kullanacaktı. Bununla beraber, sonraki seanslarda, rasyonel cevapları geliştirmeye çalışacaktık.

Stratejimizin İyileştirilmesi

John, duygularını tanımlamada ve düşünce kaydını kullanmada yetenek kazanmaya başladıkça, depresyonlu ruh hali daha da azalmıştı. Ne mutlu ki, genç kadınla olan randevuları devam ediyordu ve bu boş zamanları için hoş bir meşguliyetti. Depresyonunun kronik derecesi ve düşük kendilik değeri yakında 'normale dönecekti'. Artık kendisiyle alakalı çok fazla olumsuz açıklamalarda bulunmuyordu. Fakat ilişkilerinin aslında uyumsuz örneklerle dolu olduğu artarak göze çarpıyordu. Kız arkadaşının onu sevip sevmediğini test etmek için ona kaba davranıyordu. Geçirdiği zamanın kontrolünü kaybetmesine sinirlenmeden, beraber nasıl vakit geçirdiklerini göz önünde bulundurarak nerdeyse hiç teklifte bulunmuyordu. Eğer güçlü depresyon, John'un kendisi ile ilgili olumsuz inançlarını gösteren bir büyütece dönüşseydi, göreceli bir şekilde dingin olan ruh hali, kişiler arası davranışına yönelik bakışa dönüşürdü. John depresyondan uzun bir süre kurtulabilseydi, bağımlı davranışlarını ve samimiyetten kaçınmasını, dahası, mükemmeliyetçiliğini ve başarısızlık korkusunu da değiştirebilecektik.

Bilişsel terapinin tipik işbirlikçi tarzında, John'a kaygılarımı açıkladım. Bu yolla, sıraladığı problemleri hakkındaki duygularını birleştirdi. "Ben gerçekten düzensizim," dedi. Fakat onları

açıkça dile getirmekten memnundu. İki çeşit davranış şeklini hedeflemeye karar verdik. John daha iyi bir iş aramak istiyordu, bu hedef doğrultusunda basamakları aşarak daha özerk olacaktı ve dahası, başarısızlık korkusuna karşı göğüs gerebilecekti. İkincisi, duygularını ve tercihlerini ve dolayısıyla samimiyetini açığa çıkartmanın fırsatlarını kollayacaktı. Her hafta bu görevlerde birer basamak ilerleyebileceğini düşünüyordu. Onu desteklemek için, bozuk düşünce kayıtlarını, anksiyete toleransını ve ona öğretmeye söz verdiğim anksiyete giderme becerilerini kullanacaktı. Sonraki bir kaç seansı, sıkıntılarını irdelemeye ayıracaktık ve her görevinin bir sonraki basamağını açıkça belirtmeye çalışacaktık.

Fakat her seans John'un kaçınma problemini irdelemekle geçiyordu. Rahatlama alıştırmalarının, şema ile ilgili düşünce ve davranışlarını tanımlamaya çalışmada bir etkisi görülmüyordu. Kökleşmiş temel inançlarının onun üzerinde daha güçlü bir etkisi vardı ve devam etmek için onlara daha şiddetli bir şekilde saldırmalıydık. Çocukluk deneyimlerini tartışmayı, ailesini kaybetmesinin etkisini anlamayı ve bu olayların, şemalarının gelişiminde nasıl etkili olabildiğini kavramayı istedim. Fakat John'un çocukluk hatıraları çok azdı; onlar hakkında soru sorduğumda omzunu silkiyor, çok az hatırlıyordu. İstemeyerek de olsa bu metodu verimsiz olduğu için terk ettim.

Fakat bu düşünceler beni terapinin işleyiş *süreci* üzerinde iyice düşünmeye sevk etti. Problemleri ve hedefleri tanımlama konusunda normalden daha güçlüydüm. John, neye ihtiyaç duyduğunu belirtmekten ve başkalarının kendisine yön göstermesinden kaçınmıştı. Bu şekilde, süregelen açıklanmamış bir kararsızlık veya kızgınlıkla hareket ediyor ve işbirliği yapmıyordu.

John'un, hedeflerini aktif bir şekilde benimsemeye ihtiyacı olduğuna karar verdim. Sonraki seansta, bu açmazı, algıladığım şekliyle anlattım. Fakat problemi tanımlayacak veya çözmesine yardım edecek dürtüye karşı çıktım. Moral bozucu otuz dakika sonra, artan anksiyete ile mücadele ettiğini izlerken, "Sanırım

bu problem hakkında sorumluluk almıyorum. Gerçekten bu konu hakkında konuşmamayı ve iş aramaya başlamayı istiyorum" dediğini duydum.

Bu seanstan sonra John işiyle ve ilişkileriyle ilgili hedeflerini daha aktif bir şekilde takip etmeye ve kendisine yararlı olması için bilişsel teknikleri uygulama konusunda daha yaratıcı ve daha bağımsız olmaya başladı. Kökleşmiş temel inançlarıyla daha fazla mücadele edebiliyor ve 'yeni inançlar'ı açık olarak ifade edebiliyorduk. Belki de, bende terapi sürecindeki artan rahatlıktan dolayı, John bazı çocukluk hatıralarını paylaşmaya başlamıştı. Hayal kurma sayesinde, geçmişte yalnız ve ihmal edilmiş çocuk haline az da olsa bir şefkat duygusu geliştirebildi ve 'çocuğun' diğerlerinden daha değersiz olduğu inancıyla mücadele etmesine yardım edebildi. Depresyonunun daha fazla çözümlenmesiyle ve arkadaşlarına ve yakınlarına yönelik duygu ve davranışlarında belirgin bir değişim ortaya çıkmasıyla seansların sıklığını azaltmayı ve sonunda tedaviyi bitirmeyi başarmıştık.

Tavsiyelerimi antidepresan ilaç tedavisi hakkında küçük fakat vazgeçilmez bir notla bitirdim. John ilaç tedavisi olmadan çalışmayı seçti ve ben onun tercihini destekledim. Bununla beraber, inanıyorum ki, terapist, depresyonlu hastanın sadece ilaç tedavisi opsiyonunun farkında olup olmadığını değil, aynı zamanda olası avantajları ve dezavantajları hakkında eğitimli olup olmadığını da soruşturmak zorundadır. Terapistin görüşüne göre, hasta ihtiyacı olduğu farmakoterapiyi reddediyorsa, terapist diğer bozuk inançlarla mücadele edeceği gibi, hastaya tedaviye karşı tutumunu değerlendirmesinde yardım da etmelidir.

İlginç gelebilir, fakat şunu da belirtmeliyim ki birçok hasta terapi esnasında zaten ilaç tedavisi de görmekte oldukları için, klasik bilişsel terapinin, daha çok depresyonun zayıflatıcı semptomlarıyla başa çıkmaya yönelik tekniklerden bazıları göz ardı edilebilir. Dolayısıyla kişilik bozukluklarına yönelik bilişsel terapiden alınan teknikler depresyonun bilişsel terapisinin de oldukça önemli bir bileşeni yapılabilir. Kişilik bozukluğuna yol

açan şemalar kaçınılmaz olarak depresyon durumunda etkin hale gelecekleri için, her türlü durumda depresyonun tedavisi kaçınılmaz olarak kişilik sorunlarının tedavisiyle ilgili olacaktır.

Bilişsel Terapinin Etkisi

Bilişsel terapi uzun zamandır, depresyon için etkili bir psiko-sosyal tedavi olarak görülmektedir.[1] Birçok çalışmada bilişsel terapi, farmakoterapi dahil diğer benzer tedaviler kadar veya daha iyi sonuçlar vermektedir. Buna ek olarak, kanıtlar gösteriyor ki, bilişsel terapi, tedavi bittikten sonra semptomların tekrar ortaya çıkma şansını da azaltabilmektedir. Bununla birlikte, Hollon ve çalışma arkadaşları 1993'teki eleştirilerinde, literatürde tarihe yönelik metodolojik sınırlamaları vurgulamışlar; ve şöyle bir sonuca varmışlardır: Bilişsel terapi "özellikle gelecek vadeden, fakat henüz tam olarak kanıtlanmamış, klinik bir müdahaledir".[2] Bu uyarılara rağmen bilişsel terapi, en azından birçok hasta için, sadece depresyon semptomlarıyla mücadele etmekte değil, hayatın gidişatı üzerine potansiyel olarak depresyon oluşturabilecek zorlayıcılara karşı tepkilerini değiştirme konusunda da güçlü bir eğitim vermektedir.

---

1 Mesela bkz., Hollon vd., 1991; Shapiro vd., 1994.

2 Hollon vd., 1993, s. 274.

REFERANSLAR

Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and Treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T., Freeman, A., and Associates (1990). *Cognitive Theraphy of Personality Disorders.* New York: Guilford.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw. B.F., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapty of Depression.* New York: Guilford.

Burns, D. (1980). *Feeling Good.* New York: Signet.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Hollon, S. D., Shelton, R. C., and Davis, D. (1993). Cognitive Theraphy for Depression: conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:270–275.

Hollon, S. D., Shelton, R. C., and Loosen, P. T. (1991). Cognitive theraphy and pharmacotheraphy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:88–99

Kuehlwein, K. T., and Rosen, H., eds. (1993). *Cognitive Therapies in Action.* San Fransisco: Jossey-Bass.

Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., vd. (1994). Effects of treatment duration and severity of deprssion on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotheraphy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62:522–534.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., vd. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treathment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 147:711–718.

Young, J. E. (1990). *Cognitive Teraphy for Personality Disorders:* A Shema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

6

PANİK BOZUKLUK

Mary Ann Mercier

PANİK BOZUKLUĞUN TANIMI

Panik bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*'ın 3. Baskısında,[1] yeni bir tanısal kategori olarak tanıtıldığından beri, panik bozukluk kriterleri, genel özellikleri hakkında bilgimiz arttıkça değişmiştir. Panik bozukluk ilk olarak, on iki semptom'un en az dördünü barındıran belirli bir korku veya anksiyete süresinin ardından yaşanan ve üç hafta içinde en az üç kere tekrar eden panik atak olarak tanımlanmıştır. *DSM-III-R*'de (1987), on üç semptomdan dördünü barındırması, yaşanan panik atakların dört haftada dört kere tekrar etmesi ve beklenmedik bir şekilde birden başlaması gerektiği belirlendi. Panik atağın birden başlaması, on dakika içinde en şiddetli seviyeye ulaşması anlamına gelmektedir. Fakat Barlow ve çalışma arkadaşları (1994) kriter olarak beş dakika kullanmanın panik atağın doğasını bize daha iyi göstereceğini savunmaktadır. Atağın aniliğinin net bir tanımı, panik atağı diğer anksiyete durumlarından ayrıştırabilmemiz için gereklidir.

Panik atakların anksiyete bozuklukları yüzünden ortaya çıktığının anlaşılması üzerine, Amerikan Psikiyatri Birliği, panik atak tanımını *DSM-IV* (1994)'ün 'Anksiyete Bozuklukları' bö-

[1] DSM, III, 1980.

lümünün başına koymuştur. Ayrıca panik atakların bir tipolojisinin çıkartılmasını sağlamıştır: Beklenmedik, duruma bağımlı ve durumdan etkilenen. Beklenmedik oluşu, panik bozukluğu panik atakların oluştuğu diğer anksiyete durumlarından ayrılmasını sağlayan en önemli faktördür.

Belirgin fobilerde (eskiden basit fobi olarak tanımlanırdı) yaşanan panik ataklar, korkulan uyarıcı ile karşılaşıldığında yaşanır. Örneğin hayvan fobisi olan birisi bir köpek gördüğünde panik atak yaşayabilir, ama fırtına olduğunda bir bozukluk yaşanmaz. Benzer şekilde sosyal fobisi olan birisi, bir topluluk önünde yarım saatlik bir konuşma yapacağı söylendiğinde panik atak geçirebilir, ama boş bir park alanında bir sorun yaşamaz. Her ikisi de duruma bağlı ve durumdan etkilenen panik atağa örnektir. Hastanın korkusu, içinde bulunduğu durumdan, yani köpek, ya da topluluk önünde konuşurken yaşayabileceği utançtan kaynaklanır ve tek başına panik atağın sebebi değildir.

Öte yandan, panik bozuklukta korkunun sebebi, panik atak geçirmektir. Panik atakların beklenmeden gelmesi, panik atak korkusu yaratır. Agorafobili panik bozukluklarda, hasta geçmişte panik atak geçirdiği durumlarla yüz yüze geldiğinde, korkusunun nedeni, içinde bulunduğu durum değil, panik atak geçirmektir.

Rapee ve çalışma arkadaşları (1992) beklenmedik panik atak geçirenlerin semptomları ile panik atak geçirmeyen, ama anksiyete bozukluğu olan hastaların semptomlarını karşılaştırdı ve panik bozukluğu olanlarda şu semptomların ortak bulunduğunu belirledi: Ölüm korkusu, kontrol kaybı veya delirme korkusu, parestezi (uyuşma), baş dönmesi, güçsüzlük, gerçekliğin kaybolması ve nefes alamamak. Bilişsel iki semptom, ölüm ve delirme korkusu, panik atağın sonuçlarından duyulan korkuyu gösterir. Her ne kadar ikisi de panik bozukluğu tanımlamak için gerekli olmasa da, ikisi de panik bozukluğu diğer anksiyete bozukluklarından ayrıştırmamızda yardımcı olur. "Böylece, bi-

lişsel semptomlar panik deneyiminde başlangıç belirtileri olarak görülebilir".[1]

DSM-IV'ün panik bozukluk tanımı, panik atakların sıklığı ve sayısı üzerinde durmaz, fakat atakların etkileri üzerine yoğunlaşır. Böylece panik bozuklukların başlıca özelliklerini geri plana atar. Şu anda ise panik bozukluk sürekli yinelenen bozukluk olarak tanımlanmaktadır ve aşağıdakilerden en az birinin panik ataktan sonra bir ay içinde yaşanması lazımdır: Sonradan ortaya çıkan, sürekli, panik atak geçirme korkusu; panik atağın sebep ve sonuçlarından duyulan anksiyete (kontrol kaybı, kalp krizi korkusu, delirmek); atağın sonucu olarak davranışların değişimi (atağın yaşandığı bölgeden ve durumlardan uzaklaşmaya çabalamak).

Panik bozukluk agorafobi (açık alan korkusu)yüzünden veya harici olarak yaşanabilir. Agorafobi, açık alan, ev dışı ortamlar, tren veya arabayla seyahat korkusudur. Bu durumların her birinde kaçmak zor veya utanç verici olabilir, ya da hasta atağı geçirdiği anda yardım edecek birisi olmayabilir.[2]

Tedavi Yöntemleri

Paniği diğer anksiyete durumlarından çok daha farklı olarak gören biyolojik teoriler, birçok araştırmanın yapılmasına yol açmışlardır, özellikle de laboratuar ortamında paniğin provoke edilmesi uygulanmıştır.[3] Biyoloji ağırlıklı uzmanların uyguladığı yöntem, beklenileceği gibi, ilaçla tedavidir.

Psikolojik bir teori, paniğin uygunsuzca oluşan korku yüzünden ortaya çıktığını savunur. Böylece hasta, başına gelebilecek diğer panik ataklardan ve kontrolü kaybetmekten korkmaya başlayacaktır.[4]

---

1 Barlow vd., 1994, s. 557.

2 *DSM, IV,* 1994.

3 Liebowitz vd., 1985.

4 Barlow, 1988; Barlow vd., 1994.

Paniğin bilişsel modellerinde hastanın, anksiyete semptomlarını ve bedensel fonksiyonları yanlış anlayarak panik atağa yorması, sıklıkla rastlanılan bir durumdur.[1] Örneğin, "ölüyorum," "deliriyorum." Bu gibi felaket çağrıştıran sözlerin tekrarlanması, fiziksel semptomların artmasına ve genellikle panik atakla sonuçlanmasına sebebiyet verir. Bilişsel tedavi bu gibi semptomların tanınmasını ve yanlış anlaşılmamasını amaçlar. Yeni tanımlamaların doğruluğunu, korkulan durumlarla karşılaşıldığında, agorafobi söz konusu ise önceden karşılaşılan ve korkulan durumun tekrarı sağlanmaya çalışılır.[2]

Vakanın Tanımı

Tom 29 yaşında bekâr bir uçak teknisyeniydi ve on dört senelik geçmişi olan anksiyete ataklarından şikâyetçi olarak kliniğe geldi. Beş çocuğun ikincisi, iki kız iki erkek kardeşi vardı ve ailesiyle beraber kentsel bir yerde yaşıyordu.

Şikâyetin Tanımı

Tom'un en büyük şikâyeti altı ay önce, sevgilisinden ayrıldıktan sonra ciddileşen, anksiyete durumuydu. Eskisinden daha tembel, mütemadiyen dengesini kaybedecek gibi, genellikle nefes nefese olduğunu ve sürekli olarak başının döndüğünü söylüyordu. Günlük anksiyete krizleri artık normal olmuştu. Senelerdir orta düzey fobi göstergesi olarak yürümektense taksiye binmeyi tercih etmiş olsa da, havaalanı asfaltı gibi açık alanlarda tek başına durmaktan nefret eder hale gelmişti. Yürümek, gerek geniş sokaklarda olsun, gerek havaalanı hangarlarında olsun, her an düşme veya bayılma korkusu yüzünden onu rahatsız etmeye başlamıştı.

---

1 Beck, 1988; Clark, 1986.

2 Clark, 1986, 1989.

Hastanın Geçmişi

Tom'un ilk panik atağı 15 yaşında okula giderken gerçekleşti. Her ne kadar sadece iki-üç dakika sürmüş olsa da bittiğinde kendisini bayılacak gibi ve idrarını tutmaktan aciz hissetmiş ve nefesinin tükendiğine şahit olmuştu. Sonraki panik ataklar düzenli olarak tekerrür ettiği halde, okula gitmemesi söz konusu değildi. Önemli olarak, Tom'un ilk panik atağı ilk alkol aldığı zamanlara rast gelir. Bu bilgi sonradan Tom'un bağımlılık kriterine uyduğunu gösteriyor. Bir genç olarak Tom kendini alkolle yatıştırabildiği sürece, her türlü etkinliğe katılabiliyordu. Liseden mezun olduktan sonra bir devlet üniversitesinde iki sene okuyup, Amerikan ordusuna katıldı.

Orduda geçirdiği dört sene içerisinde Tom neredeyse her gün panik ataklara maruz kaldı, fakat çok az fobik kaçınma sergiledi. Öteki taraftan alkol kullanımı arttı. Yine de, göründüğü kadarıyla görevini yeterince iyi yerine getirdi ve onurlu bir şekilde ordudan ayrıldı. Ordudan ayrılıp, sivil olarak uçak teknisyenliğinde çalışmaya başladıktan sonra Tom'un paniği yüksek ölçüde arttı. Her ne kadar bir uçak üzerinde çalışırken hiçbir panik atak geçirmemiş olsa da, geniş park alanlarında yürümek ve hangarlarda dolaşmak özellikle sıcak ve nemli günlerde gittikçe zorlaşıyordu. Anksiyete durumuyla uzlaşabildiği tek yol gittikçe artan alkol kullanımıydı. Bazı günler bir kasa birayı tek başına içtiği oluyordu. İşe girdikten üç yıl sonra tamamen alkole bağımlı hale gelmişti. Sonraki iki sene içerisinde beş kere detoksifikasyon (alkol bırakma) tedavisi geçirdi. Beşincisinden sonra hiç alkol kullanmadı, fakat marihuana ve kokain kullanmaya başladı. Tedavi için geldiği zaman alkol dahil her türlü uyuşturucudan iki senedir uzaktı.

Geçmişinde depresyon gibi bir anksiyete bozukluğu yoktu. Bir akciğer mütehassısı dahil birçok doktora gitmesine rağmen önemli bir tıbbi sorunu da yoktu.

Değerlendirme

Tom bana on haftalık, psiko-eğitim, farmakoterapi ve bilişsel terapi programının bir parçası olarak başvurdu. Programa başlarken, program koordinatörü ve psikiyatristinin tavsiyesi ile programa alındı. *DSM-III* (SCID)'ye göre düzenlenmiş bir klinik görüşme uygulandı.

15 yaşında ilk panik atağını geçirmeden önce, Tom hayatında hiçbir zorlukla karşılaşmadığını söyledi. O zamandan beri, eğer binlerce değilse de, yüzlerce panik atak geçirdiğini belirtti. Panik atakla baş etme yöntemleri üçe ayrılıyordu. İlk önce alkolle kendi kendini tedavi etmeye çalıştı. En son ve en uzun geçen arınma (detoxification) operasyonundan sonra, alkole başlamasından beri on bir yıl geçtiği halde, akşamdan kalma olmanın panik ataklar için zemin hazırladığını anladı. Alkol tedavisi esnasında yoga teknikleri de öğrendi. Her gün karşılaştığı sorunlarda bunun yararını görse de panik ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmıyordu. Hatta bir rahatlama çalışması esnasında birden bir panik atak yaşadığını bile kaydetmişti. Yaşadığı panik atağın özellikleri de tam anlamıyla rahatlama yoluyla ortaya çıkan panik atağa uyuyordu. Ne marihuana, ne de kokain, durumuna yardımcı olamayınca, uyuşturucu kullanmayı bıraktı.

Tom genellikle panik atakla ve korkularıyla yüzleşmeyi seçti, okula ve işe gidip, dışarıya çıkarak, fakat yine de geniş alanlardan olabildiğince uzak durmaya çalıştı. Mümkün olduğunca, çitlerin ve duvarların yanından yürüyüp, park edeceği zaman binalara yakın park ederek, problemini gizlemeye çalıştı. İşi ve özel hayatı için gerekli olan aktivitelere katılmaktan kaçınmadı, ama başının döneceği ya da bir diğer panik atak geçireceği durumlardan uzak kalmaya çalıştı.

Kız arkadaşından ayrıldığı için üzülmüş olsa da onda ne bir depresyon belirtisi ne de ruh halinde bir bozukluk görülmüştü.

Panik Ataklar

Tom'un panik ataklarının değerlendirmesi Clark (1989) tarafından belirtilen sürece göre yapıldı. Bu sürece göre son geçirdiği panik ataklar hakkında bir görüşme yapıldı ve bir panik atak günlüğü tutması istendi. İkisinin birleşiminden anlaşıldığı kadarıyla en sık ortaya çıkan semptomları, bayılacak gibi olmak, baş dönmesi, nefessiz kalmak, göğüs ağrısı ve gerçekliği hissedememekti. Kimi zamanlar bulantı, ölüm korkusu ve kontrolünü kaybetme korkusu da yaşıyordu. Genellikle ataklar birden başlayıp üç dakikayı aşmayan sürelerde yaşanıyordu.

Semptomların sayısı ve belirginsizliği *DSM-IV* panik atak kriterlerine uyuyordu. Günlük yaşanan panik atakları 'kronik' klasmanına giriyordu. Tom'un gösterdiği tüm semptomlar, göğüs ağrısı hariç, Rapee ve çalışma arkadaşlarının belirttiği özelliklere uymaktadır. Her ne kadar duruma bağlı panik ya da durumsal tetikleme içeren panik olarak görülse de, Tom'un asıl korkusu bir panik atak daha geçirmekti. Her açık alanda kaldığı zaman bu panik ataklar gerçekleşmiyordu, ayrıca ne zaman bir atağın gerçekleşeceğini önceden sezemiyordu. Zamanlamanın bilinmezliği ve bir panik atağın er ya da geç gerçekleşeceği bilgisi, 'beklenemedik şekilde oluşma' kriterlerine uymaktaydı. Kaçınma çabaları ve yöntemleri panikten ne kadar korktuğunu gösteriyor.

Özetle Tom'a şu teşhis konulmuştu:

Eksen I: On dört senelik açık alan korkusuna bağlı panik bozukluk; orta düzeyde fobik kaçınma; alkol bağımlılığı remisyonda (hafifleme/azalma); alkol, esrar ve kokain kullanımı (remisyonda)

Eksen II: Yok.

Eksen III: Yok.

Eksen IV: Hafif (Kız arkadaşından ayrılma)

Eksen V: 61-70

Tedavi Seçimi

Tedaviye başlamadan önce Tom'a üç tedavi seçeneği sunuldu: Psiko-eğitim, farmakoterapi ve bilişsel terapiden oluşan birleştirilmiş bir program; farmakoterapi ve psiko-eğitim; ve bilişsel terapi. O birleştirilmiş programı tercih etti.

Tedavinin Seyri

Tom'la ilk görüşmem tedavi başladıktan iki hafta sonra oldu. O zamana kadar beş bölümlük psiko-eğitim programının ikisine katılmış ve panik bozuklukların tedavisinde etkili bir anti-depresan olan *imipramine* (50 mg.) almaya başlamıştı. Panik atakların sıklığı azalmış olsa da her gün en az bir tane yaşıyordu.

Seans 1

İlk seansımızda paniğin bilişsel yöntemi anlatılmıştı. Yöntem, vücut duyumlarının yanlış algılandığını vurguladığı için, içsel ve öngörülen seziler, tetikleyen uyarıcı olarak alındı. Açık alanlar, Tom için belirgin bir dış etkendi. Tom'u, semptomların sırası hakkında sorguladığımız zaman, her ne kadar baş dönmesinden çok şikâyetçi olsa da, panik atağın ilk semptomunun atağın başlamasından birkaç saniye önce nefesinin daralması olduğu ortaya çıktı. Bunun muhtemelen içsel etken olduğu konusunda anlaştık. Nefesinin daraldığı anda, bunu bir tehdit olarak algılıyor ve gittikçe daha da korkmaya başlıyordu. Büyüyen bu korku, bulantı, baş dönmesi, göğüs ağrısı gibi anksiyete semptomlarının ortaya çıkması ile sonuçlanıyordu. Şiddetli ataklarda ölümden, kontrolünü kaybetmekten, delirmekten korkuyordu, fakat genellikle en büyük korkusu bayılmaktı. Bayılacağından emin olduğu anda anksiyetesi oldukça artıyordu.

Tom, her ne kadar modeli ilginç bulmuş olsa da ona uyduğundan tam emin değildi. Paniğini izlemeye devam etmesi ge-

rektiği ve açık alanlarda nefesine dikkat etmeye başlaması ve bilişsel terapiye devam etmesi konusunda hemfikir olduk. Ayrıca geçmişini inceleyip, rahatlamadan dolayı başlayan bir panik atak geçirdiğinden emin olduktan sonra, grup lideriyle görüşüp, rahatlama terapisini panik atak geçirme olasılığını en aza indirecek şekilde ayarlaması konusunda anlaştık. Gözlerini kapatmak yerine, odada bir noktaya odaklanmasını ve kontrolü kaybettiği hissine kapıldığı zamanlar parmaklarını kıpırdatmasını öngördük.

Seans 2

İlk seanstan bir hafta sonra ikinci seansımız gerçekleşti. Alışılmışın dışında sıcak bir hafta olmuştu ve normalden daha fazla başının döndüğünü belirtti. Nefesini izlemesi, genellikle nefesini tuttuğunu, sonra sık ve derin nefes aldığını ve sonuçta nefessiz kaldığı ortaya çıktı. Bayılma korkusunu anlatırken bile yüzü solmuştu.

Tom psikolojik olarak olaya mantıklı yaklaşamıyordu. Bilişsel teknikleri uygulamaktan çekiniyordu, sorulduğu zaman, kontrolünü kaybetmekten endişe duyduğu için panik atak geçirmekten korktuğunu söyledi. Bu yüzden nefes düzeninin etkisini göstermek için bir deney yapmaya karar verdim. Böylece panik modelini, ona anlamlı gelebilecek belirgin terimlerle açıklayabildim.

Sürecin ilk basamağı olarak ritimli nefes almaya başladık. İlk önce yavaşça üçe kadar sayarken nefes alacak, sonra da tekrar üçe kadar sayarken nefes verecekti. Bunu tamamladıktan sonra gönüllü bir şekilde aşırı nefes alma çalışması yaptık. İlk önce hızlı bir şekilde nefes alıp hemen geri vereceğini, sonra tekrar ciğerlerini doldurup devam etmesi gerektiğini kısaca ona göstererek anlattım.

Birkaç saniye içinde Tom kendi aşırı nefes alma yöntemini kullanmaya başlamıştı. Sonra ondan, odanın ortasına, duvarlardan ve eşyalardan uzağa geçmesini istedim. Bunu duyunca

birden benzi soldu ve terlemeye başladı, fakat istediğimi yaptı. "Aferin", "İşte böyle" şeklinde ona destek verdiğim halde, zorlanmasına rağmen aşırı nefes almaya devam etti. Her ne kadar, Clark ve Salkovskis (1987) aşırı nefes almanın iki dakika boyunca sürmesini önerseler de Tom on, on beş saniye içinde belirti gösterebilir duruma gelmişti. Nasıl hissettiğini sordum. Cevabı, bayılacak gibi, terli, nefessiz ve bayılma korkusu içinde olduğunu söyledi. Bu deneyimin panik ataklarına benzerliğini sorduğum zaman, tıpkı onlara benzediğini ama korkmadığını çünkü yanında olduğumu ve ona bir şey olmasına izin vermeyeceğimi söyledi.

Yaşadığı deneyimin, öncedeń geçirdiği panik ataklara benzerliği dolayısıyla, her ne kadar cevabını bilsem de şu anda bayılmamak için ne yaptığını sordum. Hazır ol'a geçmiş, dizlerini kenetlemiş, kolları sert bir şekilde vücudunun iki tarafında ve yumrukları sıkılmıştı. Fiziksel durumunun böyle olduğunu itiraf edince, dizlerini kırıp başını yuvarlak bir hareketle çevirmesini istedim. İsteğimi gerçekleştirirken, yüzünün rengi bembeyaz oldu. Yüzü terden sırılsıklam bir halde kalınca tam bir panik atak geçirdiğini anlamıştım. Sonra ondan belini bükerek başı ve vücuduyla daireler çizmesini istedim. Söylediğim hareketleri yapacak olursa yüzde yüz bayılacağını söylediği halde bayılmamıştı. Bayılmayacağından emin olduğu zaman, yavaşça üçe kadar sayarak tekrar ritimli nefes almasını sağladım. Tüm deney iki dakika almıştı. Nefesi normale döndüğü zaman tekrar yerine oturmasını istedim. Paniğin bilişsel modelini tekrar inceledik, onun davranışlarını döngüdeki boşluklara yerleştirdiğimizde, ona uygun bir model olduğunu kabul etti.

Tom'un hafta içi ödevi, aşırı nefes almayı bıraktığı zaman, baş dönmesinin devamını izlemekti. Korktuğu zaman ritimli nefes alabileceğine güvenmediği için, ellerini ağzına dayayıp avuç içine nefes alıp vermesini söyledim ve evde rahat bir şekilde otururken, ritimli nefes almayı çalışmasını istedim.

Not: Her ne kadar bu davranışçı deney hastalarının birçoğunda belirgin bir anksiyete yaratsa da, bu durum yaşandığı

boyutlarla özeldi. Birçok panik atak geçiren, aşırı nefes almanın panik atakla aynı şey olmadığını ama benzerlikler taşıdığını söyler. Terapistler genellikle semptomların ne olduğunu öğrenebilmek için birçok soru sormak zorunda kalırlar, çünkü birçok hastanın semptomları Tom'unkiler kadar belirgin değildir. Bazı psikologlar bu gibi davranış deneylerinin anti-panik tedavisinde *imipramine* ve *benzodiazepin*ler gibi ilaçları kullanan hastalarda işe yaramayacağını savunurlar. Benim deneyimlerime göre deney sırasındaki hastanın gösterdiği semptomların sayısı ve şiddeti panik atağınki kadar olmasa da bağlantının gözükmesi için yeterince ciddidir.

Seans 3

Bir sonraki buluşmamız iki hafta sonra gerçekleşti. O zamana kadar Tom paniğinde büyük bir ilerleme kaydetti. İki haftada altı tane panik atak geçirmişti ve hepsi orta şiddetteydi. Bu gelişmenin sebebinin bilişsel terapi mi, yoksa ilaçla tedavi (100 mg. *imigramin*) mi olduğu belirsiz bir durumdaydı. Ancak Tom nefesini yavaşlatmanın baş dönmesine iyi geldiğini söyledi. Panik atak geçirdiği anlarda ise, yaşadığı şeyin farkında olduğunu ve geçmesini beklediğini belirtti. Duvarlara yakın durmanın haricinde, tek fobik kaçınması olan yürümek yerine taksi tutmayı sadece çok sıcak iki günde tercih etti. Diğer zamanlarda ise, yürürken başı dönerse, semptomlar yok oluncaya kadar nefesine konsantre olup adımlarını yavaşlatıyordu, daha sonra normal bir şekilde yürümeye devam ediyordu.

Seans 4

İki hafta sonra tekrar bir araya geldik. O zamana kadar Tom'un psikiyatristi ilacının dozajını 200 mg'a kadar çıkartmıştı. Görüşmediğimiz iki hafta içerisinde dört panik atak geçirmişti ve biri hariç hepsi hafif düzeyde gerçekleşmişti. Ancak parkların etrafından yürümek yerine ortalarından yürüyordu. Ayrıca geniş hangarların ortasında yürürken duvara ne kadar

yakın olduğunu düşünmüyordu. Tek fobik sakınması yorgun düştüğü bir günün akşamı eve giderken taksiye binmek olmuştu.

Her ne kadar terapi ve ilacın etkilerini ayrıştırmak imkânsız olsa da, davranışlarındaki değişiklikler, panik atakiara karşı yapıcı bir şekilde tepki verdiğini gösteriyordu. Avuç içine nefes alıp vermesi ve ritimli nefes alabilmesini davranışlarına örnek olarak verebiliriz.

Bu seansımızda hayatındaki stresli olaylardan bahsetmeyi istedi. İş yerinde terfi edilmesi düşünülüyordu ve ailesine evlerini genişletmek için yardım ediyordu. İş yerinde terfi etmesi durumunda finansal açıdan elde edeceği geliri bilişsel bir yöntemle anlatmaya çalıştım. Seansın odak noktası ise normal anksiyeteyi tanımlamaktı. Uzun süreler panik bozukluk geçiren hastalarda bu durum ciddi bir sorun oluşturur. Çok yüksek seviyede anksiyete durumları geçirdikleri için, insanların anksiyete durumlarında çok az endişelendiğini ya da hiç endişelenmediğini zannederler. Bu yüzden genellikle normal bir anksiyete durumunda duyulacak anksiyete düzeyi hakkında belirgin bir fikirleri olmaz. Anksiyeteyi yüz üzerinden bir ölçekle değerlendirmeyi kararlaştırdık, böylece 90-100 arası şiddetli bir panik atak olarak değerlendirilecekti. Ödevi ailesine ve yakın arkadaşlarına, farklı durumlarla karşılaştıklarında ne kadar endişelendiklerini sormaktı. Ayrıca terfi etmeyi de kabul edecekti. Bir ay sonra tekrar buluşmaya karar verdik.

Seans 5

Bir ay önce en son seansımızda görüştüğümüzden beri terfi edip eğitim seminerlerine katıldığı halde sadece bir panik atak yaşadığını ve onun da on saniye içinde yok olduğunu söyledi. Bu kısa atağın sonucu olarak hiçbir panik atak beklentisi içerisinde olmadığını ve fobik sakınma göstermediğini belirtti. On hafta sonunda Tom'un panik bozukluğu iyileşiyordu.

Bu süre içerisinde, Tom yürümenin rahatlamak için güzel bir yöntem olduğunu keşfetmişti. Aynı zamanda yürüdükçe, geniş alanlarda endişelenmeyeceğini fark etmişti. Aşamalı rahatlama egzersizlerini (ki bunlar 1. seansta bahsedilen değişikliklerden sonra paniğe yol açmıyordu) ve dinlenirken kalp ritminden biraz daha yavaş tempoda müzik dinlemesini de kapsayan diğer rahatlama tekniklerini konuştuk. Hayatının değişik aşamalarında zevk aldığı etkinlikleri listeledik ve artık panik atak anksiyetesi içinde olmadığı için bunları da sıkça yapmayı kabul etti.

Son seansımız olduğu için paniğini durdurmakta kullandığımız tekniklerin bir analizini yaptık. İki ay sonraya bir tekrarlama seansı koyduk. Ne yazık ki, hasta tekrarlama seansına katılmadı. Her ne kadar belirgin ve hızlı tedavisi yüzünden müteşekkir olsa da, bilişsel tekniklerin ilacın yanındaki etkisinden emin değildi. Yaklaşık bir buçuk sene kadar daha devam etti, bırakırsa panik atakların devam edeceğinden korkarak. Bu süre içinde onunla çalışma imkânım olsaydı, ilaç tedavisini sona erdirmek için yapabileceğim birkaç şey olurdu: 1) İşe yarayan teknikleri hatırlatması için bir 'strateji kartı' çok işe yarayabilirdi. 2) Şu anda anksiyete yaşadığı durumları tanımladıktan sonra, normal ve olağan olup olmadıklarını tartışıp nasıl baş edebileceğimizi konuşurduk. 3) Tom bir panik atak daha geçirecek olsa da önemli olmadığını bilmesi gerekirdi. Bilişsel ya da davranışçı yaklaşımdan yola çıkarak buna varabilirdik. Tom, bir kaç çeşit rasyonel tepki geliştirerek, panik atak hakkındaki felaket çağrıştıran yanlış kanaatlerini ve "zayıfım", "duygularımı kontrol edemiyorum" gibi kendisi hakkındaki güvensiz yorumlarını azaltabilirdi. Seanslarda sıklıkla aşırı nefes almasını sağlayarak, aşırı nefesin panik ataklardaki önemi açıklanabilirdi. Bu, hem sıcak ve nemli günlerde panik ataklarının artışını hem de panik atakların doğasını gösterdiği için, ataklardan korkmamasını sağlardı. Bu bilgiyi öğrendikten sonra psikiyatristinin gözetimi altında dozajı azaltabilirdi.

Tom'un terapisi hakkındaki kişisel kanaatim, ilaç kullanımının öğrenme ve iyileşme dönemini hızlandırdığı yönünde. Dozajı azaltma korkusu, davranışları değiştiği halde, düşüncelerinin değişmediğini gösteriyor. Psikolojik bakış açısının olmaması, onbeş senedir panik bozukluk çekmesi ve sadece beş seansa katılması düşünüldüğünde bu çok da şaşırtıcı değil. Bedensel duyularını felaket çağrıştıran şeyler olarak yorumlamadıkça, hastalığının tekrar edeceği kanısında değilim.

Tedaviden iki yıl sonra Tom ilacın dozajını 50 mg'a düşürmüştü ve çok nadir panik atak geçirmekteydi. Çok az fobik sakınma gösteriyordu ve genel olarak tedaviden ve sonuçlarından memnundu.

REFERANSLAR

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its Disorders.* New York: Guilford.

Barlow. D. H., Brawn, T. A., and Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the *DSM-IV*: implications for research. *Journal of Abnormal Psychology* 103:553–664.

Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: theory and theraphy. In *Panic: Psychological perspectives,* ed. S. Rachman and J. D. Maser. s. 91-109. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior, Research, and Theraphy* 24:461-170.

— (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In *Cognitive Behaviour Theraphy for Psychiatric Problems,* ed. K. Hawton. P. M. Salkovskis, J. Kirk, vd., s. 52-96. Oxford University Press.

Clark, D. M., and Salkovskis, P. M. (1987). *Cognitive treatment of panic attacks: therapist's manuel.* Unpublished manuscript, Oxford.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (1980). 3rd ed. Washington. DC: American Psychiatric Assosiation.

— (*DSM-III*) (1987). 3rd ed. rev. Washington, DC.: American Psychiatric Assosiation.

— (*DSM-IV*) (1994). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Assosiation.

Klein, D. F. (1981). Anxiety reconceptualized. In *Anxiety: New Research and Changing Concepts,* ed. D. F. Klein and Rabkin. New York: Raven.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., vd. (1985). Llactate provocation of panic attacks II: biochemical and physiological findings. *Archives of General Psychiatry* 42:709–719.

Rapee. R. M., Sanderson, W. C., McCauley, P. A., and DiNardo, P. A. (1992). Differences in reported simptom profile between panic disorder and other *DSM-III-R* anxiety disorders. *Behavior, Research, and Theraphy* 30:45–52.

7

GENELLEŞMİŞ ANKSİYETE BOZUKLUĞU

John H. Riskind

GİRİŞ

Genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB) nispeten yeni bir teşhis kategorisidir. Genelleşmiş anksiyete teşhisi, ilk olarak 1980'de *DSM-III* tarafından, teşhis sisteminin içinde, 'serbest dolaşan' anksiyete veya 'anksiyete nevrozu'na işaret eden fenomen olarak tanıtılmıştı. Bugün *DSM-IV* (1994)'te, genelleşmiş anksiyete bozukluğunun kategorisi, "(iş ve okul performansı gibi) aktiviteler ve bir takım olaylar hakkında, aşırı anksiyete ve en az 6 ay süresince devam eden kaygı" olarak açıklanmıştır. "Birey, anksiyete ve kaygıyı kontrol etmekte zorlanır, huzursuzluk, kas gerilmesi, konsantrasyon zorluğu, alınganlık ve uyku bozukluğu gibi ilave semptomlardan acı çeker". Günümüzde teşhis, diğer anksiyete bozuklukları grubuna girmeyen kronik anksiyete ve kaygı hastaları grubu hakkında konulan tanıyı yansıtmaktadır.

GAB ilk başta *DSM-III*'te rezidüel (artakalan) kategori olarak nitelendirilmişti. Çünkü hastada panik bozukluk, fobiler veya obsesif-kompulsif bozukluklar bulunduğunda GAB teşhisi konulmuyordu. Dolayısıyla GAB aslında 'gereksiz' bir kategoriydi. GAB'nin bu belirsiz ve ikincil statüsü, ona birincil teşhis kategorisi (rezidüel olmayan) statüsü veren *DSM-III-R* (1987) tarafından kaldırılmıştır. *DSM-IV*'ün kaygıyı bozukluğun önemli özelliklerden biri olarak tanımlaması, GAB teşhisi hak-

kında yapılan bir diğer önemli düzenlemedir. DSM'de yapılan bu değişiklikler bozukluğun temelde bilişsel doğasını vurgulamaktadır. Görülmektedir ki, GAB'nin kaygı gibi[1] bilişsel özellikleri bozukluğun tanımlayıcı özellikleridir, fakat unutulmamalıdır ki, bu bilişsel özellikler bozukluğu tek başlarına tanımlayamazlar. Örneğin, kronik kaygının bulunması GAB teşhisini gerektirmez.[2] Öte yandan, bu kaygının bulunmaması bozukluğun olmadığını garanti eder. Dahası, Sanderson ve Barlow, kronik kaygısı olan bir hastanın GAB hastası olma ihtimalinin diğer özgül anksiyete bozuklukları ihtimalinden iki kat daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır. Albany Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezi'ndeki verileri şunu belirtmektedir: Kronik kaygı GAB'de belirgin bir şekilde diğer anksiyete bozukluklarından daha yüksektir. Bunun yanı sıra, kaygı anksiyete bozukluklarının bir diğer kategorisi olarak da kabul edilir.

GAB'lerde ikincil bir teşhis olarak da yoğun bir sosyal fobi ortaya çıkmıştır.[3] Bu gibi bulgular, sosyal değer hakkındaki kaygıların sıklıkla GAB'nin genel temaları arasında olduğunu göstermektedir. Fakat GAB teşhisini doğrulamak için, bu temaların diğer kaygı temalarıyla birlikte ortaya çıkmış olması gerekmektedir.

SONUÇ İNCELEMELERİ

GAB tedaviye 'karşı koyan' bir bozukluk olarak nitelendirilmiş olsa da günümüzdeki birçok çalışma bilişsel-davranışçı terapinin GAB hastaları için yararlı olduğunu ortaya koymak-

---

1 Borkovec vd., 1991.

2 Sanderson ve Barlow, 1990.

3 Sanderson ve Barlow 1990.

tadır.[1] Bu çalışmalar tedavi kazanımlarının nispeten istikrarlı olduğunu vurgulamaktadır.[2] Bununla birlikte, Butler ve Booth'un inceledikleri gibi, bu çalışmaların birçoğu bilişsel tedavi türlerinin, davranışçı terapi dahil diğer terapi türlerinden daha üstün olduğunu göstermektedir.

Bilişsel terapi genelde faydalı olmasına karşın, birçok GAB hastaları tedaviye yanıt vermez. Bu çalışmalarda bilişsel tedavi on iki veya daha az seanstan oluşmaktadır. Seansların az sayıda olması, daha gelişmiş bilişsel tedavinin ilk etapta tepki vermeyen hastalarda etkili olma ihtimalini açık bırakmaktadır. Bunun yanı sıra, bazı tedavi çalışmalarında, bilişsel tedavi gurubundaki üç GAB hastası tedavi öncesindeki işleyiş derecelerini çok fazla artıramamışlardır.[3] Bilişsel terapinin on iki seansının daha yüksek sayıda seansa ihtiyacı olan hastalar için az derecede faydalı olması gelecekteki araştırmalar için bir diğer problemdir. Bu hastalar, uzun süredir en yüksek derecede anksiyete problemi olan, Butler ve Mathews'ün 'yorum anketleri' (1983) ile değerlendirildiği gibi, belirsiz bilgilere korkutucu anlam yüklemeye meyilli hastalardır.

Butler ve Booth, GAB hastalarının tedavisinde bilişsel modelin yaratıcı bir şekilde kullanılmasının gereğini vurgulamaktadır. Basit fobinin aksine, "değişime neden olan somut bir takım aşamalar önerildiğinde", GAB'de "iyileşmeye götüren metot daha bulanık ve daha az farklıdır."[4] Butler ve Booth, bozukluğun değişik ve karmaşık yapısının ve GAB hastalarının anksiyetelerini azaltmak için kullanılabilecekleri yöntemlerin çeşitliliğinin bir takım tedavi aşamalarını hastaya uygulama konusunda esnek ve yaratıcı bir yaklaşım gerektirdiğini savunmaktadırlar.

---

1 Barlow vd., 1984; Blowers vd., 1987; Borkovic vd., 1987; Butler vd., 1987, 1991; Durham ve Turvey, 1987; Power vd., 1989.

2 Bulter ve Booth, 1990.

3 Butler ve Booth, 1990.

4 Butler ve Booth, 1990, s. 205.

GAB hastalarına yönelik 'rahatlama kaynaklı (relaxation-induced)' anksiyete fenomeni esnekliğe ve yaratıcılığa olan ihtiyaca işaret etmektedir.[1] Bu, GAB hastalarında anksiyete fenomeninin rahatlama alıştırmalarından sonra arttığını belirtmektedir. Rahatlama alıştırmalarıyla tetiklenen anksiyete, birçok GAB hastalarının kişisel kontrol eksikliğine bağladıkları kişiye özgü (idiyosinkratik) anlamı ve belki de gergin durumlara bağladıkları kişiye özgü kontrolü yansıtabilir. Anksiyete, her bir hastanın kendi farklı şartlarında değerlendirilmesine, hastaların kendi başlarına çalışabilecekleri müdahale yöntemlerinin şekillendirilmesine ve değiştirilmesine ihtiyaç duymaktadır.

ANKSİYETENİN BİLİŞSEL MODELİ

Bilişsel modele göre anksiyete, bir durumun tehlikeli olduğu hakkında eşzamanlı yargılardan kaynaklanmaktadır.[2] Lazarus ve Folkman'dan (1983) esinlenerek Beck ve Emery, ilk yargı ve ilk değerlendirmenin, durumun tehlikesini belirttiğini ve potansiyel zararın olasılığını, yakınlığını ve derecesini ölçtüğünü öne sürmektedirler. Bir sonraki yargı, ikinci değerlendirme, zarara karşı koyma, tehlikeyi etkisizleştirme ve onunla mücadele etme yeteneği konusunda öngörüde bulunmayı sağlar. Sonuç olarak, maksimum anksiyete, hastanın tehlikeyi kontrol etme ve onunla mücadele etme yeteneğini kaybetme arasındaki kararsızlık ve tehdidin bir arada bulunduğu durumun tanımlanmasından kaynaklanır.

Beck'in bilişsel modelinin 'hiyerarşik' yapısına göre, bilişsel fenomenlerin, çeşitli seviyelerde, anksiyete dahil psikolojik problemlerin kaynaklarına katıldığı anlaşılmaktadır. Değişik seviyeler bir piramide benzetilebilir. Pramidin tepesinde bilinç

---

1 Borkovec vd., 1987.

2 Beck, 1976; Beck ve Emery, 1985.

kognisyonları ve otomatik düşünceler (ani rahatsızlığın bölümleri ve problemin epizotu) bulunmaktadır.

Aşağı inildiğinde, piramitin ortasında, depresyondaki umutsuzluk hissine karşı olarak, anksiyete durumunda, hakim kişisel hassasiyet gibi daha dayanıklı kavramsal temalar bulunmaktadır. Bu temalar geçici kognisyonlardan ayrı bir bilişsel fenomen sınıfı olarak düşünülür.

Piramidin geniş tabanında kökleşmiş yanlış inançlar, kavramlar ve tutumlar, gizlenen şablonlar ve bilişsel teorinin çıkış noktası olan bilişsel şemalar bulunmaktadır. Şemalar bilişsel şablonların türleri ve bireyin bütün olaylarını, hafızasını, inançlarını ve tutumlarını organize eden zihinsel bilgi yapılarıdır. Şemalar ayrıca, bireyin belirsiz tehdit senaryoları hakkında nasıl düşündüğünü ve onları neye dayandırdığını da belirler. Örneğin, şemalar bireye tehdit işaretlerini yorumlama ve hakkında çok az bilgi olsa bile bir durumun önemi veya kişisel anlamı hakkında öngörüde bulunma konusunda yardım ederler.

Şemalar, bilgi işlemeyi şekillendiren psikolojik bozukluklardaki temel bilişsel mekanizmalardır. Düşünce çağrışımlarına, belirsiz durumların yorumlarına veya çıkarımlara işaret eden şemalar her zaman güncel olarak aktif şemalardır. Bu şemalar, bireyin her an devam eden bilinç yığınında veya çalışan hafızasında ani veya aktif bir şekilde temsil edilmeyen, depolanmış, köklesmiş ve organize edilmiş diğer şemalardan farklılık gösterirler.[1] Aktive edildiği veya kullanıma hazırlandığı an, söz konusu bireyin kişiye özgü şema kümesi, bireyin, bozukluğu ve semptomları sınıflandırdığı düşüncelerini şekillendirir. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunda, bireyin inançlarını ve kişisel tehlike kavramlarını düzenleyen tehlike şemaları nerdeyse sürekli aktiftir. Sonuç olarak, birey minimal işaretlerle önceden tanımlanmış çıkarımlara ("Tehlikedeyim", "Hayatta kalmamı ve mutluluğumu tehdit eden bir şey var") ulaşır, olumsuz öngörülerde bulunur ve felaketli senaryolar hakkında kaygılanır.

---

[1] Mesela bkz., Riskind ve Rholes, 1984.

Beck'e (1967) göre, şemalar uyarıcıyı sınıflandırmak için türüne göre tasnif edilmiş karmaşık sistemler içermekle beraber, öncüllerden, varsayımlardan hatta kusursuz kıyaslardan oluşan yapısal ve mantıksal unsurları da kapsamaktadır. Örneğin, arka planında anksiyete barındıran biliş şemaları, durumların tehlikesini ve dahası varsayımları ("ya şöyle olursa") ve olumsuz kıyasları ("Öyleyse, böyle"...) tanımlamak için taksonomi sistemleri içerebilmektedir. Bu şemalar aktif veya işleyebilir hale geldiklerinde, bireyin neye dikkat edip odaklandığını, eksik bilgilerin aralarına neler doldurduğunu etkileyen ve objektif olsun olmasın uyarıcıyı tehlike sinyalleri olarak algılama ihtimalini arttıran bilişsel filtreler olarak görev yaparlar.

Araştırmalar bilişsel formülasyonun genel çerçevesini desteklemektedir. Örneğin, incelemelere göre GAB hastaları, tehdit edici bilgiye önem vermeye[1] ve tehdit edici yorumları belirsiz uyarıcılara dayandırmaya[2] diğer deneklerden daha meyillidirler. Ayrıca sıklıkla tehdit edici nesne için hafızalarında bir önyargı oluştururlar.[3]

KLİNİK MODEL

GAB'nin bilişsel klinik modeli tedavi için net prensipler sağlamaktadır. İlk amaç anksiyeteyi normalleştirmek ve hastaya semptomlarını anlaması için yardım etmektir. Dolaylı amaç ise hastaları terapide işbirliğine hazırlamak ve onlara tedavi modelini sunmaktır. Bilişsel terapistin özgül hedefi farklı anksiyete semptomlarını hastanın tek tip olarak görmesine, normalleştirmesine ve açıklamasına yardım etmektir. Hastalar sıklıkla sahip oldukları farklı şiddetlerdeki semptomların çokluğundan

---

1 Mathews ve MacLeod, 1985.

2 Butler ve Mathews, 1983; Davey vd., 1992.

3 Greenberg ve Beck, 1989.

korkarlar (korkma korkusu). Ayrıca semptomları diğer bozuklukların işaretleri şeklinde yanlış yorumlayarak anksiyetelerini şiddetlendirirler. Dahası semptomları tek tip olarak görmeye ve normalleştirmeye yardım etmek için aşağıdaki açıklamanın sunulması faydalıdır:

Tehlikeden endişelenmek ve korkmak insanların doğal tepkileridir. Hepimizde potansiyel olarak anksiyete ve korku problemi vardır. Anksiyete hepimizde bulunan bir alarm sistemi gibidir. İnsan olmanın bir parçasıdır. Sende bulunan değişik semptomlar (öfke, gerilim, uyku bozukluğu, dikkat dağılması) anksiyete semptomlarıdır. Çok değil, tek bir problem var, o da anksiyete.

Anksiyete tatsızlaştığında, arka planındaki temel etkenler kontrol edilebilir. Anksiyete çoğunlukla tehdit edici düşüncelerden ortaya çıkar. Tehdit edici düşünceleri ve abartılmış veya çarpıtılmış olsalar bile çoğu zaman kaygıları olan bir kişi endişeli hisseder. Biz, sizler gibi birçok anksiyete hastalarına, endişelenmeye neden olan düşünceleri tanımlamaya ve onlarla mücadele etmeye yardım ederek faydalı olmayı başardık.

Genel tedavinin bir sonraki amacı, fiziksel ve sosyal tema veya psikolojik tehlike ile ilgili tehdit edici otomatik düşünceleri hedefleyerek anksiyeteyi değerlendirmek ve ona karşı koymaktır. Bu amaç, hastanın, çarpıtılmış bir düşünce ile meşgul olduğunda, tehditlerin varlığı ve onlarla mücadelede ise aşırı karamsar olduğunu fark etmesini sağlamaktır. Ayrıca, yeteneklerini düşüncelerine karşı koymak ve onları yalanlamak için kullanmayı hastaya öğretmeyi de içermektedir. Daha sonraki amaç ise, hastanın tehlike ve anksiyete hakkında çarpıtılmış düşüncelere neden olan uyumsuz bilişsel şemalar ve inançların olumsuz, dahili çatısının farkında olmasını sağlamaktır.

Standart bilişsel terapi protokolü[1] düşünce günlüklerini, rol oynamayı, hipotez testini ve bilişsel-davranışçı egzersizlerin çeşitliliğini kullanmayı içermektedir. Beck ve Emery'nin belirttiği

[1] Mesela bkz., Beck ve Emery.

gibi, hayal egzersizleri de faydalıdır. Bunlar tehdit ve karşı koyma potansiyeli hakkındaki aşırı karamsarlığı yeniden yapılandırmak için kullanılabilir.

Bilişsel terapinin bir diğer özelliği de, hastanın, anksiyete ile mücadele etmesine yardım edecek bireysel karşı koyma tekniklerini, karşıt argümanları ve diğer materyalleri geliştirmesini sağlamaktır. Buradaki bireysellik vurgusundan kasıt, hastanın (bedensel egzersiz, düşünce günlüğü, belirli karşıt argüman türleri) gibi prensiplere tek başına çalışmasıdır.

Kaygı bu standart bilişsel tekniklere eklenebilir -uyarıcıyı kontrol prosedürleri.[1] Örneğin, kaygı problemi olan hastalar, yeri ve zamanı önceden belirlenmiş yarım saatlik düzenli kaygı seansları programlayabilirler. Hastalar, banyo ederken bu tür kaygı seanslarıyla ilgilenmelerinin çoğunlukla faydalı olduğunu düşünüyorlar. Bu koşullar altında tekrar kaygılandıklarında, olumsuz fikirlere karşı koymak için düşünce günlüklerini kullanabilirler. Bilişsel terapist ayrıca, anksiyete hastalarında görülen gizli kaçınmayı da ölçebilir. Örneğin, günlük yaşamlarında hastaların hoş olmayan konular hakkında düşünmeme ve karşı koymama eğilimleri gibi (Butler ve Booth).

Yukarıda anlatıldığı gibi, standart bilişsel klinik model GAB hastaları için faydalıdır. Fakat 'Sonuç İncelemeleri' bölümünde değinildiği gibi, bilişsel tedavinin birçok faydasına karşın çoğu hasta tedaviye yanıt vermemektedir. Bundan dolayı, standart klinik model daha fazla tartışılmalıdır. Bu, bilişsel yaklaşımın temelde geçersiz olduğu anlamına gelmez. Fakat bilişsel iskelet, maksimum derecede etkili bir müdahaleye daha güçlü bir altyapı sağlamak için yeniden düzenlenmeli veya geliştirilmelidir.

---

1 Borkovec vd., 1983.

Diğer Modeller: Abartılı Hassasiyet Modeli

En azından bazı hastalar için, anksiyetenin standart bilişsel modelinin işe yararlılığı hakkında muhtemel bir sınırlama vardır. Bu sınırlama, korkuya neden olan bilişsel olayları statik bir resimle gösterir: Sanki anksiyete hastası donuk bir manzarayı, sonsuzluğu ve değişmeyen mekânı gözetler bir şekildedir. Abartılı hassasiyet modeli bir diğer bilişsel formülasyondur. Bu model, normal bilişsel modelin, aslında, tehlike durumunda devam eden olaylar yığını hakkında bireyin bilişlerini, belirli bir andaki statik enstantane değerlendirmelerin içinde çözümlediğini vurgulamaktadır. Standart bilişsel modelin aksine abartılı hassasiyet modeli, zamanın oranı veya tehlikeli durumdaki değişimin hızı hakkındaki bilişlerin önemini vurgular; gerçekleşme boyunca mantıklı bir şekilde doğrulanmış olaylar serisinin etkisiyle tehlike her an ilerlemektedir. Bu modele göre, anksiyetenin değişen oranları, son noktaya kadar zaman ve mekânda her an hızla ilerleyen ve zamana bağımlı bir şekilde değerlendirilen tehlike durumundan kaynaklanmaktadır. Yavaş bir şekilde ilerleyen, yavaş bir 'delta'ya sahip olan tehlike minimum anksiyeteye neden olur.

Hızlı artış, tehlikenin zamana bağlılığı ve abartılı hassasiyet hissi, anksiyete durumunu tetikleyen temel bilişsel içerik olarak görülür. Bununla birlikte, abartılı hassasiyet hissi diğer tehlike ölçümleriyle (tehlikenin ihtimali, yakınlığı ve kontrol edilebilirliği gibi) karşılaştırıldığında onlarla bir benzerlik göstermemektedir. Depresyona karşı anksiyetede olduğu gibi duygusal işlevsizliğin içindeki belirli bilişsel farklılaşmaları inceleyebilmek için standart bilişsel değerlendirmeler ve veriler çok kapsamlı ve geneldir. Olumsuz olayların olasılığı ve onlarla mücadele etme yeteneği konusunda aşırı karamsar davranmak anksiyete

ve depresyonun genel özellikleridir.[1] Güncel bilişsel modellerin birbiriyle örtüşmesi bir bakıma çok genel ve çok statik gizli bir tehlike konseptinden kaynaklanıyor olabilir. İşlediğimiz konuya uygun olarak, abartılı hassasiyet modelinin, GAB hastalarının tedaviye yanıt vermelerine katkı sağladığı düşünülebilir. Bir vaka incelemesinden önce, anksiyetede abartılı hassasiyet hakkındaki bazı geçmiş araştırmaları kısaca incelemek faydalı olacaktır.

Standart bilişsel modelin statik olarak nitelendirilmesi bilişsel şemaların yapısal bağlamda kullanımıyla ilgilidir. Normal türdeki şemaların gizli bir uzamsal organizasyonu vardır ve işleyişteki hızlı değişimi göstermelerini sağlayacak akışkanlığı ve dinamik özelliklerini kaybederler. Kavramsal hiyerarşiler dahi uzamsaldır. Buna karşın, abartılı/hayali hassasiyet modeli özelleştirilmiş bir şema formunu (bilişsel senaryo), değişimin gösterilmesine uygun biçimde kullanır.[2] Senaryolar geçici olarak organize edilir ve olayların akışındaki seri değişimi göstermek için faydalıdır. Örneğin, (1) bir doğum günü partisi, birisi hediyeler verir, pasta alır, hediyelerin açıldığını görür, vb. (2) bir restoran, birisi menüye bakar ve sonra yemek ısmarlar; (3) işsiz kalacağı hakkında korkutucu fanteziler geliştiren birisi vb. durumlarla ilgili seri olaylar. Senaryolar sıralıdır (örneğin, birisi yemek ısmarlamadan önce garsonu veya menüyü görmelidir). Dolayısıyla GAB hastaları felaket senaryolarını oluştururken olayları, her bir olayda duydukları kaygıya göre, hafif olaylardan felaket verici olaylara doğru sıralarlar. Bundan ötürü, yetersizliğinden dolayı işsiz ve dolayısıyla evsiz ve sonunda yoksul kalacağını düşünen hasta işinde ciddi hatalar yapar.

---

1 Mesela bkz., Butler ve Mathews, 1983; Riskind, 1997 (Metinde 'baskıda' diye geçen eserler, bu kitabın İngilizce metninin basıldığı tarih olan '1997' olarak verilmiştir. Çev.)

2 Riskind, 1997.

ÇALIŞMALARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Abartılı hassasiyet modeli bağımsız bir model olarak öne sürülmüş olsa da, geçmişteki çalışmalar göstermektedir ki, küçük hayvan fobileri olan bireyler fobik uyarıcıların beden hareketlerini abartmaktadırlar.[1] Bununla birlikte abartılı hassasiyet modelini doğrudan test eden çalışmalar, fobileri olan bireylerin genellikle, üzerlerine doğru gelen ve onlara olduklarından daha büyük görünen fobik uyarıcıları abarttıklarını doğrulamaktadır.[2] Bu çalışmalar, anksiyete çalışmasıyla gelişimsel ve etolojik gözlemleri yakınlaştırmaktadır. Küçük çocuklar[3] ve hayvan türleri[4] hızla yaklaşmakta olan nesnelere karşı korkuyla tepki verirler. Örneğin, Schiff ve çalışma arkadaşları, yengeçlerin, civcivlerin, insanların, kaplumbağaların ve Hint maymunlarının, gözlerinde büyüttükleri nesnenin görsel deneyimine neden olan sahnede gözlerinde büyüttükleri (looming) bir silüetle karşılaştıklarında korkarak tepki verdiklerini göstermişlerdir. Hint maymunları, sekiz aydan küçük olanları da dâhil, gözlerinde büyüttükleri nesneye tepki vermekten hızlıca kaçınmışlar, yüksek sesler çıkararak kafesin arka tarafına sıçramışlardır. Diğer çalışmalar, diğer hayvan türlerinin, tavukların,[5] farelerin,[6] balıklarını[7] ve maymunların (küçük ve yetişkin olanlar dahil),[8] gözlerinde büyüttükleri veya optik olarak büyümekte olan uyarıcılara karşı otomatik bir şekilde odaksal korku ve defansif davranışlarla (geri kaçmak, eğilmek, saklanmak gibi) tepki gös-

---

1 Hekmat, 1987; Rachman ve Cuk, 1992; Weerts ve Lang, 1978.

2 Riskind ve Maddux, 1993, 1994; Riskind ve Wahl, 1992; Riskind vd., 1992, 1995.

3 Reingold ve Eckerman, 1973.

4 Schiff vd., 1962.

5 Evans vd., 1993.

6 Westby, 1990.

7 Dill, 1990.

8 King ve Cowey, 1992.

terdiklerini ortaya koymuşlardır. Diğer türlere benzer bir şekilde, yetişkin ve yetişkin olmayan insanlar bilmedikleri, onlara yaklaşan (veya hızla büyüyen) nesnelere karşı korkuyla, salınarak ve defansif kafa hareketleriyle kaçınarak tepki vermişlerdir.[1] Bununla birlikte, çocuklar kendilerine hızla yaklaşan tanımadıkları insanlara karşı daha büyük 'yabancı anksiyetesi' göstermişlerdir.[2] Genel davranış teorisi ile tutarlı olarak, aynı temel prensipleri, tehdit ve korku tepkisinin algılanan büyüme oranının önceki ve sonraki faktörleriyle ilişkilendirerek insanlardaki genelleşmiş anksiyeteye uygulamak ve genelleştirmekten şüphelenmekteyiz.

Bundan dolayı, GAB hastalarının olayları sürekli, hızla değişen ve büyüyen tehlikenin karmaşık olma eğilimini anımsatan bir dünyada yorumlamaları mümkündür. Aslında, GAB hastaları kaplumbağaları, yengeçleri, balıkları, kurbağaları ve maymunları etkileyen aynı temel prensiplere tepki vermektedirler. Korkunun neden olduğu durumların ayrıntıları, uyarıcı olaylarının kavramsal soyutluluğunun tehditler olarak algılandığı oranda değişiklik göstermektedir. Fakat tehdit ve korku tepkisinin artış oranını aynıdır. Bir önceki çalışma GAB hastası olan birçok bireyin tehditleri böyle yorumlamaya yönelik kronik eğilimleri olduğunu iddia etmekteydi ve bu eğilime abartılı uyumsuz bir tarz olarak değinilmişti. Örneğin, bu tarzda anksiyete hastaları otobanda araba sürerken hızla gelişebilecek bir tehlike endişesine kapılabilirler (motor bloklarının hızla parçalanması, lastik tabanlarının birden aşınması, pervane kayışının aniden kopması vb.). Benzer bir şekilde, bu tarz anksiyete hastaları, yıpranıp hızla dağılacaklarını düşünerek ilişkileri hakkında kaygılanabilirler. Genelde, bu abartılı uyumsuz tarz algılanan dünyayı renklendirir ve anksiyete eğilimli kişiye, hızla değişmekte olan limitte nesnelerin sendelediği, kaydığı ve tehditlerin dinamik bir şekilde arttığı izlenimini verir.

---

1 Ball ve Vurploot, 1976; King vd., 1992.

2 Reingold ve Eckerman, 1973; Trause, 1977.

Çeşitli inceleme sonuçları, abartılı hassasiyetin, bir durumun tehlikesinin, bilinen diğer bilişsel değerlendirmelerle (olasılık, yakınlık, kontrol edilemezlik ve tahmin edilemezlik gibi) değiştirilemediğini göstermektedir. Abartılı hassasiyet modeline göre, abartılı/hayali hassasiyet (veya tehlikenin hızla gelişen ve dinamik 'abartılı' olarak yorumlanan doğası) diğer bilişsel değerlendirmelerle (zararın olasılığı ve yakınlığı gibi) ilişkilendirilebilir. Bunun yanı sıra abartılı hassasiyet kavramsal olarak farklı bir değer unsurunu ele alır ve anksiyeteyi aktive eden bilişsel temeli tanımlamada daha etkilidir. Açıkça görülüyor ki, abartılı hassasiyet anksiyete hakkında daha etkili bir öngörüde bulunduğu varsayımını destekleyen sonuçlar karşılaştırmalı iki çalışmadan elde edilmiştir.[1] Örümceğin neden olabileceği bir tehlikeye karşı belirli bir abartılı hassasiyet hissinin, örümcek korkusu hakkında tek başına öngörüde bulunması tutarlı görülürken, deneklerin örümceğin neden olacağı zararın olasılığı, yakınlığı ve tahmin edilemezliği hakkındaki değerlendirmeleri tutarlı görülmemektedir.

Benim iki çalışmam da,[2] daha fazla genelleştirilmiş 'abartılı uyumsuz tarz' ile anksiyete deneyimine yatkınlık arasındaki ilişkinin netliği ile ilgili hipotezi desteklemektedir. Bu sonuç, abartılı tarzın genelleşmiş anksiyete durumları için geliştirilmiş anket yoluyla ölçümüdür. Abartılı uyumsuz tarzın ölçümü hala ısrarla kısmi depresyondan sonraki anksiyete ile ilişkilendirilmektedir, kısmi anksiyeteden sonraki depresyonla değil.[3] Çalışmamda (1996) özetlediğim diğer çalışmalar, (1) abartılı hassasiyet hissinin bir sonraki kaçınma davranışı hakkında öngörüde bulunduğunu (tehditler beklendiğinde kaçınma durumları gibi), (2) abartılı hassasiyet hissinin ayrıca, endişenin, düşmanlığın, korkunun ve üzüntünün sıklığındaki altı haftalık artışı öngördüğünü göstermektedir. Yüksek derecede abartılı hassa-

---

1 Riskind vd., 1992.

2 Riskind ve Wahl, 1992; Riskind vd., 1992.

3 Riskind vd., 1992.

siyeti olan deneklerin, kaygılarında, korkularında, anksiyetelerinde, düşmanlıklarında ve abartılı hassasiyet hislerinin ölçüldüğü andaki duyum derecelerinin ardında kalan diğer olumsuz duygularında artış gözlenmiştir. Diğer çalışmalar abartılı hassasiyetin, Beck'in biliş katalogundaki otomatik düşüncelerin yanı sıra tedbirli davranışla ilgili tipik anksiyeteyi de aktive ettiğini göstermektedir. Dahası abartılı hassasiyet, zararlı olayların meydana gelme olasılığı gibi standart tehdit verileri olmadığında, GAB hastalarını depresiflerden ve psikopatolojiye gerek duymadan kontrol edilebilen hastalardan ayırmaktadır.

TEDAVİ İÇERİKLERİ

Abartılı hassasiyet modelinin, anksiyeteyi bu bozukluğa neden olan bir faktörler zinciri önerdiğinden, zincirin her parçasını anksiyeteye müdahale için göz önünde bulundurması gerekmektedir. Muhtemel işlev bozukluğuna Sokratik sorgulama ("Tehlikenin hızla büyüdüğünü gösteren kanıt nedir?") ile müdahale edilebilir. Terapist, hastayı, problemlerin olabildiğince hızlı gelişebileceğine dair varsayımlarının doğruluğunu test edecek mantıklı izahlar bulmaya yönlendirebilir. Standart bilişsel terapide olduğu gibi pasif davranışlardan hareketle aktif problem çözümüne gitmek incinebilirlik hissini azaltabilir.

GAB'nin tedavisinde yararlı olabilecek diğer bir ihtimal de imajinasyondur (imgeleme). Abartılı hassasiyet paradigması hızla büyüyen tehlike hissinin kritik olduğu öngörüsünde doğruysa, tehlikenin kaynağı hakkında endişelenen bir kişi tehlikenin hızla büyüdüğü hissini azaltmak için imajinasyonu kullanarak anksiyetesini ve korkusunu büyük ölçüde azaltabilir. Abartılı/hayali hassasiyet teorisine göre, hastanın, tehdidin hızla büyüme oranını durdurmak için imajinasyon yoluyla korkusunu azaltabilmesi mümkündür.

Günümüzdeki çeşitli çalışmalarda bu muhakemeyi deneklere iğrenç sahneler içeren (ör., tuvaletler, çöp tenekeleri) videoteypleri izleterek test ettik. Sonrasında, deneysel yöntemi imgeleme talimatlarını kullanarak deneklerin videoya karşı bilişsel perspektiflerini yönlendirdik. Deneklerin yarısı normal olarak kirli halk tuvaletleri gibi iğrenç sahneler içeren videoklipleri izlemek üzere ayrıldı (Kontrol Grubu). Diğer yarısı, 'donma' (Deney) grubu, videoklipleri kirleticilerin donuk olduğu ve yayılamayacağı talimatlarıyla izleyeceklerdi. Kirlenmenin yayılmasını 'dondurmak' için imgelemeyi kullanan deney grubundaki denekler daha az korku ve tehdit hissetmişlerdi.[1] Beklendiği gibi belirli bir biçimde, kirliliğin yayılmasını dondurmak için talimatlara yönelmeleri istendiğinde katılımcılar iğrenç sahneler içeren videoklipler hakkında daha az endişeli ve kaygılıydılar. En ilginç bazı bulgular fobik kaçınma davranışının göstergelerinin kullanılmasıyla elde edilmişti. Donma imgesini denemiş olan denekler, iğrenç bir yere (kirli bir tuvalet) daha yakın durmak istiyorlardı ve büyük bir çöp tenekesinin yakınındaki bir tepsiden kurabiye almaya daha meyilliydiler. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular abartılı/hayali hassasiyet teorisi tarafından üretilen öngörülerle tutarlılık göstermektedir.

Artık gerçek klinik hasta vakasını inceleyebiliriz.

'GAB' HASTASININ TANIMLANMASI

GAB hastası 34 yaşında bekar bir kadın. Kendisi bu tekniklerin bazıları kullanılarak tedavi edilmişti. İlk şikâyetleri kronik kaygı, kırılganlık, anksiyete, sinirlilik hisleri ve şiddetli çift hastalıklı depresyondu. Nişanlısına sinirlendiğini, kırıldığını ve onunla atıştığını da belirtmişti. Öncelikli kaygısı daha çok, ilişkide sürekli başarısızlık korkusuna ve nihai reddedilmeye odak-

[1] Riskind vd., 1997.

lıydı. Kişisel ve cinsel yeterlilik, işindeki statüsünün güvenliği, iki kız kardeşi ve annesinin güvenliği, finansal geleceği, yatırım yeteneği, hastalanma riski hakkında ve soğuk aldığında hastalığı arkadaşlarına bulaştırma riski gibi basit sorunlar hakkında ikincil kaygıları ve korkuları da vardı.

İlk etapta kendisini, değiştirmek istediği 'olumsuz, kötümser tutumu' olan bir kişi olarak sunmuştu ve herşeyin gerçekte düşündüğünden bile daha kötü olabileceğini belirtmişti. Aynı zamanda, kendisini çok fazla endişelenen ve 'kriz üreticisi' olarak tanımlamıştı. Hasta, eleştiriye çok duyarlı olduğunu, özgüvenini kaybettiğini ve yapmak istedikleri konusunda kararsız olmaktan acı çektiğini belirtmişti. Depresif özellik göstererek, engelleri aşılamaz olarak algıladığını söylemişti. Aktif bir şekilde depresyon periyotlarıyla karşılaştığı zamanlarda, "Umut veren bir şey yok", "Kendi başıma hiçbir şeyi değiştiremem", "Bir şey üzerinde çalışmak için hiçbir neden yok" gibi düşüncelerle boğuşuyordu. Dolayısıyla, bilişsel teori tarafından öngörüldüğü gibi, beklediği başarısızlığın kendi içindeki değişemez kişisel kusurlardan kaynaklandığını belirtmişti. Fakat depresif kavrama yetisi standart bilişsel müdahalelere cevap vermekteydi.

Hastanın Geçmişi

Hasta, Debbie, üç kız kardeşin en küçüğüydü. Maryland eyaletinin Columbia bölgesinde doğmuştu. Fakat ailesi çocukluk döneminde Ohio eyaletine taşınmıştı. Babası ciddi sağlık problemleri olduğundan dokuz sene boyunca Columbia bölgesinde kalmıştı. Babasını her ziyaret etmeye gittiğinde bir daha onu asla göremeyeceğini düşünüyordu. Babasının yokluğu onda ilgisizlik hissine neden olmuştu. Annesinin "çok olumsuz ve insanlardan nefret eden" biri olduğunu belirtmişti. Annesinin olumsuzluğu hastanın bugünkü anksiyetesini etkileyen bir faktördü. Örneğin, annesi "Seninle beraber yaşamayı isteyecek, Larry gibi güzel bir delikanlıyı nasıl bulabildin? (Halbuki,) sen çok kırıcı ve iğrençsin." diyordu.

Lise hayatında mutlu değildi, garip bir aile geçmişi olduğu için ve anne-babasının çok problemli bir evlilikleri olduğunu düşündüğü için kendisini kusurlu görüyordu. Çok olumsuz alaycı bir mizah anlayışı geliştirmişti. Kendisini "özgüveni olmayan, aşırı depresif," acılı ve çekingen bir kişi olarak tanımlamaktaydı. İlk defa 20 yaşında üniversitedeyken biriyle öpüşmüştü. Erkeklerden korkuyordu. İlk klinik tedavisinde "oldukça canayakın" biri olduğunu ve "kayıp zamanını telafi etmek istediğini" söylemişti.

Üniversitede mükemmel notlar almıştı, fakat haftada iki gün çalışmak zorundaydı. Dolayısıyla, sosyal hayatı neredeyse hiç yoktu. İlk defa 24 yaşındayken gerçek bir ilişki yaşamıştı ve Pittsburgh'a (Pennsylvania eyaletinde bir bölge) gitmişti. Söylediğine göre, bu "tam bir felaket"ti. Erkek arkadaşının ilk başta "çekici" olduğunu ve daha sonra "alçak ve sinsi" bir kişi olduğunu belirtmişti. İlişkisi süresince, asla gerçek bir cinsel ilişkiye girmemişti ve seks hakkında tedirgindi. Erkek arkadaşı ile ilişkisini bitirmesinin ardından erkekler hakkındaki anksiyetesi artmıştı.

Bu olaydan bir kaç yıl sonra babası ölmüş ve Debbie depresyona girmişti. Babasının, kendisini aslında hiç sevmediğini ve hiçbir erkeğin kendisini istemediğini düşünmeye başlamıştı. Dolayısıyla, bu acılı deneyimler onun anksiyeteye karşı ilk bilişsel hassasiyetini etkilemekte ve güçlendirmekteydi.

Nişanlı olduğu ve bir kaç aydır beraber yaşadığı erkek arkadaşıyla Virjinya'da halka açık bir dans kulübünde karşılaşmıştı. Çok olumsuz olduğu için Larry'nin ona sürekli sinirlendiğine inanıyordu. Erkek arkadaşı için bir "yük" ve "mesuliyet konusu" olmaktan ve erkek arkadaşının onun yanında olmaktan nefret ettiğini fark etmesinden korkuyordu. Ayrıca, pazarlama asistanlığı mesleğinden hiç memnun değildi ve iş kariyerinde daha yüksek bir seviyeye çıkmak istiyordu. Fakat bunu nasıl yapacağını kestiremiyordu, yeni bir iş bulma veya işini koruma konusundaki yeteneği hakkında yinelenen şüpheleri vardı ve bundan dolayı kendini küçümsüyordu. ("Daha fazlasını yap-

mak için yeterince akıllı değilim," "Diğer insanlar benden daha akıllı.")

Tipik Otomatik Düşünceler

Debbie'nin tipik otomatik düşünceleri, anksiyeteyi ve çift hastalıklı depresyonu başlatan ve şiddetlendiren değişik düşünme tarzlarını içermekteydi. Bilişsel teorinin öngördüğü gibi, bu düşüncelerin çoğu, olması yakın felaketlerle ilgili korkunç vehimlere neden olmaktaydı. Bu yinelenen düşünce temalarının örnekleri aşağıda açıklanmaktadır:

Tipik Anksiyete Düşünceleri

"Birçok şeyin iyi gittiğinden şüpheliyim. Yanlış giden birşeyler var. Birçok şeyi sabote etmeye çalışıyorum. Mutlu olamıyorum."

"İyi gideceğini düşündüğüm geçmişteki ilişkilerim hep başarısız oldu."

"Başımızda büyük bir felaket var."

"Larry'nin kız kardeşi benim küstah biri olduğumu düşünüyor."

"Çok hassasım ve sorumluluk riski altındayım." [Nişanlanmayı kabul ettiğinde.]

"Larry, anksiyetemden dolayı beni terk edebilir."

"Mutlu olamıyorum; birlikteliğim zarar görebilir."

"Anksiyetelerim evlenmek hakkında."

"Kanser olan bir arkadaşıma frijit bulaştırsam ne olur ki? O zaten ölecek."

"Deliriyorum. St. Elizabeth'in yerine kaydolmak zorunda olacağım. Deli gömleği giyip aklımı oynatmak zorunda kalacağım." [Şiddetli anksiyete ve genel sinirlilik hissettiğinde.]

"Bak işte, ben başarısızın biriyim." [Kendisine sinirlendiğinde].

Yukarıdaki bazı düşünce örneklerinden anlaşıldığı gibi, hastanın otomatik düşüncelerinin çoğu sadece tehlike kaygısıyla değil aynı zamanda hızla gelişen tehlike hissi ve abartılı hassasiyet hissiyle şekillenmiştir. (ör., "Başımızda büyük bir felaket var.")

Ayrıca, Debbie'nin çift hastalıklı depresyonu ve karışık anksiyete ve depresyon semptomları tipik otomatik düşüncelerle bağlantılıydı. Bilişsel teorinin öngördüğü gibi, bu düşüncelerin birçoğu kendini aşağılama ve umutsuzlukla şekillenmişti.

"Larry beni tamamen kabullenmeden önce, daha iyi ve daha düşünceli bir kişi olmamı bekliyor. Sanki ben cilacıyım."

"Ben onun için bir yüküm. Bende ona iyi görünecek bir şey yok. İlişkimiz bitecek."

"Her şeyde başarısız oluyorum. İşimde mutlu değilim. İşimde iyi değilim ve işimden nefret ediyorum. Cinsel hayatımız hakkında endişeliyim. Derslerimde geri kalıyorum. Hayatımı kontrol edemiyorum. Yaşlandığımı hissediyorum" [Ona bütün başarısızlıklarını hatırlatan doğum günlerinde.]

Saklı İnançlar

Debbie'nin saklı inanç sistemi aşağıdaki genellemeler ve çıkarımları içermekteydi:

"Başarılı bir ilişki yaşama yeteneğim yok."

"Şanssız biriyim. Fırsatları değerlendiren biri değilim."

"Kusurluyum."

"Tüm ilişkilerimi sabote ediyorum."

"Sonunda herkes çekip gidecek."

"Çok iyi kalpli ve sevecen olmalıyım yoksa Larry beni terk edecek."

"Kendimi savunamaz ve birinin bana yakınlaşmasına izin verirsem incindiğimde kendimi suçlarım."

"Evliliğin nasıl sürdürüleceğini bilmiyorum."

Davranışlar

Debbie'nin problemli davranışları aşırı hassasiyet ve nişanlısıyla yakınlıktan kaçınmanın gizli yollarını içermekteydi. Bu yollar arasında kendini yakınlık tehdidi altında hissettiğinde nişanlısıyla atışmak da vardı. Bundan başka cinsel arzuya ket vurmak da bu yollardan biriydi. Seksten asla gerçekten zevk almadığını belirtmişti.

Vaka Kavramlaştırması

Debbie'nin uyumsuz inanç sistemi onu, nişanlısıyla ilgili birçok olağan, hatta olumlu durumları tehdit edici olarak yorumlamaya sevkediyordu. Debbie geçmişten çıkardığı genellemelerden ilham alıyordu ve dolayısıyla, erkeklerle ilişki kurma konusunda yeteneksiz olduğunu ve kaçınılmaz bir şekilde onu terk edeceklerini düşünmekteydi. Anksiyete üreten tehlike şemasının temelini şekillendiren bu uyumsuz inançlar, çocukken yaşadığı, babası tarafından terk edilme hissinde güçlü bir şekilde yerleşmişti. Kişisel kusurluluk ve nihai başarısızlık ihtimali hakkındaki inançları, nişanlısıyla olan samimiyetini büyük bir tehdit olarak görmesine neden oluyordu. Aynı inançlar, işinde ve diğer durumlardaki yetersizliği ile ilgili olumsuz otomatik düşüncelere temel oluşturmaktaydı.

Debbie, olumsuz bilişlerinin neden olduğu anksiyeteyle mücadele etmek için savunmacı ve telafi edici inançlar geliştirmişti. Örneğin, "Çıktığın kişi seni tanımlamamalı," "Tam olarak bağımlı olmamalısın" ve "Bir kişi seni kırarsa çok fazla yıpranırsın" gibi. Ayrıca, hassas olmaya karşı isteksizliliği nişanlı-

sını eleştirmeye, onunla atışmaya sevk ediyor ve dahası, cinsel arzusuna ket vuruyordu.

Bütün bu alanlarda Debbie, falcılık ("Bir işe yaramayacak"), aşırı genelleme ("Erkekler beni hep terk ederler"), etiketleme ve kişiselleştirme ("Kusurluyum") ve duygusal muhakeme ("Değersiz hissediyorum ve bu doğru olmalı") gibi birçok bilişsel hatalar yapmıştı. Bu gibi bilişsel hatalar, deneyimlerini yorumlamada kullandığı sınırsız genellemelerin tabiatında var olan çarpıtmaları yansıtmaktadır.

Hedefler

Debbie'nin acil hedefleri açıkça, anksiyetesini azaltmayı ve daha iyi kontrol edilebilir hale getirmeyi içermekteydi. Ayrıca, ilişkisini geliştirmek, cinsel arzularına ket vurmayla ilgili zorluklarıyla mücadele etmek ve daha iyi bir işte çalışmak istiyordu.

Tedavi Planı

Tedavi başlangıçta, Debbie'ye yinelenen olumsuz otomatik düşüncelerini tanımlamasına ve onlarla başa çıkabilecek etkili yöntemleri bulmasına yardım etmeyi içeren standart bilişsel modeli takip etmişti. Felaket yorumlarını azaltıcı teknik etkili bir şekilde kullanılmıştı.[1] Ayrıca, diğer bilişsel tekniklerin bir kısmı da faydalı olmuştu. Örneğin, bir takım egzersiz grubu Debbie'nin, reddedilemez gerçeklerle beklenmedik ya da en azından gerçekleşmemiş ihtimaller ("O beni terk edecek") arasında ayrım yapmayı denemesini sağlamıştı. Sokratik sorgulama ve ev ödevleri, olumsuz varsayımları ("Kendimi çok bağımlı ve hassas olmaktan alıkoyamam," "Cinsel olarak kusurlu olabilirim") ve Larry ile cinsel zevkini engelleyen otomatik düşünceleriyle mücadele etmek için başarılı bir şekilde kullanıldı. Zevkindeki azlığın, kendisinde veya ilişkideki herhangi bir en-

[1] Beck ve Emery.

gelleyici kişisel kusurdan daha çok, öfkesinden ve olumsuz düşünmesinden kaynaklandığını anlamasını sağlamak için yeniden yorumlama tekniği kullanıldı. Benzer bir şekilde, Debbie, önceki başarısız ilişkileriyle Larry ile olan ilişkisi arasındaki nitelik farkları hakkında düşünmeyi faydalı bulmuştu. Bu mantıksal analizler sayesinde, önceki ilişkilerinin başarılı olmasını istemediğini fark etmişti. Bu, onda daha güçlü bir kontrol hissi uyandırmıştı. Özsaygısını artırmasını sağlayan bir diğer müdahale yöntemi de kendisini değerlendirmek için kullandığı bilişsel dayanaklarını ve referans noktasını değiştirmekti: Kendisini olmasını istediği idealin yerine en aşağı noktayla karşılaştırmayı denedi. Örneğin, cinselliğinden zevk aldığını, cinsel zevkini yaşamayı umduğu ideal tabloyla karşılaştırmaktan daha ziyade, sıfır noktasına karşı değerlendirdiğinde daha iyi fark edecekti.

Özellikle standart müdahalelere az yanıt verdiğinde abartılı hassasiyet modelinden elde edilen çeşitli bilişsel müdahaleler de onun için faydalı oluyordu. Debbie hayatında meydana gelen değişiklikleri temelde olumsuz ve hızla gelişmekte olarak görmeye meyilli olduğunu anlamıştı. Değişim, yeni iş aramasında ve ilişkilerinde mesafe kat etmesinde bir sorundu. ("Bu bir felaket olabilir. Bu daha kötü olabilir.") Değişimin temel olumsuz karakteri ve çok hızlı gelişen doğası hakkındaki inançlarıyla mücadele etmesine yardım etmek için Sokratik sorgulama yöntemi kullanıldı. Örneğin, geçmişindeki değişimlerin sürekli olumsuz olduğu ve devamlı uyum sağlayabileceğinden daha hızlı bir şekilde geliştiği hakkındaki düşüncelerinin lehine ve aleyhine olan kanıtları incelemeyi faydalı bulmuştu.

Özellikle yüksek anksiyete ve endişe hisleriyle ilgili seansa başladığında imajinasyon temelli bir müdahale yöntemi uygulanmıştı. Okula geri dönmek için işini bırakmak ve evlendikten sonra para kazanamayacağı gibi endişeleri vardı. Dahası, az gelirinin kocasının onu terk etmesine neden olmasından endişeleniyordu ("35 yaşıma geldiğimde hala birikmiş hiç param olmayacağından endişe ediyorum. Sanırım, yakında evleneceğim. İş

tempomu azaltacağım ve yine param olmayacak ve Larry de beni terk edecek").

Debbie'den her anksiyete grubunu, belaya götüren felaketli basamaklar zinciri olarak hayal etmesi istendi. Onları "raylarda hızla giden bir trene" benzetti. Ondan, zihnindeki felaketler zincirini kendisinde hızla giden bir tren olarak canlandırması istendi. Kendisini anksiyeteli (100'lük puan ölçeğinde 90) ve kaygılı (100'lük puan ölçeğinde 95) olarak ölçtü.

Daha sonra, Debbie'den felaketler zinciri veya treninin kendisinde çok küçük artışlarla hareket ettiğini düşünmesi istendi. (Örneğin, felaketleri her on dakikada bir inç yavaşlayan bir trene benzetmesi gibi). Sonrasında, "Kendimi daha çok kontrol edebiliyorum" dedi. Anksiyete ve kaygı oranları, 100'lük puan ölçeğinde, sırasıyla 90 ve 95'ten 5'e kadar indi.

Bir diğer senaryoda, ondan felaketlerin hızı veya geçmekte olan sahnelerini abartması istendi. Bu abartma kendisini, "Çok hızlı geçmiyorlar" diyerek açığa vurmasını sağlamış ve ona daha güçlü bir kontrol hissi vermişti.

Sonuç

Kısaca yukarıdaki müdahalelerden sonra Debbie'nin anksiyetesi çarpıcı bir şekilde düzeldi. Terapinin sonunda artık anksiyetesini daha iyi kontrol edebildiğini hissediyordu. Terapistle beraber büyük ölçüde düzeldiğine karar vermişlerdi. Standart bilişsel müdahalelerin, düzelmesine önemli katkı sağladığı halde, korkularının "gözünde büyümesini" azaltmaya dayalı müdahalelerin özellikle faydalı olduğunu hissetmişti.

REFERANSLAR

Ball, W. A. ve Vurploot, E. (1976). Perception of depth in infants. *Anee-Psychologique* 2:83–399.

Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., vd. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. *Behavior Theraphy* 15:431–449.

Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York: Hoeber.

— (1976). *Cognitive Theraphy and Emotional Disorders.* New York: International University Press.

Beck, A. T. ve Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Epstein, N. ve Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotheraphy* 1:1-16.

Blowers, C., Cobb, J. ve Mathews, A. (1987). Generalized anxiety: a controlled treatment study. *Behevior Research and Theraphy* 25:493–502.

Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., vd. (1987). The effects of relaxation training with cognitive theraphy or nondirective theraphy and the role of relazation-included anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55:883–888.

Borkovec, T. D., Shadick, R. Ve Hopkins, M. (1991). Teh nature of normal and pathological worry. In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed-Anxiety Depression,* ed. R. M. Rapee ve D. H. Barlow. New York: Guilford.

Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folensbee, R. ve Lerman, C. (1983). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behevior Research and Theraphy* 21:247–251.

Butler, G. ve Booth, R. G. (1990). Developing psychological teratments for generalized anxiety disorder. In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed-Anxiety Depression,* ed. R. M. Rapee ve D. H. Barlow. New York: Guilford.

Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., vd. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry* 151:535-542.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P. ve Gelder, M. (1991). A comparison of behavior theraphy and cognitive-behavior theraphy in the treatment of generalized anxiety didorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:167–175.

Butler, G. ve Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. Advances in *Behavioral Research and Theraphy* 5:51–62.

Davey, G. C., Hampton, J., Farrell, J. ve Davidson, S. (1992). Some charcteristics of worrying: evedence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Indivudual Differences* 13:133–147.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (1980). 3. baskı. Washington. DC: American Psychiatric Assosiation.

(DSM-III-R) (1987). 3. baskı. rev. Washington, DC: American Psychiatric Assosiation.

(DSM-IV) (1994). 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Assosiation.

Dill, L. M. (1990). Distance-to-cover and the escape decisions of an African cichlid fish. *Environment, Biology, and Fish* 27:147–152.

Durham, R. C. ve Turvey, A. A. (1987). Cognitive theraphy vs. Behavior theraphy in the treatment of choronic general anxiety: outcome at discharge and at six month follow-up. *Behavior Research and Theraphy* 25:229–234.

Evans, C. S., Macedonia, J. M. ve Marler, P. (1993). Effects of apparent size and speed on the response of chickens, Gallus gallus, to computer-generated simulations of aerial predators. *Animal Bhevior* 46(1):1-11.

Greenberg, M. S. ve Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology* 98:9–13.

Hekmat, H. (1987). Origins and development of human fear reactions. *Journal of Anxiety Disorders* 1:197–218.

King, S. M. ve Cowey, A. (1992). Defensive responses to looming visual stimuli in monkeys with unilateral striate cortex ablation. *Neuropsycjologia* 30:1017–1024.

King, S. M., Dykeman, C., Redgrave, P. ve Dean, P. (1992). Use of a distracting task to obtain defensive head movements to looming visual stimuli by human adults in a laboratory setting. *Perception* 21:245–259.

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer.

Mathews, A. ve MacLeod, C. (1985). Selecting processing of threat cues in anxiety states. *Behavior Research and theraphy* 23:563–569.

Power, K. G., Jerrom, D. W. A., Simpson, R. J., vd. (1989). A controlled comparison of cognitive-behavior theraphy, diazepam and placebo in the treatment of generalized anxiety. *Behavioral Psychotheraphy* 17:1–14.

Rachman, S. J. ve Cuk, M. (1992). Fearful distortions. *Behavior Research and Theraphy* 30:583–589.

Reingold, H. ve Eckerman, C. O. (1973). Fear of a stranger: a critical examination. In *Advances in Child Deevelopment and Behavior,* c.8, ed. H. W. Reese. New York: Academic Press.

Riskind, J. H. (baskıda). Looming vulnerability to threat: a cognitive paradigm for anxiety. *Behavior Research and Theraphy.*

Riskind, J. H., Hohman, A. A., Moore, R., vd. (1991). The relation of generalized anxiety disorder to depression in general and dysthymic disorder in particular. In *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed-Anxiety Depression,* ed. R. M. Rapee ve D. H. Barlow. New York: Guilford.

Riskind, J. H., Kelly, K. ve Moore, R., vd. (1992). The looming of dangers: Does it discriminate focal phobia and general anxiety from depression? *Cognitive Theraphy and Research* 16:1–20.

Riskind, J. H. ve Maddux, J. (1993). Loomingness, helplessness, and fearfulness: an integration of harm-looming and self-efficacy models of fear and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology* 12:73–89.

— (1994). Loomingness and the fear of AIDS: perceptions of motion and menace. *Journal of Applied Social Psychology* 24:432–442.

Riskind, J. H., Moore, R. ve Bowley, L. (1995). The looming of spiders: the fearful perceptual distortion of movement and menace. *Behavior Research and Theraphy* 33:171–178.

Riskind, J. H. ve Rholes, W. S. (1984). Cognitive accessibility and the capacity of cognitions to predict future depression: a theoretical note. *Cognitive Theraphy and Research* 8:1–12.

Riskind, J. H. ve Wahl, O. (1992). Moving makes it worse: the role of rapid movement in fears of psychiatric patients. *Journal of Social and Clinical Psychology* 11:349–364.

Riskind, J. H., Wheeler, D. ve Pacerno, M. Effects of freeze imagery and loom imagery on obsessional fears of contamination. *Behavior Research and Theraphy.*

Sanderson, W. C. ve Barlow, D. H. (1990). A discription of patients diagnosed with *DSM-III*-Revised generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 178:588–591.

Schiff, W., Caviness, A. ve Gibson, J. J. (1962). Persistent fear responses in rhesus monkeys in response to the optical stimulus of "looming." *Science* 136:982–983.

Trause, M. A. (1977). Stranger responses: effects of familiarity, stranger's approach, and sex of infant. *Child Development* 48:1657–1661.

Weerts, T. C. ve Lang, P. J. (1978). Psychophysiology of fear imagery: differences between focal phobia and social performance anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46:1157–1159.

Westby, G. W. M. (1990). Output pathways from the rat superior colliculus mediating approach and avoidance have different sensory properties. *Experimental Brain Research* 81: 626–638.

8

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKLAR

Stephen J. Holland

Obsesif-kompulsif bozukluklar (OKB) Birleşik Devletler'deki en yaygın dördüncü psikiyatrik teşhistir. Her kırk yetişkinden biri hayatının bir noktasında OKB kriterlerini karşılar.[1] OKB'nin tedavisi için genellikle 'yüzleştirme' ve 'tepki önleme'yi içeren davranışçı tedavi tercih edilir. OKB hastalarının yaklaşık yüzde yetmiş beşi davranışçı tedavi ile belirgin gelişmeler göstermektedirler.[2] Bu kazanımlar genellikle tedavi bittikten sonra da korunur. Dahası *Anafranil*, *Prozac* ve *Paxil* gibi seratonin agonistlerinin de OKB tedavisinde etkili oldukları görülmüştür. Ancak ilaç tedavisinin durdurulmasından sonra eğer ayrıca davranışçı tedavi kullanılmaz ise hastalığın nüksetme oranı yüzde seksen dokuz gibi yüksek bir oran olabilir.[3]

Son yıllarda OKB'nin bilişsel tedavileri üzerine henüz küçük ancak büyümekte olan bir literatür bulunmaktadır. Son zamanlarda yapılan üç inceleme, bilişsel ya da rasyonel duygu terapisinin, yüzleştirme ve tepki önleme[4] kadar etkili olduğu bulgusunu ortaya koymaktadır. Salkovskis (1989) OKB'nin davranışçı tedavisine bilişsel unsurlar eklemenin tedaviyi bırakma olasılığını azalttığını ve tedavinin etkinliğini artırdığını bildirmektedir.

---

1 Karno vd., 1988.

2 Steketee, 1993.

3 Steketee, 1993.

4 Van Oppen ve Arntz, 1994.

Bu bölüm OKB'nin sürmesine neden olduğu varsayılan şemaları belirlemek için hem bilişsel hem de davranışsal teknikleri kullanan bir tedavi tanımlamaktadır.

OKB'NİN KLİNİK SEYRİ

DSM-IV (1994) kriterlerine göre bir hastaya OKB teşhisi konulabilmesi için bu hastanın obsesyon (takıntı) veya kompulsiyonları (zorlama) olması gerekir. Obsesyonlar tekrar tekrar nükseden ve sıkıntıya neden olan düşünce, güdü veya imgelerdir. Ritüeller olarak da bilinen kompulsiyonlar ise hastayı bu sıkıntıyı azaltmaya iten ve sürekli yinelenen davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Aslında birçok hastada hem obsesyonlar (takıntı) hem de kompulsiyonlar (zorlama) bulunur. Yine birçok OKB hastası obsesif korkuları ve/veya kompulsif eylemleri tetikleyebilecek ortam veya durumlardan önemli ölçüde kaçınırlar.

OKB'NİN DAVRANIŞÇI MODELİ

OKB'nin davranışçı modeli, bozukluğun devam etmesinde koşullanmanın rolünü vurgular.[1] Araştırmalar normal insanların yüzde sekseninin, zaman zaman OKB hastalarını rahatsız eden düşüncelere benzeyen zorlayıcı düşüncelere kapıldıklarını göstermektedir.[2] Ancak OKB hastalarının bu düşüncelerden özellikle rahatsız oldukları görülmektedir. Bu düşünceler sık sık derin inanç ve değerlerle çatışırlar. Duygusal olarak sıkıntı yaşayan hastalar klasik koşullanma vasıtasıyla bu sıkıntıları sonuç-

1 Steketee, 1993.

2 Barlow, 1998.

ta düşüncelerle bağlantılı bir durumda hissederler. Esasen hastalar, bu düşüncelerin vuku bulduğu her an sıkıntı duydukları için kendi düşüncelerinin şartlı fobisini kendileri geliştirmiş olurlar.

Hastalar düşünmekten kaçınmaya çalışarak sık sık obsesif düşünceleriyle başa çıkmaya yeltenirler. Dahası onlar belirli eylemlerle meşgul olarak anksiyetelerini azaltmaya çalışırlar. Örneğin, kirlenmeden korkarak sürekli ellerini yıkarlar. Yine bunlar obsesif düşünceleri tetikleyecek durumlardan kaçınırlar. Bu tür eylemler genelde anksiyeteyi geçici olarak azaltır ve fakat sonrasında obsesif davranışın güçlenmesini sağlarlar.

Bu kaçınma ve telafi edici davranışlarla ilgili iki problem vardır. Birincisi, bir şey hakkında düşünmemeye çalışmak, başkasının onu düşünecek olma ihtimalini arttırır.[1] Başka bir ifadeyle OKB hastaları obsesif düşüncelerinden sakınmaya çalışmakla, bu düşünceleri daha sık gündeme taşımış olurlar. İkincisi, telafi edici eylemler ile sağlanmış olan rahatlamaların geçici rahatlamalar olmasıdır. Düşünceler akla hücum edince eylemlerin tekrarlaması da kaçınılmaz olur. Sonuçta OKB hastaları kaçınma teşebbüsü, kompulsif (zorlamalı) davranış ve tekrarlayan obsesif düşünce şeklinde kısır bir obsesif düşünce döngüsü içinde uğraşıp dururlar.

OKB'nin standart tedavisi bu şartlı tepkilerin kırılması için tasarlanmıştır ve iki unsurdan oluşmaktadır: Birincisi, korkulan düşüncelerle yüzleştirmedir. İkincisi de alışılmış kaçınma tepkilerinin veya kompulsiyonların önlenmesidir. Yüzleştirme, hastaların korkulan düşüncelerden kaçınmak yerine onlar üzerine odaklanılır ise bu durumda olumsuz hiçbir sonuç ortaya çıkmayacağını ve en sonunda aksiyetenin yok olacağını keşfetmesini sağlar. Hastalar yüzleştirmeye eşlik eden anksiyeteden kaçınma ve etkisini azaltma için ritüellerini kullanabileceklerinden tepki önleme zorunlu olur. Araştırmalar ne yüzleştirmenin ne

[1] Wegner, 1989.

de tepki önlemenin tek başına, birlikte kullanıldıkları zamanki kadar etkili olmadığını göstermiştir.

OKB'NİN BİLİŞSEL MODELLERİ

Salkovskis (1989), Van Oppen ve Arntz (1994) OKB'nin benzer bilişsel modellerini önermişlerdir. Bunların ikisi de istenmeden gelen düşünceleri normal olarak kabul ederler. Düşünceleri rahatsızlık verici kılan ve OKB döngüsünün başlangıcı yapan, hastanın irade dışı düşünceler hakkındaki inancıdır. Hastalar şu hususları abartma eğilimindedirler: 1- Olumsuz olayların meydana gelme ihtimali. 2- Sonuçta ortaya çıkabilecek zarar. 3- Yüklenecekleri sorumluluk derecesi. 4- Sorumlu tutulmanın neticeleri. Başka bir ifadeyle OKB sıkıntısı çekenler aşırı derecede aktif sorumluluk ve tehlike şemalarına sahiptirler. Guidano ve Liotti (1983) OKB hastalarının güvenlik de dahil olmak üzere bütün her şeyde mükemmeliyetçi bir kesinliğe ihtiyaçları olduğu konusunu ısrarla vurgularlar. OKB hastalarının bilişsel terapisi, düşüncelerin kendilerini değil hastaların obsesif düşünceleri hakkındaki inançlarını hedefler.

ÖRNEK VAKA

Bu vaka için uygulanmış olan bilişsel-davranışçı tedavi modelinin üç aşaması vardır. Birinci aşama; durum değerlendirmesi, hastanın eğitilmesi ve tedavi hazırlığından oluşur. İkinci aşama ise, yüzleştirme ve tepki önlemeden oluşur. Üçüncü aşamanın ise önü açıktır ve hem OKB'nin semptomlarını ve hem de hastanın hayatının farklı rollerindeki zorlukları muhafaza eden şemaları hedef alır. Yüzleştirme ve tepki önleme süreçleri başka bir yerde yoğun olarak tasvir edildiği için (ör.,

Steketee 1993), bu bölüm tedavinin üçüncü aşamasına yoğunlaşmaktadır.

Arka Plan

Benim Robert ile ilk bağlantım annesinin bir telefonu ile oldu. Annesi bana bu görüşmede, yirmi beş yaşındaki oğlunun yıllardan beri OKB'den muzdarip olduğunu söyledi. Yakın bir zamanda onu bir psikiyatriste götürmüş ve doktor *Prozac* ilacı yazmıştı. Ancak Robert ilacın yan etkilerini özellikle de mide bulantısı yaptığını okuyunca ilacı kullanmayı kesmişti. Robert'ın annesi uzun yıllar anksiyete çektiğini ve kendi annesinin de OKB hastası olduğunu bildirmişti. Benimle görüşmesinden sonra benim bilgi ve tecrübe birikimimi de dikkate alarak oğlu için bir randevu ayarladı. Robert birinci seansta yakışıklı, ince yapılı ve oldukça sıkıntılı, cana yakın genç bir adam görünümündeydi. Bana on yaşından itibaren yaşadığı obsesif korkuları ve özellikle tekrarlayan eylemleri dahil olmak üzere ritüellerinin tarihçesini anlattı. Son iki yıl içerisinde durumunun daha da kötüleştiğini söyledi ve bunu fotoğrafçı olarak kariyerine başlaması üzerine hissettiği anksiyeteye bağladı. Şimdilerde günün birçok saatini obsesif ritüeller ile geçirmekteydi. Örneğin bir saat boyunca ve gece yarısına dek pantolonunu giyip çıkarmakla geçirebilirdi. Bunun yanında; iş yerinde bilgisayar dosyalarını açıp kapama, karanlık odada obsesif düşüncelerden kurtuluncaya kadar bir fotoğrafın sürekli baskısını yapma, bir odadaki değişik nesneleri birbirine bağlama gibi karmaşık davranış kalıpları ve bir dizi banyo ritüelleri içeren yığınla ritüeli vardı. Onun bu davranışları tekrarlamaları yüzlerce defa olabilirdi. Robert'ın obsesif korkuları; kusmak, 13 sayısı, bir trafik kazasında yüzünün parçalanması, bir uçak kazasında ölme ve ailesinden birinin ölmesi gibi korkulardı. Otobüslerden, teknelerden ve uçaklardan şiddetle kaçınırdı. Yine obsesif düşünceleri çağrıştıracak belirli caddelerde yürümekten, uçak kazasında ölen müzisyenlerin CD'sini satın almaktan ve kendini hasta yapacağı korkusuyla belirli yiyecekleri yemekten kaçınırdı.

Robert'in yukarı orta sınıf bir banliyödeki bir evde büyüdüğü söylenmişti. Anne ve babası beş yıl önce boşanmıştı ve kendisinden iki yaş büyük bir ablası vardı. Babası bir avukattı ve Robert babasını silik bir figür olarak ortaya koymuştu. Annesiyle ise yakın ve güvenli bir ilişki içinde olduğunu söylemişti. Ancak yine annesinin oldukça sıkıntılı ve çocuklarından birinin başına bir şeyler gelmesinden sürekli korkan biri olduğunu da söylemişti. Örneğin, ortaokula kadar onları kendi elleriyle okula götürmüştü. Şimdilerde ikisinin de yirmili yaşlarında olmasına rağmen onların tam olarak nerede olduklarını bilmek ve her an onlara ulaşabileceği bir telefon numarasına sahip olmak konusunda ısrarcıdır. Robert annesi ve ablasıyla birlikte yaşamıştır. Kendine ait bir daireye taşınma konusunu açtığında annesi ona evleninceye kadar beklemesini söylemişti ki böyle bir şey yaşadıkları toplumun bir normu değildi. Robert ticari fotoğrafçı olarak kariyer yapmayı hedeflemişti ancak şimdilik küçük bir şirkette yöneticilik yapıyordu. Fotoğrafçılık adına fazla bir şey yapmamıştı. Üç yıl önce okuldan bir kız arkadaşı obsesif (takıntılı) ritüelleri sebebiyle Robert'ı terketmişti. O zamandan beri başka kız arkadaşı olmamış ve fazla bir ilişki de kurmamıştı.

Aşama 1: Hazırlık

Seans 1-9: Ana hatlarıyla yukarıda ortaya konulan bilgilerin toplanmasından sonra Robert OKB konusunda eğitilmeye başlandı. Kendisinden *Obsesyonu Durdurma* isimli[1] kitabı okumaya başlaması istendi. Yine ona bir kaç gevşeme tekniği öğretildi. Ev ödevi olarak, obsesif ritüellerini daha fazla yapmaz ise hayatının nasıl daha iyi olabileceğini bütün yönleriyle yazması istendi. Bu yüzleştirme ve tepki önlemenin avantaj ve dezavantajlarının bir listesini oluşturmak için kullanılıyordu. Bu uygulamadan sonra Robert büyük bir istekle tedaviye devam edeceğini ifade etti. Daha sonra Robert'tan bir hafta boyunca obsesif

[1] Fao ve Wilson, 1991.

ritüellerinin günlüğe kaydedilmesi istendi ve günlük neredeyse ritüelleri sürekli olarak açığa çıkardı. Robert bu kendini gözlemleme alıştırması sayesinde obsesif davranışlarında bazı azalmaların olduğunu ve bundan çok memnun kaldığını bildirdi. Bunlardan sonra Robert'tan obsesif ritüellerini ya onları yaparken ağır davranarak ya çift rakamlardan çok sadece tek rakamları tekrarlayarak ya da bu davranışları erteleyerek bozması istendi. Bir ritüeli birkaç dakika erteledi̇ği zaman bile davranışı yapmadaki aceleciliğin gitmiş olmasını keşfetmesi Robert'ı çok şaşırtmıştı.

Sonunda gelecek üç hafta için, yüzleştirme ve tepki önleme için bir program yaptık. Bu programa göre, haftanın ilk günlerinde Robert'ın obsesif korkularıyla imgesel olarak yüzleşeceği doksan dakikalık bir seans yapılacaktı. Sonraki bir günde de gelişmeleri değerlendirerek ve kaçınma durumları ve yüzleşmeye kendini yönlendirme planı yapılacak kırk beş dakikalık bir seans vardı. Robert'a yüzleştirme çalışması bir defa başladığı zaman obsesif davranışını durdurması gerektiği söylendi ve bütün ritüellerini bir defada mı yoksa biz yüzleştirmeyi ilerlettikçe, herbir obsesif korkuya eşlik eden ritüeli kademe kademe bırakmak mı isteyeceğini düşünmesi istendi.

Aşama 2: Yüzleştirme ve Tepki Önleme

Seans 10-14: Ertesi seansın başında Robert ritüellerden ansızın kurtulduğunu ve son birkaç gün içinde hiçbir obsesif ritüeli olmadığını bildirdi. Bu durum için övgü alan Robert yine de ritüellerin nüksetmesinin muhtemel olduğu ve nüksettiği zaman cesaretinin kırılmaması konusunda uyarıldı. İmgesel yüzleştirme uygulanırken, hastanın söz konusu durumda kendisini hayal etmesi istendiğinde terapist hastaya onun korkularını içeren bir senaryo anlatır. Hastanın sahneyi gözünde canlandırması ve duygusal olarak sahneye katılmasına yardım etmek için hastadan hangi duyguları ve bedensel duyumları tecrübe ettiği veya ne türden eylemler arzu ettiği gibi detayları hikâyeye ek-

lemesi istenir. Senaryonun başından sonuna kadar, hastaya o'dan % 100'e (maksimum anksiyete) kadar sıkıntısını oranlaması istenerek onun anksiyetesinin derecesi izlenir. Senaryo hastanın tekrar dinleyebilmesi için teybe kaydedilir. Hasta tekrar tekrar teybi dinledikçe tipik olarak önce seansta sonrada evde, tepkisel anksiyete derecesi düşer. Bu alıştırma obsesif düşünce ile anksiyete arasındaki şartlanma bağının zayıfladığını gösterir.

Robert'ın obsesyon listesindeki birinci öğe bir araba kazasında yüzünün parçalanmasıydı. Başlamadan önce korkunun detayları hakkında inceleme yaptım. Robert en çok bir iş bulma konusunda becerilksiz olabileceği ve hiçbir kadının kendisiyle çıkmayacağı konusuyla ilgili olduğunu bildirdi. Sonra ben ona bir kaza yaptığını ve hastanede gözlerini açtığı zaman yüzünün parçalandığını farkettiğini sonuçta da bir iş bulma ve yaklaştığı herhangi bir kadın tarafından kabul edilme imkânının kalmadığını içeren bir senaryo anlattım. Robert'ın anksiyete oranı hiç yüzde kırkın üzerine çıkmadı ve çabucak duruma alıştı. Sonra onun ikinci korkusu olan kusma konusuna geçtik. Ne yazık ki bu yüzleştirmenin ortasında Robert'ın anksiyetesi aniden zirveye çıktı ve tam olarak duruma alışması için ona verebileceğim yeterli zaman yoktu. Anksiyete oranı yüzde doksandan yüzde altmışa düştü ve fakat seans bitmeden önce anksiyetesini azaltmak için ofisteki nesneleri tasvir etmesini istemek gibi dikkati dağıtma tekniklerini kullanmak gerekmişti.

İki gün sonraki seansta Robert önceki seanstan sonra anksiyetesinin arttığını ve bazı obsesif ritüellerinin tekrarladığını bildirdi. Teypten kendini dinleyememişti. Ona normal planlanmış yüzleştirme programını devam ettirmek yerine kusma korkusu programını yeniden yapmayı tavsiye ettim. Anksiyete düzeyinin düşmesine yetecek kadar zaman oluştuğundan emin oluncaya kadar seansı uzatmayı teklif ettim ve Robert da bu planı kabul etti. Ancak senaryoyu tekrar anlattığım zaman Robert'ın anksiyetesi % 25'in üzerine hiç çıkmadı ve o bu du-

ruma çok şaşırdı. Robert'a bu durumun alışkanlık kazanmanın bir sonucu olduğunu açıkladım. Bunun üzerine Robert kaçınma durumları listesinden birinci öğe üzerinde kendi kendine yüzleştirme çalışmalarına başlamak üzere ev ödevi yapmaya karar verdi.

Başlangıçta tehdit edici olarak hissettiği anksiyetesinin bu kadar hızlı bir şekilde azalmış olması tecrübesi Robert'ı cesaretlendirdi ve tedaviye devam etmesine motivasyon sağladı. Sonraki iki hafta boyunca obsesif korkular listesinin geri kalan öğeleri üzerinde hareket ettik ve Robert bunların hepsinde hızlıca alışkanlık kazandı. Robert kendini kirli hissettirdiği için, seanslar arasında yüzleştirme kasetlerini dinleme konusunda biraz isteksizlik gösterdiyse de ben bunların bir tür kaçınma tarzı olduğunu söyledim ve günlük olarak kasetleri dinlemesi hususunda onu cesaretlendirdim. Sonrasında Robert kaçınma durumlarıyla yüzleşme çalışmalarına devam etti. Planlanan üç haftalık yüzleştirme ve tepki önleme programının sonunda Robert dikkate değer ilerlemeler göstermişti. Obsesif düşüncelerinden daha az rahatsızlık duyuyordu. Her gün saatleri bulan obsesif ritüelleri hafta boyunca sadece birkaç küçük vukuata dek azalmıştı. Otobüse binmek, sokakta dolaşmak ve satın almaktan korktuğu CD'leri satın almak gibi daha önce yapmaya güç yetiremediği şeyleri yapabilecek duruma gelmişti. Robert tedavinin hedefleri arasında bulunmayan alanlarda da gelişmeler kaydettiğini bildirmişti. Örneğin kendisinde suçluluk hissetmeksizin annesinin düşüncelerine katılmayabiliyor ve işinde daha az özür diliyordu. Buna ilaveten fotoğrafçılık işine de başlamıştı. Robert'la elde ettiği kazanımların iyice keskinleştirilmesi ve nüksetmeleri önleme çalışması için fazladan birkaç seans daha yapma ve daha sonra tedaviyi bitirme konusunu biraz müzakere ettik. Ancak ikimiz de terapinin devam etmesiyle onun hayatının birçok alanında kazanımlar elde edeceğini düşündük. Tedavinin yönünü, kariyerinde yükselme korkusu, duygusal ve cinsel katılım eksikliği ve de annesinin evinden ayrılma konusunda çatışmalara sahip olduğu konularına çevirmeye karar

verdik. Bunun üzerine haftada bir kere seanslarda buluşmaya karar verdik.

Aşama 3: Şema Odaklı Terapi

Seans 15-52: Müteakip yedi seans boyunca tedavinin geriye kalan kısmında derinliğine ele alınacak olan birçok konu ortaya çıktı. Robert annesinin isteklerine karşı gelmeyi, sürekli olarak kötüleşmekle eşleştirdiğini ve bunun kusmak gibi, kötü bir şeylerin olmasına yol açacağından korktuğunu bildirmişti. Robert annesiyle uzlaşmazlığını ifade etmeyi deneyimlemeye başladı ve bir ritüel olarak sürekli özür dilemesinin, herhangi bir olumsuz sonucu savuşturmak anlamına geldiğini teşhis etti. "Ben anneme karşı sürekli iyi olmalıyım. Eğer o mutlu olursa ben ancak o zaman mutlu olabilirim" şeklindeki düşüncesini bana iletmiş olan Robert, birkaç seans sonra annesiyle bir konuyu tartıştığını ve aniden "neden artık ölmüyorsun" düşüncesine kapıldığını belitti. Bunun akabinde kendini çok suçlu hissetmiş ve (obsesif) ritüellere başlamıştı.

Robert iş kariyerinde bazı ilerlemeler kaydetmeye başladı. Fotoğrafçılık konusunda bir asistanlık işine atandı ancak bu konuda anksiyete duyuyordu. Amacının fotoğraf çekerken anksiyete duymamak olduğunu söylediği zaman ben ona bunun gerçekçi bir amaç olmadığını söyleyerek daha uygun bir amacın anksiyeteyi kabul etmekle olacağı tavsiyesinde bulundum. Anksiyete ve performans arasındaki ilişki tartışıldıktan sonra Robert'a zirvede bir performansın ılıman bir anksiyete ile olabileceği söylendi. Robert kendi fotoğraf portföyü üzerinde çalışmaya başladıysa da 'mükemmel olma zorunluluğu' sebebiyle işini tamamlamada güçlük çektiğini bildirdi. Bu düşünceye karşı bir duruş oluşturuldu ve mükemmeliyetin erişilemez diğer hedef olması konusu tartışıldı. Ertesi seansta Robert fotoğraflarını tamamladığını ve bunları potansiyel işverenlere göstermek için randevular ayarlamaya çalıştığını bildirdi. Robert bunun dışında bir kız arkadaşı edinmek istemesi konu-

sunu tartıştı. Ancak kendisinin çekici olmadığına inandığını, bir şeylerin yanlış gittiğini ve kimsenin kendisiyle arkadaş olmak istemediğini ifade etti. Yine kendisinin biriyle çıkma teklifi yapmak için inanılamaz riskleri göze alması gerektiği gibi bir duyguya sahip olduğunu söyledi.

Bu seanslar sırasında Robert yüzleştirme ve tepki önleme alıştırmalarına devam etti. Bir haftasını ritüellerden kurtularak bazı fotoğrafların baskısını yapmaya tahsis etti ve sonraki hafta işin bitişine dek çok iyi gittiğini ancak son anda bir yudum almak için soda kutusuna uzandığını bu davranışında kendisinin çok yaptığı bir ritüel olduğunu bildirdi. Robert sonra yudumladığı sodayı yere dökmüş ve bir dizi fotoğrafı tahrip etmişti. Bu olay meydana gelmeden hemen önce Robert 'güvenlik için sadece bir tane' diye düşünmüş olduğunu söyledi. Sonra Robert'tan güvenlik için sadece bir ritüel yapmanın avantaj ve dezavantajlarını yazması istendi. Robert tek avantaj olarak anksiyetede geçici azalma meydana geldiğini; dezavantajların ise, zaman ve efor kaybı, muhtemel kazalar ve OKB'nin semptomlarının güçlenmesi de dâhil olmak üzere çok daha fazla bir yekûn tuttuğu sonucuna vardı.

Birkaç ay sonra, Robert kendi hesabına çalışan fotoğraf sanatçısı olarak küçük bir iş almış olduğunu bildirdi. Çok heyecanlıydı ve fakat biraz da anksiyetesi vardı. "Anksiyete atağına girip bu işi yapamam" veya "onlar benim mükemmel ve çok nitelikli bir fotoğrafçı olmadığımı düşünecekler" gibi düşünceleri bulunduğunu söyledi. Sonraki birkaç seans boyunca ilerleme sağlayan kas gevşetme, olumsuz düşüncelere akılcı cevap verme, elindeki işe yoğunlaşma, anksiyeteyi kabul etme ve anksiyetesi olduğunu başkalarına itiraf edebilme de dâhil olmak üzere anksiyete kontrol teknikleri üzerinde çalıştık. Robert bu teknikleri çok yararlı buldu ve birkaç hafta sonra işin çok iyi gittiğini bildirdi. Ancak o başka bir fotoğraf işi aldığı zaman haftalar öncesinden bu durumun anksiyetesini yaşayacağından ve bu işi başaramayacağından korktuğunu da söyledi. Onun

düşüncesi, "bir işten yalnızca bir iki saat önce anksiyete yaşayabilirsin aksi takdirde durum normal sayılamaz" şeklindeydi.

Sonraki birkaç oturumda biz bu korkuları inceledik ve Robert'ın anksiyetesinin tecrübeye bağlı olarak azalacağına işaret ettik. Sonra ondan, insanlar için kariyerlerinde anksiyetenin normal olup olmadığını düşünmesi istendi ve ev ödevi olarak diğer insanların benzer durumlarda anksiyete hissedip hissetmediklerini sorup araştırması söylendi. Robert herhangi birine bu soruyu sormaktan korkuyordu, fakat tanınmış kişilerin bu tür anksiyeteler yaşadıklarını duyduğunu bildirdi. Ben de ihtisasa başlarken aylarca devam eden kendi anksiyete tecrübelerimi onunla paylaştım. Bir noktada Robert; "bütün bunlar çok güzel fakat hiç kimse anksiyete yaşamak istemez" diye itiraz edince ben de ona "eğer bu doğru ise neden çarpışan otolar ve korku filmleri gibi şeyler var" dedim. Robert bu soru karşısında şaşırdı ve sonra anksiyetesinin kariyerine başlama heyecanının bir parçası olabileceğini ve biraz anksiyete olmadan da meydan okuma gibi bir duygunun olamayacağı düşüncesini değerlendirmeye başladı. Sonraki birkaç ay boyunca bir dizi serbest iş bağlantısı yaparken Robert heyecan duygularına daha fazla yoğunlaşırken anksiyetesine daha az yoğunlaştı.

Bu seanslar sırasında Robert terapi öncesinde varolan kompulsif davranışlarına hiç benzemese de bir takım obsesif ritüeller konusunda bazı sıkıntıların arttığını belirtti. Alacağı fotoğraf işleriyle ilgili ritüellerini yapmama konusunda bazen dindar tavır takınsa da yapmadığı zaman anksiyetesi ortaya çıkar ve işini mahveder korkusuyla bazen diğer bazı obsesif düşüncelerinin ritüelini yerine getirirdi. Yine bazen fotoğraf çekmeden önce anksiyetesini artırır korkusuyla yüzleştirme alıştırmalarına karşı isteksizlik gösterirdi. Gerçek şu ki, Robert obsesyonlarını tekrarlamadığı zaman geçici olarak kendini daha endişeli hissediyordu. Fakat ritüellerini kontrol edebildiğinde genel anksiyete düzeyinin düştüğü ve obsesif düşüncelerinin sıklığının azaldığı görülmekteydi. Bu nedenle Robert yüzleştirme ve tepki önleme alıştırmalarına devam etme konusunda

sürekli cesaretlendirilmiş ve sonuçta obsesif ritüellerin azaldığı görülmüştür.

Robert çok düzenli olmayan serbest işler almaya başlayınca yeni bir tema ortaya çıktı: Suçluluğunu ritüelle telafi etmedikçe, aile üyelerinden birinin ölmesi gibi korku ve güvensizlik hissettiren bazı felaketlerin meydana gelebileceği aklına takılıyordu. Bu durum değişik yollarla kendini göstermişti. Birincisi, yaratıcı alanlarda olsalar da hala çırpınan arkadaşları varken kendisi işinde başarıyı tecrübe etmeye başlamıştı. Buna ilaveten daha çok çalıştıkça yaratıcı kararlar üzerine birlikte çalıştığı insanlarla bazı normal çatışmalar yaşamaya başlamıştı. Ancak öfkelenme ve başkalarıyla kararlarının uyuşmaması konusunda son kararları açıkça kendi veriyor olsa bile kendini çok suçlu hissediyordu. Örneğin şu tarz düşüncelerini nakletmişti; "bütün bu olanları ben hak etmiyorum", "başkalarını yüzde yüz mutlu etmeyecek hiçbir işi yapmak istemiyorum", "insanlara olumsuz şeyler söylemek hiç de hoş bir şey değil. Eğer ritüelleri yapmaz isem kötü bir şeyler olacak" gibi.

Bu korkular bilişsel teknikler kullanılarak yeniden incelendi ve şu durumlara işaret edildi: 1) Birçok insan uçak kazasında ailelerini kaybetmeksizin de kötü şeyler yaparlar. 2) Kendi mutluluğu hakkında, diğer insanların kendi mutlulukları hakkında hissettikleri kadar sorumluluk duygusu hissetmiyordu. 3) Kendi görüşlerini ortaya koymadıkça ve insanlardan belli düzeyde yaşamalarını istemedikçe işini yapmış olmayacaktı. Daha sonra Robert'a birkaç hafta boyunca değişik durumlarda kendi iddiasını ortaya koyma pratikleri yapmak üzere ev ödevleri verildi. Bir süre sonra Robert işte ve arkadaşlarının arasında iddialı olma hususunda başarı ve güveninin arttığını bildirdi.

Başarılı olma ve kendi isteklerini ileri sürme konusunda suçluluk duygusunun ilk ortaya çıkmaya başladığı zaman, öncekinden daha yoğun olmak üzere Robert yine ritüellerinde bir artma olduğunu bildirdi. Bir keresinde, bir bilgisayar dosyasında kazara uçak resmiyle karşılaştıktan sonra bir saat boyunca ritüellerini tekrarlayıp durmuştu. Bu son ritüel nöbetini kontrol

etme gayretini tartışırken, Robert'ın günler ve haftalar boyu mahrum kalmayı amaçlayarak tepki önleme üzerine durmuş olduğu ve bu zaman zarfında yüzleşmeden tamamıyla kaçındığı açığa çıktı.

Bu probleme işaret edildikten sonra seans sırasında, kendini bir uçak kazasında ölürken hayal ettiği bir senaryo da dâhil olmak üzere bazı ilave imgesel yüzleşmeler yaptık. Bundan sonra Robert'tan bana danışmadan evde yapacağı yüzleşme ödevini planlamasını istedik. Bunu, yüzleşme ödevini benim onayımla yapmasındaki eğilimini en düşük seviyeye indirerek sorumluluk ve anksiyete duygularının azalmasını sağlamak için yaptık.

Robert bu tarz müdahalelere ritüellerinde dikkate değer bir azalma göstererek tepki verdi. Tepki önlemenin tek başına yeterli olmadığını anlamaya başlayan Robert bir keresinde; "yüzleşme hayatımın geri kalanında kendisine yaslanacağım bir direğe benziyor. Ben gerçekten buna hiç aldırmıyorum". Bundan sonra o hiçbir zaman yüzleştirme ödevlerine direnmediği gibi birkaç küçük ritüelden başka olumsuz bir şeyi de bizlere rapor etmedi. Hatta bu sıralarda Robert terapiyi bırakmayı bile dillendirmeye başlamıştı. OKB'sini kontrol etmekteki yeteneğinin kendisini daha çok güvende hissettirdiğini bildirmiş ve "bu biraz evi terketmeye benziyor, neticede gitmek zorunda kalacağım" demişti. Sonraki iki ay içinde terapiyi sonlandırmak üzere deneme amaçlı bir hedef üzerinde karar verdik.

Robert'ın uçma korkusuyla yüzleşmesi başka bir ilginç tartışmaya yol açtı. Robert annesinin sürekli "ölümü kabullenmeyi reddediyorum" dediğini bize bildirdi. Bunun üzerine kaçınılmaz olanı kabullenmemenin avantaj ve dezavantajları hakkında konuştuk. Ben onun uçma korkusunun bir kısmının, kendinin ya da ailesinin ölümden bir şekilde ebediyen kaçınma düşüncesiyle bağlantılı olduğuna işaret ettim. Ölümün kaçınılmaz olduğu düşüncesini çok faydalı bir düşünce olarak gördüğünü bildirdi.

Seanslar boyunca yukarıda anlatılan kız arkadaşı konusu periyodik olarak gündeme geldi. Robert kadınlarla karşılaşacağı sosyal etkinliklere daha çok katılıyordu ve fakat kadınların ona ilgisini gösteren açık kanıtlar olmasına rağmen herhangi bir türden ilerleme kaydettiğinde anksiyetesi oldukça artıyordu. Judi adında kendisini de çekici bulan bir kadından sıkça söz etmeye başlamıştı. Sonra "Onu elde etmeye gücüm yetmez" ve "reddedilmeyi göze alamam" şeklindeki düşüncelerini belirtmeye başladı. Bunun üzerine bir risk almadan önce mutlak kesinlik arayışında olmanın avantaj ve dezavantajlarını tartıştık. Robert'ı ilgisi olduğunu söylemenin ve flörtün bir yüzleşme formu olarak algılaması için cesaretlendirdik.

Robert'ın, boşandıktan sonra hiç kimseyle bir ilişkisi olmayan annesinin artık bir ilişkisi olduğunu bildirmesinden sonra cinsellik ve karşıt cinsle ilişki problemi alevlenmişti. Robert annesine kızgın olduğunu ve onun aptalca hareket ettiğini düşündüğünü söyledi. Sonraki seansta daha önce açmadığı bir korkusundan bahsetti. Robert cinsellik organında genital siğiller olarak düşündüğü bazı şişkinliklerin olduğunu söylemişti. Altı doktora gitmiş ancak hepsi siğillerin normal olduğuna güvence vermişti. Biyopsi sonuçları negatifti. Robert doktorlara güvenme konusunda emin değildi ve bir dizi tıp kitabına başvuruyordu. Düşüncelerini, "ben talihsizim ve evlenemem. Eğer bir kızla birlikte olursam, o bu illeti görecek ve benimle olmak istemeyecektir. Cilt tamamen temizlenmedikçe ben asla rahat edemeyeceğim. Ben mükemmel değilim ve yetersizim" şeklinde ortaya koyuyordu.

Muhtelif seanslar boyunca bilişsel teknikleri kullanarak bu düşüncelere göndermeler yaptık. Ancak, Robert'ın anksiyetesinde ani azalmaları bildirdikçe anksiyeteler sürekli geri dönüyordu. Daha sonra, yedinci bir doktora danışınca Robert'a şişlikler hakkında anormal bir durum olmadığı bir daha tekrar edildi. Tam bu noktada ben ona cinsellik organı korkularını OKB'nin başka bir formuyla kavramlaştırmayı teklif ettim. O aralar Robert daha çok Judi ile vakit geçiriyordu

ancak Judi'nin ona karşı romantik ilgileri olup olmadığı çok açık değildi. Judi ile ilişkilerinin nasıl gelişeceği konusunda anksiyete duyduğu zaman onun bu konudaki korkularının daha kötüye gittiğini söyledim. Korkularıyla uğraşmak için yüzleşme ve tepki önleme çalışmalarına başlamayı önerdim. Onun ev ödevi tıp kitaplarına bakmaktan uzak durmak veya daha başka doktorlara başvurmamak ve bir kadınla yatağa girip de şişliklerden dolayı reddedilmeyi içeren bir yüzleşme senaryosunu teybe kaydetmesi oldu.

Ertesi hafta Robert seks yaptığı haberini verdi. Partneri birkaç yıldır tanıdığı ve onu çekici bulan bir kadındı. Robert çok memnundu ve cinsel organıyla ilgili obsesif düşüncelerinde keskin bir azalma vardı. Herşeyin risk almaya dayandığını ve bazı şeylerin risk almaya değer olduğu gerçeğini farkettiğini söyledi. İlginç bir şekilde Robert kadının göğüslerinde bazı kılların olduğunu farketmişti ve herkesin bazı kusurlarının olabileceği sonucuna ulaşmıştı. Bu seanslar sırasında bir keresinde acil bir durum sebebiyle Robert'la olan bir randevumu iptal etmiştim. Sonra Robert bu durumla başedebildiğini ve kendi başına olmaya hazır olduğunu belirtti. Her ikimiz de üzerinde çalışılacak başka konuların olduğunu teyit ettik. Robert hala annesinin evinde yaşıyordu ve henüz devam eden romantik bir ilişkiye girmemişti. Ancak o OKB'sini kontrol edebileceğini hissediyordu. İşleri iyi gidiyordu. Zaman ve parasını işine yoğunlaştırmak istiyordu. Onun herhangi bir zaman geri döneceğinden ve terapiye devam edeceğinden emin olduğum için şimdilik tedaviyi sonlandırmayı kabul ettim.

Son seansımızda Robert bir gün sonrası için önceden bana hiç bahsetmediği serbest bir iş aldığını söyledi. Bu gelişmeyle ilgili olarak anksiyete hissetmemişti. "Değişimin nedeni nedir" diye soruduğum zaman; "anksiyeteyi kabullenmek" diye cevap verdi. Robert artık sosyal etkinliklerde aktif olarak kadınlarla buluşuyor ve onların birçoğunun ilgisini çekiyordu. Bu arada Judi ile ilişkisini netleştirmek için ona yakınlaştığında hala sıkıntı duyduğunu itiraf etti. Ayrıca annesinin de yeni bir işe baş-

lıyor olmasının, onun kendi ilişkisini suçluluk duymadan sürdürmesini nasıl kolaylaştırdığını da ayrıca tartıştık.

Üç ay sonra Robert'ı yeniden takibe aldığım zaman işindeki kariyerinin çok iyi devam ettiğini ve ritüellerinin hala minimum düzeyde olduğunu belirtmekteydi. Önemli bir anksiyete duymaksızın bir uçakla yolculuk yapmıştı. Ve nihayetinde şimdi Judi ile özel bir ilişki içinde bulunuyordu. Ancak hala ona karşı anksiyete ve kıskançlık duyguları olduğunu da itiraf ediyor ve terapiye yeniden dönmeyi düşünüyordu.

DEĞERLENDİRME

Robert terapiye orta şiddette bir OKB'yle başladı. Başlangıçta yüzleştirme ve tepki önleme gibi standart Davranışçı terapi hedeflenmişti. Robert'ın iyi tepkilerine rağmen hayatın değişik alanlarındaki fonksiyon bozuklukları devam etti. İlerleyen süreçte onun OKB'si ve genel tutumuyla bağlantılı çeşitli temel varsayımlar ve şemalar ortaya çıktı:

1. Her türden anksiyete kötüdür, bu nedenle ondan kaçınılmalıdır.
2. Bir şeyleri kabul etmek için bu şeylerin mükemmel olması gerekir.
3. Bütün risklerden kaçınılmalıdır ve kişi bir şey yapmadan önce o şeyin yüzde yüz güvenli olduğundan emin olmalıdır.
4. Eğer kendi istek ve ihtiyaçlarımı bir başkasından önce ortaya koyacak olursam bu beni kötü eder ve sonuçta kötü şeyler ortaya çıkar.
5. Başkalarının başına gelen kötü şeylerin sorumlusu benim.
6. Bende birşeyler yanlış gidiyor. Ben yetersiz ve kabul edilemez biriyim.

Hem yüzleştirme, hem de bilişsel teknikler kullanılarak bu şemalar hedef alındı. Robert'ın, obsesif korkuları ile yüzleş-

mekten kaçındığı ortaya çıkıncaya dek ritüellerinin periyoduyla ilgili bazı problemleri devam etti. Yüzleştirmenin önemini fark ettikten sonra semptomları ile başa çıkma konusunda kendini daha güvende hissetti.

Robert'ın bazı şemalarının, OKB'nin geleneksel pisikanalitik formülasyonuyla, yani ritüellerin kızgınlık gibi kabul edilemez dürtülerle karşılaşıldığında savunmacı bir yok etme aracını temsil etmesi ile örtüştüğünü belirtmek ilginç olacaktır. Cinsellik ve karşıt cinsle arkadaşlığı konularındaki çatışmalarında Robert'ın annesiyle ilişkileri kesin olarak rol oynamıştır. Ancak bu tedavide Robert'ın hastalık şeması, hem OKB semptomlarını azaltacak, hem de onun sosyal hayattaki işlevlerinde esaslı ilerlemeler sağlayacak doğrudan ve yapısal yaklaşımlar kullanılarak onun hastalık şeması ele alınmıştır.

REFERANSLAR

Barlow, D. H. (1988). Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York: Guilford.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994). 4. baskı Washington, DC: American Psychiatric Association.

Foa, E. B. ve Wilson, R. (1991). Stop Obsessing: How to Overcome Your Obsessions and Compulsions. New York: Bantam.

Guidano, M. F. ve Liotti, G. (1983). Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approaches to Psychotheraphy. New York: Guilford.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. ve Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in

five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry* 45: 1094–1099.

Salkovskis, P. M. (1989). Obsessions and compulsions. In Cognitive Theraphy in *Clinical Practice: An Illustrative Casebook,* ed. J. Scott, J. M. G. Williams ve A. T. Beck, s. 50-77. London: Routledge.

Steketee, G. S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder.* New York: Guilford.

van Oppen, P. ve Arntz, A. (1994). Cognitive theraphy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Theraphy* 32(1):79–87.

Wegner, D. M. (1989). White Bears and Other Unwanted Thoughts: Suppression, Obsession and Psychology of Mental Control. New York: Viking.

9

HİPOKONDRİYA[1]

Mark Sisti

GİRİŞ

Sosyolojik araştırmalar hipokondriyanın (hasta olduğuna inanma, hastalık hastalığı) toplumda bir dönem önem kazanıp daha sonra bu önemini nasıl yitirdiğini göstermektedir. Bu türden karmaşık, somatik ve psikolojik semptomların varlığı bir zamanlar hekimlerin temel geçim kaynaklarındandı. Modern batı tıbbı mikroorganizma paradigmasını keşfettikten sonra, bu tür karmaşık psikobiyolojik sendromları kavramlaştırıp tedavisinde uzmanlaşmış ve bunlar artık karmaşıklıktan çıkarak somut ve belirli olma özelliği kazanmıştır. Tarihsel olarak, hipokondriya sanatsal duyarlılık veya mizaçla ilişkili görüldüğünden, önceleri bir tür kültürlü ve elit tabaka hastalığı olarak bilinirdi. Ancak günümüz toplumunda etkili olduğu kesim nerdeyse tamamen değişmiştir. Artık günümüzde kronik somatizasyon hastaları genellikle, sağlık uzmanlarını çaresiz bırakmaktadırlar ve çoğunlukla ben-merkezci kurbanlar ya da sürekli şikâyet eden tiplerdir. Şu an toplumdaki değerini yitirmiş olsa bile hipokondriya semptomları her yerde görülmektedir. Hekimler, herhangi bir hastalığa sahip insanların yüzde ellisinde hipokondriya semptomlarının bulunduğunu tespit etmişlerdir.

---

[1] Bu çalışma *Hipokondriya: Yeni tedavi stratejileri* adıyla Amerikan psikiyatri konvansiyonunda tebliğ olarak sunulmuştu, 26 Mayıs 1994.

Kaçınılmaz olarak hepimiz, bazen gereğinden çok fazla olsa dahi, sağlığımız hakkında uzun uzun düşünürüz. Zamanımızın ne kadarını sağlığımız hakkında düşünmeye ayırdığımız ve gerektiği zaman bu düşüncelerden sıyrılabilme yetimiz, bizi hipokondriya teşhisi konmuş birinden ayıran ilk faktörlerdir. Pratisyenlere başvuran hastaların yüzde 30 ilâ 60'ının "iyi oldukları halde tasalanan", yani ciddi bir tıbbi rahatsızlığı olmayan hastalar oldukları tahmin ediliyor.[1] Hipokondriya oldukça yaygın bir hastalık olmasının yanı sıra bireyde sıkça diğer hastalıklarla eş zamanlı olarak da görülebilmektedir. Hipokondriyanın bireyde sık sık diğer hastalıklarla beraber bulunması belki de bu bozukluğu, karmaşıklaştıran, gizleyen ve onun tam olarak anlaşılmasını engelleyen tek büyük faktördür. Tüm karmaşıklığına, çoğunlukla başka hastalıklarla birlikte seyretmesine ve geçmişte çok fazla tedavi edilememiş olmasına rağmen, Hipokrat'tan beri bilinen apayrı bir sendrom olarak kabul edilmiştir.

Hastalıkların toplumda dağılım oranlarıyla ilgili kapsamlı araştırmalar yapılmamasına rağmen, nüfusun yaklaşık yüzde ikisinin klinik olarak hipokondriya hastası olduğu tahmin edilmektedir. Hastane raporlarından alınan bilgilere göre hipokondriyanın yüzde 6 ilâ 9 arasında değişen oranlarda görüldüğünü dikkate alırsak, bu tahminlerin hastalığı büyük ölçüde hafife aldığını gösterir. Hastalığın ilk görülme yaşı genel olarak yirmili yaşların başlarıdır. Her ne kadar zamanla iniş çıkış gösterse de, er geç kronik seviyeye ulaşacak bir seyri vardır. Hasta yaşlandıkça semptomların görülme sıklığı genellikle artar. Birçok araştırma hastalar arası cinsiyet dağılımının eşit olduğunu gösterse de, somatizasyon bozukluğunu da içine alan daha geniş teşhis kriterleri, kadın hastaların daha yaygın olduğunu gösterir. Şu anda *DSM-IV* (1994) çoklu, iç içe teşhise müsaittir. (ör., Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), hipokondriya ve MDP). *DSM-IV*'ün çoklu iç içe teşhise müsait

[1] Baur, 1988.

hale getirilmesi, hastanın semptomlarına daha gerçekçi bir tanım getirse de hipokondriyanın doğasını açıklamamıza ve netleştirmemize pek yardımcı olmamıştır.

TANIMLAYICI VE AYIRICI KRİTERLER

Hipokondriya hastalarının % 79'u aynı anda başka bir hastalıkla da teşhis edilirler ki bunların en yaygını depresyon ya da anksiyete bozukluklarıdır.[1] Literatürdeki birincil (salt) ve ikincil (komorbid) hipokondriya arasındaki ayrım, ikincil hastalıkların daha yüksek oranda bulunması yüzünden belirsizleşir. Gerçek şu ki hipokondriya tek başına nadiren ortaya çıkar. Hipokondriyayı değişik hastalık teşhis gruplarında değişik şiddet derecelerinde bulunan bir bozukluk olarak görmek daha gerçekçi olsa bile, bazı hastalar gerçek hipokondriya semptomlarını o kadar şiddetli ve sıklıkla göstermektedirler ki, bunları müstakil bir tanı kategorisinde ele almak ve tedaviyi buna yöneltmek zorunlu hale gelir. İkincillik sorununa rağmen kimi hastalarda sağlıkla ilgili obsesyonların (takıntı) görülme sıklığı, yoğunluğu ve süresinin baskınlığı, hastanın yaşam kalitesini etkileyen merkezi semptomlardandır. Klinisyenlerin önemli bir kısmı çoğu kez hastanın semptomlarını sosyal veya psikolojik olarak değerlendirme ve yorumlama yanlışına düşmektedirler. Bu durum, hipokondriya hastalarındaki obsesif-kompulsif (takıntılı-zorlamalı) septomların uygulamada göz ardı edilmesine yol açmıştır. Yerinde bir teşhis, vakayı kavramlaştırmak ve sonraki aşamalarda hastaya uygun geri bildirim ve tedavi sağlamak için şarttır.

DSM-IV hipokondriyayı şu temel-birincil kriterlerle tanımlar: 1) Hastanın sanrı derecesinde olmamak kaydıyla ciddi bir hastalığa *sahip olduğu* inancı, (bu inancın asılsız bir inanç oldu-

[1] Barsky vd., 1992.

ğu rahatlıkla anlaşılabilir) 2) kesin tıbbi karara rağmen hastalık inancının devam etmesi, 3) altı ay devam etmesi.

Somatizasyon bozukluğunu hipokondriyadan ayırmak için, hastanın zihninin belirli bir hastalığa sahip olma korkusuyla mı, yoksa somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın semptomları ve yarattığı rahatsızlıkla mı meşgul olduğunun belirlenmesi gerekir. Hipokondriyayı OKB'den veya genel anksiyete bozukluğundan ayırmak için, hastanın sağlığı hakkındaki tasalarının diğer genel (ör., ailevi, ekonomik) tasalarına oranla görülme sıklığı ve süre bakımından ne kadar yoğun olduğunun değerlendirilmesi gerekir. OKB'yi hipokondriyadan ayırmak için ise bir hastalığa yakalanma ile o hastalığa sahip olma arasındaki ayırımın yapılması gerekir. Bir kişinin belirli bir hastalığa yakalanma saplantısı varsa bu kişi bir OKB hastası olabileceği gibi bu saplantı hastalık fobisi olarak da değerlendirilebilir. (ör., AIDS'e, kansere yakalanma korkusu.) Eğer kişi gerçekten hastalığa sahip olduğuna inanıyorsa, hipokondriya teşhisi geçerlidir. Eğer hastalığa yönelik inanç (yoğun sanrı durumunda ve hastanın hiçbir şüphe duymadığı bir durumda) abartılmış ise somatik türde bir kuruntulu (delusional disorder) bozukluk gerçek teşhis olacaktır.

KAVRAMLAŞTIRMA

Pilowsky (1967) tarafından, hipokondriya üzerine yapılan ufuk açıcı bir araştırmanın sonucunda, faktör analizi üç ilkesel boyutu gözler önüne sermiştir: 1. Bedensel meşguliyet, 2. Sağlıklı olduğuna dair güvence verilmesine rağmen, hasta olduğuna inanmak, 3. Hastalık fobisi. Bu faktörlerdeki göreceli vurguyu değiştirmek klinisyenin işe yarar bir kavramlaştırma elde etmesine yardımcı olabilir. Bu boyutların değişik kombinasyonlarına yapılan vurguyu azaltıp çoğaltmak, klinisyenin somatik teşhisler arasındaki küçük farkları netleştirmesini sağlar. Be-

densel meşguliyet arttıkça, somatizasyon bozukluğu ortaya çıkar. Hasta olduğuna duyduğu inanç arttıkça kişi, hipokondriya ya da kuruntulu bozukluklara yakınlaşır. Hastalığa yakalanma korkusu artarsa ve inanç zayıflarsa OKB kavramlaştırması veya hastalık fobisi ortaya çıkar.[1] Bir kişiye aynı anda hem hipokondriya hem de anksiyete bozukluğu (ör., OKB) teşhisinin konulması ya da bu teşhislerin vurgusunun aynı hastada zaman geçtikçe değişmesi yaygındır.

VAKA 1

Bay A. obsesif (takıntılı) bir şekilde AIDS'le ilgisi olan herkesten ve her şeyden sakınan ve her gün saatlerce AIDS'e yakalanacağı için tasalanan orta yaşlı adamdı. Tedaviye başlamadan önceki aylarda HIV virüsü kaptığına inanmaya başladı. O zamandan beri günde üç dört saatini ve uykusunun büyük bölümünü (geceleri sadece 2 ya da 3 saat uyuyordu) AIDS olduğunu aklına takarak yaşıyordu. HIV testi hariç birçok tıbbi teste girmişti. HIV testine girmemesinin nedeni yüzde yüz AIDS olduğunu görürse çılgına döneceğinden veya şiddetli depresyon geçireceğinden korkmasıydı. Ama neredeyse kesin olarak AIDS olduğuna inanıyordu. Ne de olsa, terleme, kronik boğaz ağrısı, halsizlik, zayıflamış bağışıklık sistemi, vb. semptomlara sahipti. Emin olabilmek için birçok sağlık yetkilisine, terapiste ve arkadaşlarına danışmıştı. Terapi boyunca, AIDS olduğuna dair yüksek derecedeki bir kesinlik inancından vazgeçip, AIDS olduğuna dair geri kalan tüm şüphelerini tamamen ortadan kaldırmaya çalışmaya başladı. AIDS'li olmadığına dair duyduğu şüpheleri yok edecek bilgiyi bulabilmek için kapsamlı planlar yapmaya başladı.

---

[1] Fallon vd., 1993.

Hastanın bilişleri ve davranışlarının seyri şu şekilde olabilir: Başlangıçta hastalık fobisi, (ör., "Kansere yakalanmamak için elimden geleni yapmalıyım," "Şu adama dokunmamalıyım, bilim adamları nasıl bulaştığından tam olarak emin değiller,") sonrasında 'hasta oldum' inancına (ör., "Berbat bir hayatım var, kanser oldum," "Teste giremem, bu sadece en büyük kâbusumun gerçek olduğunu gösterir ve hayat yaşamaya değer olmaz") ve muhtemelen buradan da zihni somatizasyon bozukluğunun semptomlarıyla meşgul etmeye kadar uzanabilir. (ör., "Kanser olmadığını biliyorum, ama göğsümdeki kistle yaşayamam," "Bu kadar rahatsızken keyif alamam, o zaman neden dışarıya çıkayım ki".) Tedavi esnasında veya tedavi dışındaki zamanlarda, hastalar bu değişik inanç ve odaklanma aşamalarından geçebilirler. Bu aşamalardan her biri klinisyene hastayla işbirliği kurma ve tedaviye geçmeye yönelik farklı alternatifler sunar. Tedavinin ilerleme aşamalarında, klinisyen, hastanın bu kavramlaştırmaları değiştirme olasılığına karşı hazırlıklı olmalıdır. Hastaların tümü bu şekilde değişim göstermez, çoğu sabit bir tanısal kavramlaştırma içinde kalırlar. Ayrıca, tedavi ilerledikçe saplantının süresi, tekrar etme sıklığı ve ona duyulan inançta azalma olması umut edilir.

Literatür, gittikçe artan bir şekilde, artık inancı belirli bozukluklardaki sabit derecelerine göre değil, sınırsız bir sürerlikteki ve kesinlik spektrumundaki seviyelerine göre kavramlaştırmaktadır. *DMS-IV* klinisyenlerden, OKB hastalarının içgörü düzeylerini not etmelerini isteyerek bu olguyu tasdik etmeye başlamıştır. Böyle bir spektrumun en ucunda, yani tasavvurun irrasyonel yapısına yönelik içgörünün düşük ve dolayısıyla inancın en üst düzeyde olduğu yerde, somatik türden ciddi kuruntulu bozukluk yer alır. Söz konusu sınırsız sürerliğin en uç noktasında ise hastalık fobileri ve somatizasyon bozukluğu yer alır. Bu inanç spektrumu kavramı ayrıca literatürün bir obsesif-kompulsif benzeri bozukluklar (OKBB) spektrumunu desteklemesine katkıda bulunur. Bir hastalığa yakalanma obsesyonuyla (OKB), bir hastalığa sahip olma obsesyonu (hipokondriya)

ya da belli bir bedensel uzuv üzerine obsesyon sahibi olmak arasındaki benzerlik, daha kesin tanı farklılıklarına meydan okur. OKBB'nin daha kapsamlı tanısal değerlendirmeleri ise, trikotilomani (patolojik, saplantılı saç çekme bozukluğu), yeme bozuklukları, cinsel dürtüler ve kumar dürtülerini içermektedir. Bu adı geçen tanılardan bazılarının ayrıca dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanması olasılığı problemi daha da büyütmektedir ve bu üzerinde henüz çözülmemiş ve oldukça karmaşık bir teorik çelişkidir.[1] Her ne kadar hastalık oranlarının toplumda dağılımı ile ilgili (epidemiyolojik) hiçbir test OKB hastalarındaki hipokondriya yaygınlık oranını tam olarak ölçmemişse de, bir inceleme OKB hastalarının yaşam sürelerinin üçte birinde hipokondriyaya sahip olduğunu göstermiştir.[2] OKB ve hipokondriya arasındaki bir diğer temel benzerlik ise elbette ki davranış benzerliğidir. Her iki grup hasta da aktif (ritüelleri olan) ve pasif (sakınıcı) kompulsif davranışlarda bulunma güdüsü hissettiğini ifade ederler. Bu davranış güdüleri şunlardır: Değişik tipleri denetlemek, emin olma isteği, çoklu tıbbi testler, kompulsif olarak tıbbi metinleri denetleme, bedenini denetleme, zihinsel olarak güven veren sözleri tekrarlama, kompulsif olarak bir testten kaçınmak, kompulsif olarak konuşmaktan kaçınmak, filmler, ölüm ya da hastalıkla ilgili benzeri şeyler ve kompulsif olarak hastalıkla ilgili yerlerden, nesnelerden ve aktivitelerden kaçınmak.

Bir hasta hipokondriyak düşünce ve davranışın içine girdiği anda klasik bir şekilde kendini yineleyen ve kendini arttıran bir OKBB döngüsünün içine girer. Bu döngü içerisindeki üç temel nokta şunlardır: 1) içten ya da dışardan gelen bir uyarıcı ile karşılaşma (ör., bedensel duyumlar veya değişiklikler, hastalıkla ilgili bilgi) 2) fizyolojik olarak aktifleşme ve obsesyonların aktifleşmesi, (ör., hassasiyet ve kusursuzluk, şüpheye yer vermeme, her şeyi tehlikeye yormak, kendini bedensel ve ruhsal saldırılara

---

1 Hollander, 1993.

2 Hollander, 1993.

karşı kırılgan hissetmek, aşırı ihtiyatta bulunulması gerektiği inançlarına yönelik bilişsel şemalara erişim) 3) Zorlamanın (kompülsiyon) aktif ve pasif formları, (ör., denetleme, tekrarlama, sakınma, aşırı dikkatli beden incelenmesi). Bu döngü klasik anlamda kendini yineleyen bir döngüdür. Bu döngüde kompulsif ve sakınmacı davranışlar hastaya birdenbire gelen bir ödül sunabilir; anksiyete zaman zaman ise hastaya güven veren bir bilgi sayesinde geçici olarak kaybolur. Bu hastalıktan geçici kurtuluş ve geçici rahatlamanın kompulsif biçimlerinin zaman geçtikçe çok daha fazla başa çıkılamaz hale gelme eğilimi bu döngüyü en sonunda kendini yok eden bir döngü haline getirir. Böyle bir döngünün kendini artırıcı doğası, kendini doğrulayan geribildirim ile devamlılığını sağlar. Geribildirim döngüsüne hipokondriyanın en önemli stratejisi olan hastanın sağlığı hakkındaki şüphelerini aşırı dercede dikkate alması ve tetikte beklemesi yoluyla ulaşılır. Aşırı tetikteliğin altında yatan varsayım şu olabilir: "Tüm bedensel değişimlerimden ve duyularımdan haberdar olup bir şeyler yapmalıyım". Aşırı derecede tetikte bekleme olgusu ekstra fizyolojik aktivite yaratır (fiziksel semptomları kızıştıran veya oluşturan zamanlarda) ve bilişsel olarak uygunsuz bilgiyi belirleyemeyen zihinsel filtreleme yanılgıları anlamına gelen bir seçici dikkat problemine yol açan - her ne kadar- bu tür bir onaylayıcı bilişsel önyargının hipokondriya hastalarında bulunduğu gerçekte deneysel olarak ispatlanmamışsa da, eldeki bilgiler ve ruh haliyle uyumlu işleyen önyargının anksiyete ve depresyon hastalarında genellikle bulunduğu ispatlanmıştır.[1] Sonuç olarak, bir hasta bedenini denetleme esnasında bedensel manipülasyon uygularsa, böyle bir denetleme çoğu kez etkilenen bölgeyi fiziksel olarak kışkırtır ve bu da hastanın hastalık şüphelerini tasdik eder.

[1] Teasdale ve Russell, 1983.

VAKA 2

Bayan B. sürekli olarak kanser olma olasılığı üzerinde endişelenen bir hasta olarak karşımıza çıkmıştı. Göğsünden iyi huylu fakat düzensiz bir kist aldırmış ve birçok biyopsi ve aspirasyon işleminden geçmişti. Tedavi için geldiği zaman, göğsündeki şüpheli başka bir kistini aldırmak için bir kaç cerrahla konuşmaktaydı. Göğüslerini düzenli olarak ayda bir kez gerektiğinde kontrol ettiğini belirtmesine rağmen, daha sonraki değerlendirmede "şüpheli bir kisti izlediğini" söylediğinde bunun değiştiğini gördük. Şüphelenmesi, göğsünü günde bir kaç kez inceleyip hareket ettirmesini haklı kılıyordu. Yaklaşık bir ay sonra, acıyan ve tahriş olmuş, bu nedenle de büyüklüğü değişebilecek olan anormal bir kistin varlığını zihninde "kesinleştirdi". Kistten şüphelenen ve alınması gerektiğini düşünen birini bulana dek birçok doktora danışmaya devam etti. Bu noktada beklemesini öneren doktorların tavsiyelerine uymadı.

Hipokondriya hastalarına yönelik bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) en etkin tedavi yöntemlerinden birisi, obsesif inançlara ve zorlamalara alternatifler önererek, hastaları bu kendini sonsuzlaştıran, kendini büyülten ve en sonunda kendini yok eden döngü hakkında bilgilendirmek ve bu döngüdeki çeşitli bağlantıları zayıflatmaktır. Bu makale, doğası gereği bilişsel-davranışçı bir amaç güttüğü için, burada bahsedilen hastalarda bulunan uyarılmış bağımsız durumlar yerine biyolojik kavramlaştırmalardan bahsetme yoluna gitmez. Yukarıdaki döngü, BDT terimleri ile hipokondriya semptomlarının devamlılığını, sonsuzluğunu ve kışkırtılmasını ifade eder. Bireyleri bu tür döngülere iten muhtemelen, gelişme döneminde yaşadıkları çeşitli olaylar ile biyolojik arka planlarının etkileşimidir. Eğer hipokondriya gerçekten bir OKBB ise bu durumda o zaman elimizdeki bilgiler ve araştırmaların ışığında obsesif-kompulsif semptomların önceden genlerde var olduğu ve büyüme ve gelişme esnasında karşılaşılan durumların tetiklemesiyle ortaya çıktığı söylenebilir.

TEDAVİ

Bu bölümde bahsi geçen bilişsel-davranışçı tedavi, hipokondriyanın obsesif-kompulsif benzeri bozukluk olduğunu öne süren daha önceden tanımlanmış olan bir teoriye dayanmaktadır. Bu kavramlaştırma, herhangi bir anksiyete bozukluğunun temel semptomlarını hedef alan bilişsel davranışçı tedaviler ile teorik ve pratik olarak uyumludur. Bu tedaviler, anksiyeteyi duyarsızlaştırma (desensitizasyon) yoluyla hafifletme, davranışsal zorlamaları söndürme yoluyla azaltma ve saplantıları (obsession) bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla azaltmadır. Bu stratejik unsurların her birinin yararları, hepsi birbirini tamamlayıcı bir tarzda örtüşür. Herhangi bir OKBB'yi tedavi ederken, tedavinin esaslarını hastaya sunma aşamasında bağımsız aşırı etkinliği (anksiyete) 'yakıt' olarak; kompulsif davranışları ise anksiyeteyi azaltmak için kendini feda eden çabalar olarak tanımlamak çoğu kez yararlı olur. Anksiyeteyi azaltmak için kendini feda eden bu çabaların yerini aşağıda tanımlanan şu iki temel yöntem alabilir: 1) Yeni bilişsel-davranışçı başa çıkma becerileri, 2) ve buna bağlı yüzleştirme-duyarsızlaştırma stratejileri.

Tedavinin üç ana aşaması ana hatlarıyla şunlardır: 1) Terapiye kabul etme ve değerlendirme, 2) beceri kazandırma ve yeniden yapılandırma, 3) yüzleştirme ve destekleme. Bilişsel-davranışçı terapiye aşama esasına göre yaklaşmak, Meichenbaum'un (1985) stresle başa çıkma eğitimine (SBE) çok benzemektedir ve birçok kısa dönemli BDT protokollerinde yaygındır. Hastanın becerilerindeki güçsüz ve güçlü yönlere bağlı olarak ve ikincil zorluklara bağlı olarak, böyle bir yaklaşımın kapsamı daha önemli hastalık unsurlarına (mevcut durumun belirgin güçlükleri, çoklu teşhisler) doğru genişletilebilir. Tedavi aşamalara ayrılmış olsa da, gerçekte bunlar birbiriyle içiçedir ve kesinlikle tekyönlü değildirler.

Terapiye Kabul Etme ve Değerlendirme

Terapinin ilk aşamasının üç önemli hedefi vardır: 1) Çalışma ortaklığı kurmak, 2) bilişsel ve davranışçı değerlendirmenin hem hasta hem de terapist tarafından sürdürülmesi, 3) hastanın BDT esaslarına ve kavramlaştırmasına alıştırılması.

Ne yazık ki somatik bozukluğa sahip hastalarla tedavi işbirliği sağlamak büyük bir problemdir. Eğer hasta tedaviyi engelleyen bir şekilde hiç gereği yokken fiziksel semptomlara odaklanmaktan bir türlü vazgeçmiyorsa, terapist sonunda çileden çıkabilir. Hasta ile doktor arasındaki, hangi 'semptomlar'ın tedavinin gerçek amacı olması gerektiği konusundaki anlaşmazlık, psikologlar ve hekimlerin hastayı yanlış anlaşılmış ve tedavi edilememiş hipokondriasıyla baş başa bırakıp başka şeylere yoğunlaşmalarına yol açabilir. Bu senaryoya bakıldığında böyle bir hastanın, tedavi için bir akıl sağlığı uzmanına danışma (ki çoğu hasta, bu uzmanların kendilerine bir terapiste görünmeleri gerektiği tavsiyesine uymamaktadır) konusunda neden bu denli isteksiz davrandığı anlaşılabilmektedir. Ancak yine de, bilişsel-davranışçı terapistler, (somatizasyon bozukluğu gibi) hastalıkla ilgili fiziksel şikâyetleri de göz önünde tutarak halen doğrudan hipokondriyayı tedavi etmeye yönelik teknikler geliştirme çabalarını sürdürmektedirler.

İlk ayırıcı teşhiş görüşmesinden sonra bilişsel davranışçı bir terapist, potansiyel OKBB hastalarına, geçirdikleri hastalığın obsesyonlar, anksiyeteler ve kompulsif davranışlardan ve onların fiziksel semptomlarından kaynaklandığını ve iki yönlü bir döngüde artmaya devam ettiğini mantıklı bir şekilde açıklamak zorundadır. Hastalara fiziksel (somatik) şikâyetlerinin asılsız veya tamamen duygusal olduğu söylenmez. Eğer bir hasta fiziksel şikayeti olmaksızın hipokondriya şikâyeti ile gelirse, o zaman OKBB'nin mantığı ve kavramlaştırılması çok daha kolay olur, yani psikolojik semptomları (obsesyonlar, kompulsiyonlar, anksiyete) azaltmak ana hedef olur. Elbette hastalara obsesyonların ve kompulsiyonların nasıl ortaya çıktı-

ğını anlatmak lazımdır. Hastalık fobisi (OKB) içeren hipokondriyayı tedavi etmek için var olan fiziksel semptomları çözmeye değil bu tür semptomların oluşması korkusuna odaklanmak gerekir. Hastalık fobisine yakalananların, tahmini olarak ruh sağlığı uzmanları ile daha güçlü bir bağı olabilir, bunun nedeni daha geniş iç görüye sahip olmalarıdır. Bilişsel-davranışçı terapinin en temel ilkeleri ilk seanslarda verilir: Düşünceler, davranışlar ve duygular arasındaki karşılıklı ilişki; bir kişinin duygusal durumunu ve davranışlarını seçebilir olduğu; bunu yapmak için çaba sarfetmek gerektiği.

OKBB/BDT'nin hipokondriya yaklaşımının başka bir temel ilkesi ise, aşırı denetlemenin kendini yok edici olduğu ve hafifletilmesi gerektiğidir. Kompulsif denetlemenin sadece kısa vadeli faydaları olabilir. Kompulsiyonların kendini-yokedici yapısı hastaların saplantılı olma derecelerine göre değişir. Birçok hasta için denetleme doktor tarafından sürekli kontrol edilerek azaltılabilir. Ayrıca, kompulsiyonların kendini yok edici ve anksiyete yaratan saplantılar beslediğinin de hastaya açıklanması gerekir. Hasta kompulsiyon dürtülerini yerine getirmedikçe, dayanılmaz anksiyete hissedip hissetmeyeceğini ya da korktuğu durumların başına gelip gelmeyeceğini bilme şansına sahip değildir. Hastanın bu gibi inançlarını ağırlıklı olarak başkalarının etkisiyle oluşturduğu kendisine belirtilmelidir. Hastanın bu düşünce ve davranışlara sahip olması çok uzun zaman içinde oluştuğu için bunları unutması devamlı ve sistematik çalışma ile belli bir zamanla sağlanabilir. Dahası, kompulsif dürtülere uyulmadığı için ortaya çıkabilecek olan anksiyete sadece başlangıçta dayanılmaz gelecektir. Hasta başlarda etkisinde kaldığı anksiyetenin ileride onunla başetme yollarını öğrendikçe azalacağını bilmelidir.

Terapinin beceri kazandırma aşaması, hastaların tipik anksiyete tetikleyicileriyle düzeyi gittikçe artan bir şekilde yüzleşmelerini, kompulsif dürtülerine hakim olmalarını ve desensitizasyonun (duyarsızlaştırma) oluşmasını amaçlar. Hastanın ve terapinin zaman aralığına bağlı olarak, hastanın bu ve

diğer ana BDT tedavi kavramlarını algılaması dogmatik yöntemden çok Sokratik yöntemle açıklanabilir. Hastanın şüpheleri işbirlikçi deneycilik bağlamında incelenir, yani hastanın tam olarak inanmadığı düşünceler bir şekilde test edilir. Örneğin, "Belirli bir durumla tekrar tekrar yüzleşme, hem anksiyeteyi ve hem de denetleme dürtüsünü azaltacaktır." Bu örnekte olduğu gibi sönmekte olan bir inanca sıklıkla meydan okunur ve bu esnada hastaya uygulanacak hipotez testinin deneysel olması gerektiği tavsiye edilmesi için iyi bir fırsat oluşturulmuş olur:[1] Modern bir anksiyete hastası seçin ve ona, anksiyetenin tükenmesi için iki saat ve/veya birkaç kez anksiyeteye neden olan durumla yüzleşmesi gerektiğini söyleyin. Diğer şüphelere, benzer bir yaklaşımla bakılabilir ve bunlarla ilgili kanıtlar bulunabilir. Hastanın ve terapistin amaçları arasındaki uyumun denetlenmesi sonradan çıkabilecek güçlükleri önleme açısından önemlidir. Başarılı olması muhtemel amaçlar şunlardır: Hastalığa bağlı anksiyete, hastalık hakkında düşünmeye verilen zamanın azalması, sosyal ve mesleki etkileşimi artırmak, hastalığa bağlı davranışların azalması, hoş aktivitelere ayrılan zamanda artış, fiziksel semptomların azalması (somatizasyon bozukluğunda görüldüğü gibi).

Yukarıda belirtilen, tedaviye ait işbirliğinin genel noktalarının yanı sıra, değerlendirme işlemi ilk tanısal değerlendirmenin ötesine gider. Bilişsel ve davranışçı bir işlev analizi uygulamaya yönelik süreklilik gösteren çabaların daima terapinin gidişatına rehberlik etmesi ve hastadan sürekli olarak geri bildirim alınması gerekmektedir. Hastalığın nedeni ve teşhişe yönelik kaçınılmaz sorular hakkındaki temel bilginin eksikliği, tedavinin başında hastaya anlık bilgi verilmesi ile giderilir. Başlangıçtaki bu bilgi aktarımının bir parçası olarak, hasta OKBB'de kullanılan ilaçlar hakkında da bilgi edinmelidir.

Hasta bilgiye terapistin rehberliğinde ulaşmalıdır ve terapistin yönlendirmeleri ile hastanın kendini izlemesi birbirleriyle

---

[1] Beck vd., 1979.

uyumlu ve tamamlayıcı olmalıdır. Bu hem terapistin değerlendirmesini kolaylaştıracak hem de terapiste, hastanın terapinin mantığını anladığından emin olma şansını kazandıracaktır. Kendini izleme şunları içermelidir: 1- *Tetikleyiciler:* Anksiyete ve/veya kompulsif dürtülere yol açan çevresel ve/veya somatik tetikleyiciler. (Ör., ayırıcı uyarıcı, ilgili duyular, somatik değişiklikler, tıbbi bilgi, hastalık ipuçları ile karşılaşma vb.) 2- *Bilişler:* Duyulara yönelik yorumlamalar ve onları yok etme yolları. Kompulsiyon dürtülerine uymamanın getireceği felaket inançları, hassasiyet/güvenliğe ilişkin temel varsayımlar, kendine yararlılık ve risk almaya ilişkin inançlar. (Bu bilişlere ilişkin inancı derecelendirmek -1'le 100 arası- de yardımcı olabilir.) 3- Son olarak, kendini izleme, *davranışları* da içermelidir. Sakınma, tekrar etme, denetleme ve emin olma gibi kompulsif dürtülerin yanı sıra, pasiflik gibi sakınma formları da gözden kaçmamalıdır. Kendini izleme, tıbbi sorunlar üzerinde ne kadar zamanda kendini denetlediğini ve bunu yapmanın sayısız yollarından hangilerini kullandığını da içermelidir (izlemeye ayrılan zaman; kendi güvenliğini sağlama; tıbbi yazılar okumak; başkalarından güven verici sözler beklemek; bir hekime gitme, bekleme ve muayene olma isteği). Günümüz terapistleri tetikleyicilerin, davranışların ve bilişlerin bir analizini çıkartmalıdırlar. Eğer başarı sağlanırsa, öbür yandan hasta da, bilişsel-davranışçı terapinin temel ilkeleri ile tanışacak ve kendisini yok edici inançlara meydan okuma yollarını öğrenecektir. Başlardaki bu birkaç seans sonrasında, hasta kendini saygıdeğer bir katılımcı olarak görmeye başlayacak; önündeki problemin sunumunu ve olası tedavi yollarını daha iyi bir şekilde anlayabilecek; seans dışı ödevlerini yapmaya başlamış olacak; ve terapinin uzun vadeli yararlarının hatırına geçici anksiyete artışlarına hazırlıklı olacaktır.

Beceri Kazandırma ve Yeniden Yapılandırma

Beceri kazandırma ve yeniden yapılandırma aşamasının odak noktası, işbirliği aşamasında kabaca anlatılan ve sunulan becerilerin provasının yapılmasıdır. Bu aşamanın amaçları, ob-

sesif düşünceleri ve kompulsif davranışları yeniden yapılandırmadır. Bilişsel yeniden yapılandırma bu aşamada otomatik düşüncelerin yerine alternatiflerini sunmakla kalmaz, ideal olarak hastanın bu alternatiflere olan inancını derinleştirir. Tıbbi testlerin önemi ve ciddi bir rahatsızlığın mevcut olma ihtimali gibi konulara yönelik yeni bir perspektif kazanmaları için çaba göstermeleri gerektiği hastalara hatırlatılmalıdır. Terapinin bu noktasında hasta ödevlerini (kendini izleme) yapmaya başlamıştır ve seanslar arası çalışmaların önemi gerektiği biçimde vurgulanmıştır. Bu aşamanın mantığı genel olarak BDT terimleri ile açıklanmıştır. Ayrıca, kendini izleme ve devam eden değerlendirmeler sayesinde kişisel terimlerle de açıklanabilir. Hasta, verilen stratejileri seans süresince ve özellikle de seanslardan sonra uygulamaya devam etmesini gerektirecek düzeyde kavramlaştırmanın mantığına inandırılmalıdır. Eğer hasta korkularını ve kompulsiyonlarını yeniden şekillendirme konusunda kararsız ise şu alternatifler gösterilebilir: BDT mantığını kavramak için daha çok zaman harcamak ve böylece motivasyonu potansiyel olarak daha da kuvvetlendirmek (hastayı düşünme aşamasından eylem aşamasına taşıma); kompulsif alışkanlıkları durdurmaya çalışmaksızın derin kas rahatlatması gibi stratejilerle örtüşen genel stresle başa çıkma stratejilerini takip etmek veya ileri bir zamanda başkaları tarafından ona başka çözümler denemesi gerektiği söylendiğinde bunları dinlemeyip tekrar terapiye dönmesinin istenmesi.

Terapist böylece hastanın, psiko-farmakoterapi (ilaç tedavisi) ve BDT'den oluşan ikili terapi yaklaşımını tekrar düşünmesi için zaman sağlar. Dolayısıyla, her iki yöntemden de maksimum derecede faydalanma imkânı doğar (önceki seanslarda bu tedavi seçeneği hakkında kısa bir açıklamanın da yapılması da gereklidir). Eğer bu yöntemlerin yeterince tanıtıldıkları gözlenirse, genel başa çıkma stratejilerinin provasına ve daha fazla tanıtımına devam edilir. Genel anksiyete azaltma stratejileri ilk önce ideal olan uygulama ortamlarında denenmelidir. Daha sonra, kompulsif alışkanlıkları değiştirmeyi başlatabilecek git-

tikçe zorlaşan ortamlarda denenmelidir. BDT stratejilerinden herhangi birini veya tümünü içeren genel başa çıkma stratejileri, kompulsiyonlara neden olan ve onlarda bulunan, aşırı uyarılmış fizyolojik durumları hedef almasında hastaya yardımcı olur. Bu beceri ve stratejiler aşağıdakileri içermekle birlikte bunlarla sınırlı da değildir: Hoşnutluk planlaması, girişkenlik eğitimi, dikkat dağılımının ardından düşünce durdurulması, progresif kas rahatlaması (PKR), nefes alıp verme eğitimi (NE, ritimli veya diaframdan), ipucu-kontrollü rahatlama (İKR), rasyonel tepki verme ve öz kontrol. PKR, NE ve İKR fizyolojik aktivitenin azaltılmasına yönelik alıştırmalardır ve böyle oldukları anlatılmalıdır. Hastalara bu uygulamalara her gün bir kere en az bir ay boyunca devam etmeleri, yoksa anksiyete durumlarında eski otonomik reaksiyonların tekrar oluşma ihtimali bulunduğu söylenmelidir. Dolayısıyla, pratik yapmak son derece gereklidir.[1]

Bu becerilerden hangilerinin seçilip vurgulanacağı, hastanın yetersizlikleri ve güçlü yönleri değerlendirilerek hangi beceri eğitiminin hastaya uygun olduğu tespit edilerek ve ayrıca ilgili tetikleyiciler analiz edilerek belirlenir. Söz konusu vakanın ilk etaptaki tanısal kavramlaştırılmasının yanı sıra hipokondriya düşüncelerine yol açan tetikleyicilerin doğasını incelemek de faydalı olacaktır. Hastalık korkusu olanlar (ki bunların tetikleyicileri genellikle hastalıkla ilgili bilgilerle yüzyüze gelmektir), yüzleşme ve duyarsızlaştırma ile ilgili tetikleyici stratejilerden daha fazla yarar sağlayacaklardır. Somatik hastalarının tetikleyicileri ise daha genel stres formlarıyla ilgili göründüğü için, karşıt koşullama ve/veya alışkanlık değiştirme stratejilerine daha çok ihtiyaç duyabileceklerdir. Bilinen genel stres yapıcılar arasında gözlemlenen temalar, bu tip durumlarda müdahale çeşidinin seçiminde yardımcı olabilir. Bu şekildeki, daha genel somatik hastalara, stres zamanları ve tetikleyicilerdeki yapıları tespit etmeyi öğretmek, somatizasyonların yanlış yönlendiril-

[1] Adı geçen stratejiler hakkında detaylı bilgi için bkz., Barlow ve Cerny, 1988; Jacobson, 1938; McMullin, 1986.

miş ve bir stres tepkisine yönelik abartılmış yorumlar içerdiği *kanaatini* itiraf ettiren ve bu kanaati yeniden yorumlatan bir durum ortaya çıkarır. Bu stres tetikleyicilerine nasıl tepki verileceğini, düşünsel olarak eski tepkilerle karşılaştırılamayacak kadar yeni olan yollarla öğrenmek buradaki amaçtır. (Alışkanlık değişimi). Bu daha genel somatizasyon hastaları için, tetikleyiciler sıklıkla boş zamanın yeterince değerlendirilememesi, düşünce ve davranışlarını değiştirememe ve/veya düşük sosyallik ve girişkenlik becerileri barındırabilir. Beceri kazanma uygulamaları sürüp gittikçe, sadece ideal koşullar oluştuğunda hasta kompulsif başa çıkma çabaları yerine BDT başaçıkma becerilerini kazanmaya teşvik edilir. Bu çabaların arasında bir tür denetleme veya kendini güvenceye alma yöntemine karşı koyma çabaları da yer alır. Genellikle kompulsif dürtüler bu ilk karşı koyma denemelerini engeller. Bu ilk aşama hastanın dürtülerine karşı koyma zamanını geciktirdiğini gösterir. Bu durum hastanın tepki önleme stratejisinin sadece orta basamağıdır.

Hipokondriya hastaları kendilerini genellikle aile, arkadaş ve/veya hekimler yoluyla denetlediği için bu denetleyiciler hakkında da bir takım tartışmalar vardır. Bu ilişkileri tanımak ve bağımsızlığa ve kendini yatıştırmaya yönelmek çok önemli bir adım olabilir. Hipokondriya hastaları çoğunlukla yakınlarına, hekimlere ve onların güven verici sözlerine çok bağımlıdırlar. Güven arama davranışının görülme sıklığını, güven alma denemeleri arasındaki zamanı ve güven veren kişilerin sayısını değiştirmek başlangıçtaki tepki-geciktirme ve tepki-azaltma müdahalelerinin genellikle en gerçekçi hedefleridir.

Doktor değiştirmeyi engellemek ve sadece bir tane tıbbi uzmanla çalışmayı sağlamak da önemli bir adım olabilir. Hastanın, bu bireylerle kendisini açıkça ifade ederek konuşmasını sağlamak da önemli bir adımdır. Tedavinin amacı hastalıklarla ilgili, hastanın tüm öz denetimlerini makul ölçülerde asgariye indirmektir. Yılda ya da iki yılda bir tıbbi bir uzmana görünmenin sağlık açısından normal olduğu, diğer tüm kendi kendine yapılan denetlemelerin gereksiz olduğu mantıklı bir dille

açıklanmalıdır. Kadınlar için elbette, aylık göğüs kontrolü yaptırmaları normal davranış sınırları içinde değerlendirilmelidir.

Günümüzdeki koruyucu hekimlik şartları dikkate alındığında anksiyeteli-obsesif hastaların tıbbi testleri göz önünde bulundurmaları bir zorunluluktur. Çağımızın inanılmaz derecede detaya inmiş koruyucu test yöntemleriyle hastalar 'dikkatle bekleme'yi teşvik eden testler hakkında sürekli olarak bilgilenmelidirler. Eğer koruyucu test kayda değer bir şey bulamayıp, durumu tehlike saçan şeyin gerçekte mevcut olup olmadığını açıklayamazsa, hasta sürekli endişeli bir beklevişin içinde kalacaktır. Tıbbi bilgileri bu koruyucu bağlam içinde incelemek; modern tıbbi testlerin duyarlılığı, sağlık/hastalık konusunda yeni oluşan kültürel cazibe, yanlış uygulamalar ve hekimden hastaya geribildirimde sadakat gibi konular hakkında yeni tartışmalar ortaya koyabilir. Bedensel yıpranmanın ve beraberinde getirdiği rahatsızlıkların olağanlığının ve sağlığın, statik, semptomsuz bir durum olmadığının açıklanması bilişsel yeniden yapılanmanın amaçlarındandır. Terapist ve hasta tarafından karşılıklı oluşturulan ve hastanın kendini -kompulsif tarzda- denetleyip durmasına direnmesini sağlayan diğer rasyonel tepkilerin de bilişsel stratejilerde önemli bir rolü vardır. Bu noktada terapistler kompulsif denetlemenin engellenmesini (sadece ertelenmesini değil) teşvik ederler ve burada başa çıkma teknikleri ile yüzleştirme stratejileri içiçe geçmeye başlar. Terapinin bu bölümünde odak noktası yüzleştirme ve tepki engelleme (YTE) olur ve yeni başa çıkma becerileri üzerine çalışılmaya devam edilir.

YÜZLEŞTİRME VE DEVAMLILIK

Daha önce bahsettiğimiz gibi tedavinin aşamaları iç içedir, bu yüzden terapinin bu bölümüne gelene kadar bir hayli yüzleştirme türünden birçok çalışmanın yapılmış olması lazımdır. Hipokondriya hastalarına uygulanan yüzleştirme tekniği en

çok, hastalık fobisi olan yani belirli bir hastalığa yakalanmaktan korkan hastalarda işe yarar. Bu hastalar OKBB formatında terapiye en uygun olan hastalardır ve bu bölüm onlar için son derece önemlidir. Ancak bu stratejiler diğer somatik hastalar için de önem taşır. Hastalık korkusu taşımayan hastalar için, yüzleştirme tekniği, diğer becerilerini yüksek stres altında kullanabileceği, tüm tedavi paketinin bir parçası olarak görülmelidir. Hastalar terapinin bu son bölümünde son bir kez daha çaba sorumluluğu ile yüksek anksiyete riskine hazır olmalıdır.

Terapist ve hasta izleme çizelgeleri, tanımlanmış tetikleyicilerin genel unsurlarını ortaya koymak için bir kez daha kullanılır. Çizelgedeki tetikleyiciler şu şekilde derecelenir: Belirli hastalıklar (AIDS, kanser, vs.); ortamlar/olaylar (hastaneler, ölüm, tıbbi tartışmalar/bilgiler, testler, doktorlar, hasta insanlar ya da eleştiri, sosyal çatışma, vs. gibi daha genel tetikleyiciler), duyumlar (çarpıntı, baş dönmesi, acı/yaralanma, kızgınlık, vs.) ya da eylemler (zorlanmalar, spor, yutkunma, belirli türde yemek yeme, belirli hareketlerde bulunma, vs.) etrafında yapılanırlar. Yüzleştirme-tepki engelleme (YTE) alıştırmaları terapi içinde ve dışında sürecek şekilde düzenlenmiştir. Bu araştırmalar kompulsif tepkilerle ilgilenmeksizin yüzleştirmeyi hiyerarşik tetikleyicilere ve tepki önlemeye (sakınma, kaçma, dikkatini aşırı biçimde dağıtma, güven veren sözler işitme arzusu, vb.) bağlamışlardır. Bu türden canlı yüzleştirme çalışmaları imgesel yüzleştirme ile de desteklenebilir. İmgesel yüzleştirme ise, hastaların canlı olarak karılaşamayacakları veya karşılaşmaları hiçbir şekilde mümkün olmayan şeylere karşı duyarsızlaşmasını sağlayabilir. Kansere yakalanmak, doktorun pozitif bulguya rastladığını duymak, bunun gibi bir haberle yaşamak, ailesinin böyle bir haberle yaşadığını düşünmesi, hatta ölüm bunlara verilebilecek örneklerdir. İmgesel yüzleştirme, ilgili imgeyi içeren video veya ses kasetleriyle de sağlanabilir. Tekrarlanan ifadelerle ya da belirli sahneleri tasvir eden hazırlanmış sözlü senaryolarla doldurulmuş bir ses kaseti hastanın evde yapacağı imgesel yüzleşmeye katkı sağlayabilir. İlgili görüntüler ve temaların

kaydedildiği bir video kasedi de yararlı olabilir. Hasta ve terapist ilgili temaları içeren tıbbi kütüphaneleri, hatta yeni çıkan filmleri taramalıdır. Gerçek ya da imgesel olarak yüzleşilen sahnelerden sonra sübjektif sıkıntı ünitesi (SSÜ) seviyesi (1'den 100'e kadar) değerlendirilmesi yapılmalıdır. YYE süresince SSÜ puanlamaları, terapistlerin hastaları ne kadar zorlaması gerektiği (60 ilâ 70 arasında çalışmaya uğraşın) ve bir üst basamağa çıkması gerektiği zamanı belirlemesi hususlarında kılavuzluk edecektir. Terapist ve hasta bu yüzleştirme çalışması boyunca sürekli olarak birbirlerini dengede tutarlar. Bu da hastanın, çeşitli başa çıkma tekniklerini ara ara prova ederek, yüzleştirme telkinlerine tam olarak uymasını sağlar. Bu ikisi arasında bir denge kurmak, hastanın işbirliği yapmasını kolaylaştırır. Rasyonel tepkiler ise hastanın bir sonraki yüzleşme uygulamasından aniden kaçınması veya kompulsif davranışlar sergilemesine yönelik güdülerinin açığa çıkmasına neden olabilir. Dürtülerin engellenmesi de kompulsif başa çıkma yöntemlerine ("Bir acım olduğu zaman hemen doktora gitmezsem ciddi bir şeyi kaçırmış olurum"; "Bu şüpheyle yaşayamam, hemen bir doktora görünmem lazım") teslim olmamaya yönelik felaket varsayımlarını belirleme ve ortadan kaldırma fırsatıdır.

Hastaya, alışkanlık haline gelmiş obsesif düşüncenin ve kompulsif davranışların yeniden ortaya çıkmasına sık sık neden olan tetikleyicilerle başa çıkması için uygulanan YYE'nin mantığı açıklanmalıdır. YYE'nin bir uzantısı da yeniden nüksetmeye hazırlıklı olmaktır. Yeniden nüksetmeyi önleme hakkında açıklayıcı bir inceleme yapılmalı ve gelecekte karşısına çıkabilecek stresli bir durumu öngörmeye ve hastayı buna hazırlamaya çalışmalıdır. Hastalar zaman içinde yeniden nüksetmenin sezinlenebileceğinden, fakat buna karşın dürtülerine boyun eğmemeleri gerektiğinden haberdar edilmelidirler. Bu tarz yeniden nüksetmenin gerçekleşmesi başarısızlık değil, aksine yeni öğrenilen davranışların ve düşünme yolunun tekrar denenmesi için iyi bir fırsat olduğu hastaya bildirilmelidir. Hastalar "yeniden nüksetme" yaşamadan önce başa çıkma becerilerini ve ara yüz-

leştirme çalışmalarını uygulamalıdırlar. Bunların sadece kriz anları için uygulanmadığını anlamalıdırlar. Daha düşük seviyedeki anksiyeteli durumlarında uygulamadan, yüksek anksiyete durumlarında bu becerileri ve davranışları kullanmayı denerlerse genellikle başarısız olurlar. Hastaya gerçekçi tedavinin bu gibi anksiyete durumlarını ortadan kaldırmayı amaçlamadığı, ama süresini, sıklığını ve yoğunluğunu azaltmayı hedeflediği anlatılmalıdır. Son olarak, özellikle zor ortamlarla başa çıkmaya yönelik destekleyici seanslar yapılmalıdır.

SONUÇ

Hipokondriyanın bilişsel-davranışçı terapisi hakkında hala yapılması gereken oldukça fazla araştırma olduğu halde, daha önce yapılan araştırmalar ortaya tatminkâr sonuçlar koymuştur.[1] Doktora gitme sıklığının azalması, hastanın sağlığı hakkında düşündüğü zaman süresinin azalması, kompulsif davranışların azalması gibi çeşitli açılardan gelişme kaydedilmiştir. Her ne kadar bu konuda kontrollü gruplar üzerinde araştırma yapılmamışsa da Grup BDT'si hipokondriya hastaları için yararlı olabilecek başka bir olasılıktır.[2] Son olarak, somatizasyon hastalarının BDT'si dünya çapında yaygınlık kazanmaktadır. Mesela fiziksel semptomları olan Hollandalı bir denek üzerinde yüzde 73 gelişme olduğu kaydedilmiştir (kontrol grubunda yüzde 59).

BDT obsesif inançlar ve bunlarla bağlantılı kompulsif rutinleri yoketmeye ve bu tür rutinlerin yerine daha sağlıklı alışkanlıklar kazandırmaya odaklanmıştır. Böylelikle hasta ve terapist hipokondriyanın genel artma ve azalma eğilimleriyle tanışma ve sonuçta yetersizlik derecesini (gerçekte olduğu ya da algı-

---

1 bkz., Fallon vd., 1988.

2 Barsky vd., 1988.

landığı şekliyle) azaltmaya çalışma fırsatı bulmuşlardır. BDT'nin hipokondriya hususundaki ana varsayımının temelinde kişinin hayatını (kişinin sınırları dahilinde), bir fiziksel ağrı, duygusal sıkıntı ve rahatsızlık olmadıkça veya bütün bunlara rağmen, dolu dolu yaşaması gerektiği varsayımı yatmaktadır. BDT'nin hipokondriyaya yönelik genel amacı ise, bu hastaların etkinliklerinin çeşitliliğini artırmalarına; fiziksel, sosyal, mesleki manevi ve sanatsal etkinliklere aktif olarak katılmalarına; ve ayrıca hayatlarının hastalıklı olarak geçirecekleri döneminin en kısa ve sağlıklı olarak geçirecekleri döneminin ise en uzun olmasına yardımcı olmaktır.

REFERANSLAR

Barlow, D.H. ve Cerny, A.C. (1988). *Psychological Treatment of Panic,* New York; Guilford.

Barsky, A.J., Geringer, E. ve Wool, C.A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry* 10:322–327.

Barsky, A.J., Wyshak, G. ve Klerman, G.L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM III-R. *Archives of General Psychiatry* 49:101–108.

Baur, S. (1988). *Hypochondria, Woeful Imaginings.* Berkeley: University of California Press.

Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* New York: Guilford.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994). 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fallon, B.A., Klein, B.W. ve Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis: treatment strategies. *Psychiatric Annals* 23:374–381.

Hollander, E., vd. (1993). Obsessive-Compulsive-Related Disorders. Washington, DC: *American Psychiatric Press.*

Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: *University of Chicago Press.*

Marton, K.I., vd. (1996). Treating patients with unexplained physical symptoms. *Journal Watch for Psychiatry* 2(2):15.

Mavissakalian, M., Turner, S.M. ve Michelson, L. (1985). Obsessive-Compulsive Disorder: *Psychological and Pharmacological Treatment.* New York: Plenum.

McMullin, R.E. (1986). *Handbook of Cognitive Therapy Techniques.* Ontario: Penguin.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training.* Elmsford: Pergamon.

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry* 113:89–93.

Teasdale, J.D. ve Russell, M.C. (1983). Differential effects of induced mood on recall of positive, negative, and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology* 22:163–171.

10

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Mervin R. Smucker

GİRİŞ

TSSB Semptomları

Travma sonrası stres bozukluğu: Bir klinik sendrom olarak (TSSB) bilimsel literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*'ın dördüncü baskısında (*DSM-IV* 1994), TSSB'nin olağan yaşantıların dışında, psikolojik travma yaratan bir olayın sonrasında oluştuğu belirtilmektedir. Bir TSSB sendromunun karakteristik semptomları şunlardır: 1) Genellikle yoğun duygusal sıkıntıyla birlikte, örneğin sürekli görülen geriye dönüşler, hayaller, kâbuslar gibi travmatik olayın tekrar ve rahatsız edici şekilde hatırlanması; 2) Travmayı çağrıştıran ilgili uyarıcılardan sakınmak veya genellikle tepki veya karşılık vermemek; 3) Aşırı uyarılma hali, örneğin aşırı tetikte olma, aşırı ürkme, düzensiz uyku, alınganlık gibi. TSSB, örneğin, cinsel taciz, fiziksel işkence, savaş, tecrit kampları gibi doğrudan bireye yönelik olaylardan kaynaklandığında genellikle daha uzun sürmektedir.

İkinci Tiplere Karşı Birinci Tip Travmatik Olaylar

TSSB'nin değerlendirilip tedavi edilmesinde, bu sendromu yaratan stresin birinci mi yoksa ikinci tip travma mı olduğunu

bilmek önemlidir.[1] Kısaca açıklayacak olursak, birinci tip travma, tecavüze uğramak, fiziksel saldırı, doğal afet veya endüstriyel kaza gibi beklenmeyen, kısa süreli ve tekrarlanmayan bir travmatik olaydır ve hızlı bir iyileşme beklenilebilir. Karşılaştırmalı olarak, ikinci tip travma ise doğası gereği daha kalıcıdır ve oluşması için çocuklukta devamlı cinsel veya fiziksel tacize uğramak gibi bir travmatik olaylar zinciri gerekir ve hastanın dünyaya ve kendisine olumsuz bir gözle bakmasına neden olur. İkinci tip travmalar sıklıkla, yüksek dozda madde kullanımı, yeme bozuklukları, ruh hali bozuklukları, depresyon ve anksiyete, panik bozukluklar, kronik ilişki problemleri ve uzun süreli kişilik gelişimi ile ilgili rahatsızlıklar; duygusal engellenmeler, kendine karşı davranışlar ve intihara eğilim gibi diğer psikiyatrik durumlarla ilişkili daha karmaşık ve daha kronik TSSB' ye neden olurlar. [2]

TSSB'NİN BİLİŞSEL KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Bilişsel süreç perspektifinden baktığımızda, TSSB'nin oldukça duygusal bir travmatik olaylar sürecinden kaynaklandığı görülmektedir. TSSB semptomları, üzerinde yeterli derecede ya da başarılı bir şekilde duygusal süreçlendirme gerçekleştirilirse sona erer.[3] TSSB sendromunu yaratan unsur travmatik olayın kendisi değil, bireyin travmatik olaya karşı tepkisidir. Benzer şekilde, tedavi sürecini de bireyin TSSB semptomlarına olan tepkisi belirler.

---

1 Meichenbaum, 1994; Terr, 1991.

2 Komorbidite ve TSSB ile eş zamanlı hastalıklar hakkında geniş bilgi için bkz., North vd. 1994.

3 Foa ve Kozak, 1986; Horowitz, 1986; Smucker vd., 1995.

Duygu İşlemleme Göstergeleri

Son zamanlarda kimi teorisyenler, duygusal işlemlemenin doğasını ve nasıl engellenebileceğini ya da kolaylaştırılabileceğini ayrıntı olarak belirtmişlerdir. Horowitz'e göre (1986), travma kurbanlarının birçoğu travmalarının yarattığı sıkıntıdan ve 'bilgi yükünden' kaçmak için reddetme, hissizleşme, amnezi ve diğer dağıtıcı (disosiyatif) stratejileri kullanır. Her ne kadar bu tür bilişsel ve etkili tepki yollarını kullanmak travmatik oluşma aşamasında hayati bir önem taşısa da, ilerleyen travma sonrası kullanımları, duygusal işlemlemeyi önleyen veya geciktiren bir sakınma stratejisi olarak görülür.

Duygusal işlemlemeyi, duygusal tepkileri azaltan bir süreç olarak tanımlayan Rachman (1980), korkunun duygu işlemlemenin başarısının kişinin hiçbir sıkıntı veya rahatsızlık duymadan duygusal olaylardan bahsetme, bu tür olayları görme, dinleme ve hatırlama yeteneğinden anlaşılabileceğini belirtir.[1] Horowitz (1986), Piaget'in uyum teorisini açıklayarak, bilişsel şemaların yeni bilgilere uyum sağlayıp onları kabul eder hale getirmesiyle travmaya yol açan unsurların ortadan kaldırılabileceğini belirtmektedir. Horowitz TSSB kurbanlarında bir çeşit 'sonlandırma eğilimi' gözlemledi. Buna göre örneğin, yinelenen geriye dönüşler, tekrar eden kâbuslar gibi rahatsız edici travmatik hatırlamalar, travmaya yol açan unsurlar tam olarak işlemlenmedikçe devam edecektir. Her ne kadar reddetme ve hissizleşme başarılı bir duygu işlemlemesini geciktirse de, Horowitz TSSB atakları ile reddetme hissizleştirme tepkileri arasında gel-gitlerin travmaya yol açan unsurlarının tam olarak entegrasyonundan önce normal bir durum olduğunu söyler.

Foa ve Kozak (1986), duygusal süreçlendirmeyi 'duyguların altında yatan bellek yapılarının değiştirilmesi' olarak tanımlarlar.[2] Ayrıca travmaya yol açan unsurların başarılı bir duygu

---

1 Rachman, 1980, s. 51-52.

2 Foa ve Kozak, 1986, s. 20.

işlemlemesinden geçirilebilmesi için iki koşulun sağlanması zorunludur: 1) Bilişsel, duyuşsal ve duyusal uyarıcılar dahil bütün korku anılarının aktive edilmesi ve 2) mevcut korkunun travmatik unsurları ile uyuşması imkânsız olan 'doğrulayıcı' bilginin kullanılması.

Van der Kolk ve Van der Hart (1989), yinelenen travmatik anıların görsel, işitsel, dokunsal ve devinduyumsal (kinesthetic) gibi birincil duyumsal duygular içerdiğini ve bunların varolan zihinsel şemalara sokulup uygun bir şekilde işlemlenmeden önce dile getirilmesi gerektiğini savunur. Bu yazarlar travmatik anıların işlenmemiş yapılarını şöyle tanımlarlar:

> Travma, zamanı durdurur ve travmayı yaratan o anıyı bellek ve hayal gücünde sabitler. Bu tür travmatik anıların zamanla bellekten silinmesine pek rastlanmaz. Bu travmatik anılar sabitleşir ve doğal işleyişleri yoğun ve şiddetli duygularla engellenir. Bu travmatik anılar sözel bir bağlamda organize edilmemişlerdir.[1]

Travmatik Olmayan Anılara Karşı Travmatik Anılar

Travmatik anıların doğası, travma ilişikli unsurların terapi bağlamında nasıl işlemlendiği ve bunlara nasıl ulaşılacağı hakkında bize bilgi verir. Van der Kolk ve Van der Hart'a göre (1989, 1991) travmatik anılar, travmatik olmayan anılara göre daha farklı bir şekilde hafızaya alınıp kodlanmışlardır. Anlatımsal anıların aksine travmatik anılar; 1) sözel anlatımdan ve bağlamdan yoksundurlar, 2) durum bağıntılıdırlar, 3) sadece dilsel araçlarla erişilemeyecek canlı duyumlar ve imgeler biçiminde kodlanmışlardır, 4) bütünleştirilmeleri ve sindirilmeleri son derece zordur, çünkü farklı şekillerde depolanmışlar ve çoğu defa bilinçli farkındalıktan ve istemli kontrolden ayrışmışlardır ve 5) sık sık orijinal formlarında sabit kalırlar ve zamanın akışıyla da değişmezler.

---

[1] Hart, 1989, s. 447.

Benzer şekilde Vardi ve çalışma arkadaşları (1994), tecavüz ve ensest kurbanlarının travmatik anılarında görsel, devinduyumsal ve işitsel gibi birincil duyu uyaranlarının, travmatik olmayan anılarına göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca ensest kurbanlarının travmatik anılarının, tecavüz kurbanlarına göre daha parçalı ve daha az devamlı olduğunu belirlemişlerdir. Bundan yola çıkarak travmatik anıların doğasının, travmanın birinci veya ikinci tip olmasına göre değişebileceğini söyleyebiliriz.

Travmaya Neden Olan Şemalar

İkinci tip travma mağdurlarında, özellikle travma çocukluk döneminde yaşanmışsa, TSSB semptomatolojileri genellikle travma temelli şemalar içine sokulmuşlardır.[1] Bu şemalar bilişsel şablonlar olarak zihinlerin işleyişlerini filtreleyip düzenler ve özellikle sonraki olayların algılanmasını, yorumlanmasını, şifrelenmesini ve tekrar hatırlanmasını doğrudan etkiler. Travmaya neden olan bu şemaların güçsüzlük, değersizlik, suçluluk, sevilemezlik gibi biçimlerde sürekli bulunuşu ve aktive oluşu, olayın son bulmasından çok sonra bile mağdurun algılarında sürekli bir kurban edilme durumu yaratır ve kronik TSSB sendromunun gelişim temellerinde sürekli bir şekilde yer alır. İkinci tip travma mağdurlarında, özellikle travmaya bağlı 'güçsüzlük şeması' onların TSSB sendromlarının çekirdeğini şekillendirmektedir. Buna bağlı olarak onlar genellikle bir 'işlevsel felç' durumu yaşarlar. Ve günlük yaşamın 'darbeleriyle' büyük duygusal krizlere girmeden baş etmekte son derece zorlanırlar. Bu yüzden, TSSB hastasının güçsüzlük duygusundan ıstırap duyması, bilişsel terapinin bu grup hastalar için birincil hedefi haline gelir.

---

1 Smucker ve Niederee, 1995.

GENİŞLETİLMİŞ BİR BİLİŞSEL TEDAVİ PARADİGMASI

Bilgi işlem ve şema teorisinin içinde bulunduğu açıkça belli olmakla birlikte, TSSB'nin bilişsel terapisi, kavramsal olarak bağlanma ve nesne ilişkileri teorisi içinde de yerleşik olarak bulunur. Genişletilmiş bir bilişsel terapi paradigmasında, sağlam bir terapötik güven temeli oluşturmada, besleyici içe dönük değişimde, travma bağıntılı birincil duyusal uyarıcıları değiştirmede ve yine birincil ve ikincil işlem düzeyinde şematik değişiklikleri ayarlamada imge müdahalesi kullanılır.

Bağlanma Teorisi ve Bilişsel Terapi

Bağlanma teorisinde psikoterapi, hastanın kendisi ve bağlanma figürleri hakkındaki uygunsuz, işlevsiz ve geri kalmış şematik modellerini yeniden değerlendirme ve yeniden yapılandırmada kullanılır.[1] 'Güvenli bir temel' hazırlanması, merkezi bir terapötik işlem olarak görülür. Buradan yola çıkarak hastalar, içsel çalışma modellerini araştırma ve yeniden yapılandırma yoluna gidebilirler.[2]

Benzer şekilde bilişsel terapistin birincil görevi TSSB hastalarına 'güvenli bir temel' ya da 'güvenli bir alan' yaratmasıdır. Buradan yola çıkılarak hastanın acı veren travma unsurları başarılı bir şekilde yeniden işlenebilir. Terapist, bilişsel ve duygusal değişiklikleri bu güvenli temelden travmatik unsurlara doğru ileri geri yönlendirebilir. Bu prosedür Wolpe'un hastaları rahatlatıp, korkulan uyarıcıyla yüzleştirdiği ve sonradan tekrar rahatlamasını sağladığı sistematik duyarsızlaştırma tedavisine benzemektedir.

---

1 Bowlby, 1988.

2 Bretherton ve Waters, 1985.

Nesne İlişkileri Teorisi, İçealımlar ve Bilişsel Terapi

Nesne ilişkileri teorisinin temel bir ilkesiyle uyumlu olarak, travma kurbanları için bu güvenli temelin bir 'olumlu terapist içealımı' geliştirilerek içselleştirilmesi terapötik bir amaçtır. Geliştirilen bu yöntem, hastanın yeni bir şematik şablon yapılandırmasında odak noktası olarak hizmet eder. Her ne kadar içealım terimi geleneksel olarak psikodinamik bir bağlam içinde kullanılmış olsa da, aynı zamanda hastanın daha önceden aldığı tedaviyi şematik olarak nasıl içe aldığını açıklayan bilişsel bir yapıdır. Ayrıca günümüzde bireyin kendini nasıl gördüğünü ve kendine nasıl davrandığını da anlamamızı sağlar. İçealım işleminin şekillenmesinde ilk tedavide bulunanların katkıları kritik önem taşısa da, içealımlar ömür boyu sürecek daha ileri gelişim ve değişime açıktır.[1] Hasta tarafından harekete geçirildiği zaman ya da "çağrıldığı zaman", terapistin görsel ya da işitsel olan bu içsel bilişsel sunumu, özellikle duygusal sıkıntı yaşandığı zamanlarda hastanın ruh halini sakinleştirme etkisine sahip olabilir. Sonuç olarak bu yeni terapist içealımı, hastanın kendisine yönelik içsel şematik yapısı ile bütünleşebilir.

İmge ve Bilişsel Terapi[2]

TSSB hastalarının tedavisinde, birincil terapötik etken olarak imge kullanımı bilişsel terapinin önemli bir bileşenidir.[3] Van der Kolk ve Van der Hart (1991) tarafından belirtildiği gibi, travmatik anılar ve onlarla ilişkili anlamlar, sıkça dilsel yollarla erişilemeyecek, canlı imgeler ve duyular olarak şifrelenirler. Travmatik anılarla bağlantılı örneğin, yinelenen geriye dö-

---

1 Henry vd., 1990.

2 Bilişsel terapide imgenin klinik kullanımı hakkında bilgi için bkz., Anderson, 1980; Beck ve çalışma arkadaşları, 1985 ve Edwards, 1990.

3 Birçok bilişsel merkezli klinisyen travmatik anıları ve anlamlarını yeniden şekillendirme amaçlı travmatik imgeyi değiştirme sürecini tartışmıştır (Beck ve Freeman, 1990; Peterson vd., 1991; Smucker vd., Smucker ve Niederee, 1995; Staton, 1990.

nüşler, tekrar eden kâbuslar gibi birçok bilişsel rahatsızlık travmatik imgelerde içkin oldukları için, doğrudan TSSB hastasının rahatsız edici imgelerine müdahalede bulunup şekillendirmek, 'doğrulayıcı' bilginin sağlanmasında ve travmatik unsurların işleyişinde güçlü bir araçtır.

Bilişsel terapide, imge odaklı müdahaleler bu şekilde, TSSB semptomlarının hafifletilmesinde ve güçsüzlük gibi travmaya bağlı inançların ve şemaların şekillendirilmesinde birincil terapötik araçlar olarak kullanılır. İmgesel yüzleştirme yani, travmanın görsel ve etkin canlandırılması sonucu 'korku anısını' aktifleştirme, örneğin travmatik imgeleri daha hoş bir sonuç elde etmek için değiştirmek gibi imgesel senaryolaştırma ile beraber kullanılır. İmgesel senaryolaştırmanın amacı kurban olma imgelerini üstünlük imgeleri ile değiştirmektir. Hastalar travma sahnesinde kendilerini güçsüz bir kurban durumunda 'donmuş' olarak görmek yerine güçlü yetişkinler olarak görmeye başlar. Görsel senaryolaştırma sürecinde travmatik imgeler değiştirilir ve travmaya yol açan inançlar tanımlanıp azaltılmaya çalışılır.

Bilişsel Terapide Birincil ve İkincil Bilişsel İşlemleme

TSSB'nin bilişsel terapisinde, birincil ve ikincil bilişsel işlemleme arasındaki önemli bir ayrımı belirtmek gerekir. 'Birincil bilişsel işlemleme' ve 'ikincil bilişsel işlemleme' Freudyen terimler olan 'birincil süreç' ve 'ikincil süreç'in uzantılarıdır ve ruhsal işlevselliğin farklı iki temel şeklini belirtmek amacıyla kullanılmışlardır. Freud birincil süreci, zihinsel olanın en erken, en ilkel ve mantık dışı formu olarak görüp; bunları, yapısı gereği ikonik, zamansal boyutu olmayan rüyalar ve fanteziler olarak düşünmüştür. Buna karşın ikincil süreci, gerçeklik ilişkili mantıklı bir düşünce olarak algılamış ve buna örnek olarak ertelenmiş sevinmeyi ve aktif sorun çözme aktivitelerini vermiş-

tir.[1] Travmatik unsurların başarılı bir şekilde duygusal işlemlendirmeden geçirilmesinde bu iki düzeyin iç içe geçmesinin hayati bir önemi vardır. Kısaca imgelerin aktifleştirilip yeniden yapılandırılması 'birincil bilişsel süreç' olarak görülür; tıpkı sözel ve dilsel olmayan ve yapısı gereği işitsel ve görsel olan zihinsel aktiviteler gibi. Buna karşın, örneğin konuşma veya yazıyla kişinin bilişini dillendirmesi gibi bir olay hakkındaki düşüncelerin ve duyguların dilsel işlemlenmesi 'ikincil bilişsel süreç' olarak görülür.

TSSB'nin bilişsel terapisinde, başarılı duygusal işlemlerin oluşması için her iki düzeyde de travmatik unsurların işlenmesi çok büyük bir önem taşır. Terapi seansında birincil bilişsel işlem, imge aktifleştirildiğinde işlemeye başlar. Halbuki ikincil bilişsel işlem genellikle eşzamanlı olarak ortaya çıkar. Seansta travmatik imgeleri ve görüntüleri anlatmak başlı başına ikincil bilişsel işlem formudur. Bilişsel terapide imge çalışmalarında hasta ve terapist zaman zaman görüntüyü 'dondurur' ve tecrübe edilen imgenin uyandırdığı düşünceleri ve duyguları dilsel süreçten geçirirler. Bu olaydaki gibi hasta ve terapist seansta sürekli olarak imgeyi tekrar yaşamak gibi birincil bilişsel işlem ile imge hakkındaki duygularını ve düşüncelerini dile getirmek gibi ikincil bilişsel işlem arasında gidip gelirler. Her bir imgeleştirme seansı sonunda hastadan imge hakkındaki düşüncelerini ve duygularını dile getirmesi istenir. Örneğin, birincil işlem unsuru ikincil işlem düzeyinde yeniden değerlendirilir. Bu birincil ve ikincil bilişsel işlem, hastanın ödevi olarak terapi seansının ötesine taşınır, hastadan verilen kasetleri izlemesi, dinlemesi ve tepkilerini not etmesi istenir.

---

[1] Moore ve Fine, 1990.

İLK TEDAVİ GÖRÜŞMESİ

Tedaviye alınmadan önce; hastanın o anki hayat durumu, aile geçmişi, travmatik deneyimlerinin geçmişi, o anki psikolojik uyumu, tıbbî geçmişi, alkol ve uyuşturucu kullanımı, depresyon ve TSSB semptomlarının şiddeti hakkında bilgi alınır. İlk klinik görüşme özellikle acil sorunlar, bunların günlük yaşama etkileri, hastanın sosyal çevresinin tepkileri ve hastanın semptomları ile baş etme yolları üzerinde odaklanır. Rahatsız edici travmatik anıların, dağıtıcı (disosiyatif) geri dönüşlerin ve kâbusların varlığı, sıklığı ve yoğunluğu hakkında belirli sorular sorulur. Bunları sorgularken hastanın duygusal durumuna karşı duyarlı olmak önemlidir. Tedavinin bitiminde veya tekrarında kullanılmak üzere klinik değerlendirme ölçümleri verilir.[1]

Travma geçirmiş hastalarda ortaya çıkan travma sonrası stres semptomlarının şiddeti değişken olduğu için, hastanın tüm TSSB kriterlerine uyup uymadığını incelemek klinisyen için önemli bir görevdir. Bu durumda TSSB'nin birincil veya ikincil klinik tanı olup olmadığı ya da hastanın, travma sonrası ortaya çıkan kısmî stres belirtilerinin rahatsız edici düşünceler mi olduğuna yoksa sendromu engelleyici mi olduğuna karar verilir. Böylece tedavinin hedeflediği semptomlar; özel tedavi amaçları ve seçilmiş müdahalelerle hangi travma sonrası stres semptomlarının en can sıkıcı, en göze çarpan ve en işlevsiz olarak belirleneceğine ve bunlardan hangilerinin bilişsel sakınma ya da duygusal sakınma stratejisi olarak kullanılacağına bağlı olacaktır.

---

[1] TSSB klinik değerlendirme ölçümlerinin bir dökümü için bkz., Stamm, 1996.

TEDAVİ UYGULAMASI

Bu bölüm, en çarpıcı ve oldukça yaygın olan, görsel ve duygusal olarak tekrar travma yaşamayı içeren TSSB sendromlarından acı çeken hastaların bilişsel terapi uygulamalarını içerir.

Belirgin Tedavi Hedefleri

TSSB sendromundan acı çeken hastalarda bilişsel terapinin genel hedefi, travmalarının duygusal işleyişlerini başarılı bir şekilde kolaylaştırmak iken somut tedavi hedefleri ise şöyle sıralanabilir: 1) Fizyolojik uyarılmayı azaltmak, 2) yinelenen geri dönüşler, tekrar eden kâbuslar gibi rahatsız edici travmatik anıları elemek, 3) travmaya imgeleri ile güçlendirici imgeleri yer değiştirmek, 4) travmatik imgeleri anlatım diline çevirmek, 5) travmaya yol açan inançları ve şemaları değiştirmek, 6) günlük hayattaki sıkıntılarla baş etmek için daha etkili stratejiler geliştirmek, 7) özellikle duygusal sıkıntı anında güçlü bir kendini sakinleştirme ve rahatlatma yetisini geliştirmek.

Tedavi Mantığını Açıklamak

Müdahale edilecek belirli rahatsız edici travmatik anılar seçildikten sonra, hastaya tedavi hakkında şöyle bir açıklama yapılabilir:

> "Bu terapi, travmatik anılarını işlemen ve alt edebilmen, aynı zamanda hayatını daha fazla kontrol edebileceğini hissetmende sana yardımcı olmak için tasarlanmıştır. İşimizin büyük kısmını imge kullanmak oluşturuyor. Bundan kastımız bir geri dönüş anında ya da kâbusta hissettiğin travmatik imgeleri, düşünceleri ve duyguları tekrar yaşamandır. Bundan sonra daha iyi bir sonuç elde etmek için travmatik görüntüleri değiştireceğiz. Amacımız kendini bir kurban değil olaya hakim olarak görmen ve bunun yanında travma karşısında kendini bir kurban gibi

hissetmektense, güçlü bir birey gibi kendini algılamandır. Tabi ki bu, gerçekte travmatik olayı değiştirmez ama travma hakkındaki inançlarını, düşüncelerini, imgelerini ve duygularını değiştirecektir. Başka bir şey sormak ister misiniz?

Hastalar, travmatik imgeler hatırlandığı zaman oluşabilecek olası duygusal sıkıntılardan ve yüksek uyarılma durumundan haberdar olmalı ve gerek olursa onlara seans sırasında terapistle görüşebilecekleri hatırlatılmalıdır. Bir terapi seansında travmatik anıyı yeniden yaşamak, hastanın normal hayatında yaşadığından çok daha farklıdır. Öncelikle, seans sırasında travma gerçekten yaşanmaz. Ayrıca terapistin sesi ve destekleyici varlığı imajinasyon seansı boyunca "terapötik bir bağ" kurulmasını sağlar.

SSÜ'ye Giriş

Hastaya tedavi tanımlamasından sonra, yaşadığı sıkıntı veya rahatsızlığı tanımlaması için birden yüze kadar öznel sıkıntı ünitesini kullanması öğretilir. Terapist şöyle açıklayabilir:

"Bu tedavi, sende sıkıntı ve anksiyete yaratabilecek birkaç anıyı ve sahneyi tekrar yaşamanı gerektirecek. Senden yaşadığın sıkıntıyı izlemeni ve birden yüze kadar bir skalada değerlendirmeni isteyeceğim. 100, son derece sıkıntı duyduğunu ve hayatında bu kadar sıkıntı duymadığını gösterecektir. Sıfır ise hiç rahatsız olmadığın anlamına gelecektir. Bu ölçüye göre şu anda ne kadar sıkıntı duyuyorsun?"

İmgesel Yüzleştirme

Bundan sonra hastadan travmatik anıyı tekrar görmesini ve şimdiki zamanda, sanki şu anda gerçekleşiyormuş gibi sesli olarak anlatması istenir, gözleri kapalı olursa daha iyi olur. Eğer hasta birden fazla rahatsız edici geri dönüş yaşadığını veya kâbus gördüğünü belirtirse, en çok rahatsızlık veren üzerinde

yoğunlaşılır. Hastanın bu dönemde imajinasyon seansları hakkındaki tüm soruları, güven verici bir şekilde az ve öz olarak cevaplandırılmalıdır. İmajinasyon seanslarında terapistin rolü, yönlendirici değil, yardım edici olmalıdır. Terapistin müdahaleleri, taciz sahnelerinin detayını istemek ya da belirli duygu ve düşünceler hakkında ayrıntı istemekten öteye gitmemelidir. İmgesel yüzleştirmede görsel, duygusal, devinduyumsal uyarıcılar dahil, tüm 'korku ağının' aktifleşmesi çok önemlidir. Travmatik anının sözlü anlatımı bittiği zaman, terapist şöyle sorabilir: "Travmatik anıda yer alan başka bir şey var mı?" Hastanın tüm travmatik anıyı yeniden yaşadığı kesinleşince, imgesel yüzleştirme sona erer.[1]

Üstünlük İmgesi

Hasta imgesel yüzleşme bölümünü bitirdikten hemen sonra terapist üstünlük aşamasını şöyle anlatabilir:

> "Senden tekrar travmatik anın başlangıcını hayal etmeni ve şimdiki oluyormuş gibi olanları anlatmanı isteyeceğim. Fakat bu sefer daha iyi bir sonuç elde etmek için travmatik imgeleri değiştireceğiz. Başlamaya hazır mısın?"

Hastanın bu noktada sorabileceği soruları bu aşamanın sonuna ertelemek daha iyidir. Hasta hazır olduğunu söylediği zaman, terapist şöyle devam edebilir:

> "Hazır olduğun zaman, travmatik anı tekrar gözünün önüne getirmeye ve yaşadıklarını detaylarıyla anlatmaya başlayabilirsin."

---

[1] Örneğin doğal afetler, iş kazaları, hatta bazı durumlarda tecavüz veya saldırı gibi yetişkin olarak maruz kalınan bazı birinci tip travmalarda imgesel yüzleştirme işlemi yeterlidir. Her ne kadar ampirik olarak denenmemişse de klinik kanıtlar ve geniş bir kliniksel çevreden toplanan geri bildirimler, ikinci tip travmaların tedavisinde travmatik imgenin imgesel yüzleştirmeden hemen sonra değiştirilmesinin çok önemli olduğunu ve birinci tip travmalarda da çok işe yaradığını önermektedir.

Başlangıçta üstünlük imgesi aşaması, imgesel yüzleştirme aşamasına çok benzer. Ancak, travmatik anı tepe noktasına ulaştığı zaman, terapist hastadan bir yetişkin olarak şu anki haliyle kendisini o sahnede görmesini ister. Değişik bir teknikle hastadan kendisinin aynı sahnede travmatik olaya karşı daha değişik bir tepki verdiğini hayal etmesi istenir. Terapist bunu şu gibi sorularla kolaylaştırabilir:

"Şu an bir yetişkin olarak travma sahnesinde kendini hayal edebiliyor musun?

Sen bir yetişkin olarak travma sahnesine girdiğin zaman ne oluyor?

Bir yetişkin olarak sen, şu an ne yapmak isterdin?

Ve kendini bu istediğini yaparken görebiliyor musun?"

Üstünlük imgeleminin özel amacı, kurban imgesi ile baş edebilecek diğer bir imgenin yer değiştirmesini sağlamaktır. Hastalar, kendilerini o sahnede egemen olarak hayal etmeyi beceremiyorlarsa, yardım için sahneye dışardan destek verebilecek insanları çağırarak 'deney' yapabilirler.

İmge değiştirmesi sırasında bilişsel terapist, 'sokratik imgelemeyi'[1] uygularken yönlendirmeli imgelem değil daha çok rehberlik edici bir keşfetme yaklaşımı içindedir. Yeniden anlatılan ve değiştirilen senaryoyu nasıl değiştirmesi gerektiğini söylememeye ve neler olabileceğini önermemeye dikkat edilmelidir. Terapistin rolü öncelikli olarak, hastanın kendisinin üstünlük imgelemi aşamasında hangi imgeleri ve baş etme stratejilerini kullanacağına karar vermesinde ona yardımcı olmaktır.[2]

---

1 İmge değiştirilmesinde kullanılan Sokratik imgeleme, genel olarak Sokratik sorgulamayı kapsar. Travma kurbanlarına baş etme/üstünlük imgelerini terapist tarafından önerilmesi yerine, kendilerinin bulmalarını öngörür. Böylece daha sağlıklı imgeler çıkabilir.

2 Sokratik imgelemin daha detaylı klinik uygulamaları için bkz., Smucker ve Niederee, 1995.

Kendiliği Besleyen İmgeler

Üstünlük imgeleminin tamamlanmasından sonra terapist, yetişkinin doğrudan travma geçirmiş kendiliğiyle etkileşime geçmesini cesaretlendirecek kendiliği besleyen imgelemi teşvik eder. Terapist ve hasta, hastanın travma geçirmiş haline 'çocuk', 'yaralı kendilik' ya da aynı anlamı ifade edecek uygun başka herhangi bir sözcükle karşılık bulabilirler. Terapist, şuna benzer sorularla hastaya yardımcı olabilir:

"Sen, bugünkü yetişkin halinle, travma geçirmiş kendiliğin hakkında ne söyler, ne yaparsın?... Kendini bunu yaparken ya da söylerken düşünebiliyor musun?

Travma geçirmiş kendiliğin nasıl tepki veriyor?

Peki, sen bugünkü yetişkin halinle nasıl bir tepki vermek isterdin?

Sen, bugünkü yetişkin olarak travma geçirmiş kendiliğinin gözlerine baktığın zaman ne görüyorsun?"

Kendiliği besleyen imgelem dönemi bugünkü yetişkinin, travma geçirmiş haline yeterince besleme yapana kadar devam eder. Ne zaman hasta imgeyi sonlandırmaya hazır olduğunu gösterirse, hastadan imgeyi yavaşça uzaklaştırması ve gözlerini açması istenir.

İşleyiş ve Hastadan Bilgi Alma

İmge çalışmasından sonra, hastanın tepkileri tartışılır ve işlenir. İşlemeye yardımcı olmak için terapist:

"Bu, senin için nasıldı?

Şu anda nasıl hissediyorsun?

Yaptığımız çalışma hakkındaki duyguların ve düşüncelerin nelerdir?"

gibi sorular sorabilir.

Seans bitmeden önce hastaya, duygularına hakim olması için yeterli zaman verilmesi önemlidir. Ayrıca terapist hastanın özellikle üzgün olduğu zamanlarda uyguladığı kendiliği yatıştırma ve besleme becerileri hakkında bilgi almalıdır. Bundan sonra seanslar arasında çalışması için terapist, kendiliği yatıştırma-besleme teknikleri hakkında bilgi verir. Eğer hasta geçmişinde kendine zarar veren hareketlerde bulunmuşsa güvenlik anlaşması yapmak çok önemlidir.

Ödev

Hastanın ödevlerini şöyle belirtebiliriz: 1) Tamamlanan imajinasyon seansının kasetlerini[1] günlük olarak dinlemek ve dinlemeden önce ve sonra SSÜ seviyelerini not etmek. 2) Kaseti dinledikten hemen sonra anlatıcı formunda sübjektif tepkilerini yazmak. 3) Yaşadığı acılara kişisel anlam yükleyen travmatik anıları tekrar şekillendirmek. 4) Özellikle üzgün olduğu zamanlarda uyguladığı kendiliği yatıştırma-besleme çabalarını not etmek. 5) Terapi seansları arasında yaşanan geri dönüşlerin yoğunluğunu ve sıklığını 1 ilâ 100 arasındaki bir ölçekte kaydetmek. 6) Eğer travma bir insan yüzünden gerçekleşmişse ve suç işlenmişse, haftada en az bir kere suçu işleyene suçlu hakkındaki duygu ve düşüncelerin yazıldığı gönderilmeyecek bir mektup yazılması. 7) Güvenlik anlaşması yapmak. Her ne kadar verilen ödev hastadan çok şey ister gibi gözükse de, ödevlere sadık kalmak çok iyi sonuçlar vermekle beraber travmatik unsurların duygusal işleminde son derece yardımcı olduğu da görülmektedir.

Sakınma davranışlarının sona ermesi ve TSSB semptomlarının belirli bir şekilde azalması veya yok olması ile kanıtlanmış başarılı bir duygusal işlem gerçekleşinceye kadar, ya da hastanın kalan TSSB semptomlarıyla terapi yardımı olmaksızın başa çıkabileceğinden emin olununcaya kadar bilişsel terapi devam

---

1 Tüm imgesel yüzleştirme ve yeniden şekillendirme seansları kasetlere kaydedilir ve hastaya üzerinde çalışması için verilir.

eder. Birinci tip travmalarda bilişsel terapi genellikle beş-on seans kadar sürer, fakat ikinci tip travmaların terapisi biraz daha uzun sürer.

Çevresel Travma-Sonrası Stres Semptomlarının Tedavisi

Tedavi olmaya gelen travma hastalarının TSSB semptomlarına benzer başka semptomlar göstermesi nadir bir olay değildir. Ancak bu semptomlar TSSB sendromunun çekirdeği olarak görülen travmatik olayın yinelenen bir şekilde görülmesini içermezler. Bu bölümde bunun gibi travma sonrası stresin ikincil semptomlarının örnekleri incelenecek, bilişsel terapi içerisinde kavramlaştırılmaları ve tedavilerine ilişkin ana noktaları gösterilmeye çalışılacaktır.

Aşırı Uyarılma Hali

Aşırı uyarılmışlık semptomları kimi zaman klinik semptomları arasında en çok göze batanlardır. Mesela, aşırı dikkat, abartılmış ürkme tepkileri, kronik uyku düzensizliği, genellenmiş korku/anksiyete vb. her ne kadar rahatsız edici olsalar da bunun gibi tepkiler tamamen aktifleşmemiş bir TSSB sendromunun yan etkileri olabilir ve travmatik anıları, geri dönüşleri ve bunlara bağlı diğer etmenleri sınırlıyor olabilir. Her ne kadar aşırı uyarılmışlık semptomları, travmayla bağlantılı uyarıcıları hastanın bilinç seviyesinden uzak tutsa da; bu durumdaki hastalar 'düşecek bombayı' bekledikleri için, aşırı şekilde kırılgan, sert, korkak ve endişeli görünürler.

Bilişsel terapi bu gibi hastalarda başlangıç olarak hastanın şikâyette bulunduğu belirli sorunlara odaklanır ve beraberce üzerinde anlaşılan tedavi yöntemlerini uygulamaya çalışır. Eğer tedavinin amacı aşırı uyarılma semptomlarını azaltmak veya

yok etmek ise, hastaya bunun kısa dönemde TSSB semptomlarını arttıracağını, fakat bu semptomların ortaya çıkmasının, travmanın duygusal sürecini başlattığını ve bu yüzden uzun süreçte hastaya faydalı olduğunu anlatmak gerekir. Eğer hasta tereddüt gösterirse, hastayla beraber bir kâr-zarar analizi yapmak işe yarayabilir. Aşırı uyarılma belirtilerinin ortadan kalkması ve kalkmaması durumunda artılar ve eksiler değerlendirilebilir.

Eğer hasta aşırı uyarılma belirtilerini azaltmayı seçerse, çift yollu bir yaklaşım izlenilebilinir. Aşırı uyarılma belirtilerinin arkasındaki inançların ve güçsüzlük, hassaslık gibi şemaların tanımlanması ve onlara müdahale edilmesinin yanı sıra hastaya günlük olaylarla başa çıkabilmesi için yeni stratejiler verilebilir. Böylece bilişsel terapist, standart bilişsel terapi, fonksiyonsuz düşünce kayıtları, rahatlama eğitimi, sakinleştirici imge çalışmaları, kontrollü nefes çalışmaları, beceri kazanma çalışmaları, vücut elektriğini azaltma çalışmaları gibi stresle baş etme eğitimi müdahaleleri[1] ve farmakolojik müdahalelerin yanında şema odaklı müdahalelerde de bulunabilir.

Değişimden korkan ve 'zırhlarını' çıkarmak istemeyen hastalarla karşılaşıldığında, terapötik hedeflerin açık ve mantıklı bir şekilde söylenmeden bilişsel terapiye geçilmesi mazur görülemez.

Dağılma (Disosiyasyon)

Bazı travma hastalarında sık sık gerçekleşen dağıtıcı (disosiyatif) olayların ardından daha genel bir ruhsal kökenli amnezi görülür. Her ne kadar dağılma, travma anının acı veren anılarından ve günlük hayatın stresi ve gerginliğiyle gelen nahoş etkilerinden hastayı korusa da aynı zamanda bu durumların yapıcı etkilerini de engeller. Örneğin bireyleri işlerini veya eşlerini kaybetme riski ile yüzleştirebilir. Eşi veya patronu dağıtıcı

---

1 Stres aşılama çalışmalarının detaylı bir açıklaması için bkz., Foa vd. (1991) ve Meichenbaum (1993).

olaylara artık katlanmak istemeyebilir veya bireyin verimsizliğini hoş görmeyebilir.

Dağıtılmış hasta ile bilişsel tedavi, ilk önce dağılmanın doğasını ve işleyişini anlatarak başlar. Travma anında ne sıklıkla uyumlu başa çıkma tepkisi olabileceği, uzayan bir TSSB sendromunun parçası olduğu zaman ne kadar uyumsuz ve işlevsiz olabileceği anlatılır. Dağılmanın hastanın geçmişini incelemek için oldukça faydalı bir strateji olabilmesi konusunda karşılıklı olarak çalışıldıktan sonra, terapist hastadan kendini dağılmanın yarar ve zararlarını değerlendirmesini ister. Uyuşturucu bağımlıları ile çalışırken olduğu gibi, tedavinin işe yaraması için hastanın iyileşmeyi istemesi gerekir. Her şeyden önce hasta, kendiliğinin dağılmaya devam etmesinin uzun vadeli zararlarının kısa vadeli faydalarından daha baskın olduğunu görmesi gerekir. Dahası, hastanın kendiliğinin dağılmadan vazgeçtiği zaman yoğun bir şekilde acı çekeceği ve bazen bu acının dayanılmaz bir hal alabileceği bildirilmelidir.

Doktor, hastanın dağılmayı bırakmak istediğinden emin olunca, bilişsel tedavi başlayabilir. Odak noktası olarak hastanın duygusal acıyla baş edebilme becerisini arttırmanın yanında, dağılma anlarıyla yer değiştirecek başka stratejiler geliştirilir. Böylece eğer somut tedavi hedefleri şunlar ise; 1) hastanın kendiliğinin dağıldığı anları fark edilir bir şekilde azaltmak ve yok etmek, 2) katlanabileceği duygusal acı eşiğini arttırmak ki bunlar bir tedavi için son derece iyi hedeflerdir, bu durumda deneme yanılma yoluyla birçok bilişsel müdahale yapılabilir. Uzatmalı yüzleştirme[1], duygusal dayanıklılık çalışmaları, kontrollü nefes alma, rahatlama çalışmaları, beceri kazanma çalışmaları ve vücut elektriğini dışarıya verme çalışmaları; farmakolojik müdahaleler ve günlük fiziksel çalışmalar bu bilişsel müdahalelerin içinde gösterilebilir.

---

[1] TSSB'den şikayetçi tecavüz kurbanlarında uzatmalı yüzleştirmenin tedavilerde kullanımı, teorisi ve mantığı hakkında geniş bilgi için bkz., Foa ve Kozak (1986) ve Foa vd. (1993).

Eğer hasta dağılmış halinden vazgeçmek istemiyorsa, bilişsel terapi, açık ve mantıklı tedavi hedefleri belirleninceye ve hasta bu hedeflere ulaşmayı gerçekten isteyinceye kadar ertelenebilir.

Genel Duygusal Duyarsızlaştırma

Bazı travma hastaları travmalarına ilişkin acıdan sakınmak için duygusal olarak kendilerini duyarsızlaştırmayı seçerler. Eğer duygusal olarak herhangi bir şey hissederlerse negatif etkilerle tamamen yok olacaklarını düşünürler. Bunun gibi duygusal korunma stratejileri travma kurbanlarını, travmanın negatif etkilerinden 'korusa' da, onları travma anında 'takılı' bırakır. Normal insani duygularını hissetmelerini engelleyip, insanlarla bağ kurmalarını engeller ve yalnız bir hayat sürmelerine yol açar.

Bu gibi hastaların tedavisinde yardım istenilen sorunların tekrar açıklığa kavuşturulması ve tedavi hedeflerinin yeniden tanımlanması çok önemlidir. Eğer hastanın tedavi edilmesinin amacı, duygusal olarak tekrar canlanma ise, terapist için hastanın neden ve nasıl bu karara vardığını anlamak önemlidir. Ayrıca hastanın, tedaviden önce duygusal canlanmanın TSSB semptomlarını arttıracağını ve yüksek negatif etki yaratabileceğini bilmesi gerekir. Eğer hasta hala devam etmek isterse, birçok bilişsel ve davranışsal müdahale uygulanabilir. Deneme yanılma temelli bu müdahaleler gibi seans içinde ve sonrasında duygusal yoğunlaşma egzersizleri gibi duygusal toleransı arttırma ve başkaları ile iletişimi geliştirme odaklıdır.

Diğer yandan hastanın direnci yok olmaya başlayıp hasta aşırı duygusal yükleme ile karşılaşırsa, hastanın terapiden ne beklediği açıklığa kavuşturulmalıdır. Örneğin hasta tüm duygularından arınmak için daha etkili stratejiler isterse, hastaya travma olayını atlatabilmesi için duygusal bir süreçten geçmesi gerektiği, bu süreçten geçmezse sürekli olarak bu durumda kalacağı, travmayı atlatabilmesi için travmanın yol açtığı acıya

katlanması gerektiği anlatılmalıdır. Tekrar bilişsel terapi açıkça tanımlanmış tedavi hedefleri bağlamında en iyi bir şekilde kullanılabilir.

Kısmi Müdahaleli İmaj Oluşturma

TSSB müdahaleleri ve reddetme/uyuşma tepkileri arasında gidip gelen veya kısmen travma anına ilişkin geri dönüşler gerçekleştiren hastalar, duygusal olarak ele almaya çekindikleri travmatik anıların acı veren kısımlarını gizliyor olabilirler. Uzatılmış imgesel yüzleştirme, tüm travmatik 'korku ağını' aktifleştirmede ve travmatik sürecin hızlandırılmasında kullanılabilir.

Travmatik olayların anlamsız veya belirsiz anılarını gören hastalarda terapist çok yönlendirici ve önerici olmamalıdır. Emin olmak için, bilişsel terapist 'yanlış anılar' üretebilecek bir işlem olan 'belleği yeniden şekillendirme' sürecine girmemelidir. Benzer şekilde, 'hafıza tazelemek' için uygulanan hipnoz yöntemi etkili veya güvenilir bulunmakla beraber bilişsel tedavide kullanılmaz.

VAKA ÖRNEĞİ

Maria 19 yaşındayken bakıcılığını yaptığı çocukların büyükbabası tarafından tecavüze uğramış 40 yaşındaki bir bayandı. Her ne kadar bu birinci tip travmaya girse de, aradan geçen 21 senede nerdeyse her hafta travma anı hakkında kâbuslar görmüştü. Her kâbusunun aynı şekilde gerçekleştiğini ve her kâbusunda tekrar tecavüze uğradığını hissettiğini söylüyordu. Birincil tanı olarak TSSB rahatsızlığının yanı sıra, Maria aynı zamanda kronik uyku düzensizliği, anksiyete ve depresyon da yaşıyordu. Yıllardır psikiyatrik tedavi görmesine rağmen, kâbuslarında bir değişim olmamasından şikâyetçiydi.

Maria bilişsel tedaviye psikiyatristi tarafından yönlendirilmişti. O zamanlarda hastanenin dolu olan psikiyatri ünitesinde kalıyordu. Eyalet dışında oturduğu ve yakın zamanda evine döneceği için terapist, klinik çalışmalar için pek fazla zamana sahip değildi.

Seans esnasında, Maria'dan imge çalışması yapmaya gönüllü olup olmayacağı soruldu. Ömrünün büyük bir bölümünü, bu kâbuslardan rahatsızlık duyarak geçirdiği için her şeyi yapmaya hazır olduğunu belirtip, kabul etti. Maria'dan gözlerini kapatıp, tecavüz/kâbus sahnesinin başını hayal etmesi ve detaylı bir şekilde anlatması istendi. Büyük bir duygusal sıkıntıyla, Maria kâbus/tecavüz sahnesini anlatmaya başladı. İmgesel yüzleştirme aşaması bittiğinde, imgesel değiştirme aşaması başladı. Bu aşamanın başında Maria tecavüz sahnesini tekrar baştan anlatmaya başladı. Travmatik imge doruk noktasına eriştiği zaman, Maria'ya bu noktada ne yapmak istediği soruldu. Cevabı; suçlunun kasıklarına tekme atmak istediği, ama bunu yapmaya korktuğu şeklinde oldu. Terapist bu imgeyi denemek ister misin diye sordu ve Maria kabul etti. Sonra Maria'dan kendisini, onun kasıklarına tekme atarken hayal etmesi istendi ve bunu kolaylıkla yaptı. Sonra, suçlunun bu duruma nasıl bir tepki verdiği soruldu ve Maria yanıtladı: "Yerde acıyla kıvranıyor ve eliyle kasıklarını tutuyor." Bu Maria için 'güçlendiği' bir an oldu, çünkü yerdeki suçluyu birkaç kez daha hayali olarak tekmeledi. Sonra Maria kendisini, suçluya karşı nasıl savunduğunu, onun hakkında düşündüklerini, onun 'vahşi' davranışları yüzünden yıllarca nasıl acı çektiğini anlatırken düşündü. Böyle bir şeyi daha önce hiç dile getirmemişti.

Seansın sonunda Maria'nın duygusal durumu kesinlikle değişmişti. Gülümsemekle kalmıyor aynı zamanda, kendisini hafiflemiş hissediyordu. O gece aynı kâbusu tekrar gördü, fakat bu sefer suçlu karşısında seanstaki gibi güçlüydü ve seansta hayal ettiklerini kâbusta uygulayabilmişti. Her ne kadar başka terapi seansı yapılamamış olsa da, terapisti ilerleyen aylarda telefonla kâbus görüp görmediğini sordu. Her defasında Maria ar-

tık kâbus görmediğini söyledi. Terapistin Maria'yla en son bağlantısı seanstan altı ay sonra gerçekleşti ve Maria hala kâbus görmüyordu.

Her ne kadar bu örnek, bilişsel terapinin TSSB'li bir hastada kısa vadeli kullanımını gösterse de, bilişsel müdahalelerin sınırlı durumlarda ne kadar etkili olabileceğini göstermektedir. Bilişsel bir çerçeve içinde Maria'nın duygusal sıkıntısını ele alırsak, bilişsel terapinin en temel prensibini görürüz. Duygusal acı doğrudan negatif/üzücü bilişe bağlıdır ve negatif bilişin ortadan kalkması ya da değiştirilmesi söz konusu duygusal sıkıntının rahatlamasına yol açar. Maria'nın konumunda hedeflenen biliş, kâbuslarındaki 'mağdur olma' imgesiydi. Terapist 'terapötik açıdan güvenli ortamı' yaratarak, Maria'nın bir seansta güçsüzlük şeması ile karşı karşıya gelmesine ve tecavüze bağlı 'mağduriyet' hissini güçlülük hissi ile değiştirmesine yardımcı olmuştur. Sonra Maria bu yeniden yapılandırılmış senaryoyu kâbuslarındaki mağdurluk imgesi ile değiştirebilmiş ve kâbuslarını tamamen ortadan kaldırabilmiştir.

REFERANSLAR

Anderson, M.P. (1980). Imaginal processes: therapeutic applications and theoretical models. *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions* içinde, ed. J.J. Mahoney, New York: Plenum.

Beck, A.T., Emery, G. ve Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobais: A Cognitive Perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A. ve çalışma arkadaşları (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic Books.

Bretherton, I. ve Waters, E., eds. (1985). Growing Points of attachment. *Monographs of the society for Research in Child Development.* 50(1–2) Seri 209.

Cashdan, S., (1988). *Object Relations Therapy: Using the Relationship.* New York: Norton.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994). 4. Baskı Washington DC: American Psychiatric Association.

Edwards, D.J.A. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy:* An Intenational Quarterly 4:33–51.

Foa, E. B. ve Kozak, M.J. (1986) Emotional processing of Fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99:20–35.

Foa, E. B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. ve Murdock, T.B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparisın between cognitive-behavioural procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:715–723.

Foa, E. B., Rothbaum, B.O. ve Steketee, G.S. (1993). Treatment of Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence* 8:256–276.

Henry, W.P., Schlacht, T.E. ve Strupp, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(6):768–774.

Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndromes*, 2. Baskı. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Meichenbaum, D.A. (1993). Stress inoculation training: a twenty year update. *Principles and Practices of Stress Management*

içinde, ed. R.L. Woolfolk ve P.M. Lehrer. New York: Guilford.

— (1994). A clinical Handbook/Practical Therapist Manual. For Assessingand Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Waterloo, Ontario: Institute Press.

Moore, B.E. ve Fine, B.D. (1990). *Psychoanalytic Terms and Concepts.* New Haven, CT: Yale University Press.

North, C.S., Smith, E.M. ve Spitznagel, E.L. (1994). Violence and the homeless: an epidemiologic study of victimization and aggression. *Journal of Traumatic Stress* 7:95–110.

Peterson, K.C., Prout, M.F. ve Schwartz, R.A. (1991). *Post-Traumatik Stress Disorder: A Clinician's Guide.* New York: Plenum.

Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy* 18:51–60.

Smucker, M.R., Dancu, C.V., Foa, E.B. ve Niederee, J.L. (1995). Imagery rescripting: a new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from post-traumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy:* An International Quarterly 9(1):3–17.

Smucker, M. R. ve Niedere, J. L. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure end rescripting. *Cognitive and Bhavioral Practice* 2:63–93.

Stamm, B. H., ed. (1996). *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation.* Lutherville, MD: Sidran.

Staton, J. (1990). Using nonverbal methods in the treatment of sexual abuse. *Violence Hits Home: Comprehensive Treatment Approaches to Domestic Violence* içinde, ed. S. M. Stith, M. B. Williams, and K. Rosen, New York: Springer.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148:10–20.

Van der Kolk, B. A. ve Van der Hart, o. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146:1530–1540.

— (1991). The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago* 48:425–454.

Vardi, D. J., Fisler, R. E., and Koenen, K. (1994). *Qualitative aspects of traumatic and nontraumatic memories: a preliminary study.* Post session presented at the 10th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago, November.

Young, J. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

II

MADDE KULLANIMI

Cory F. Newman

Bilişsel terapi, yirmi yılı aşkın bir süredir madde kullanımı bozukluklarının tedavisinde uygulanmaktadır.[1] Fakat yaklaşık 1990 yılına kadar madde kullanımının tedavisinde, bilişsel model pek az biliniyordu. Uygulanan önemli tedavi metodları daha çok, farmakoterapi,[2] oniki-aşama grupları (ör., Alcoholics Anonymous, 1955), karşılıklı 'gerçeklik' terapisi[3] ve sosyal öğrenme yaklaşımlarıydı.[4]

Ulusal Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Enstitüsü tarafından yapılan kapsamlı ve kolektif bir çalışma sonucu, psiko-sosyal tedavilerin madde bağımlığına faydasının incelenmesi ve bununla birlikte kapsamlı bir tedavi kılavuzunun yayınlanması bilişsel terapiyi daha çok ön plana çıkarmıştır.[5]

Bilişsel terapi, hastaların zararlı ve bağımlılık yapan maddelerden salkınma ile ilgili nihai hedefleri doğrultusundaki gayretlerine ve yeni yaşam becerileri edinmelerine yardım etmeyi hedefleyen oldukça aktif bir tedavi metodudur. Örneğin, uzun bir süredir madde bağımlısı olan hastaların çoğu, problem çözme, iletişim kurma, organizasyon, zamanı kontrol etme, kendini ifade etme ve gözlemleme yeteneklerini verimli ve doyurucu bir yaşam için yeterli olabilecek seviyede geliştirememişlerdir.

---

1 Bkz., Beck ve Emery, 1977.

2 Bkz., Jaffe, 1995; Kosten vd., 1992.

3 Glaser, 1981.

4 Bkz., Abrams ve Niaura 1987, Sobell vd. 1988

5 Beck vd., 1993.

Bilişsel terapi, hastaların öz yeterliliklerini yeniden inşa edip yaşam stresini azaltmak, dolayısıyla da problemin döngüsel şekilde tekrar nüksetme ihtimalini zayıflatmak için, daha çok bu gibi yeteneklerin hastalara kazandırılmasına odaklanmaktadır.

Bilişsel Terapinin Diğer Madde Kullanımı Tedavileriyle İlişkisi

Bilişsel terapi, yukarıda adı geçen diğer tedavi modelleriyle uyumlu ve onları tamamlayıcıdır. Pennsylvania Üniversitesi Bilişsel Terapi Merkezi'nde, hastaların bireysel bilişsel terapi, methadone[1] bakımı ve oniki-aşama destek grupları gibi çoklu tedavilere daha iyi yanıt verdikleri gözlemlenmiş ve bu tedavilerin bir arada kullanılmasının özellikle daha etkili olabileceği ispatlanmıştır.[2] Bununla birlikte, çoklu ve eş zamanlı tedavilerin madde kullanımına uygulanmasında karşılaşılan en büyük engeller ekonomik imkânsızlık ve kendi tedavi metodlarının sıkı savunucusu olan bazı terapistlerin, hastaların diğer çözüm şekillerini arama azmini kıran katı görüşleridir.

Bilişsel terapistler madde kullanıcıları için sosyal desteğin öneminin farkında oldukları için onları oniki-aşama oturumlarına katılmaya teşvik etmektedirler. Aynı şekilde uygun olduğunda ve tıbben denetlendiği zaman genel ilaçla psikiyatri tedavilerinden kimyevî agonist ve antagonistlere[3] kadar farmakolojik tedaviler de salık verilir. Yetenek kazanımına güçlü vurgusundan dolayı bilişsel terapinin, hastalara uzun vadede terapötik kazanımlarını sürdürmelerine yardımcı olmada özel-

---

1 Morfin yerine kullanılan sentetik uyuşturucu.

2 Onken vd., 1995.

3 Agonist: Doğrudan doğruya "dopamin" alıcılarını uyararak sinir iletici etkinliğini artıran psikoaktif bir madde.
Antagonist: Bir sinir alıcının aktivasyonunu önleyen ilaç, hormon veya sinir iletici.

likle etkili olduğu öne sürülmektedir. Madde kullanımı tekrar nükseden bir bozukluk olduğu için bu fayda yeteri kadar belirgin bir şekilde vurgulanamamaktadır.

TANISAL SORUNLAR

Madde kullanımı ve bağımlılığının tanısal alanları aslında oldukça geniştir.[1] Standart, planlı tanısal görüşmelerde deneyimli olanlar madde kullanımı teşhisi koyabilmek için ne kadar zaman ayrılabileceğini bilirler. Fakat tam olarak hangi tip davranışların madde kullanımına yol açtığı ve hangi müdahalelerin kısmî gerileme, tam gerileme ve tekrar nüksetme kriterlerini karşılayacağı üzerinde uzlaşma sağlanması oldukça güçtür.

Bu tanısal sorunların tam bir açıklaması bu bölüme sığmaz. Fakat kimyevî maddelerin kullanılmasının kayda değer zararlara sebep olduğu ve bunların aile, iş, sağlık ve toplumsal kurallara uyum gibi hayatın önemli ilgi alanlarını etkilediği fikrini oluşturan, madde kullanımının bütün kriterlerini gösteren genel bir payda üzerinde çalışmak öğretici olmakla birlikte bağımlı bireyler, maddeyi kullanmaya ısrarla devam etmektedirler. Bu şablon daha ağır madde kullanımı şeklinde kötü sonuçlar vermekte ve sık sık daha ciddi hayatî problemlere neden olmaktadır. En sonunda, kullanıcı krize girer ve pek de kesin olmamakla birlikte bundan sonra tedavi devreye girer. Aile yıllıkları ve tıbbî kayıtlar, madde kullanımı problemlerinin tedavisini kabul etmeden mezara giden insanların talihsiz hikâyeleriyle doludur. Madde kullanıcılarını tedavi eden terapistler, öncelikli klinik amacın hastaya ciddi bir problemi olduğu gerçeğini kabul ettirmek olduğunu bilirler. Aslında, bu bölümle ilgili bi-

[1] Not: Uygunluk amacıyla, bu bölümde madde kullanımı terimi fizyolojik bağımlılık fenomenini de kapsamına alacaktır.

lişsel terapinin temel hamlesi bu amaca nasıl ulaşılacağını göstermek olacaktır ki ilave müdahaleler yapılabilsin.

Madde Kullanımı ve Tekrar Nüksetmesinde Uygulanan Bilişsel Model

Genel itibariyle, madde kullanımının bilişsel modeli hastalık nedenleri ile ilgilenen bir model değildir. Madde kullanımının temel nedenleri çoklu, değişik ve karşılıklı ilişki içindedir.[1] Madde kullanımının başlamasında; kalıtsal yatkınlık, hücresel uyum, ebeveynlerin ve akranların model alınması, sosyo-ekonomik faktörler, yaşıtların baskıları, maddelerin etkileri hakkında yanlış inançlar, zayıf kendilik imajı, maddeler üzerinde bireysel hâkimiyet konusunda abartılı görüşler, maddelere ulaşabilmenin kolaylığı, kendi başına ilaç alarak sıkıntılardan kaçma ve diğer birçok etkenler sayılabilir.

Bununla birlikte, bilişsel model, madde kullanımı davranışlarının devam etmesini, yeniden nüksetme eğilimini ve yapılabilecek terapötik müdahale alanlarını anlayabilmek için özellikle öğretici kavramsal bir sistemdir. Bilişsel model madde kullanımı fenomenini yedi öğeye ayırır. Her bir öğe problematik davranışı sürekli kılan olaylar zincirinde bir halkayı temsil eder ve terapötik müdahale için potansiyel bir alan önerir.

1. Yüksek Risk Uyarıcıları: Bunlar, oniki-aşama gruplarının işaret ettiği 'insanlar, mekânlar ve nesneler' gibi dışsal uyarıcıları içermektedir. Yeni gelen değişik bir maddeyi isteyip istemediğini sormak için telefon açan uyuşturucu satıcısı, kokain hazırlamak ve çekmek için kullandığı ilk el aynası, televizyonda reklamı yapılan bir bira, uyuşturucu satın almayı başardığı cadde köşesi ve bunun gibi kendi haricindeki diğer uyarıcılar ör-

[1] Woody vd., 1992.

nek olarak gösterilebilir. Başarılı planlama ve uyanık dikkatle bu uyarıcıların çoğundan kaçınabilinse de tam bir kaçınma pratik olarak mümkün değildir. Dolayısıyla, madde kullanıcısının kendisini korumasını sürdürebilmesi için başka pek çok müdahaleler de gerekmektedir. Yine de, yukarıda bahsedilen uyuşturucu türleri ile yüzleşmedeki azalma itidalli olmak için olumlu bir aşamadır.

İçsel yüksek risk uyarıcıları duygusal ve fizyolojik haller tarafından temsil edilmektedir. Bu durumlar, madde kullanıcılarına önceden alıştıkları zamanları hatırlatmanın yanı sıra, anksiyete duygularını yok etmeye çalışmak gibi içsel durumu engelleme ya da cinsel bir deneyimi büyük gösterme gibi içsel durumu geliştirme yoluyla bilinçlerini dönüştürme arzusunu canlandırmaktadır. Oniki-aşama grupları, 'aç, kızgın, yalnız ve yorgun' olma yüksek risk uyarıcılarını temsilen bunların baş harflerinden oluşan kısaltmalar kullanırlar. Hastalar çoğunlukla ümit etseler de bu içsel durumları sonsuza dek engellemeyi beklemezler. Onlar bunlarla aktif bir şekilde başa çıkmayı öğrenmelidirler. Bilişsel terapi özellikle bu alanda çok etkilidir.

2. Uyuşturucular Hakkında Yanlış İnançlar: Bunlar, birçok madde kullanıcılarının maddeler ve alışkanlıkları hakkında sürdüregeldikleri yanlış bakış açılarıdır. Bazen bu inançlar yanlış bilgilendirmeden kaynaklanır ki, bu durumda psiko-eğitime ihtiyaçları vardır. Bazen de madde kullanıcısının uyuşturucu kullanımı davranışının zararlı etkilerini inkâr etmeye devam etmesini sağlayan kendini besleyici söylencelerden kaynaklanır. Bu durumda ise onların kendini gözlemleme ve inançlarını mantıksal bir şekilde yeniden değerlendirme yeteneklerini öğrenme ve uygulamaya ihtiyaçları vardır.

Bu inançların çoğu uyuşturucunun üreteceği rahatlama duygularına odaklıdır ve yaygın olarak bilinen sonuçlarını göz ardı etmeye yöneliktir; "işten sonra rahatlamak için biraz kokaine ihtiyacım var" örneğindeki gibi. Diğer inançlar uyuşturucunun güçlü çekiciliği ile ilgilidir; örneğin, "uyuşturucu kullanmak istediğini hissettiğinde, seni durduracak hiçbir şey yok-

tur". Diğer yanlış inançlar ise; "Ben istediğim kadar bira içebilirim, çünkü bira gerçekte alkol değildir," ya da "kokaini koklayarak çektiğim sürece problem yok, çünkü kokain ancak onu sigara gibi içersen ya da bir vuruş yaparsan bağımlılık yapar ve tehlike taşır" gibi uyuşturucuların etkileri hakkında doğru olmayan varsayımlardır.

Uyuşturucular hakkında bir başka yanlış inanç grubu da, diğer psikolojik bozukluklarla ilgili inanç türlerinden kaynaklanan ve onlarla etkileşim içinde olanlardır. Örneğin, sosyal fobisi olan bir kişi şuna inanabilir: "İnsanlarla duygusal bir gerilime girmeden ilişki kurabilmem için uyuşturucu kullanmam (kafayı bulmam) lazım". Benzer bir şekilde, depresyondan veya daha ciddi bir şekilde sınır durum kişilik bozukluğundan acı çeken bir kişi şöyle inanabilir: "Ben zaten iyi bir hayatı hak etmiyorum, öyleyse devam edebilirim ve gittikçe kötüleştiğim anlarda bana az da olsa rahatlık veren ilaçlarla yavaş yavaş kendimi öldürebilirim." Genellikle çoklu teşhis konulmuş hastalar bu tür inançlara sahiptirler ve bu inançlar bilişsel terapide güçlü bir müdahale alanını göstermektedir.

3. Otomatik Düşünceler: Bunlar hastaların, psiko-aktif kimyasalları kullanmaya olan fizyolojik arzu ve dürtülerini büyütme sınırında ürettikleri anlık düşünce ve hayallerdir. Terapistler genellikle hastalarının, uyuşturucu kullanma arzularını ve niyetlerini alevlendirme başlangıcı olarak kendi kendilerine, geçmişe bakarak, "S...et!" ya da "Ne olduğunu umursamıyorum" dediklerine şahit olurlar. Diğer, sıklıkla değerlendirilen otomatik düşünceler, ilk 'vuruş' hayallerini, 'parti zamanı' veya 'hadi yapalım şunu' gibi cümleleri ve 'yüce'[1] olma deneyimi hakkında beklenen düşünceleri içermektedir. Bu spontane düşünceler madde kullanıcısının uyuşturucuları kullanmaya karar vermesine yol açmaktadır.

---

1 Argoda, uyuşturucunun tesiri altında olmak anlamında kullanılan bir terim (çev.).

Bilişsel terapistler, hastalara, bu düşünceleri gözlemlemeyi, bu düşüncelerin fiziksel duyular ve uyuşturucu kullanmaya karar verme süreçleri üzerindeki etkisinin daha çok farkında olmayı öğretir. Hastaların bu otomatik düşüncelerin ilk/görünür değerini kabul etmeyip aksine geçerliliğini ve çok yönlülüğünü sorgulamayı öğrenmeleri hayatî bir önem taşımaktadır.

4. Şiddetli Arzular ve Dürtüler: Bunlar madde kullanıcılarının, kendilerini rahatsız hissetmelerine yol açtığı ve uyuşturucuyu kullanmamaya karar vermelerini zorlaştırdığı şeklinde ifade ettikleri fizyolojik duyulardır. Hastalarımızın çoğu, şiddetli arzuları bastırmanın tek yolunun uyuşturucu kullanmak olduğu şeklindeki yanlış inancı sürdürürler. Kimyasalın vücuda girdiğinde fizyolojik geri çekilme semptomlarının geçici olarak hafiflediği konusunda bir bakıma haklılar. Fakat bu sadece hastanın uyuşturucuya olan bağımlılığını ve gelecekteki daha yoğun arzu ve dürtülerini şiddetlendirmektedir.

Bilişsel terapistler hastalarını şiddetli arzuların döngüsel doğası; aslında, genel olarak insan arzularının döngüsel doğası hakkında bilgilendirirler. Hastaların, bu arzular sırasında uyuşturucu kullanmayı ertelemeyi denemelerini sağlarlar. Böylece arzuları doğrultusunda hareket etmezlerse duyularının yatışacağını öğrenirler. Bilişsel terapi hastaları, dikkatlerini şiddetli arzularından başka yöne çevirmeyi ve uyuşturucuyu kullanma dürtüleri ile gerçekteki arayışları arasına bilinçli bir erteleme periyodu eklemeyi öğrenirler. Bu biraz zaman alır ve tahrik edici uyuşturucunun nerdeyse tamamen 'bilinçsiz' doğasını çoğunlukla bozar, örneğin; "Ne olduğunu bilmiyorum, Doktor! Ben iyiydim, fakat bildiğim diğer şey, bir bardaydım ve tamamen mahvolmuştum."

5. Uyuşturucu Kullanmayı Normalleştirici Düşünceler: Daha geleneksel psikoterapilerin tabirine göre bu fenomen 'makulleştirme' olarak bilinir, dolayısıyla hasta gizlice, bazen de açıkça uyuşturucu kullanmak için iyi bir sebep olduğunu ve/veya şu an kullanmaktan sakınmak için yeterince iyi bir sebep olmadığını iddia eder. Bu bilişsel süreç, en azından anlık

da olsa, madde kullanıcısının suçluluk duygusu hissetmeden uyuşturucu kullanmasına neden olur. "Yeterince uzun bir süredir 'iyiyim', öyleyse ayıklığa biraz ara vermek ve bugün biraz uyuşturucu kullanmak zarar vermez herhalde," ve "Kullanmaya ihtiyacım var, böylece kendimi kontrol edip edemediğimi test edebilirim, belki de çok az kullandığımda önceden olduğum gibi bağımlı olmam" gibi düşünceler genellikle karşılaşılan 'izin verici' düşüncelerdir. Bazı hastalar, "Kullansam da kullanmasam da, bu kimseyi ilgilendirmez, sadece beni ilgilendirir, o halde eğer kendim memnun oluyorsam kullanırım," ve "Kimse bilmediği sürece problem yok, çünkü problem benim uyuşturucu çektiğim değil çekerken yakalanmamdır" gibi daha açık bir şekilde meydan okuyucu izin verici düşünceleri ifade ederler.

Bilişsel terapide hastalar izin verici düşüncelerini test etmeyi, oldukları şekliyle etiketlemeyi ve bu düşünme sürecinin aldatıcı doğasını anlamayı öğrenirler. Örneğin; "Ben sadece bir bira içeceğim" diye düşünerek bira içme niyetlerini minimuma indirgeyen hastalardan bu düşünceyi yüksek sesle tekrar dile getirmesi fakat bunu, cümleye gizli izin verici tonunu veren 'sadece' kelimesi olmadan yapması istenir. Hastalar bu bilişsel değişiklikleri gerçekleştirmeyi bir alışkanlık meselesi olarak öğrenirler, böylece kendini aldatma azalır.

6. Uyuşturucuya Ulaşma Stratejileri: Bu stratejiler madde kullanıcılarının uyuşturucuyu elde etmek ve kullanmak için gerçekleştirdikleri davranışsal aşamalara işaret eder. Örnekler, gizlenen maddeyi almak için tuvalete gitmeyi, maddeyi sağlayan kişiyi aramayı, bir bara gitmeyi, belirli bir cadde köşesinden geçmeyi ve arkadaşlardan ve aile üyelerinden genellikle sahte numaralar yaparak para istemeyi içermektedir.

Bilişsel terapistler hastalarının, tercih ettikleri uyuşturucuları elde etmede kullandıkları standart metodların ve kolayca elde edilmesi için gereken imkanları sağlama yollarının farkına varmalarına yardımcı olurlar. Daha sonra, bu uyuşturucuları taşımanın son derece zor olduğu ve bunun neticesinde yaşamlarını

yeniden yapılandırmaları gerektiği üzerinde yoğunlaşan bir terapötik strateji uygulanır. Bu strateji, hasta uyuşturucu satıcılarının yoğun olduğu bir çevrede uyuşturucu kullanan ve/veya yaşayan aile üyeleriyle yüzyüze geldiği zaman başarılı olmak için özellikle etkilidir.

7. Bağımlılık Yapan Maddeyi Kullanma: Yedi aşamalı modelin son aşaması hastanın uyuşturucuları veya alkolü gerçekte kullanmasıdır. Bu, madde kullanımı sürecinde normal bir sonuç olarak değil bir aşama olarak düşünülmektedir. Bilişsel modelin içinde bulunduğu bu süreç sosyal öğrenme ve zarar azaltma modellerine[1] benzemektedir. Ayrıca bilişsel model, uyuşturucunun tekrar nüksetmesini, hastanın maddeyi kullandığı eski haline geri döndüğü 'hep ya da hiç fenomeni' olarak görmez. Bunun yerine, alkollü bir içkiden alınan her bir yudum, esrar piposundan çekilen her bir nefes ve yutulan her bir hap, hastanın karar verme sürecinde yeni bir nokta olarak görülür.

Ne yazık ki, madde kullanıcısının bu noktada tükettiği maddelerden çok fazla zarar gördüğü için sonraki kullanımları engellemeye ve durdurmaya karar vermesi çok zor olmaktadır. Bununla birlikte, bu yedinci aşama olaylar zincirinde sık sık döngünün ilk aşamasına göndermede bulunur, çünkü madde kullanıcısı çoğunlukla çok pişman hissedecek ve/veya depresif bir çarpıntı ya da kullanma eyleminin neden olduğu diğer olumsuz sonuçlardan acı çekecektir. Bu da yeni bir yüksek risk uyarıcıları grubunu oluşturacak ve tehlikeli döngü devam edecektir. Bundan dolayı, bilişsel terapinin temel hedeflerinden biri de bu döngüyü engelleyebilmek, örneğin; hastanın çaresiz hissettiği ve "Zaten tam olarak ayık değilim, o halde bu büyük eğlenceye devam edebilirim" şeklindeki yanlış inancını sürdürdüğü için tamamen bilinçsiz olmasına neden olacak tek bir hataya izin vermemek için hastalara birçok kendini değerlendirme ve kendine müdahale etme araçlarını sağlamaktır.

---

[1] Bkz., Marlatt vd., 1993.

Her ne kadar bilişsel model yukarıda basitliğine göre düzenli bir sıra ile sunulmuş olsa da, gerçek şu ki madde kullanımı süreci zincirin herhangi bir halkasında başlayabilir ve yeri değişebilir. Yine de bu model, klinisyenler ve hastalar için müstesna bir şekilde faydalı bir bulgusal metod sağlamaktadır.

İNKÂRLA KARŞILAŞMA

Madde kullanıcılarını tedavi eden terapistlerin aşmak zorunda oldukları zorluklardan biri hastaların maddelerle ilgili problemlerini minimuma indirgemeleri ve açıkça inkâr etmeleridir. Nesnel deliller aksini kabul etmeyi zorunlu kıldığı[1] zamanlarda dahi maddeleri kullandıklarını kabul etmeye zaman zaman isteksiz olurlar. Uyuşturucu yüzünden cezaevinde yatmış olan madde kullanıcılarını tedavi eden terapistler bu fenomenin tamamen farkındadırlar ve burada incelenen vaka çalışması tam olarak bu tarz bir hasta ile ilgili olacaktır.

Prochaska ve çalışma arkadaşları (1992) madde kullanıcılarının geçirdiği 'değişim aşamalarını', problemi kabullenmeye olan isteksizlikten, ciddi sakınma kararına ve uzun vadede bu kararlılığı sürdürmeye kadar, ikna edici bir dille izah etmişlerdir. Açıkçası madde bağımlıları değişime karşı reddedici veya kararsız bir tutum izlemek yerine değişimi gidebileceği son noktaya kadar istiyorlarsa, bu durumda terapistler onlara yönelik işbirlikçi terapi programlarını çok daha kolaylıkla oluşturabilirler. Bununla beraber madde kullanıcılarını tedavi eden terapistler, görece değişime hazırlıksız hastalara yönelik genel bir klinik temel tespit etmelidirler. Çünkü bu tarz hastalar özellikle, yakınları, işverenleri ve savcılar tarafından tedaviye yönlendirildiklerinde tahmin edilenden daha çok sayıda madde kullanıcısı olduğu ortaya çıkmaktadır. Terapistler, inkârcı hastalarla

[1] Bishop, 1991; Levy, 1993.

işbirlikçi bir metod kullanmazsa, hastalar terapistlerin değerlendirmelerini ve müdahalelerini göz ardı edebilirler.[1] Öte yandan, terapistler, hastaların tedaviye çok az karşılık vermelerini ya da hiç vermemelerini engellemek için, çok gerçekçi problemlerini minimuma indirgemeli veya göz ardı etme eğilimlerine müsade etmemelidirler. Terapistler, hastalarla hem karşı karşıya hem de işbirlikçi olmanın yıldırıcı zorluğuyla yüzleşirler ki bu da bilişsel terapinin metodlarıyla oldukça uyumlu bir görevdir.[2]

'İnkâr' kavramı, madde kullanımının yukarıda vurgulanan bilişsel modelinin bir parçası olmamakla birlikte ikinci aşama (uyuşturucular hakkında yanlış inançlar) ve beşinci aşamanın (izin-veren inançlar) bir parçası olarak görülebilir. İkinci aşamada hastalar maddelerden korkmadıklarına inanarak madde kullanımı ile ilgili hiçbir sorunlarının olmadığı kanaatindedirler ve kendilerini diğerlerinin acı çektiği hastalık etmenlerine karşı dayanıklı görürler. Gerçekte, onlar hiç madde kullanmadıklarına inanıyor olabilirler, örneğin biranın gerçekte alkol olmadığına inanan bir hasta günlük altı şişe biranın ayıklıktan uzaklaşma olduğunu düşünmez. Beşinci aşamada hastalar midelerine kimyasal bir madde girdiğini kabul edebilirler, fakat ardından bu yaptıklarını haklı gösterecek yapmacık gerekçeler üretirler. Örneğin, bir hasta eroin kullanma nedenini "Bir aydır uyuşturucu kullanmıyorum, bu yüzden kullanımımı kontrol edebilme yeteneğimi test etmem gerekiyordu" ifadesi ile savunmaya çalışabilir. Bu kesin olarak bir inkâr şeklidir. Çünkü hasta, her türlü uyuşturucu kullanma usulünün hiç kullanmama tercihine nazaran lüzumsuz bir riske yol açtığı düşüncesini henüz kabul etmemiştir.

Bununla birlikte, bir diğer inkâr şekli (belki de etkili olarak en zor karşılananı) hastaların kasti yalancılığıdır. Burada hastalar madde kullanımına bulaştıklarını bilirler, fakat terapiste

---

1 Levy, 1993.

2 Newman, 1988.

açıkça kullanmadıklarını söylerler. Bu, ikinci aşama modelinin bir parçası olarak da yorumlanabilir. Nitekim, burada hastanın genel inancı şudur: "Dürüstlük para etmiyor, zira suçu kabul edersem normal olarak cezalandırılırım." Daha önce mahkeme sistemiyle karşılaşmış olan hastalar, suçu kabul etmemenin ve kendini savunmanın yararlarını oldukça iyi bilirler. Gözaltında ya da şartlı tahliyede iseler madde kullandıklarını itiraf etmeleri mahkemece kaydedilebilir. Bu açıdan, kendilerini korumak için gerçeği itiraf etmekten kaçınma konusunda oldukça deneyimlidirler. Fakat madde kullandığını bir danışmana itiraf etmesinin gizli kalacağını bilse dahi hasta, eğer "Kullandığımı itiraf edersem terapistim benim kötü birisi olduğumu düşünecek" inancına sahipse kullandığını yine inkar edebilir. Dolayısıyla, mahcup olma, rezil olma ve terk edilme korkusu hastaların varolan madde kullanımları konusunda onları yalan söylemeye yöneltebilir.

Hastalarının dürüstlüğünden şüphelenen terapistler nasıl bir tedavi uygulayacaklarına karar verme noktasında bir takım zor tercihler yapma durumundadırlar. Eğer terapist, hastanın tedaviden erken kaçmasını engellemek için, hastanın inkârına muhalefet etmemeyi tercih ederse, bu durumda terapiyi yararlı hale getirecek bir yol bulmalıdır. Doğrudan hastanın inkârını hedef alırsa, bu durumda terapiyi mümkün olduğunca eğitici, onaylayıcı ve destekleyici bir tarzda uygulamalıdır. Bu stratejilerin başarılı bir şekilde uygulanması, ciddi bir çaba, yetenek, deneyim ve şans gerektirir. Aşağıdaki vaka incelemesi bu süreci izah edecektir.

"Della" Vakası

Della tedaviye şartlı tahliye esnasında başlayan 42 yaşında bir kadındı. Kokain taşıma suçundan on ay hapishanede yatmıştı. Della, bilişsel terapi sürecinin şartlı tahliye memuru

"Jackie" tarafından izlendiğinin ve terapi devamsızlıklarının ve/veya tekrar uyuşturucu kullanmasının yataklı ve ilaçlı tedaviye ya da hapse geri gönderilmeye neden olacağının farkındaydı. Bilişsel Terapi Merkezi'ndeki tedaviye katılmasının yanı sıra, uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığının saptanması için haftalık idrar tahlili yaptırması gerekiyordu. Sonuç olarak, terapist Della'nın uyuşturucu kullandığını şartlı tahliye memuruna rapor etmek zorunda değildi, zira bu işi idrar tahlilleri yapıyordu. Fakat terapistten aylık olarak terapiye katılım raporu tutması istenmişti.

Arka Plan ve Tanı Sorunları

Della, fakir bir mahallede 24 yaşındaki kızı ve 8 yaşındaki erkek torunu ile birlikte yaşamaktaydı. Evli değildi, fakat adlî sicili temiz ve makul bir erkek arkadaşı vardı ve oto tamirciliği yapıyordu. Della af sayesinde daha yeni serbest kalmıştı ve henüz yeni bir iş bulamamıştı.

Tedaviye ilk girişinde madde kullanımının yanı sıra ağır depresyon teşhisi kriterlerini de karşılıyordu, fakat kontrollü bir ortamda tutulduğu için bunların tekrar aktif hale gelmesi düşünülmüyordu. Eksen-II sorunları net değildi, çünkü uzun süre aşırı derecede kokain kullanmış olması, 'sınır durum (borderline) kişiliğe benzer' davranışlarının, kişiliği ile ilgili mi olduğunun yoksa uzun süreli madde kullanımından mı kaynaklandığını belirlemeyi zorlaştırmıştı.

Annesi alkolikti ve babası, Della daha bebekken onları terketmişti. Liseyi bitirmişti, fakat hamile kalınca devlet üniversitesine gitme planlarını ertelemek zorunda kalmıştı. Bir kız çocuk dünyaya getirmiş ve onu tek başına büyütmüştü, fakat aşırı alkol alan annesiyle birlikte düzensiz bir ev ortamında yaşamışlardı. Della zaman zaman iş bulma konusunda başarılı olmuştu, fakat hiçbir işinde terfi edememiş ya da verilen bir işte uzun süre çalışmaya devam edememişti. Della, yetişkinlik yıllarının büyük bölümünde bugüne kadar tedavi edilmeyen kronik bir

depresyon geçirdiğini ve bu müddet zarfında kendisi için tek 'rahatlama' anının 33 yaşındayken bir komşusu vesilesiyle kokainle tanışması olduğunu söyledi. Bu maddeyi 8 yıl boyunca, tutuklanıncaya kadar kullanmıştı. Bu sırada, kızı liseyi bırakmış, 16 yaşındayken bir erkek çocuk dünyaya getirmiş, madde kullandığı ve geceleri dışarıda kaldığı için annelik sorumluluklarını yerine getirememişti. Della depresyonunun nedenleri arasında, kızının hayat tarzından utanması, kaygılanması ve bundan ötürü kendini suçlamasını da gösteriyordu.

İlk Altı Bilişsel Terapi Seansı

Della, depresyonunun tedavisi için ilk defa bireysel bir terapiye girmekten oldukça mutlu olmuştu ve tedaviye oldukça iyi yanıt veriyordu. İlginçtir ki, terapist ona hatırlatana kadar madde kullanımı geçmişini bir problem olarak tanımlamadı. Della, on ay boyunca hapishanede uyuşturucudan uzak kaldığını öne sürerek, kokain bağımlılığının artık 'geçmişte kaldığını' söyledi. Asıl probleminin, yaşamı boyunca hissettiği depresyon olduğunu söyledi. Bu düşüncesinde son derece kararlıydı ve kızının uyuşturucu kullanması ve çocuğunu ihmal etmesi konularına yönelik çektiği ıstıraplardan bahsederek konuyu değiştirmeye çalıştı. Terapist, bu anın Della'ya nasıl bir tedavi uygulanacağına karar vermek için iyi bir fırsat olduğunu düşünüp Della'yı aktif tedaviye çekmeye çalıştı. Yine de terapist, Della'nın mutsuzluğunun ve eski çevresine yeniden dönmesinin potansiyel olarak tekrar uyuşturucu kullanmaya yol açacak belirgin yüksek risk uyarıcılarına neden olabileceğini uygun bir dille söyledi. Della, terapiste tekrar uyuşturucu kullanmayacağı güvencesini verdi.

Della, ilk altı seans boyunca bilişsel terapiye oldukça iyi yanıt vermişti. Terapistin, onun hayat problemleriyle ciddi bir şekilde ilgilenmesini, seanslar boyunca ona birçok izlenimler kazandırmasını ve umutsuzluğa düşmeksizin nasıl "güvenli bir kişi gibi düşüneceğini ve problemleri çözeceğini" öğretmesini

takdirle karşılamıştı. Della, ilave okumalar (ör., *Feeling Good,* David Burns, 1980) yapmayı ve tipik olarak umutsuzluk doğuran düşüncelerini kendini gözlemleyerek değiştirmek için günlük düşünce kayıtlarını içeren ev ödevlerini yapmayı kabul etmişti.

Ne yazık ki Della, terapistin madde kullanımına yönelik bilişsel model hakkında ona birşeyler öğretme çabalarına olumlu yanıt vermiyordu. Seansta 'geçmişle ilgili bir şey' hakkında tartışmanın boşuna zaman kaybı olduğuna inanmaktaydı. Terapist bu durumu şöyle açıkladı: Della madde kullanımı probleminin nasıl üstesinden geleceğini aşama aşama öğrenecek ve dolayısıyla bu metodları pratik olarak hayatının her durumuna uygulayacaktı. Della, ayık kalmanın 'irade' meselesi olduğunu belirterek zaten kendisinin bu iradeyi göstermekte olduğunu iddia etti. Terapist ona bu iradeyi göstermesi için süre tanıdı ve fakat bu iradenin depresyondan kurtulmayı sağlayanlara benzer beceriler içerdiği fikrini de söyledi. Ardından terapist, Della'ya günlük düşünce kayıtlarını, sadece depresif düşüncelerini gözlemlemek ve yeniden değerlendirmek için değil ayrıca, kokaine olan şiddetli arzularına karşı koyabilme iradesini içeren bilişsel süreçleri de özetleyeceğini söyledi.

Della, istemeden de olsa bunu yapmayı kabul etti. Terapist, Della'nın isteksiz reaksiyonunu gözönünde bulundurarak bilişsel terapinin temel gereği olarak şu soruyu sordu: "Şu an aklından neler geçiyor?" Della yanıtladı, "Uyuşturucu meselesini aştığımı söylediğimde bana inanmıyorsunuz. Evet, bu sizin mesleğiniz ama ben ne yapabilirim ki?" Terapist, saygılı ve empatik tonunu korumaya özen göstererek, Della'nın terapiye karşı olan bu tutum ve yargısının, uyuşturucu kullanmama halini sürdürebilme ve depresyonunun üstesinden gelebilmesini zorlaştıracağını belirtti.

Altıncı seansta Della, kızının 'kayıp' olduğunu belirtti. Bütün seans boyunca tepkisiz kalmayı sürdürdü. Della'nın bu durumda yapabileceği olumlu eylemin ne olabileceği konusunu derinlemesine tartıştılar. Seansın sonunda terapist Della'ya ki-

barca, bu keyif bozucu olaylar döngüsünün, onun duygusal ıstırabını alkol veya uyuşturucu ile yok etme isteğini yeniden alevlendirip alevlendirmediğini sordu. Ayrıca, bir sonraki seansı tekrar uyuşturucu kullanmaya geri dönmekten kaçınmaya yönelik sorunlara tahsis etmeyi önerdi. Della çok öfkelendi ve şu an 'ilgilenmesi gereken daha önemli şeyler' olduğunu belirtti. Terapist, Della'nın kızı hakkındaki aşırı kaygılarını anlamaya çalıştığını söyledi ve seansı "şu an benim için en önemli olan şey senin iyiliğindir" diyerek tamamladı.

Madde Kullanımına Geri Dönme Belirtileri

Della bir sonraki seansa gelmedi. Terapist ona defalarca telefonla ulaşmaya çalıştıysa da kimse telefona cevap vermedi. Bir sonraki hafta yine gelmedi. Terapist ona telefonla tekrar ulaşmaya çalıştı, fakat yine sonuç alamadı. İki gün sonra şartlı tahliye memuru Jackie, Della'nın geçen iki hafta boyunca yapılan idrar tahlillerinin (birisi en son terapi seansına yakın bir zamanda tahlil edilmişti) kokain kullandığını gösterdiğini bildirmek için terapisti aradı. Della'nın evine üç defa gittiğini ve fakat evde kimsenin olmadığını söyledi. Terapist ile şartlı tahliye memuru, Della tekrar ortaya çıktığında birbirlerine haber vermeleri konusunda anlaştılar.

İki gün sonra Della, önceden haber vermeden Bilişsel Terapi Merkezine geldi ve randevusu olduğunu söyledi. Terapist onu görmekten mutlu olduğunu fakat o sırada diğer hastalarla randevusu olduğunu söyledi. Della şaşırdı ve şöyle cevap verdi: "Fakat benim randevum bugün değil miydi?" Terapist sert bir şekilde cevapladı: "Hayır, senin son iki randevun geçen Pazartesi ve bir önceki Pazartesi günleriydi." Terapist, Jackie'nin söz konusu idrar tahlilleri hakkında kendisini bilgilendirdiğini söyledi ve bir sonraki sabah için planlanan seansta bu konunun en önemli gündemleri olacağını belirtti. Della, "Burada bir tür hata olmalı" diyerek şaşırdığını ve dehşete düştüğünü ima etti. Daha sonra bir sonraki sabah gelmeyi kabul etti.

İnkâra İşbirliği ile Karşı Koyma

Terapist yukarıdaki etkileşim sonucunda Della'dan muhtemel üç tepki bekliyordu. Birincisi, Della sabahki randevuya gelmeyebilirdi. İkincisi, randevuya gelebilir, fakat tekrar kokain kullandığı konusunda haksızca suçlandığı için kızgın olabilirdi. Üçüncüsü, hatasını kabul edebilir ve terapistten kendisine yardım etmesini ve onu terketmemesini isteyebilirdi. İlginç bir şekilde bu senaryoların hiçbiri gerçekleşmedi. Bunun yerine Della, seansına geldi, hiçbir madde kullanmadığını iddia etti ve hiç de kızgın olmayan tamamen sakin ve huzurlu bir görüntü sergiledi. Terapist oldukça şaşırdı ve Burns'ün (1980) belirttiği bilişsel çarpıtmalardan biri olan 'falcılığın' tehlikeli yanlarını hatırladı.

Bilişsel terapist, hastayla terapötik etkileşim içindeyken kendisini engellenmiş ve şaşkın hissederse en uygun yol, hazır testlerle ya da daha genel olarak hastaya birtakım açık uçlu sorular sorarak daha çok bilgi toplamaktır. Dolayısıyla, bu durumda terapist Della'nın tepkileri için Beck Depresyon Envanteri,[1] Beck Anksiyete Envanteri[2] ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ne[3] baktı. Ölçümlerin hepsinin "sıfır" olduğunu gördü ve geçen iki üç hafta içinde Della'nın hayatında meydana gelen şeyler hakkında biraz soru sorarak seansa devam etti.

Aşağıdakiler, yapılan diyaloğun özetlenmiş bölümleridir:

Terapist: Della, dün geldiğinde söylediğim gibi, neden terapiye gelmediğini ve o iki idrar tahlilini tartışmak zorundayız. Yine de ilk olarak, kızın hakkında soru sormak istiyorum. O iyi mi? Ona ne olmuş? (Terapist potansiyel olarak sıkıntılı ve saldırganca geçme ihtimali yüksek olan bu seansta, Della'nın serbestçe konuşabilme imkânını arttırmak için bu taktiği seçti. Ayrıca bu taktik, Della'nın kızının durumunun kötü olduğu ve

[1] Beck vd., 1961.

[2] Beck vd., 1988.

[3] Beck vd., 1974

uyuşturucu testinin pozitif çıkması gibi durumlara rağmen hala nasıl bu kadar sakin kalabilen ruh halini anlamayı ve tartışmayı sağlayacaktı.)

Della: Hımm... O gayet iyi! Sadece bir yerlere takılmış. Yani eee... Birkaç gün önce eve döndü.

Terapist: Ama ne oldu? Geçen sefer onun ölmüş olabileceği hakkında son derece endişeliydin. Çok kaygılıydın. Polisi aramak ve daha pek çok şey hakkında konuşmuştuk. Daha sonra kayboldun ve bu beni çok endişelendirdi. Neler olduğu hakkında bana bilgi verebilir misin?

Della: Ben gerçekten iyiyim. Endişelenmene gerek yok. (Della'nın kendi başına çok fazla bilgiyi vermeyeceği açıkça belliydi ve tek başına terapistin endişesi de Della'nın açık ve dürüst olması için yeterli değildi.)

Terapist: Tamam (duraksayarak). Senin yerinde olsaydım tepkim daha değişik olurdu. Eğer benim kızım iki hafta boyunca kaybolsaydı, ben bundan çok rahatsız olurdum. Bunun da ötesinde eğer biri, uyuşturucu kullandığımı gösteren tahlillerimin iki kez pozitif çıktığını söyleseydi, buna karşı çıkardım veya kendimi çok suçlu, pişman ve incinmiş hissederdim. Dolayısıyla, ben seni anlamaya çalışıyorum, fakat bir türlü başaramıyorum. Sen bana yardımcı olabilir misin? Neden bu kadar sakin olduğunu anlamam için bana yardım eder misin?

Della: Biliyorum, ben iyiyim. Tahlillerimin neden pozitif çıktığını bilmiyorum. İçki içiyordum, fakat kokain! Hayır, hayır. Tam olarak değil, mümkün değil. Ben iyiyim.

Terapist: (Della soruyu içki içtiğini itiraf ederek cevapladığı için terapist, kız konusunu gündemden düşürerek konuyu madde kullanımına getirdi) Della, söylediklerine inanmak istiyorum, fakat bu konu hakkında gerçekten bir çelişki içindeyim. İlişkimizi ve ilk altı seans boyunca beraber gerçekten iyi birşeyler yaptığımız gerçeğini değerlendiriyorum, dolayısıyla senin hakkında şüphelenerek bu bağı bozmak istemiyorum ve benim budala bir inatçı olduğumu düşünmeni de istemiyorum.

Della: Hayır! Aramızda bir sorun yok. Biliyorum işini yapmak zorundasın. Bunu anlıyorum. Sormak istediğin herşeyi cevaplamaya hazırım.

Terapist: Benim bahsettiğim çelişki de bir anlamda bu. Seninle anlaşmak istiyorum, fakat söylediğin şeyleri klinik olarak değerlendiremezsem sana gerektiği kadar faydalı olamayabilirim. Çünkü sana karşı *aşırı* müsamaha gösteriyorum ve bu da işimi tam olarak yapmamı engelliyor. Yani depresyon ve madde kullanımı problemlerini çözmene yeterince yardım edemiyorum.

Della: Benim hakkımda endişelenme. Ben iyiyim. Yapman gerekeni yap. Senin bana yardım etmek istediğini biliyor ve bunu takdir ediyorum.

Seansın bu noktasında terapist iki konuda başarılı olmuştu. Birincisi, kopma ihtimaline rağmen terapötik ilişkinin devamlılığını sağladı. İkincisi, Della'ya alkol kullandığını itiraf ettirmeyi başardı. Ancak, Della'nın böylesine önemli bir konuyu tartışmaya önceden hazırlıklı olmadığı, arkadaşça tavrı ve 'herşey yolunda' şeklindeki sürekli itirazlarının, terapisti çıkmaz bir yola soktuğu açıkça görülüyordu. Terapist, Della'nın neden terapiye gelmediğini ve kokain kullandığını gündeme getirmek için başka bir yol bulmak zorundaydı.

Burada terapistin amacı Della'ya bu itirafları yaptırmaktı. Çünkü Della'ya yönelik bilişsel terapinin 'madde kullanımını' da içermesi için bu iyi bir fırsat olacaktı. Terapistin endişesi ise bu noktayı destekleyecek yeterince veri bulamaması halinde uyguladığı yaklaşımın ciddi derecede işe yaramaz hale gelecek olmasıydı. Bunun sonucunda da Della'nın madde kullanımına geri dönmesi kesinleşecek ve tedavi yarım kalacaktı. Terapist Della ile uyuşturucu konusunu işbirliği yaparak tartışmak için elinden geleni yapmak zorundaydı. Ancak bu şekilde hastaya önceden planladığı madde kullanımı terapisini önerebilecekti. Fakat terapist, hastanın tepkilerinin yanlış olduğunu söylerken terapi ilişkisi aşırı derecede kırılgan olsa dahi meraklı ve onay-

layıcı tonunu korumak zorundadır. Aşağıdaki diyaloglar bu doğrultuda bir çabayı göstermektedir.

Terapist: Eğer ben seni tanımasaydım... Beraber böyle güzelce çalışmasaydık... Ve bana seni değerlendirmem için sadece bir rapor verilseydi... Ve bu raporda senin iki seans kaçırdığın, ortadan yok olduğun ve pozitif çıkan iki idrar tahlilin olsaydı... vs., Sen bu durumda ne yapardın?

Della: O kişinin bir şey kullandığını söylerdim. Fakat sen beni *tanıyorsun*, dolayısıyla kullanmadığımı biliyorsun.

Terapist: İşte benim ikilemim tam olarak bu. Eğer başka birileri olsa, onların tekrar kullandıklarından kesinlikle emin olurum ve onlar tekrar düzelmek için benim yardımıma ve acil desteğime ihtiyaç duyarlardı. Ayrıca, memnuniyetle yanlarında olur ve elimden gelen her şeyi yapardım. Fakat senin hakkında konuştuğumuz için, senin tekrar madde kullandığını hayal etmek benim için çok zor bir durum. Özellikle de bana kullanmadığını söylediğin için. (Terapistin bu yorumu, hastanın kullanmış olduğunu itiraf ettiğinde ona karşı çok yardımcı ve ilgili olacağı imasını vermeye yöneliktir.)

Della: Bana olan güvenini takdir ediyorum. (İsteyerek veya istemeden de olsa diğer bir çelişki de buydu. Terapist hastaya ilerde yapacağı itirafın bir güven eksikliğine yol açmayacağı teminatını verse de hasta, bunu anlamayabilirdi.)

Terapist: Sana güvenmemi istediğini biliyorum ve açıkçası ben de sana tam olarak güvenmek istiyorum. Fakat biliyor musun, *güven kusursuz bir şey değildir*. İki kişi arasındaki bir anlık şüphe, güveni sarsmak zorunda değildir ve özellikle de bu iki kişi bir birine saygı duyuyor ve birlikte çalışmak istiyorlarsa. Ben aramızda olan şeyleri çözmek istiyorum. (Terapist hastanın, güvenin bir 'ya hep ya da hiç' fenomeni olduğu gizli inancını defetmek istiyor. Bu, hem hastayı hem de terapisti hatanın eşiğinde tutabilir. Terapistin hastanın sözlerinden şüphe duyması mazur görülebilir. Hastanın da kokain kullan-

dığını itiraf etme konusunda terapiste güvenmemesi bağışlanabilir.)

Seansın bu noktasında terapist hastanın inkârını kırma çabasını geçici olarak bir kenara bıraktı; zira ilerde bu konuya tekrar dönecekti. Mevcut durumda terapist "geçen iki üç hafta içinde ne olduğunu" tartışmaya yöneldi. Della nerelerde olduğunu anlamlı bir şekilde izah etme ihtiyacı hissetmiyordu. Onun olayları kronolojik olarak tanımlama şekli kendi içinde tutarsızdı. Della'nın, kızı hakkında endişelenmekten nasıl kurtulduğu hakkında soruları yanıtlarsa, bu terapiste yeniden sözkonusu inkara karşı koyma yöntemine tekrar dönme fırsatı sağlayacaktı. Della aşağıdaki kilit yorumu yapar:

Della: Geçen seans ne olduğunu hiç hatırlayamıyorum. Geçenki seansımızdan beri üç hafta geçtiğine de inanamıyorum. Hayal kırıklığına uğradığım bazı zamanlarda her şeyi bloke ediyorum. Hiçbir şey hatırlamıyorum. (Daha sonra terapist bu açıklamanın bilişsel bir yetersizliğe, dağıtıcı bir tepkiye, uyuşturucudan kaynaklanan geçici hafıza kaybına, boşluk doldurma veya bunların birleşimine işaret edip etmediğini değerlendirme gereği duyacaktır. Şimdilik Della'nın gerçekten olup bitenleri unutmuş olabileceği yorumunda bulunmak yeterli olacaktı.)

Terapist: Biliyorsun Della, bu gizemi her an çözebilirsin. Geçen görüştüğümüzde duygusal olarak çok yıpranmış olduğunu söylüyordun, ama şu an oldukça sakinsin. Burada bizim kaçırdığımız büyük bir zaman ve bellek boşluğu var. Belki bizim cevabımız burada olabilir. Bak Della! Bu çöküntü sırasında yaşadığın bellek kaybından dolayı, uyuşturucu kullanmış fakat unutmuş olabilirsin? Bu mümkün olamaz mı, hayal kırıklığına uğradığında, kendine verdiğin sözünü tutamama düşüncesine tahammül edemiyor olabilirsin, dolayısıyla bunu zihninden silmiş olabilirsin?

Della: ... (Şaşkınlıktan susmuş, dili tutulmuştu)

Terapist: Bu, her şeyi açıklayabilir. Özellikle yoğun stres altında insanlar her şeyi unutabilir. Fakat uyuşturucu testi asla unut-

maz. Şüphesiz testin sonuçları doğrudur. Sen olabildiğince dürüst olduğunu söylüyorsun, fakat uyuşturucu kullandığın günleri hatırlamıyorsun. Bu konuda ne düşünüyorsun Della? (Bu, çelişkili bilgiyi algılamak için bir yoldur ve hatasız bir hipotez de olabilir. Fakat en azından Della'ya uyuşturucu kullanmış olabileceğini itiraf ettirerek onun itibarını kurtarmaya yarayacak bir çıkış yolu sağlar.)

Della: Olmuş olabilir, hadi diyelim ki oldu, şimdi ne olacak?

Terapist: İşte şimdi büyük bir keşif yaptık. Sana yardım edecek inanılmaz derecede değerli bir şey öğrendik. Biliyor musun ne öğrendik?

Della: Neler olduğunu hatırlayamıyor oluşumu öğrendik, öyle mi?

Terapist: Peki bunu önemli kılan şey nedir?

Della: (Duraksayarak) Bilmiyorum. Belki. . . . Bilmiyorum.

Terapist: Geçirdiğin zamanı tasvir edememen ne anlama geliyor? Bu neyin işareti olabilir? Bu, neyin gerçekten farkına varma işareti olabilir?

Della: Yeniden madde kullanmanın ya da başka bir şey?

Terapist: Tamamen öyle. Tekrar nüksetme. Eğer sen bir şeyleri hatırlamıyorsan ve zaman sen farkında olmadan akıp geçiyorsa, senin diğer insanlar tarafından ekstra desteğe ihtiyacın olmalı. Bu konuda ne düşünüyorsun?

Della: Evet, sana söylemeliydim.

Terapist: Herşeyden daha önemlisi, bunu kendine söylesen olmaz mıydı? Bir kusur işlemiş olabileceğini ya da tekrar madde kullanmış olabileceğini kendine kabul ettiremez miydin? Kendini doğruya karşı savunmaktansa, henüz olgunlaşmamış bir problemi daha da kötüleşmeden önce engellemeye çalışamaz mıydın?

Della: Evet, bunu yapabilirdim.

Terapist: Bunu şu an yapmak istiyor musun? Uyuşturucu kullanmış olabileceğin ve geçen iki üç hafta içinde neler olduğu hakkında konuşabilir miyiz? Bunu şu an açıklığa kavuşturabilir miyiz?

Della: (Üzgün bir ifadeyle) Evet.

Terapist: Şu an çok üzgün görünüyorsun. Ne düşünüyorsun?

Della: Şu ana kadar bunu çok iyi saklamıştım. Fakat bu çabam boşa gitti.

Terapist: Bunu biliyorum. Zaman kaybı falan değildi. Şu ana kadar öğrendiklerini kullanabiliriz. Ve bu, bu sorunun üstesinden gelmene ve ilerleme kaydetmene yardımcı olacaktır. Şu an biz, herşeyin iyi olduğuna inandığın otuz dakika öncesinden daha iyi bir noktadayız. Şu an biz karşı koymayı biliyoruz, yüzyüze geldiğimiz şeylerle başa çıkıyoruz. Şu an bir şansımız var. Bu bir fırsat. En büyük sorunu aştık. Şimdi artık doğru yolda ilerleyeceğiz.

Sonuç

Della ve terapist bir sonraki seans sırasında şartlı tahliye memuruyla görüşmeyi kararlaştırdılar. Hastane dışı bilişsel terapiye tekrar girmeden önce yeni bir ayıklık dönemi oluşturabilme fırsatını en üst düzeye çıkartabilmek için geçici olarak Della'nın hastanede yatarak madde kullanımı tedavisine geçmesine karar verildi.

Şu sıralarda Della, bilişsel terapistiyle birlikte tedaviye geri döndü ve devamlılık ve ayıklık raporu oldukça iyi görünüyor. Hem madde kullanımını hem de depresyonunu göz önünde tutarak terapötik çalışmaların çoğu madde kullanımına geri dönmeyi engellemeye odaklı bir şekilde devam etmektedir.

Terapötik kazanımlarını sürdürmesi ile ilgili en önemli riskler devam ediyor: Kızının problemleri, çevresinde uyuşturucuların yaygınlığı ve kazançlı bir iş bulmasıyla ilgili hayal kırıklığı. Öte yandan Della, daha gururlu ve daha çok özgüven hissedi-

yor. İçsel ve dışsal yüksek risk durumlarını anlıyor ve farkediyor. Ayrıca, problemlerini en aza indirgeyen otomatik düşüncelerini gözlem ve onlara cevap verme konusunda beceri kazanmış durumda. Della'nın bilişsel terapisi genel sorun giderme becerilerine de odaklanacak ve madde kullanmayan kişilerle olan anlamlı ilişkilerine devam etmesine de yardımcı olacaktır. Della kalan şartlı tahliye döneminde (bir yıldan fazla bir süre) tedaviye devam edecek.

REFERANSLAR

Abrams, D. B. ve Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* içinde, ed. H. T. Blanc ve K. E. Leonard, s. 131–178. New York: Guilford.

Alcoholics Anonymous. The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism (1955). New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Beck. A. T. ve Emery, C. (1977). *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* Yayınlanmamış terapi rehberi. University of Pennsylvania.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, C. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(6):893–897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., vd. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4:561–571.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. ve Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42(6):861–865.

Beck, A. T., Wright, F. D.. Newman, C. F. ve Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse.* New York: Guilford.

Bishop, D. R. (1991). Clinical aspects of denial in chemical dependency. Individual Psychology: *Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice* 47(2):199–209.

Burns, D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy.* New York: William Morrow.

Glasser, W. (1981). *Stations of the Mind: New Directions for Reality Therapy.* New York: HarperCollins.

Jaffe, J. H. (1995). Pharmacological treatment of opioid dependence: current techniques and new findings. *Psychiatric Annals* 25(6):369-375.

Kosten. T R., Gawin, F. H., Kosten, T. A. ve Morgan, C. (1992). Six-month follow-up of short-term pharmacotherapy for cocaine dependence. *American Journal on Addictions* 1(1):40–49.

Levy, M. (1993). Psychotherapy with dual diagnosis patients: working with denial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10(6):449–504.

Marlatt, G. A., Somers, J. M. ve Tapert, S. F. (1993). Harm reduction: application to alcohol abuse problems. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series* 137:147–166.

Newman, C. F. (1988). Confrontation and collaboration: congruent components in cognitive therapy. *The Cognitive Behaviorist* 10(3):27–30.

Onken, L. S., Blame, J. D. ve Boren, J.J. (1995). Medications and behavioral therapies: the whole may be greater than the sum of the parts. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series* 150:1–4.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. ve Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47:1102-1114.

Sobell, L. C., Sobell, M. B. ve Nirenberg, T. D. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and

drug abusers: a review with an emphasis on clinical application. *Clinical Psychology Review* 8:19–54.

Woody, G. E., Urschel, H. C. III ve Alterman, A. (1992). The many paths to drug dependence. *Vulnerability to Drug Abuse* içinde, ed. M. D. Glantz ve R. W. Pickens, s. 491–507. Washington, DC: American Psychological Association.

III.

Özellik Gösteren Gruplar ve Sorunları

12

EVLİLİK ÇATIŞMASI

Norman Epstein

Geçtiğimiz birkaç on yılı karakterize eden boşanma olaylarındaki dramatik tırmanışta son zamanlarda bir düzelme görülse de, evliliklerin yaklaşık yarısı boşanmayla sona eriyor ve boşanmayı seçmeyen birçok çift hala kronik çatışma ve sıkıntıyla yaşıyor. Evlilik çatışmasının bu kitapta değinilen, depresyon,[1] anksiyete bozuklukları,[2] madde kullanımı[3] ve cinsel iktidarsızlık[4] gibi bozukluklarla bir arada var olduğuna ve ilişki problemlerinin bireyde psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkması ve devam etmesine neden olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Buna karşılık, bir bireyin bozukluğu temel bir stres kaynağı olabileceği gibi eşlerin birbirleriyle ilişkilerindeki gereksinimlerini karşılayabilme becerilerini de aksatabilir. Bu yüzden de bir klinisyenin, evlilik problemlerinin tedavisinde[5] uzmanlaşmış olsun ya da olmasın, klinik uygulama esnasında sıkıntılı çiftlerle karşılaşma olasılığı hayli yüksektir ve birey ve çift özelliklerinin ne şekilde etkileşim kurduğu ve terapiye gelmeye neden olan bir yığın sorun için çift terapisinin bir temel tedavi mi yoksa bir yan tedavi mi olacağının anlaşılması çok önemlidir.

---

1 Beach vd., 1990.

2 Craske ve Zollner, 1995; Goldstein ve Chambless, 1978.

3 McCrady ve Epstein, 1995.

4 Heiman vd., 1995; Ho, 1987.

5 Bu bölümde uygunluk açısından evlilik terapisi terimi kullanılmışsa da, tarif edilen genel prensipler ve prosedürler eşcinsel ilişkiler dahil her türlü yakın ilişkiye uygulanabilir. Bu geniş uygulanabilirliği göstermek için, çift terapisi terimi de kullanılabilir.

Bilişsel-davranışsal çift terapisi, çiftlerin yıkıcı etkileşim yapılarını değiştirmeye yönelik geleneksel davranışçı evlilik terapisi (DET) prosedürleri ve ilişki çatışması ve sıkıntısına katkıda bulunan otomatik düşünceleri değiştirmeye yönelik bilişsel terapi kavram ve prosedürleri ile ikili ve daha geniş aile gruplarının işleyişine yönelik aile sistemleri kavramlarının bir birleşimidir. Davranışçı evlilik terapisini (davranışsal kontratlar, iletişim eğitimi ve sorun-giderme eğitimi dahil) değerlendiren sonuç incelemeleri bu terapinin olumsuz davranış etkileşimlerini ve evlilik sıkıntısını azaltmada hiç tedavi etmemek veya net olmayan tedavi yöntemleri uygulamaktan daha etkili olduğunu göstermiştir.[1] Ayrıca, DET'in bileşenlerinin (iletişim eğitimi, sorun-giderme eğitimi, davranışsal kontratlar) göreli etkisini karşılaştıran incelemeler hepsinin eşit oranda olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir. Fakat DET uygulandıktan sonra çiftlerden önemli bir azınlığın en azından biraz sıkıntılı kaldığına dair kanıtlar[2] bilişsel tekrar yapılandırma prosedürlerinin, geleneksel durumdan çok daha sistematik olarak, DET'e entegrasyonuna sebep olan faktörlerden biridir. İlk incelemeler ya davranışsal müdahaleler için bazı tekrar yapılandırma seanslarının yerini alıp bilişsel davranışsal kombinasyonu spesifik olarak otomatik düşüncelere (kognisyonlara) odaklanmayan DET ile karşılaştırmış ya da tek başına bilişsel (kognitif) tekrar yapılandırmayı DET ile karşılaştırmıştır. Her iki tür inceleme de, bilişsel müdahalelerin (tek başına veya davranışsal müdahalelerle birlikte) yapılandırıcı bilişsel değişiklikler ürettiğini ve evlilik memnuniyetini arttırdığını ispat etmiştir. Mevcut sonuç incelemeleri, iletişim eğitimi ve diğer davranışsal müdahalelerle birleştirilmeksizin ayrı ayrı sunulan sadece özet (mesela üç seanslık) bir bilişsel tekrar yapılandırmayı içerdiğinden, bilişsel-davranışsal çift terapisini klinik uygulamadaki şekliyle değer-

[1] Baucom vd., 1996b.

[2] Jacobson vd., 1984.

lendiren daha fazla incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Yine de, ilk incelemelerin sonuçları umut verici olmuştur.

ÇİFTLERİN İLİŞKİ PROBLEMLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

DSM-IV (1994), çiftlerin birine veya her ikisine uygulanabilen psikiyatrik tanılar dışında ilişkinin kendisindeki tanı problemleri açısından klinisyene çok az şey vermektedir. *DSM-IV*'de V61.1 koduyla yer alan "Partner İlişkileri Sorunu" özetle şöyle tanımlanır:

> "Bireyde veya aile işleyişinde ya da çiftlerden birinde veya her ikisinde görülen semptomların ortaya çıkışındaki klinik açıdan önemli olan hasarlar ile bağdaşan olumsuz iletişim (mesela eleştiriler), çarpık iletişim (mesela gerçek dışı beklentiler) veya iletişimsizlik (mesela küsme) unsurları görülen eşler veya partnerler arasındaki bir iletişim modeli."[1]

İşlevsiz ilişkilerin türlerini sınıflandırmak için bir tanı sistemi tasarlamaya yönelik süregelen gayretler olmasına karşın,[2] çiftlerin değerlendirmesi bireyin tanısından daha karışık olma eğilimindedir.[3] Örneğin, Snyder ve çalışma arkadaşları bir çiftin değerlendirmesini yaparken, bu değerlendirme de iki bireyin ayrı ayrı değerlendirmesine, ikili ilişkilerine (bütünün kesinlikle parçaların toplamından daha büyük olması durumu), diğer çekirdek ve geniş aile üyeleriyle olan ilişkilerine ve daha geniş toplulukların ve kültürel sistemlerin çift üzerindeki etkilerine de yer verirler. Değerlendirme ayrıca hem belirgin davranışları hem de partnerlerin öznel deneyimlerini göz önünde tutmalıdır. Sistemler teorisindeki döngüsel nedensellik kavra-

---

1 *DSM-IV*, 1994, s. 681.

2 Kaslow, 1993.

3 Snyder vd., 1995.

mı, bir bireyin semptomlarının aynı zamanda başka bir kişinin eylemlerine bir tepki ve 'öteki'nin tepkileri için bir uyarıcı olabileceği konusunda değerlendirmeye rehberlik eder.

Çift ilişkilerindeki karmaşıklığa rağmen, teorik ve deneysel literatür, iyi işleyen ilişkilerin merkezinde yer alan birçok değişken olduğunu ve çiftlerle çalışan klinisyenlerin bir çiftin söz konusu iyi işleyen ilişkileri içeren etkileşimlerindeki tekrar eden modelleri görebileceklerini ortaya koymuştur. Bu faktörler genellikle evlilik terapisinin bilişsel-davranışsal yaklaşımının temelini oluşturan üç alan içinde yer alırlar: Davranışlar, bilişler (otomatik düşünceler) ve duygudurum. Aşağıda sıkıntılı çiftleri sıkıntısız çiftlerden ayıran bu üç alanın her biri içinde yer alan temel faktörlerin kısa tanımlarını bulacaksınız. Çiftleri ayrı ayrı ilgili teşhislere uydurmaya çalışmaktan ziyade, klinisyen her bir çiftin ilişkilerinin işleyişini her alanda, eşlerin çatışma ve sıkıntısını azaltabilecek olan davranış, biliş ve duygudurumdaki özgün değişiklikleri belirleyerek değerlendirebilir. İlişki bozukluğuna yönelik bilişsel-davranışsal modelde,[1] her bireyin davranışları, bilişleri ve duygudurumlarının, bireyin ilişkideki tatmin derecesinin yanı sıra partneriyle olan etkileşim modelini belirleme konusunda işbirliği halinde olduğu kabul edilir. Davranış, biliş ve duygudurum arasındaki ilişki karmaşasının kısa bir bölümde yeterince tanımlanamayacak olmasına karşın (daha fazla detay için yukarıdaki referanslara bakınız), aşağıdaki bölümler çift terapisinin değerlendirme ve tedavi planlamasındaki anahtar değişkenlere dikkat çekmektedir.

[1] Baucom ve Epstein, 1990; Epstein ve Baucom, 1993.

Çift İlişkilerindeki Davranışsal Faktörler

Sosyal değiş-tokuş teorisi[1] görüşünü destekleyen önemli miktarda deneysel kanıt bulunmaktadır. Bu görüşe göre sıkıntılı ilişkileri bulunan bireyler, olmayanlara oranla, can sıkıcı davranışları daha fazla, sevindirici davranışları ise daha az değiş-tokuş ederler ve mutsuz çiftlerdeki olumsuz davranışların değiş-tokuşu karşılıklı olma eğilimindedir.[2] Geçmişte buluştuklarında birbirilerine oldukça çekici geldiklerini ve birçok olumlu deneyimleri paylaştıklarını kaydeden çiftlerin bile artık çok düşük oranda olumlu değiş-tokuş ve nispeten yüksek oranda olumsuz değiş-tokuş yaptıklarını görmek çoğu kez şaşırtıcı olmaktadır. Çiftlerin davranış değiş-tokuşlarında zamanla gerçekleşen bu değişime katkıda bulunabilecek faktörlerin ranjını göz önünde tutmak bu bölümün konusu dışında olsa da, çift terapistinin (özellikle bilişsel-davranışsal bir çerçevede) çiftin olumsuza karşı olumlu etkileşimleri ile bağdaşmış bilişlerin (otomatik düşüncelerin) sistematik bir değerlendirmesini yapması tedavi planlaması süreci için oldukça önemlidir. Örneğin, işten gelen taleplerle aileden gelen talepler arasındaki rekabetten ötürü boş zamanlarını daha az birlikte geçiren bir çiftin tedavisi sonrasında ortaya çıkan sonuçlar, bir partnerin evlilik dışı bir olaya bulaşmasından dolayı araları soğumuş olan başka bir çiftin tedavisinden sonra ortaya çıkan sonuçlardan çok daha farklı olabilir. Fakat ilki durumda da değerlendirme ve tedavinin odaklarından biri, çiftin öznel sıkıntısını sürdürme veya kötüleştirme eğiliminde olan ve çiftin geliştirdiği özel davranış modelleri olacaktır.

Çiftler bir samimiyet eksikliğinden şikâyetçi olduklarında, ilişkilerinin geçmişinin sistematik bir değerlendirmesi sonu-

---

1 Thibaut ve Kelley, 1959.

2 Baucom ve Epstein, 1990; Weiss ve Heyman, 1990.

cunda, çoğu kez ilişkinin ilk aşamalarına oranla ikisinin de karşılıklı hoşlandıkları aktivitelere hali hazırda daha az zaman ayırdıkları ortaya çıkar. Çiftin ortak olumlu aktivitelerindeki mevcut eksikliğin, harcanacak vakitleri konusundaki çelişen taleplerden ötürü mü büyümüş olduğunun, yoksa bu eksikliğin birbirilerinden mutsuz olmalarından kaynaklanan bir geri çekilme modelini mi yansıtıyor olduğunun (veya bu süreçlerin her ikisinin birden mi gerçekleşiyor olduğunun) değerlendirmesini yapmak çok önemlidir. Ortak olumlu aktivitelerin az olduğu yapıyı sürdüren diğer bir faktör de bireylerin, eğer birlikte zaman harcarlarsa artık daha fazla ortak yönlerinin olmadığını keşfedeceklerine yönelik olumsuz bir beklenti geliştirmiş olmaları ihtimalidir. Bu yüzden, bilişsel-davranışsal bir çift terapisi yaklaşımında[1] klinisyen, hem çiftin olumlu ve olumsuz ortak etkinlikler modelini hem de birlikte zaman geçirmeye yönelik otomatik düşüncelerini (bilişlerini) değerlendirme ihtiyacı duyar.

Ayrıca çiftin iletişiminin nitelik ve niceliği, klinisyenin değerlendirme ihtiyacı duyduğu ve muhtemelen tedavi ettiği ilişkilerinin önemli davranışsal bileşenleridir. Yukarıda değinilen problemli iletişimin formlarına yönelik *DSM-IV* kriteri belirsiz olsa da, bunlar, ilişkinin işleyişinde iletişimin rolüne işaret ederek, klinik ve araştırma literatürünün önemli bir kısmını belirlemektedirler.

İlk incelemeler sonucunda partnerlerin geniş çaplı evlilik sıkıntıları ile özgün davranışlardan[2] ziyade, genel iletişim niteliğini (mesela "sorunları tartıştığımızda birbirimizi anlıyoruz") değerlendiren self-rapor anketlerindeki düşük skorlar arasında bir bağ olduğu tespit edilmiştir. Ancak buna rağmen Christensen'in (1988) İletişim Modelleri Anketi gibi daha yakın zamanlı ölçekler, partnerlerden karşılıklı yapısalcı iletişim, isteme-geri çekilme modelleri ve karşılıklı korunma/sakınma gibi

---

1 Baucom ve Epstein, 1990.

2 Mesela Bienvenu, 1970.

daha özgün ikili etkileşim modellerinin görülme sıklıklarını rapor etmelerini istemektedir. İkili davranış değiş-tokuşlarını gözlemlemeye ve kodlamaya yönelik sistemlerin geliştirilmesi, çift ilişkilerinin davranışsal değerlendirmesine önemli kazanımlar sağlamıştır. Davranışları kodlama sistemleri partnerler arasındaki mevcut veya uzun sürecek sevindirici ya da can sıkıcı etkileşimlere katkıda bulunan karşılıklı eylemlerin yanı sıra her bir partnerin özgün eylemlerini belirlemek için tasarlanmıştır. Klinik araştırmacılar tarafından çiftlerin etkileşim eylemlerini bir bir kodlamak için geliştirilen temel sistemler şunlardır; Evlilik Etkileşimi Kodlama Sistemi,[1] Çiftler Etkileşimi Puanlama Sistemi (ÇEPS)[2] ve Kategoriensystem fur Partnerschaftliche Interaktion (KPI).[3] Deney incelemeleri özgün davranış kodlarının bireysel çiftlerdeki çatışma ve sıkıntı ile güvenilir biçimde bağdaşmadığını göstermiş olsa da, birçok iletişim modelinin evlilikte zamanla gerçekleşen kötüleşmeyle ilintili olduğu belirlenmiştir. Örneğin, Gottman, her bir partner için konuşma sırasının sözlü içerik ve sözsüz davranışlara dayanan bir dizi kodlarla değerlendirildiği ve Hızlı Çiftler Etkileşimi Puanlama Sistemi (HÇEPS)[4] denilen daha geniş çaplı bir davranışsal kodlama sistemi kullanarak, daha yüksek sıklıklarda şikâyet/eleştiri, savunmacılık, küçümseme ve kaçınma sergileyen partnerlerin, ayrılma ve boşanma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu belirlemişti. Revenstorf vd. ise çiftlerin sorun giderme tartışmalarını kodlamış ve sıkıntılı çiftlerin sıkıntısız çiftlere nazaran, 'problem kışkırtması' olayına bulaşmaları ihtimalinin daha yüksek olduğunu tespit etmişti. Burada problem kışkırtması, eşlerden birinin herhangi bir problemi belirtmesinin ardından diğerinin olumsuz bir ifadesinin (kınama gibi) ve ardından da ilk bireyin olumsuz ifadesinin (kişiyi karşılık olarak suçlama gibi) geldiği bir durum şeklinde tanımlanmakta idi. Ayrıca sıkıntısız çiftler

---

1 Heymen vd., 1995.

2 Gottman, 1979; Notarius ve Markman, 1981.

3 Hahlweg vd., 1984.

4 Krokoff vd., 1989.

bu 'uzaklaşmayı' (olumsuz karşılıklılık) sıkıntılı çiftlerden daha önce durdurabilecekti. Benzer şekilde, Gottman vd. sıkıntılı çiftlerin 'çapraz şikâyetçilik' (eşlerin sorunların tanımlarını değiş tokuş etmeleri) ile meşgul olma ihtimallerinin, buna karşın sıkıntısız çiftlerin problemleri belirleme ve muhtemel çözümleri değerlendirme olasılıklarının yüksek olduğunu ortaya koydu. Dolayısıyla, sıkıntılı bir çifti değerlendiren bir klinisyen değerlendirme seanslarını çiftlerin tartıştıkları ilişki sorunlarının gözlemlerini içerecek şekilde yapılandırabilir. Böylelikle eşlerin ilişkilerindeki hüsran, öfke ve umutsuzluk gibi duygularını arttıran ve aralarındaki çatışmaları çözmelerine engel olan kendilerine özgü etkileşim tarzları belirlenebilir.

Bilişsel-davranışsal çift terapistlerinin odaklandığı iletişim becerileri çoğunlukla şunlardır: (1) Düşünce ve duyguları açıkça ve yapıcı bir şekilde ifade etme becerileri. (2) Empatik dinleme becerileri. (3) Sorun giderme becerileri. Çiftlere anlamlı ve empatik dinleme becerilerini öğretmek için kullanılan en yaygın model Guerney'in eşlerden birinin açıklayıcı (expresser) diğerinin de dinleyici (listener) rolünü alarak kendilerine özgü iletişimin ana hatlarını nasıl uyguladıklarına odaklanan 'İlişki Artırımı' yaklaşımıdır. Örneğin, açıklayıcı (expresser) düşünce ve duygularını özlü bir şekilde anlatmak ve bu görüşlerini mutlak değil, sübjektif doğrular olarak ifade etmekle yükümlüdür. Buna karşılık, dinleyici ise anlatıcının tanımladığı sübjektif deneyimi anlamaya çalışmaya odaklanacak ve anladığını anlatıcıya kendi fikirlerini katmadan anlatıcının ifadelerini değiştirerek iletecektir. Çiftlerin ifade etme ve dinleme becerilerindeki yetersizliklerini değerlendirme ve bu becerileri onlara öğretmeye yönelik ana hatların detayı Guerney, Baucom ve Epstein ve Markman ve çalışma arkadaşlarının yazmış olduğu eserlerde bulunabilir.

Sorun giderme iletişimi çiftlere bir soruna yönelik duygularını ifade etmelerinin değil, bir sorunun sistematik davranışsal tanımı, sorunun bir veya daha fazla olası (yani makul ve mantıklı) davranışsal çözümlerinin belirlenmesi ve günlük hayatta

sorunu çözmeye yönelik somut bir plan ile meşgul olmalarının öğretildiği bir süreçtir. Çiftlere sorun giderme becerilerini öğretmeye yönelik prosedürlerin detayı Baucom ve Epstein (1990), Holtzworth-Munroe ve Jacobson (1991), Jacobson ve Margolin (1979), O'Leary ve Turkewitz (1978) ve Stuart (1980) tarafından ortaya konulmuştur.

Çift İlişkilerindeki Bilişsel Faktörler

Baucom vd. (1989) çiftlerin ilişkilerinde çatışma ve sıkıntıyı etkileyen beş tür otomatik düşünce belirledi: (1) Her bireyin, çiftin etkileşimlerinde gerçekleşen olayların bazı yönlerine dikkat edip diğerlerini görmezden geldiği seçici dikkat. (2) Her bireyin, ilişkilerindeki olumlu ve olumsuz olayların nedenlerine yönelik yaptığı çıkarımlar veya yorumlar. (3) Gelecekte ilişkide özel olayların meydana gelmesi ihtimaline yönelik tahminler veya beklentiler. (4) İlişkinin genel veya kişiye özgü niteliklerine yönelik inançları ve bunların nasıl işlediğini içeren varsayımlar ve (5) genel anlamda veya kişiye özgü ilişkilerin sahip 'olması gereken' niteliklerine yönelik her bireyin kabul ettiği inançlar veya standartlar. Evlilikle ilgili otomatik düşünceler üzerine yapılan araştırmalar sıkıntılı eşlerin, ilişki problemlerini eşlerinin olumsuz kişilik özellikleri, olumsuz kasıt ve sevgi eksikliği dahil durağan ve geniş çaplı niteliklerine yorma eğiliminde olduklarını göstermiştir.[1] Klinisyen, çiftlerin yorumlarını değerlendirmek için Pretzer ve çalışma arkadaşlarının (1991) Evlilik Tavrı Ölçümü, Fincham ve Bradbury'nin (1992) İlişki Yorumu Ölçümü ve Baucom ve çalışma arkadaşlarının (1996a) İlişki Yorumu Anketi gibi self-rapor ölçeklerinden yararlanılabilir.

---

1 Baucom ve Epstein, 1990; Bradbury ve Fincham, 1990.

Eidelson ve Epstein'ın (1982) yakın ilişkilere yönelik gerçek dışı inançları (mesela, eşlerin bir ilişkiyi değiştiremeyeceği varsayımı; eşlerin birbirlerinin duygu ve düşüncelerini okuyabilmeleri gerektiği standardı) değerlendirmek için geliştirilen İlişkide İnanç Envanteri, bu tür inançlara bağlılığın evlilik sıkıntısı, olumsuz iletişim ve bireyin ilişkisine yeterli sorumluluğu vermemesi ile ilintili olduğuna dair teorik ve klinik gözlemleri desteklemiştir. Baucom vd. (1996c), yüksek 'ilişki odaklı' standartları olan (eşler arasında sınırların az olmasını, iktidarın eşit dağılımını ve birinin ilişkisine fazla zaman ve enerji ayırmasını savunan) bireylerin ilişkilerinden daha memnun olma ve daha yapıcı yollarla iletişim kurma eğiliminde olduklarını belirledi. Ayrıca, evliliklerinde kendi standartlarının gerçekleştiği durumdan memnun olduklarını kaydeden bireyler ilişki memnuniyetinde daha yüksek puan aldılar.

Yorumlar, varsayımlar ve standartlar dışında otomatik düşünceler hakkında yapılan az çok deneysel araştırmalar bulunmasına rağmen mevcut bulgular, bilişsel değerlendirme ve müdahalelerin ilişki sorunları ile olan ilgisini desteklemektedir. Biliş şekilleri ve partnerlerin birbirlerine yönelik davranışsal ve duygudurum tepkileri arasındaki nedensel ilişkileri hakkında daha fazla bilgi sağlamak için enine boyuna yapılacak incelemelere açık bir gereksinim duyulmaktadır.

Çift İlişkilerindeki Duygudurum Faktörleri

Weiss (1980), bireyin eşine yönelik mevcut duygudurum ve davranışını, eşinin davranış niteliklerinden ziyade kendisinin eşi hakkında daha önce sahip olduğu genel duygudurum ve tavrının belirlediğini ifade eden bir 'duygu baskınlığı' süreci tanımladı. Örneğin, eşinin geçmiş ilişkilerine yönelik kaygısına kızan bir birey, onun bir terapist veya dışardan birinin yapıcı tavsiye-

lerine göre hareket etmesine bile sinirlenebilir. Duygu baskınlığı ister koşullu duygusal tepkilere isterse de bilişsel aracılığa (mesela eşin olumlu davranışını, bireyi kandırmaya yönelik bir niyet olarak yorumlama) dayalı olsun, daha önce tarif edilen olumsuz davranış kışkırtmasına yol açabilir. Sonuç olarak, terapistler, çift etkileşimlerini gözlemlerken bu tür duygudurum süreçlere ihtiyaç duyarlar ve çiftlerin bu tür geniş çaplı duygudurum tepkilerine ve bunların içini dolduran muhtemelen çarpık otomatik düşüncelere karşı koymalarına yardım ederler. Benzer şekilde, eşleriyle olan çatışma kışkırtmasını etkileyen sinirlerini kontrol edememe problemi olan bireyler, sinir azaltımında bilişsel-davranışsal eğitim[1] gibi özgün müdahalelere gereksinim duyabilirler. Ayrıca, bu bölümün başlangıcında belirtildiği gibi, bir çiftin bir üyesi veya her iki üyesinde de mevcut olan duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının çiftin ilişkisi üzerinde önemli etkilere sahip olması muhtemeldir. Eğer duygudurum semptomlarına, ilişki faktörleri neden oluyor ise bu faktörler çift terapisi yoluyla uzaklaştırılabilir ya da duygudurum veya anksiyete bozuldukları için bireysel terapi gerekebilir. Dolayısıyla klinisyen bu noktada dikkatli bir değerlendirme yapmak durumundadır.

VAKA ÖRNEĞİ

Carl (yaş 46) ve Marie (yaş 45), Marie'nin dört aydır süren depresyonunu tedavi eden bireysel terapisti tarafından bir evlilik terapisine alındılar. Çift yirmi bir yıllık evliliklerinin ardından bir ay evvel Marie'nin Carl ile daha fazla yaşamaya tahammül edemeyeceğine yönelik ısrarı üzerine ayrıldılar. Fakat Marie'nin bireysel terapisti onda boşanmaya ilişkin bazı çelişik duygular olduğunu farketti ve belli bir deneme süresi için evli-

[1] Deffenbacher 1996.

lik terapisi tavsiyesinde bulundu. Çiftin üç yıl evvel terapistin ofisinde tartışmaları ile sonuçlanan ve Carl'ın daha fazla devam etmekten vazgeçtiği kısa bir evlilik terapisi denemeleri olmuştu. Ancak yine de Marie birleştirilmiş terapiye bir kez daha başvurmanın, çiftin uzun beraberlik geçmişleri ve ayrılığın çocuklar (Robert, yaş 19 ve Ann, yaş 17) üzerinde yaptığı sıkıntı göz önünde tutulduğunda, "yapılacak en doğru şey" olduğunu belirtti. Carl çift terapisine başlamakta istekliydi, çünkü ayrılığa karşıydı ve terapinin barışı olumlu yönde etkileyeceğini umuyordu.

Çiftin Değerlendirmesi

Birleştirilmiş terapinin ilk seansında, terapist[1] ilk önce eşlerden kendilerini terapiste başvurmaya yönelten sorunları tanımlamalarını istedi. Önce Carl başladı ve Marie'nin kendisine karşı olan kronik memnuniyetsizliği yüzünden ayrılmakta ısrar ettiğini ve kendisinin böyle bir ayrılığı veya boşanmayı hiçbir zaman ciddi bir biçimde evlilik problemlerinin bir çözümü olarak düşünmediğini ifade etti. Karısını sevdiğini ve ilişkilerinin tamamından memnun olduğunu söyledi. Carl ayrıca kendisinin ve Marie'nin çocuk bakımı, maliyetler ve sosyal ilişkiler gibi değişik birçok konuda farklı fikirlerinin olduğunu ve "iletişim problemleri"nin olduğunu da ilave etti. Terapist, Carl'dan iletişim problemlerinden tam olarak neyi kastettiğini açıkça belirtmesini istediğinde, Carl, "İkimiz de ayrı ayrı kendi fikirlerimize sımsıkı bağlanıyor ve diğerinin fikirlerini bir yana itiyoruz," şeklinde cevap verdi. Marie birden araya girdi, "Hayır, ben seninkileri dinliyorum, sen benimkileri bir yana itiyorsun." Çift bunun üzerine, biri diğerini eleştirerek veya diğerinin eleştirisine karşı kendi fikrini savunarak, konuyu tartıştı. Terapist bunu arkasına yaslanıp çiftlerin etkileşimini birkaç dakika gözlemle-

[1] Bu vaka örneği yazar tarafından tedavi edilen bir çifte dayanmaktadır. Gerçek kimlikleri gizli tutulmuştur, fakat ortaya koydukları temel sorunlar ve terapi seansları boyunca gerçekleşen olaylar güvenilirliği sürdürürken doğru bir şekilde tarif edilmiştir.

mek için bir fırsat olarak değerlendirdi. Olumsuz kışkırtmanın ne kadar çabuk gerçekleştiğini ve her ikisinin de etkili anlatma ve dinleme becerilerini nasıl kullanmadığını gözlemledi. Sonuçta, birkaç olumsuz değiş-tokuşun ardından, terapist, Marie'nin öfkesini sözsüz olarak nasıl ifade ettiğini (yüz ifadesi ve yüksek sesle oflamasından) ve terapiste dönüp "İşte bu yüzden kendi başıma yaşamak istiyorum," diyerek tartışmaktan vazgeçtiğini fark etti.

Terapist, Marie'ye terapiye geliş sebeplerini sorduğunda, Marie orada olmak konusunda karmaşık duygular içinde olduğunu ifade etti. Bir yandan, özellikle çocuklarının onlardan boşanmaları yerine 'profesyonel yardım' almalarını istemelerinden dolayı, ailesini terk etme fikrini tasvip etmiyordu. Öte yandan ise yıllardır, kendi ifadesiyle "Carl'ın inatçılığı, ben-merkezciliği ve eleştirel doğası" yüzünden, kendini engellenmiş ve sinirli hissedip depresyona girmişti. Kendisinde bu özelliklerin değişme şansına yönelik bir karamsarlık hakimdi, bu da onu ayrılıkta ısrar etmeye yöneltmişti. Marie ayrıca, Carl'ın çoğu kez tarafsız göründüğünü göz önünde tuttuğunda, nasıl olup da ayrılığa bu denli karşı olduğuna ve barışmayı bu kadar çok istediğine oldukça şaşırdığını da söyledi.

Terapist, kendisinin bilişsel-davranışsal terapi yaklaşımında çift üyeleri arasındaki sıkıntıya kaynak teşkil eden davranışsal yapıları belirlemenin çok önemli olduğuna dikkat çekerek, Marie'den Carl'ın davranışındaki rahatsız edici niteliklere örnekler vermesini istedi. Böylelikle terapist davranış verileri istiyor ve çifti terapinin kavramları ve prosedürleri ile tanıştırıyordu. Bilişsel-davranışsal terapinin diğer uygulamalarında olduğu gibi, çift terapisinde de klinisyen, ilişkilerindeki sorunların kaynaklarını belirlemek ve değiştirmek için hastaları işbirlikçi çabalara müdahil eder. Bu noktada klinisyen bu çiftin 'çapraz şikâyet'e eğilimli olduğunun ve çiftin daha önceki çift terapisini sona erdirme sebeplerinden birisinin de kendilerinin sinir bozucu tartışmalarının önceki terapi ortamında da devam ettiğini görmeleri olduğunun farkındaydı. Sonuçta terapist, her bir

partnerin evlilikteki hoşnutsuzluk noktalarını duymak, çiftin iletişim tarzlarından bir örnek gözlemlemek ve onlara terapinin olumsuz tartışmalardan oluşmadığına dair kanıtlar sunmak seçenekleri arasında bir denge kurmak zorundaydı. Terapist, bu amaçlarını çiftle paylaşmak için bir fırsat olarak, Marie'den Carl hakkında davranış örnekleri vermesini rica etmeyi denedi.

Terapist: "İkinizin birbirinizle olan iletişim ve ilişki yöntemlerinizde yapılabilecek özgün ve olumlu değişiklikleri belirlememiz için, birinizi veya her ikinizi de rahatsız etmeye yönelik davranışların yanı sıra daha memnun edici bulduklarınıza da odaklanmamız gerekiyor. Bu noktada hakkınızda çok şey bilmediğimden, bu davranışları size tanımlatmak durumundayım. Fakat terapiyi muhtemelen evde yaptıklarınıza benzer bir yakınma seansı olarak algılayabileceğinizin de farkındayım. Terapinin, eşiniz sizi eleştirme şansı buldu diye vazgeçebileceğiniz bir ortam değil, yapıcı değişiklikler üzerinde çalışılan bir ortam olduğunu bilmeniz gerekir. Dolayısıyla her biriniz için rahatsız edici olan davranışları tartışmamız için bazı temel kurallarda anlaşmamızı istiyorum. Birbirinizden duyduğunuz şeylerden bazılarına katılmayabilirsiniz. Fakat birlikte yaptığımız bu çalışmanın değerlendirme aşamasındaki kilit nokta, üçümüzün beraberce ilişkinizde sizi mutlu eden ve rahatsız eden belirli şeylerin net bir fotoğrafını çekmemizdir. Aranızda gidip gelen şikâyetlerden kaçınmak için gelin bazı temel kurallar hakkında birkaç dakika konuşalım."

Terapist bundan sonra çiftten, birbirlerinin davranışını tarif ederken takip edecekleri birkaç temel kural belirlemelerini istedi. (Mesela birbirlerinin eylemlerini tarif ederken genellikle diğerinin savunmaya geçmesine sebep olacak "bencil" gibi küçük düşürücü yaklaştırmaları kullanmamak gibi). Terapist daha sonra Carl'ın Marie'yi rahatsız eden davranışlarına yönelik sorusuna geri döndü.

Marie, hatırlayabildiği birçok yıldır, Carl'ın kişisel önceliklerini Marie ve çocuklarınkinin önüne geçirdiğini ifade etti. Terapist davranış örnekleri istediğinde, Carl'ın planlarını değişti-

rip işte kaldığı için sık sık ailesiyle akşam yemeklerini kaçırdığını, çoğu kez Marie'ye danışmaksızın aniden kendisi için arkadaşları ile kart oynamak gibi sosyal planlar yaptığını anlattı. Ailesine olan bu ilgi eksikliğine karşın, Carl'ın evde bulunduğu zamanlarda Marie'ye ve çocuklara danışmadan her şeyi kendi istediği gibi yapmakta ısrar ettiğini söyledi. Örnek olarak, nispeten yakın zamanda gerçekleşen bir olayı anlattı. "Kızları Ann bir Cumartesi matinesi filmine katılmaya davet edilmişti. Carl, ona verdiği avludaki bir işi henüz bitirmemiş olduğundan Ann'in gitmesini yasaklamıştı. Ann, işi sinemadan döndüğünde bitirmeyi önerdiğinde, Carl sinirlenmiş, ona sorumsuz olduğunu söyleyerek bağırmış ve evde kalıp işi yapmasını emretmişti." Marie, terapiste bu tür olayların oldukça sık gerçekleştiğini ve kendisinin bazen Robert ve Ann lehine tartışmaya müdahale etmek gereğini hissettiğini ve bunun da genellikle kendisini Carl'la tartışmaya yönelttiğini belirtti. Terapist, Carl'a Marie'nin anlattıklarının Ann'le yaşanan olayın iyi bir tasviri olup olmadığını sorduğunda, Carl söylenenlerin kendisine doğru göründüğünü söyledi ve ekledi: "Bu ayrıca Marie'nin çocuklarla birlik olup beni kötü adam yapmasına da güzel bir örnekti."

Marie'nin ilişkideki sorunlardan davranış örnekleri vermesinin ardından terapist, Carl'a dönerek "Daha önce, ikinizin iletişim problemleri olduğunu söylemiştiniz; eğer birlikte kurduğunuz iletişimin hangi açılardan düzgün görünmediğine dair biraz daha detay verirseniz bu çok yararlı olacaktır," dedi. Carl birkaç örnek verdikten sonra, terapist kendisine Marie'nin çocuklarla "birlik" olmasından bahsettiğini hatırlattı ve bu sırada tam olarak ne olduğuna dair anılarını tasvir etmesini istedi.

Terapist, her bir partnerin çift etkileşimine dair söylediklerini sübjektif ve muhtemelen bireylerin kendi değer yargıları, niyetleri ve 'duygu baskınlıkları' tarafından etkilenmiş olarak değerlendirdi. Yine de, eşlerin tipik etkileşimlerine dair söyledikleri ile değerlendirme seansı boyunca gerçekleşen iletişim örnekleri arasında bir benzerlik vardı. Sonuçta, terapist işlevsiz etkileşim yapıları hakkında, sadece çiftin davranış yapıları (me-

sela olumsuz karşılıklılık) bakımından değil, her bireyin diğerine yönelik sahip olduğu otomatik düşünceler (mesela olumsuz kişilik özellikleri ve olumsuz içerik hakkındaki yorumlar) açısından da, bazı varsayımlar oluşturuyordu. Bu noktada değerlendirmeyi, otomatik düşüncelere ve duyguduruma doğru yönlendirdi.

Terapist: İlişkinizdeki özgün yapılar hakkında bana birçok faydalı bilgiler verdiniz ve burada birbirinizle kurduğunuz iletişimi de görmek zorunda kaldım. Fakat ayrıca birbirinize yönelik alt üst olmuş duygularınızın birbirinizin davranışlarını nasıl yorumladığınızla ilişkili gibi göründüğünü de farkettim. Bilişsel-davranışsal terapide bireyin, davranışın kendisi için önemli bir anlamı olmasından dolayı, çoğu kez eşinin davranışına karşı nasıl bir duygusal reaksiyon gösterdiğine bakarız. Hepimizin birden sizlerin birbirinizin davranışını nasıl yorumladığınızı sezmesini istiyorum.

Ardından terapist, bilişsel terapiye özgü Sokratik sorgulamayı[1] kullanarak, her bireyi eşi ve onunla olan ilişkisine yönelik kendine ait algıları, yorumları, beklentileri, varsayımları ve standartları keşfetmeye yönlendirdi. Carl'ın en önemli otomatik düşünceleri (bilişleri) arasında şunlar yer alıyordu: Marie'nin ona saygı duymadığı ve çocukları kendisinden daha çok sevdiğine dair yorumlar; çocukların kendisine saygı duymadıklarından ötürü itaat etmedikleri düşüncesi; onlara karşı belli bir mesafede durmadığı ve isteklerine 'boyun eğmeyi' reddetmediği takdirde ailedeki hiçbir bireyin onu ciddiye almayacağı beklentisi; çocukların doğal olarak tembel olduğu ve annebabanın onları sürekli övmesi durumunda çalışmaya olan motivasyonlarını yitirecekleri (ve teşvik edilmeleri gerektiği) varsayımı; bir adamın ailesine yönelik başlıca vazifesinin iyi bir gelir ve yaşam tarzı sağlamak olduğu ve ailesinin kendisinin çabalarını takdir edip işin baskısından kurtulmak için boş vakitlerinde gerçekleştirdiği birtakım aktiviteler yüzünden onun canı-

[1] Bakınız, Beck, 1995.

nı sıkmaması gerektiği gibi standartlar vardı. Marie'nin en önemli otomatik düşünceleri (bilişleri) arasında ise şunlar vardı: Carl'ın davranışının kendisi ve çocuklarına karşı sevgisinin az olmasının yanında, onun inatçı ve bencil olduğunu yansıttığına dair yorumlar; ilişkilerinin mevcut durumunun kendisi tarafından kabul edilemez olduğunu Carl'a tam olarak iletebilecek tek eylemin ayrı yaşamak olduğu beklentisi; bir eşin/annenin, ailesinin huzurunu ve beraberliğini korumak için elinden gelen her şeyi yapması gerektiği standardı (ki bu standardın onun, depresyona girmesi ve Carl'a aşırı kızmasına kadar, davranışını yıllar boyu etkilediği açıktı).

Terapist ayrıca çiftten, nasıl tanıştıklarından başlayarak, onları birbirlerine çeken şeyin ne olduğu, evlenme kararını nasıl verdikleri ve evliliklerini olumlu veya olumsuz şekilde etkileyen önemli olayları içeren ilişkilerinin kısa bir geçmişini anlatmalarını istedi. Terapist geçmişe ait verilerin mevcut sıkıntıları değerlendirme konusunda kendisine yarar sağlayacağını ve bir ilişkinin nasıl kötüleştiğini bilmenin çoğu kez onu iyileştirmenin ipuçlarını vereceğini belirtti.

Çift kolejde nasıl tanıştıklarını, sadece birkaç ay çıktıktan sonra mezuniyet gününde nişanlandıklarını anlattı. Marie, Carl'ın güzel bakışları, zekası, işindeki ciddiyeti, hayattaki hedeflerinin net oluşu ve mizah yeteneğinden etkilendiğini söyledi. Carl, Marie'nin fiziksel çekiciliği, sıra dışı kişiliği, mizah yeteneği ve kendisininkilere benzer değer yargıları ve dinî geçmişinin olmasından hoşlandığını söyledi. İlişkilerinin ilk yıllarında çift, tenis ve sinema gibi ortak ilgi alanlarını paylaşıp konuşarak zamanlarının çoğunu birlikte geçirmişti. Evlendikten sonra Marie bir teknoloji şirketinde satış temsilcisi olarak çalışırken Carl da işletmede yüksek lisansını tamamladı. Robert doğunca, Marie çocukların ikisi de okula gidene kadar çalışmayı bıraktı. Marie'ye göre evlilikteki gerilim kendisinin evde çocuklarla kalması ve Carl'ın işine gitgide daha fazla zaman harcamasıyla oluşmaya başladı. Ne zaman sinirleri bozulsa Carl tarafından terk edileceği hissine kapılıyordu, fakat çift tipik bir şekilde tar-

tışıp bir müddet birbirlerinden uzak duruyordu. Ayrıca Marie Carl'ın işte terfi alıp sorumluluklarının artmasıyla sorunun daha da kötüleştiğini söyledi. Carl, Marie'nin ilişkilerinin geçmişine yönelik betimlemesini onayladı. Terapist ardından çifte onlara göre ilişkilerindeki sağlıklı yanların ne olduğunu sordu. Marie ve Carl hala yaşamla ilgili ortak değer yargılarının var olduğu ve çocuk bakımına dair sahip oldukları uzun süreli görüş ayrılıklarına rağmen, çocuklarının tehlikede olduğunu düşündüklerinde onları korumak için hemen harekete geçebilecekleri konularında görüş birliğine vardı.

Değerlendirme seansı, terapistin Marie ve Carl'a tüm sorularına cevap verdikleri için teşekkür etmesi ve ilişkilerinin geçmişinin yanı sıra mevcut sıkıntılı ve güçlü yönleri hakkında birçok veri topladığını ifade etmesi ile sona erdi. Seans sonrasında elde ettiği başlıca bulguları özetledi. Bu özette, çiftin çatıştıkları konuları tartışırken çapraz şikâyet ve eleştiride bulundukları, birbirlerini asgari düzeyde onayladıkları ve yenişemedikleri gibi konulara dair kanıtlar yer almaktaydı. Terapist ayrıca her bireyin, diğerinin olumsuz davranışını değişmeyen olumsuz özelliklere ve niyetlere yorduğunu ve her birinin diğerinin davranışının bu tür değişmeyen özellikler ile sevgi ve saygı eksikliğinden kaynaklandığını düşündükleri müddetçe birbirlerinden bu denli rahatsız olmalarının şaşılacak bir durum olmadığını belirtti. Çifte eğer onunla çalışmayı sürdürürlerse, her bireyin diğeri tarafından anlaşıldığını ve saygı duyulduğunu hissettirecek ve farklılıkları çözmeye yönelik daha iyi sorun giderme becerileri sağlayacak olan daha yapıcı iletişim yapılarını birlikte geliştirebileceklerini salık verdi. Ayrıca terapist, bilişsel-davranışsal terapide, çiftin birbirlerinin davranışına yönelik yorumlarının, kendi duygularını ve diğerine karşı davranışlarını etkilediğinin farkına varmaları ve bu bilişlerin değerini incelemede becerikli hale gelmeleri konularında fayda göreceklerini belirtti. Terapist, çifte, bir sevgi eksikliğini yansıttığı şeklinde yorumladıkları davranışların, aslında her birinin bir kişinin başka bir kişiye onu sevdiğini kanıtlama üslubuna yönelik farklı kişisel standart-

ları olmasına bağlı ise, bunu keşfetmenin kendileri için çok önemli olacağını söyledi. Böyle bir durumda, sevgisiz bir ilişkiyle karşılaşmak yerine belki de bu çift, nispeten küçük olan ve diğer bireyin kendisini daha çok sevmesi ve saymasını sağlayacak bazı davranışsal değişikliklere yönelik daha çözülebilir bir sorun ile uğraşıyor olabileceklerdi. Ayrıca terapist, çiftlerin, ilişkide önemseme ve sadakatin yerleşmiş olduğuna dair daha fazla güven kazandıklarında, zamanla birbirlerinin kişisel tarzlarındaki farklılıkları kabul edebileceklerini belirtti. Marie ve Carl da cevaben seansı yapıcı bulduklarını ve terapiye devam etmek istediklerini söylediler.

Bilişsel-Davranışsal Tedavi Stratejileri

İlk değerlendirme seansının görece geniş bir tasvirini ve terapistin çifte terapi modelini öğretme ve onları terapiye çekme yöntemlerini sunmuş ve çiftlerle çalışmanın bireysel terapiden farklı olduğu görüşümü belirtmiştim. Bireysel terapide olduğu gibi çiftler, değişme ihtimaline yönelik umutsuzluğa ve başarılı bir değişikliğin etkilerinin yaşamları için ne anlama geleceğine dair bir miktar korkuya bağlı olarak, genellikle terapiye gözle görülür bir kararsızlıkla girerler. Fakat çift üyeleri ayrıca savunmacı olma ve sorunlar için birbirlerini suçlama eğilimindedirler. Onları terapiye çekmek terapistin bu eğilimleri derhal yok etmeye başlamasını ve üç taraf arasındaki işbirlikçi çalışma ilişkisini oluşturmasını gerektirir. Art arda gelen bilişsel ve davranışsal müdahalelerin tümü eşlerden her birinin çatışmayı sürdüren döngüsel yapılara olan kendi katkılarını incelemeye istekli oldukları yargısına dayanır. Aşağıda Carl ve Marie için kullanılan müdahalelerin olması gerektiği gibi kısa bir özetini bulacaksınız.

İletişim Becerisi Eğitimi

İkinci seans, terapistin, çiftin haftayı nasıl geçirdiklerini sormasının ardından, Carl ve Marie'nin, bazı ortak faturaları hakkında Carl'ın Marie'ye karşı konuşma üslubuna dair tartışmalarıyla geçti. Marie, Carl'ın davranışını hakaretvâri olarak nitelendirdi. Carl ise Marie'nin "faturaları nasıl ödeyeceklerine dair önerisini kabul etmeyi reddederek" kendisini sinirlendirdiğini ifade ederek savunmada bulundu. Terapist, araya girdi ve ofisteki tartışma üsluplarının dışarıdakine benzer olup olmadığını sordu. İkisi de öyle olduğunu söyledi. Bunun üzerine terapist, terapiye katılmalarındaki bir amacın da iletişim becerilerini geliştirmek olduğunu hatırlattı. Ardından onlara Guerney'in (1977) İletişim Artırımı programındaki anlatıcı ve empatik dinleyicinin temel özelliklerini özetleyen bir metin verdi. Ayrıca söz konusu anlatıcı ve dinleyicinin niyetlerini anlattı. Her bir maddeyi çiftle beraber gözden geçirdi ve terapi seansları boyunca iletişim becerilerini uygulamakta istekli olup olmadıklarını sordu. Çift bunu onaylayınca, terapist, yeni becerileri duygusal açıdan daha az rahatsız edici olan konular ile uygulamanın genellikle daha kolay olduğunu, fakat bu seans boyunca, kendisinin çifti yönlendirmesi sayesinde, terapi boyunca görülen mevcut sorunu ana hatları ile irdelemenin yararlı bir uygulama olacağını belirtti. Terapinin geri kalanı çiftin iletişim becerilerini, terapistin önderliğinde prova etmelerine ayrıldı. Ev ödevi olarak, çift iki kez bir araya gelip onbeş dakika boyunca, becerileri gerektiği gibi kullanmayı öğrenene kadar, şimdilik daha az çatıştıkları konularda ayrı ayrı anlatıcı ve dinleyici rollerini oynamayı kabul ettiler. Terapist, bundan sonraki dört seansın her birinin yaklaşık yarısını iletişim becerileri üzerine ekstra çalışmaya ayırdı ve çift, seanslar dışında haftada iki veya üç kez pratik yaptı.

Sorun-Giderme Becerisi Eğitimi

Terapist, çifti, ifade etme ve dinleme becerilerini kullanmanın problemleri mutlaka çözeceği anlamına gelmediği, dolayısıyla sorun giderme becerilerinin de uygulanmasının önemli olduğu konusunda bilgilendirdi. Her birine sorun gidermenin ana hatlarını[1] anlatan bir metin verdi, onlara problem çözmenin her aşamasını anlattı, davranış terimlerini kullanarak bir problemin nasıl tanımlanacağını örneklerle açıkladı, çifte tartışılması gereken çözülmemiş bir sorunu nasıl seçeceklerini gösterdi ve onlara olası bir çözümü belirleme ve seçme aşamaları boyunca rehberlik etti. Yine, uygulamaya basit ve orta zorlukta bir sorunla başlamak ve becerileri, çiftin onları evde kullanmaya başlamasından önce seans sırasında uygulamak gerekiyordu. Marie ve Carl, ikisinin de uygun bulduğu günlük problemler (ekonomik sorunlarla uğraşırken bir ekip gibi nasıl çalışılacağı) hakkında bir takım çözümler üretmeyi başardılar ve yapılandırılmış ana hatları kullanma süreci her iki bireyin de eşinden eskisine nazaran daha fazla saygı gördüğünü hissetmesini sağladı.

Bilişsel Tekrar Yapılandırma

Çiftlerle yapılan bilişsel tekrar yapılandırmada kullanılan temel prosedürler bireysel terapide[2] kullanılanlarla aynıdır ve burada ayrıntılı olarak incelenmeyecektir. Bu prosedürlerin başlıcaları şunlardır: Eşlerden her birini diğer bireyin olumsuz davranışlarına yönelik alternatif yorumları göz önünde tutmaya yöneltme; onlara birbirleri hakkında yaptıkları çıkarımları (yorumları ve beklentileri) reddedebilecek veriler toplamada rehberlik etme; onları, kendileri ve birbirlerinin davranışları için belirledikleri gerçekçi olmayan standartlardaki değişiklikleri göz önünde tutmaya zorlama vb. Örneğin, terapist ve Carl, Carl'ın ailesi için güzel bir hayat sağlamak için çok çalışmasın-

---

[1] Bakınız, Baucom ve Epstein, 1990.

[2] Bakınız, Beck, 1995.

daki iyi niyetlerini, fakat bu standardın, kendisini belirli aralıklarla nasıl bir yük olarak algıladığı her şeyden kaçma gereksinimi duyacak kadar 'tükenmiş' hissetmesine sevk ettiğini tartıştılar. Terapist, Carl'ın standardını, temel değer yargılarını içermeye devam edecek fakat kendisini stres ve kaçınmaya 'sabitlemeyecek' tarzda 'tekrar yazması'nda ona rehberlik etti: "Ailem için güzel bir yaşam sağlamakla yükümlüyüm. Bunu yapmanın yollarından biri sıkı çalışmak ve iyi bir yaşantı kurmaktır. Fakat onlar için iyi bir yaşam kalitesi sağlamanın başka bir önemli yolu da yaşamlarının kişisel olarak bir parçası olmaktır. Eşim ve çocuklarımla beraber geçireceğim birazcık zaman çoğu kez birkaç saat daha fazla para kazanmaktan daha değerlidir." Bu, Carl'ın sorumluluklarına yönelik değer yargılarına uyan bir standarttı ve Marie için de daha çekiciydi. Çift, Carl'ın birkaç haftalığına yenilenen standarda göre yaşamayı denemesi ve daha sonra bunun etkisini değerlendirme konularında görüş birliğine vardı. Ardından ikisi de, azalan çatışma ve artan uyum anlayışı bakımından, sonuçlardan memnun olduklarını söylediler.

Birleştirilmiş terapi seanslarında bilişsel tekrar yapılandırmayı uygularken, terapiyi uygulayanın, eşlerden birinin diğerinin olumsuz bilişlerini reddetmeye yardım edecek bilgileri elde etme avantajı vardır. Öte yandan, terapist, bir bireyin öteki birey hakkındaki olumsuz otomatik düşüncelerini (olumsuz yorumlar gibi) keşfederken bunun bir çatışma kışkırtmasına sebep olmamasına özen göstererek seansı yapılandırmak için hazırlık yapmalıdır. Bu amaca ulaşmayı sağlayan stratejilerden biri, çifti birbirlerini sinirlendirecek ve rahatsız edecek bazı olumsuz düşüncelere kapılabilecekleri konusunda uyarmaktır. Fakat her birey kendine ait bilişleri belirleme ve test etme fırsatı bulursa, gerçekçi olmayanların değişebilme ihtimalleri daha yüksektir. Çift terapisini uygularken genellikle terapistin, seans boyunca tartışmanın alevlenmemesi için, olumsuz değiş-tokuşlara aktif olarak müdahalede bulunması çiftin yararınadır.

Terapi Sonucu

Marie ve Carl dört ay boyunca haftalık çift terapisi seanslarına devam ettiler, daha sonra seansları iki ay daha iki haftada bir olarak değiştirmeye karar verdiler. Çatışma ve düşmanlık dolu geçmişlerine rağmen, ilişkilerindeki sorunlarla uğraşmalarından kaynaklanan strese tahammül etmelerini sağlayan ve ilişkilerinin temelinde yatan duygusal bağı korumayı başardılar. Hüsran ve hoşnutluk duyguları haftadan haftaya değişiklik gösteriyordu. Fakat seanslarda ve dışarıda gösterdikleri çabalar bakımından oldukça tutarlıydılar. Davranışsal müdahaleler, çiftin çatışmalarını çözme ve ikisinin de hoşnut olacağı yollarla iletişim kurma becerilerinde önemli değişiklikler sağladı. Üç ay sonra, bir yandan terapiye devam ederken deneme amacıyla birlikte yaşamaya karar verdiler. Terapiyi bitirmeye (beraberce ve terapiste danışarak) karar verdiklerinde, üç ay boyunca ayda bir tamamlayıcı seansa gelmeyi kabul ettiler. Kazanımlarını sürdürdüler ve ikisi de beraber yaşayacakları geleceklerinden daha umutlu olduklarını belirttiler.

Sonuç

Çiftlerle ortaklaşa çalışmanın avantajları yanında önemli güçlükleri de vardır. Başlıca avantajlarından biri, terapistin, yalnızca terapi ofisi dışında gerçekleşen olayları dinlemek yerine, seanslar boyunca çiftin etkileşimindeki bozuk yapıları gözlemleyebilmesi ve bu bozukluklara müdahale edebilmesidir. Bilişsel-davranışsal terapinin diğer formlarında mesela agorafobinin tedavisinde olduğu gibi, terapistin, hastaların yeni yollarla sözlü olarak tepki vermelerini sağlayabilmesi terapinin yararını arttırmaktadır. Çift terapisindeki temel güçlüklerden biri terapistin çoğu kez seanslar boyunca yoğun değiş-tokuşlarla uğ-

raşması, süratle gelişen etkileşimlerdeki yapıları kavramlaştırması ve sıkıntılı çiftlere daha tatmin edici yollarla ilişki kurabileceklerine dair kanıtlar sağlaması mecburiyetidir.

REFERANSLAR

Baucom, B. II. ve Epstein, N. (1990). *Cognitive-Behavioral Marital Therapy.* New York: Brunner/Mazei,

Baucom, D. H., Epstein, N., Daiuto, A. D., vd. (1996a). Cognitlons in marriage: the relationship between standards and attributions. *Journal of Family Psychology* 10:209–222.

Baucom, D. H., Epstein, N., Rankin, L. A. ve Burnett, C. K. (1996b). Understanding and treating marital distress from a cognitive-behavioral orientation. *Advances in Cognitive. Behavioral Therapy* içinde, ed. K. S. Dobson ve K. D. Craig, s. 210–236. Thousand Oaks, CA: Sage.

— (1996c). Assessing relationship standards: the Inventory of Specific Relationship Standards. *Journal of Family Psychology* 10:72–88.

Baucorn, D. H., Epstein, N., Sayers, S. ve Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57:31–38.

Beach, S. R. H., Sandeen, E. E. ve O'Leary, K. B. (1990). *Depression in Marriage: A Model for Etiology and Treatment.* New York: Gullford.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond.* New York: Guilford.

Bienvenu, M. J. (1970). Measurement of marital communication. *The Family Coordinator* 19:26–31.

Bradbury, T. N. ve Fincham, F. D. (1990). Attribution in marriage: review and critique. *Psychological Bulletin* 107:3-33.

Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. *Perspectives on Marital Interaction* içinde, ed. P. Noller ve M. A. Fitzpatrick, s. 31–52. Clevedon, England: Multilingual Matters, LTD.

Craske, M. G. ve Zoeliner, L. A. (1995). Anxiety disorders: the role of marital therapy. *Clinical Handbook of Couple Therapy* içinde, ed. N. S. Jacobson ve A. S. Gurman, s. 394–410. New York: Guilford.

Deffenbacher, J. L. (1996). Cognitive-behavioral approaches to anger reduction. *Advances in Cognitive-Behavioral Therapy* içinde, ed. K. S. Dobson ve K. D. Craig, s. 31-62. Thousand Oaks, CA: Sage.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994). 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Eldelson, R. J. ve Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50:715- 720.

Epstein, N. ve Baucom, D. H. (1993). Cognitive factors in marital disturbance. *Psychopathology and Cognition* içinde, ed. K. S. Dobson ve P. C. Kendall, s. 351–385. San Diego: Academic Press.

Fincham, F. D. ve Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: the Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology* 62:457–468.

Goldstein, A. J. ve Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy* 9:47–59.

Gottman, J. M. (1979). *Marital Interaction: Experimental Investigations.* New York: Academic Press.

— (1993a). What Predicts Divorce? The Relationship between Marital Processes and Marital Outcomes. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

— (1993b). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital Interaction: a longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:6–15.

Gottman, J. M., Markman, H. ve Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: a sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Family* 39:461–477.

Guerney, B. G., Jr. (1977). *Relationship Enhancement.* San Francisco: Jossey-Bass.

Hahlweg, K., Reisner, L., Kohli, G., vd. (1984). Development and validity of a new system to analyze interpersonal communication (KPI: Kategoriensystem for Partnerschaftliche Interaktion). *Marital Interaction. Analysis and Modification* içinde, ed. K. Hahlweg ve N.S. Jacobson, s. 182–198. New York: Gullford.

Heiman, J. R., Epps, P. H. ve Ellis, B. (1995). Treating sexual desire disorders in couples. *Clinical Handbook of Couple Therapy* içinde, ed. N. S. Jacobson ve A. S. Gurman, s. 471–495. New York: Guilford.

Heyman, R. E., Weiss, R. L. ve Eddy, J. M. (1995). Marital Interaction Coding System: revision and empirical evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 33:737–746.

Hof, L. (1987). Evaluating the marital relationship of clients with sexual complaints. *Integrating Sex and Marital Therapy: A Clinical Guide* içinde, ed. G. W. Weeks ve L. Hof, s. 5–22. New York: Brunner/Mazel.

Holtzworth-Munroe, A. ve Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. *Handbook of Family Therapy* içinde, c. II, ed. A. S. Gurman ve D. P. Kniskern, s. 96-133. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., vd. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52:497–504.

Jacobson, N. S. ve Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles.* New York: Brunner/Mazel.

Kaslow, F. W. (1993). Relational diagnosis: an idea whose time has come? *Family Process* 32:255–259.

Krokoff, L. J., Gottman, J. M. ve Hass, S. D. (1989). Validation of a global rapid couples interaction scoring system. *Behavioral Assessment* 11:65–79.

Markman, H. J., Stanley, S. ve Blurnberg, S. L. (1994). *Fighting For Your Marriage*: San Francisco: Jossey-Bass.

McCrady. B. S. ve Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. *Clinical Handbook of Couple Therapy* içinde, ed. N. S. Jacobson ve A. S. Gurman, s. 369–393. New York: Gullford.

Notarius, C. I. ve Markman, H. J. (1981). The Couples Interaction Scoring System. *Assessing Marriage: New Behavioral Approaches* içinde, ed. E. E. Filsinger ve R. A. Lewis, s. 112–127. Beverly Hills, CA: Sage.

O'Leary, K. B. ve Turkewitz, H, (1978). Marital therapy from a behavioral perspective. *Marriage and Marital Therapy: Psychoanalytic Behavioral and Systems Theory Perspectives* içinde, ed. T. J. Paolino ve B. S. McCrady, s. 240-297. New York: Brunner/Mazel.

Pretzer, J. L., Epstein, N. ve Fleming, B. (1991). The Marital Attitude Survey: a measure of dysfunctional attributions and expectancies. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 5:131–148.

Revenstorf, D., Hahlweg, K., Schindler, L. ve Vogel, B. (1984). Interaction analysis of marital conflict. *Marital Interaction: Analysis and Modification* içinde, ed. K. Hahlweg ve N. S. Jacobson, s. 159–181. New York: Guilford.

Snyder, D. K., Cavell, T. A., Heffer, R. W ve Mangrum, L. F. (1995). Marital and family assessment: a multifaceted, multilevel approach, *Integrating Family Therapy: Handbook of Family Psychology and Systems Theory* içinde, ed. R. H. Mikesell, D.-D. Lusterman ve S. H, McDaniel, s. 163–182. WashIngton, DC: American Psychological Association.

Stuart, R. B. (1980). Helping Couples Change: A Social Learning Approach to Marital Therapy. New York: Gullford.

Thibaut, J. W. ve Kelley, H. H. (1959). *The Social Psychology of Groups.* New York: Wiley.

Weiss, R. L. (1980). Strategic behavioral marital therapy: toward a model for assessment and intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory* içinde, c. 1, ed. J. P. Vincent, s. 229–271. GreenwIch, CT: JAI Press.

Weiss, R. L. ve Heyman, R. E. (1990). Observation of marital interaction. *The Psychology of Marriage, ed. F. D. Fincham ve T. N. Bradbury* içinde, s. 87-117. New York: Guilford.

13

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Jerry M. Friedman

GİRİŞ

Cinsel işlev bozuklukları cinsiyetin kendisi kadar eskidir. Fakat 20. yüzyılın başına kadar, cinsel problemler teorik ve metodolojik açıdan ele alınmamıştı. Freud'un etkisiyle cinsel işlev bozukluklarının, kökleşmiş kişilik çatışmalarından, özellikle de Oedipus kompleksini[1] çözememekten kaynaklandığı düşünülmüştü. Cinsel çatışmanın hemen hemen tüm psikolojik rahatsızlıkların sebebi olduğu öne sürülürken, cinsel işlev bozukluğunu tedavi etmek için geleneksel psikodinamik teorinin hiçbir adaptasyonunun gerekli olmadığına inanılmıştı. 1950'lerin sonunda, öğrenme teorisine dayanan müdahaleler ilk kez ortaya çıktı. Wolpe (1958) cinsel işlev bozukluğunu, cinsel bir duruma karşı koşullu anksiyete tepkisi olarak ve dolayısıyla gevşeme ve sistematik veya aşamalı duyarsızlaştırma ile tedavi edilebilir olarak kavramlaştırdı. 1950'ler ve 1960'larda, düşünce durdurması,[2] dikkat eğitimi[3] ve rasyonel duygusal terapi[4] gibi bilişsel yaklaşımlar cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde uygulandı. Ayrıca tıbbi müdahalelerin başlaması da 20. yüzyılın başlarına tekabül eder. Yakın zamanlara kadar bu tedaviler, insanın cinsel

---

1 Freud, 1905/1962.

2 Garfield vd., 1969,

3 Lazarus, 1968.

4 Ellis, 1962, 1971.

fizyolojisine dair bilginin sınırlılığından ve cinsel işlev bozukluğunun fizyolojik boyuta mı yoksa psikolojik boyuta mı[1] girdiğini ayırt edemeyişten dolayı güçlükle yapılıyordu.

1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında Masters ve Johson seks terapisinin ayrı bir terapik disiplin olarak kurulmasını sağlayan iki temel çalışma yaptı (1966, 1970). İlk çalışmaları olan *Human Sexual Response* (1966), insanın cinsel fizyolojisine dair bilinenlere önemli bir katkı yaptı. İkinci çalışmaları *Human Sexual Inadequacy* (1970) ise, tıp alanı için çoğu cinsel probleme yönelik bir tedavi protokolü sağladı. Bu yaklaşım çiftmerkezli, kısa, yönlendirici ve bilinçdışı çatışmayı açığa çıkarmaktan çok cinsel semptomlara odaklanmıştı. Çoğu cinsel işlev bozukluğunun öne sürülen sebebi performans anksiyetesi, danışma ve iletişim yetersizlikleri ve cinsel aktivite boyunca bir "seyirci" rolünde olma varsayımı idi. Son yirmi beş yıldır, Masters ve Johnson'un önerdiği tedavi protokolleri cinsel işlev bozukluğuna yönelik çoğu tedavi programının temeli olmaya devam etmektedir. Kaplan (1974, 1979) bu tedavi protokollerinin psikoanalitik psikoterapi ile bütünleştirilmesine yardımcı oldu ve cinsel işlev bozukluğunu, cinsel tepki döngüsünün üç aşamalı bir betimlemesine göre kavramlaştırdı: Cinsel istek, uyarılma ve orgazm.

Seks terapisinin temelini oluşturan ve özel duruma bağlı çeşitli önem dereceleri olan birkaç prensip vardır.

1. Performans anksiyetesinin giderilmesi
2. Eğitim
3. Tavır değişimini teşvik etme
4. İletişimi arttırma
5. Yıkıcı seks rollerini veya yaşam biçimlerini değiştirme
6. Fiziksel veya tıbbi müdahaleler
7. Cinsel davranışı değiştirme ve etkili seks tekniğini öğretme

---

[1] LoPiccolo ve Friedman, 1985.

8. Değişiklik için karşılıklı sorumluluğun önemini belirtme

Seks terapistleri, birey ve çift terapisinde bu prensipleri özgün cinsel problemlere uygulamak için bilişsel-davranışçı stratejileri ve tetikleri geniş bir çerçevede ele alırlar.

Tedavi edilen en yaygın işlev bozuklukları şunlardır:

Orgazmla ilgili işlev bozukluğu: Odak ve süre bakımından yeterli olan ve başka bir Eksen I tanısı veya bir maddenin ya da tıbbi koşulun doğrudan etkileri tarafından açıklanmayan normal bir cinsel heyecanın ardından orgazmın gecikmesi veya olmaması.

Erken boşalma: Gerçekleşmesi istenilen zamandan daha önce asgari bir cinsel uyarılma ile ve bir maddenin (ilacın) doğrudan etkileri olmaksızın erkeğin erken boşalması sorunu.

Kadının cinsel uyarılma işlev bozukluğu: Kadının uyarılmasının fiziksel belirtisi olan sulanma-kabarma tepkisine ulaşamaması veya bu tepkiyi sürdürememesi. Problem bir maddenin veya tıbbi koşulun doğrudan etkilerine bağlı değildir.

Erkeğin ereksiyon işlev bozukluğu: Erkeğin cinsel aktivitenin bitimine kadar yeterli ereksiyona ulaşamama veya ereksiyonu sürdürememesi. Problem genel tıbbi koşullara veya bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Yetersiz cinsel arzu: Cinsel aktivitede, yaş ve kişinin yaşam bağlamını dikkate alarak, şehvetin ve cinsel fantazinin yetersiz olması veya hiç olmaması. Problem bir maddenin veya tıbbi koşulun doğrudan etkilerine bağlı değildir.

Cinsel soğukluk: Bir partnerle hemen her türlü cinsel temastan kaçınma veya cinsel temastan aşırı derecede nefret etme.

Herhangi bir teşhiste bulunmanın çoğu zaman oldukça sübjektif olduğunu belirtmek gerekir. Yukarıdaki tanımlar *DSM-IV*'ten (1994) kısaltılarak alınmıştır ve 'eksik', 'yetersiz', 'normal' ve 'yeterli' gibi sübjektif terimler içermektedir.

TEDAVİ SORUNLARI

En yaygın biçimde çoğu seks terapisinin bir parçası olarak yer alan tedavi müdahalesi, cinsel ilişkiyi yasaklamanın yanında ev ödevi olarak verilen ten masajı (duyusal odak) ile başlayan cinsel görevlerin aşamalı bir dizinidir. Bu, teorik olarak, performans anksiyetesini azaltır. Önemli olan yeni tensel deneyimler keşfetmektir. Egzersizlerin üç amacı vardır; (1) cinsel ilişkiye odaklı olmayan yaklaşımlar getirerek performans anksiyetesini gidermek, (2) çifti kendi cinsel deneyimlerine ve duygularına kapılmaya teşvik ederek seyirci rolünü yok etmek ve (3) cinsel iletişimi artırmak. Tensel beden masajı başlangıçta göğüsleri veya genital bölgeyi uyararak yapılmaz. Sıra ile göğüsler, genital bölgeler ve en sonunda cinsel birleşme gelir. Bu aşamalı uyarma, bireylerin "o anda" kalmaları ve bir seyirci rolünü almaksızın fiziksel duygularına kapılmalarını sağlamak için tasarlanmıştır.

Terapinin bilişsel yönleri başlangıçta basitçe duyguları harekete geçirmek gibi görülebilir. Fakat çoğu cinsel performans endişesi, temel inançlar, çarpık otomatik düşünceler ve işlevsiz şemalarda yatmaktadır. Bilişsel çalışmanın önemli bir kısmının gerçek cinsel aktiviteye hazırlık aşamasında yapılması gerekir. Dolayısıyla ev ödevi (hem bilişsel hem de cinsel terapide kullanılan bir terapi standardı) davranışsal görevlerin (duyusal odak gibi) yanı sıra, hastaların cinsel tepkisini engelleyen kendi ifadelerini belirlemeye odaklanır.

Terapinin ilk aşaması hastanın cinsel işlev bozukluğunun nedenini tespit etmesine yardımcı olmaktır. Bazen bu sebep basitçe bilgi eksikliğidir. Örneğin, bir kadın ve partneri kadının klitorisinin nerede olduğunu ve kadının uyarılması ve orgazm olması için klitorisinin uyarılması gerektiğini bilmiyor olabilirler. Sıklıkla, erken boşalma problemleri en iyi biçimde mastürbasyon yoluyla uygulanan ve ardından çiftin cinsel yaşamına nakledilen bir dizi egzersizle giderilebilir. Yeterince bilgi veren

birçok kitap ve dergi makaleleri bu sorunlara değindiğinden bu tür sorunlara nadiren rastlanılır.[1] Açıklanması daha karmaşık olan birçok durum vardır. Bilişsel terapi, kısa bir terapi kapsamında, özellikle hastaların anksiyete, nefret, öfke veya umutsuzluk duygularını yönlendiren gerçekçi olmayan veya mantık dışı inançları belirlemelerine yardım etmeye çok uygundur. En tipik çarpık düşünceler arasında; ereksiyonu cinsel istek ve erkeklikle bir tutmak, orgazmı cinsel zevkle bir tutmak ve cinsel istek eksikliğini çekicilik eksikliğiyle bir tutmak yer alır. Cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin (ve kadınların bu tür erkekler hakkında) kullandıkları en yaygın terim "Performans gösteremiyorum/gösteremiyor" şeklindedir. Seksin 'performans' olarak kavramlaşmasına meydan okumak çoğu kez bilişsel çalışmanın temel meselesidir.

Hastaların, duygusal uyarılmaya yönelten kendi ifadelerini belirlemelerine ve duygusal reaksiyonlarının beklentileri, yakıştırmaları ve kendi ifadeleri tarafından etkilendiğini kabul etmelerine yardımcı olunur. Terapistin yardımıyla, hastaların cinsel duruma karşı olağan reaksiyonları olan korku, anksiyete ve nefret veya kaçınma gibi tepkilerin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaya yönelik bireysel başa çıkma ifadeleri oluşturulur. Tipik başa çıkma ifadeleri şunlardır; "Sadece seks ile meşgul olmam benim kötü birisi olduğum anlamına gelmez," "Gençliğimde ..... ile meşgul olduğum için kendimi suçlu hissetmeyi öğrendiğimi biliyorum ve artık bu şekilde hissetmek istemiyorum, zaten öyle hissetmek zorunda da değilim," veya "seksten zevk almama izin verirsem, bu bütün kontrolümü kaybedeceğimi göstermez." Tabi ki, birçok cinsel problem ilişkideki diğer problemlere nazaran ikinci derecededir ve çoğu kez ilişki terapisinin seks terapisinden önce veya onunla aynı zamanda yapılması gerekir. Hastalara yatak odasındaki 'başarısızlık' hakkındaki en kötü korkularını belirleyip tekrar değerlendirmeleri ve yatak odasının çoğu zaman bireysel problemlerin ve ilişki

[1] Heiman ve LoPiccolo, 1988; Zilbergeld 1978.

sorunlarının ortaya çıktığı bir arena olduğunu anlamaları konularında yardımcı olmak terapinin önemli bileşenleridir. Hastaların, biliş ve duyguları arasındaki mesafeyi kapatmalarına yardım etmeye yarayan klinik araçlardan biri değiştirilmiş bir işlemsel analiz çerçevesidir.[1] Hastalardan, kafalarının içinde çocukluklarından bu yana önemli bilgilerini kaydettikleri iki kaset olduğunu tahayyül etmeleri istenir. Çocuk adı verilen kaset kişinin tüm duygusal anılarını bilen bir sırdaştır. Kasetin bir yüzünde (ürkek, sinirli ve muhtaç çocuk) tüm korku ve duygusal geri çekilme tepkileri yer alır. Arka yüzünde (neşeli çocuk) tüm mutlu, çekinmesiz, neşeli duygusal anılar kayıtlıdır. Ana-Baba denilen kasetin de iki yüzü vardır. Yargılayıcı ana-baba, kasetin, tüm emirlerin ve yasakların, olması gerekenlerin ve olmaması gerekenlerin ve çocukluğun ilk döneminden bu yana anababadan, öğretmenlerden, dinden ve toplumdan biriken diğer eleştirel tavırların yer aldığı yüzüdür. Bu kasetin arka yüzü sadece başkalarının eğitimini değil asıl önemlisi özeğitimi sağlayan eğitici ana-babadır. Böylece duygusal tepkiler 'Çocuk' kasetinden gelirken, tavır ve fikirler de 'Ana-Baba' kasetinden gelir. Üçüncü bir eleman (Yetişkin) kasetlerden ve çevreden gelen girdileri, mantıklı kararlar vermek için işleme tabi tutar.

Birçok insanda çok fazla "ürkek çocuk" ve "yargılayıcı ana-baba" ve yetersiz derecede "neşeli çocuk" ve "eğitici ana-baba" mevcuttur. Terapide yapılacak şeyin, güzel bir seks yaşamak için neşeli çocuğun yatak odasına getirilmesi olduğu açıklanmaktadır. Ürkek çocuk ve yargılayıcı ana-baba çoğu kez birlikte çalışarak neşeli çocuğun neşeli ve kaygısız bir üslupla hareket etmesini engellemeye çalışırlar. Kişinin kendisine yönelttiği yargılayıcı ana-baba ifadeleri anksiyete, kaçınma ve bazen de depresyona sebep olur. Başkaları hakkındaki yargılayıcı ana-baba ifadeleri sinirliliğe yol açar. Terapide yapılan şey, bazı yargılayıcı ana-baba ifadelerini, ürkek/sinirli çocuk, kendini "güvende hissedip", neşeli çocuğun gelip oynaması için yatak

[1] Berne, 1964; Steiner, 1974.

odasını terketsin diye, eğitici ana-baba ifadeleri ile değiştirmektir. Ana-babanın neşeli çocuklarının dışarı çıkıp oynamasına müsaade etmelerini sağlamak çoğu kez cinsel davranış üzerinde doğrudan etkilidir. Yargılayıcı ana-baba ifadeleri çoğu kez işlevsiz, çarpık, otomatik düşüncelere, özellikle cinsel işleyiş hakkındaki "olması gerekenler"e, partnerin ne düşündüğüne yönelik beyin okumaya ve "başarısız" bir cinsel deneyimin sonuçları hakkındaki falcılığa benzemektedir. Bir partner cinsel bir deneyime katlanılmaz bir şekilde tepki verse bile, başarısızlık ve eksiklik hakkındaki yargılayıcı ana-baba ifadeleri tepkinin büyümesine neden olabilir. Eğitici ana-baba ifadeleri ise bu düşüncelere karşı tekrar düzenlenen bilişsel tepkiye benzemektedir.

Bir Vaka İncelemesi: John ve Mary

Seanslar 1-4

John ve Mary, otuzlu yaşlarının sonlarında çekici bir çifttir. Bu çift John'un Mary'e karşı olan cinsel isteğini kaybetmesinden ötürü terapiye alındı. Çift sekiz yıldır evliydi, 3 yaşında bir çocukları vardı ve iki yıldır herhangi bir cinsel temasları olmamıştı. İkisi de John'un, ilişkinin başında sekse karşı ilgisini yitirdiğini ve daha önceki ilişkilerinde de sekse olan ilgisini benzer bir şekilde kaybettiğini itiraf ettiğini kaydettiler. Her iki partner de ilişkilerinde hala bir miktar sevgi olduğunu fakat çok az samimiyet kaldığını söylediler. Duygularını fazla paylaşmıyorlardı ve iletişimlerinin çoğu günlük yaşamlarındaki işleri hakkındaydı. John kendi işini yapıyor, Mary ise part-time çalışarak onun defterlerini tutuyordu. Mary, John'a aşırı derecede sinir olduğunu ifade etti. Kendisini itici hissediyordu, özgüveni azalmıştı ve cinsel boşalım eksikliğinden ötürü kendini engellenmiş hissediyordu. Bir yıl önce mastürbasyon yapmayı bırakmış ve tüm cinsel duygularını söndürmeye çalışmıştı.

John da sinirli olduğunu söyledi. Kendisine ayıracak zamanının olmadığını, sürekli olarak zamanı ve dikkatine yönelik örtülü veya belirgin taleplerin olduğunu düşünüyordu. Hala cinsel duyguları vardı ve başka kadınlarla fantaziler kurarak haftada iki kez mastürbasyon yapmaya devam ediyordu. Her ikisi de başkaları ile ilişkileri olmadığını söyledi.

İlk giriş seansının ardından gelen iki seans, her seans sonunda çiftin iki bireyinin de bir müddet beraber katıldıkları, bireysel geçmiş seanslarıydı.

John, düşük gelirli ve duyguların nadiren ifade edildiği bir aileden geldiğini kaydetti. Aile üyeleri, itaatkar birer Katoliktiler ve John, Katolik okullarına gitmişti. Onlu yaşlarının sonunda dinini reddetti. Evde hiç sevgi görmemişti, anne ve babasının bir seks hayatı olmadığını düşünüyordu. Kendisini, arkadaşları olmasına rağmen, yalnızlığı seçmiş bir birey olarak tanımlıyordu.

John: İyi bir çocuktum, tatlı ve sakin. Hayatımda iniş-çıkışlar yoktu. Hiç kimse bana hayatın gerçeklerini anlatmadı. Mastürbasyonu kaza ile keşfettim. Nasıl desem, kendimi hiçbir zaman anne ve babama yakın hissetmedim ve hiçbir zaman onlara bir problem veya kişisel bir soru ile gitmedim. Birbirlerine karşı çok sinirli olduklarını biliyordum, fakat anlayışlarına göre bu tür duyguları ifade etmemeleri gerekiyordu. Herkes çok iyi görünüyordu, fakat aslında durumun böyle olmadığını siz de söyleyebilirsiniz.

John, yavaş yavaş kolej hayatından bahsetmeye başladı ve birçok kız arkadaşının ve bir yığın seks ilişkisinin olduğunu söyledi. Kadınlarla seks yapmakta çok istekli olacağını sanıyor, fakat onları kazandıktan ve kendisine bağlı hale gelmelerinden sonra cinsel isteğini yitiriyor, gerçekten âşık olmadığına karar veriyor ve çekip gidiyordu. Mary ile tanıştığında anlık bir tepki göstermişti. Onu, tanıştığı diğer bütün kadınlardan daha çekici bulmuştu. İkisinin de bu sırada başka beraberlikleri vardı ve bu olay gerçekten çıkmaya başlamalarından bir yıl önce yaşanmış-

tı. Başlangıçta seks mükemmeldi, fakat bir yıl içinde cinsel isteği yavaş yavaş söndü ve nefrete yakın bir duyguya dönüştü. John, Mary'den önce 20-25 kadar cinsel partnerinin olduğunu tahmin ediyordu. Yetişkinlik yılları boyunca sekiz yıl psikodinamik terapi gördü.

Üç kız kardeşten en küçüğü olan Mary, 12 yaşında iken babasının ölümüne kadar olaysız ve mutlu bir çocukluk geçirdiğini hatırlıyor. Annesi, Mary'nin nefret ettiği bir adamla evlendi ve Mary 16 yaşında iken ablası ve onun eşiyle beraber kalmaya başladı. Bu mutsuz bir evlilik olduğundan Mary bekar olan diğer kız kardeşinin yanına taşındı. Mary'nin annesinin (halen olduğu gibi) agorafobisi (açık alan korkusu) vardı ve evinin dışına çıkamıyordu. Mary gibi annesinin de hiç dostu yoktu. Mary liseye bir Katolik okulunda devam etti ve daha sonra dinini reddetti. Kiliseye, babasının ölümünden sonra kendisinden uzak duran annesine ve kendisini terketmiş olduğunu düşündüğü ve artık onun hayatında farklı bir yere sahip olan John'a çok kızmaktaydı. 18 yaşından sonra Mary'nin hayatında birçok erkek arkadaşı oldu ve yeterince cinsel deneyim yaşadı. Kendisinde özgüven eksikliği olduğunu ve çok önemsediği erkeklerle olan ve sonuçta yine terkedilmesiyle biten iki ilişki daha yaşadığını belirtti. Mary, John'la tanıştığında kendisinde çok yoğun bir cinsel istek uyandı.

Mary: Anlık bir çekimdi. Onu kız arkadaşından ayırdığımı biliyordum. Hiçbir zaman evliliğe inanmadım, fakat onunla evlenmek istedim. Onunla evli iken gerçekten kendimi çok iyi hissediyordum. Sevildiğimi ve güvende olduğumu hissediyordum, fakat sonraki yazdan itibaren cinsel bir problem olduğunu anlamıştım. Kastettiğim şu ki, ben, günde üç kez seks yapmak istiyordum ve o yapamayacağını söyleyip sayısız nedenler ileri sürüyordu. Bütün girişimleri ben yapıyordum. Biraz yardım istedik fakat hiçbir şey değişmedi. Sonuçta seksten vazgeçtim. Çok sinirliyim.

Mary 6 yıl boyunca bireysel psikodinamik terapi aldıktan sonra oldukça fazla kişisel içgörü kazandığını hissetmişti fakat

bu ilişkide kendini mutlu hissetmede zorluk çekiyordu. 4. seansta çiftin, terapinin izlemesi gereken duyusal odak kavramını içeren yola girmeleri sağlandı. İlişkilerinde böyle bir noktaya nasıl geldikleri ve her şeyin düzelebilme olasılığının yüksek olduğu konularında tartışmalar oldu. Çift, kendi değerini kendisi belirleyen ve akşam bir kaç saatini evdeki ofisinde geçirecek kadar işine bağımlı olan John'un günde bir saat çalışmaması ve böylece mümkün olduğu kadar olumlu bir şekilde birbirlerine yakınlaşabilmeleri konusunda görüş birliğine vardılar. John, o hafta terapiyi bitirmek için telefon etti. Sebep olarak bu aralar meşgul bir sezonda olduğunu ve terapiye iki ay sonra devam edeceklerini söyledi.

Terapist, John'un sesini, ilk kez bu olaydan iki yıl sonra, kendisi için bir randevu talebinde bulunduğunda duydu. John, telefonda, her şeyin aynı olduğunu, problem üzerinde çalışmaya hazır olduğunu fakat artık Mary'nin gelmeyeceğini ve bireysel olarak çalışmak istediğini belirtti.

John ile Olan Seanslar 1-5

İlk seansta John, terapisti bugüne getirdi.

John: Gerçekten bu konuda bir şeyler yapmaya hazır olduğumu hissediyorum. Sizi en son gördüğüm günden sonra 18 ay boyunca bireysel terapime geri döndüm, fakat bu konu açılmadı bile. Mary ve ben, birbirimize dostça ve az da olsa şefkatle yaklaşıyoruz. Oğlumuzu seviyoruz. Bazen her şeye yeniden başlamaya çalışıyorum, fakat o beni reddediyor. O kadar sinirli ki bir çaba göstermeyi bile istemiyor. Yani, onun benden her zaman yapmamı istediği şey buydu. Fakat şimdi o başlamayı istemiyor. Sanırım, o hayır dediğinde gerçekten huzurlu oluyorum. Aslında bunu yapmak istemiyorum. Fakat gördüğüm kadınların %75'i bana çekici geliyor ve mastürbasyon yapmaya devam ediyorum.

Terapist: Bazen bir erkek senin gibi hissettiğinde, başka kadınlarla seksi keşfetmeye özenir. Bana, bunu yapmak zorunda kaldığınız deneyimler veya cinsel isteklerden bahsedin.

John: Mary'i asla aldatmadım. Fakat bir kadınla yapılabilecek her türlü cinsel aktiviteye yönelik fantezi kurarken Mary'in bu fantazilerin hiçbirinde yer almıyor olması da çok şaşırtıcı.

2. ve 3. seanslarda, yukarıda tarif edilen kasetlerin analojisinin yanı sıra, bilişsel çerçeve ortaya çıktı. 3. seansın sonundan itibaren John, aşağıdaki gözlemi yapabilir hale gelmişti.

John: Sanırım, şu an benim yaptığım seksin, aşk, romantizm ve sadakatten ayrı bir seks olduğunu anlıyorum. Bilirsin işte, bu şeylerin hepsini bir arada görmüyorum. Yani, tüm ailem, erkek kardeşim, iki kız kardeşim hepimizin ilişkilerinde sorunlar var ve annem ve babam, onlar çok soğuklar! Nasıl desem, birçok kadınla beraber oldum, fakat gerçekten kadınlardan utandığımı farketmeye başladım. Yani, ilk hareketi yapan hiçbir zaman ben değildim.

Terapist: Peki ya seksin kendisi? Başlangıçta her zaman ondan hoşlandığını söylemiştin. Yatakta hakimiyet sende mi oluyor?

John: Aslında hayır. Yatakta veya yatak dışında pasif bir kadınla beraber olmaktan nefret ediyordum. Seks duygusunu seviyorum, fakat bazen rahatsız edici de oluyor.

Terapist: Ne şekilde rahatsız edici?

John: Bir çeşit garip bir durum. Belki biraz kirli ve iğrenç.

Terapist: Peki, yatakta ısrarcı olan ve sana ve senin için bu şeylerin tümünü yapan kadınları düşününce kendini nasıl hissediyorsun?

John: Heyecanlı. Fakat Mary'i bu şekilde düşünemiyorum. Bunların onun için hissettiklerimle hiçbir ilgisi yok gibi görünüyor.

John ayrıca güçlü bir performans anksiyetesi olduğunu anlattı. Sekse olan ilgisinin azaldığı zamanlarda, ereksiyon problemi yaşıyor, bu da Mary'i daha da sinirlendiriyordu. Artık, cinsel istek eksikliğinin yanı sıra, bir cinsel aktiviteye baş-

ladığında ereksiyon olamayacağı ve her şeyi daha da berbat edeceği korkusu da var. John'un bir dizi bilişsel başa çıkma ifadeleri geliştirmesine yardımcı olundu. Kendisine, Mary'i gerçekte olmayan çeşitli cinsel pozisyonlarda hayal etmesi, bunun kendisinde oluşturduğu duyguları farketmesi, bu duyguları destekleyen düşünceleri araması ve anksiyetesini/nefretini en aza indirmek için başa çıkma ifadelerini kullanması için sessizce geçireceği bir zaman ev ödevi olarak verildi.

Terapist: John, bildiğin gibi, duygularımız düşüncelerimiz tarafından yönlendirilir ve duygu ve düşüncelerimizin neleri yapıp neleri yapmayacağımız üzerinde çok güçlü bir etkisi vardır. Ve karşılığında da, davranışlarla meşgul olduğumuzda başkalarından alacağımız tepki hakkında neler düşündüğümüz, duygularımızı besleyecektir. Dolayısıyla sadece düşüncelerine bakman yetmez, aslında yapmaktan kaçındığın şeyleri yavaş yavaş yapmalısın, tabi ki bu sana berbat korkularını kontrol etme şansını verecektir. Senin falcılık yapıp olayları yaşamadan sonuçlarına atlama olayını konuşmuştuk. Bu korkularından bazılarını kontrol etmede istekli misin?

4. seansta terapist ve John, hem sistematik hem de aşamalı duyarsızlaştırmada kullanılabilecek olan aktivitelerin bir hiyerarşisini oluşturmaya başladılar. Ayrıca orgazma tekrar koşullanma prensibi uygulanmaya başlandı. John'a olağan fantazileri ile olağan olarak mastürbasyon yapmaya devam etmesi, fakat tam orgazm sırasında Mary'i göz önüne getirmesi söylendi. Bunun orgazmdan alacağı zevki azaltacağı yönünde bir beklentisi olsa da, yapmaya motive oldu. Terapist, orgazmın olumlu pekiştirecinin, özellikle Mary'i seksî yapmaya çalışan eş zamanlı bilişsel çalışma sürerken, Mary'i cinsel bir şekilde düşünmenin vereceği rahatsızlıktan daha güçlü olacağını umuyordu.

Seanslar 5-10

Hiyerarşi tamamlandı ve ev ödevi olarak daha aşağıdaki maddeler verildi. John sakinleştirici bir sahne hayal edecekti ve

ardından hiyerarşideki bir maddeye geçecekti (ilk madde yatakta Mary'e sarılmaktı). John'a, bu sahneyi hayal ederken bir endişe duyduğunda, endişesini azaltmak ve o sahnede kalmayı sürdürmek için ilk önce bilişsel veya eğitici ifadeleri kullanması söylendi. Eğer beceremezse, kısa bir süreliğine, anksiyetesi gidene kadar, sakinleştirici sahneye geri dönecek ve yine Mary ile aynı sahnede hiçbir endişe duymaksızın kalmayı tekrar tekrar deneyecekti. John, bu maddede çok başarılı oldu, takip eden haftalarda hiyerarşideki her ikisinin de çıplak olarak birbirlerinin tüm bedenine masaj yapmaları maddesine geldi. Bu ev ödevinin ilk aşamasında başka bir önemli tema ortaya çıktı. Başlangıçta John sakinleştirici sahne olarak dağlarda yalnız başına olduğu bir sahneyi seçti ve ardından (ev ödevini yanlış anladığı için) Mary'i bu sahnede yanı başına koydu. Buna çok sinirlendiğini farketti.

Terapist: Bir anlığına bu duyguda kalmanı istiyorum. Mary, senin dağdaki özel mekânına geldi. Tam o sırada, hissettiğini söylediğin öfke ve kızgınlık duygularının ardındaki düşünceler nelerdi? Bu düşünceleri süzmeden, oldukları gibi yüksek sesle söyler misin?

John: Özgür değilmişim gibi bir şey. Enstantaneleri isimlendiremiyorum. Bu benim özel mekânım. Mary buraya ait değil.

Bu seansa devam ederken, John'un temel sorunlarından olan ilişkiye sınırlar koyma sorunu ortaya çıktı. John'un, sadece Mary'e karşı değil arkadaşlarında ve iş ilişkilerinde de hakkını savunamayan birisi olduğu açıkça anlaşıldı. Böylece hakkını savunma eğitimi terapideki amaçlardan biri haline geldi. John'a, Mary'nin onun düşmanı olmadığı ve karşılıklı tatmin olacakları sınırları belirlemek için yatak odasının içinde ve dışında ortak çalışmalarının gerektiği tekrar hatırlatıldı. John, orgazma tekrar koşullanmanın iyi gittiğini kaydetti. Orgazm başlamadan biraz önce Mary'i sahneye sokabiliyor ve bundan gerçekten hoşlanıyordu. Bir rüyasında yüzü belli olmayan bir kadınla seks yaparken, kadının birden bire Mary'e dönüştüğünden bahsetti. Bu onu o kadar ürpertmişti ki hemen uyanmış ve rüya da bitmişti.

10. seansın sonundan itibaren John, Mary'i, sadece orgazma yakın bir anda da olsa, bütün fantazilerine dâhil edebiliyordu. İmajinasyon hiyerarşisinde ilerlemeye devam ediyor ve daha girişken davranışlar sergiliyordu. Hiyerarşinin başlarındaki Mary ile olan, yatakta bir kaşık pozisyonunda yatma ve sırt masajı dâhil, maddeleri aşamalı olarak yapmaya başladı. Mary ve oğluyla daha fazla zaman geçiriyordu ve Mary'nin, bu konuyu konuşmamalarına rağmen, yeni durumdan daha memnun olduğunu ve kendisine daha az kızdığını çok iyi hissedebiliyordu. John, hayali uyarma boyunca oluşan endişesi ile baş etmek için birçok bilişsel başa çıkma ifadeleri kullanıyordu. Bunların arasında şu ifadeler vardı: "Seks zevkli bir şey ve ben seks yapma hakkına sahibim. Burada yanıbaşımda benimle seks yapmak isteyen bir kadın var. Eski ürkek çocuk bandımın beni bulduğum bu zevkten alıkoymasına izin vermeyeceğim"; "Niçin seksin iğrenç bir şey olduğunu düşünmeye başladığımı bilmiyorum. Bunun olması gerekmiyor. Sevdiğim biriyle seks yapabilirim ve bu kendimi eskisinden daha iyi hissetmemi sağlayabilir"; "Duygularımı hiçbir zaman rahatça ifade edemediğimi biliyorum. Bana duyguların özel olduğu ve paylaşılmaması gerektiği öğretildi. Fakat gel gör ki bunu nasıl öğrenmişim. Aileme bakınca duygusal olarak nasıl kısıtlanmış olduklarını görüyorum. Bu âdeti sürdürmek zorunda değilim, bunu değiştirebilirim."

Seanslar 11-20

Terapide John için en zor olan soruna gelindi. John'un neler olup bittiği hakkında Mary ile konuşması ve ev ödevlerinin ileriki aşamalarında ondan yardım istemesi gerekiyordu.

Terapist: Yapmakta olduğun şey hakkında Mary ile konuşman gerçekten önemli. Duyusal masajı ilişkine dahil etmeye hazırsın ve bunun onu nasıl etkileyeceğini görmen ve daha fazlasını isteyeceğine yönelik kaygılarının artmayacağından emin olman gerekiyor. Mary'nin başlangıçta bu terapinin bir parçası olma-

yı istemediğini biliyorum, fakat belki de, bir seanslığına da olsa, katılıp katılmayacağını görmenin tam zamanıdır.

John: (Açıkça endişeli bir şekilde) Buna hazır değilim. Evde onunla konuşmayı deneyeceğim.

Terapist: Bu konuda umutsuz görünüyorsun. Onunla konuşma konusunda neler düşünüyorsun bir bakalım. En çok nelerden korkuyorsun?

John: Şu an harika gidiyoruz. Herşeyi alt üst etmek istemiyorum.

Terapist: Diyelim ki yaptın. Neler olabilir?

John: Sinirlenebilir. Hala çok sinirli olduğunu biliyorum.

Terapist: Bir an için olabilecek en kötü şeyin gerçekleştiğini farzedelim. Tabi, bunun bir gerçek değil, bir korku olduğunu anlaman gerekiyor. Mary'nin sinirlenmesi niçin korkunç bir şey olsun?

John, eski bantlarının yine güçlü duygulardan, özellikle sinirlilik duygusundan ne pahasına olursa olsun kaçınmaya çalıştığını farketmeyi başardı. Şu başa çıkma ifadesi bu noktada çok güçlü bir müdahale oldu; "Anksiyetenin pek hoş bir şey olmadığını biliyorsun, fakat onunla yüzleşebilir, mücadele edebilir ve umarız azaltabilirsin de. Anksiyete, tahammül edilemeyecek ve ne pahasına olursa olsun kaçınılması gereken bir şey değil." John, bu ifadeyi terapinin geri kalan kısmında mükemmel bir avantaj olarak kullandı. Sonraki seanslar boyunca, John, biraz zorluk çekip ara sıra aksatsa da, tüm bedene çıplak masaj yapabiliyor, Mary'nin göğüslerini ve dudaklarını tutkuyla öpebiliyor ve sistematik uyarmadaki cinsel birleşimi endişe duymaksızın tahayyül edebiliyordu. Mary ile korkuları, kendine güvensizliği ve onunla güzel bir seks hayatı yaşamaya olan arzusunu tekrar tekrar konuştu. John, Mary'nin, ilişkilerinin başlangıcında kendisinin çektiği çıplak bir fotoğrafını buldu. Sık sık, orgazm oluncaya kadar bu fotoğrafa bakarak mastürbasyon yapabiliyordu. John, terapi boyunca, özellikle bazı tahrik edici zamanlarda, bilişsel stratejileri kullanmaya devam etti. Çoğu durum-

da, Mary ideal bir partnerdi, John'a baskı yapmıyor, ona karşı dostça davranıyor ve işbirliği yapıyordu. Olumlu değişiklikleri açıkça görmüş ve umutlanmıştı. Aşağıda John'un bilişsel çalışmada ne kadar etkili hale geldiğinin örneğini bulacaksınız.

John: Mary'e daha ileriye gidebilecek noktaya yaklaştığımı söyledim. O da istekli olduğunu söyledi. Bütün gün neşeliydik, bir birimize dokunuyor, gülüşüyorduk. İlk zamanlar neşeli çocuktan kastınızın ne olduğunu şimdi gerçekten çok iyi anlıyorum. Fakat o gece, akşam yemeğinde içki aldık, Mary biraz iğrençleşti ve beni sekse zorladı. Ben hayır dedim. Çok şaşırtıcı ama Mary bunu kabul etti. Sonraki sabah birbirimize sokulduk ve ben göğüsleriyle oynadım, bu iyi gelmişti. Sanırım alkole dikkat etmeliyim. Harika bir günü berbat etmiş gibi hissediyorum.

Terapist: Bu deneyime başka ne gibi açılardan bakıyorsun? Tekrar düzeltmeye yönelik çok sohbet ettik. Güzel bir günü berbat ettiğine yönelik otomatik düşünceni tekrar nasıl düzenleyebilirsin?

John: Şey, sanırım onu geri çevirerek bunu yapabileceğimi gösterdim.

Terapist: Güzel, başka?

John: Sınırlarımı koydum ve geri adım atmadım. Sonraki gün geri geldim ve biraz oynaştık, bu ona iyi geldi. Hala şu düşünce tuzaklarından bazılarına düşüyor olmam çok şaşırtıcı. Nedir bu? Ya hep ya hiç düşüncesi mi? Olumsuz filtre mi? Sanırım ikisinden de biraz var.

Bireysel seansların sonuncusunda John, gerçekleşen çeşitli şeyleri olumlu bir çerçeveye koyabilme yeteneğinden dolayı çok memnundu.

John: Mary ile yirmi dakikalık harika bir konuşma yaptım. Benimle seks yapmayı dört gözle beklediğini söylediğinde, hiç endişelenmedim. Ona yavaş gittiğini bildiğimi ama mutlaka olacağını söyledim. Ne panikledim, ne geri çekildim, ne de sinir-

lendim. Ortam biraz ısınana kadar, sinirli konuşarak bir tartışma yaptık. İkimiz de sinirimizi ifade ettik ve ben devam etmedim. Ben söylemek zorunda olduğumu söyledim, o da aynısını yaptı. Bilirsin, artık onun siniri ile baş edebiliyorum, tabi benimkiyle de (gülerek).

Seanslar 20-25

20. ile 25. arasındaki seanslarda Mary de terapiye katıldı. İletişim, sorun giderme ve aşamalı uyarılmanın devamına yönelik çalışmalar, sonunda cinsel birleşmeyi sağladı. Mary ve John odakta kalmak, kazanımlarını korumak ve küçük ölçekteki aksaldıklarla başa çıkmak için aylık seanslara devam ediyorlar. Yakın bir gelecekte terapiyi sonlandırmayı planlıyorlar.

ÖZET

Seks terapisi çoğu kez, cinsel fizyoloji bilgisi ve cinsel işleyişin tıbbi yönlerini bilmenin yanı sıra, önemli miktarda terapik seçmeciliği gerektirir. Genel olarak, cinsel reaksiyon ne kadar erken kesilirse, terapi o kadar karmaşık olur. Orgazm problemleri çoğu kez, kısa bir bilişsel davranış terapisi ile tedavi edilir. Uyarılma problemleri, çoğu kez, kapsamlı müdahalelere ve tıbbi faktörler ile, depresyon gibi, probleme katkısı bulunan diğer psikolojik faktörlerin esaslı bir değerlendirmesine gereksinim duyar. Cinsel istek ve nefret problemleri ise en karmaşık olanlarıdır ve çoğu kez seks, samimiyet, sadakat, hassasiyet ve kontrole yönelik esas inançlar ve şemaları içerir. Bilişsel terapi, davranışçı, deneyimsel ve içgörü odaklı stratejiler ile birlikte cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde oldukça etkilidir.

REFERANSLAR

Berne, E. (1964). Games People Play. New York: Grove.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-IV*) (1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ellis, A. (1962). Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

— (1971). Rational-emotive treatment of impotence, frigidity, and other sexual problems. Professional Psychology 2:346-349.

Freud, S. (1905). Three Essays on the Theory of Female Sexuality. New York: Avon, 1962.

Garfield, Z. Ft., McBrearty, J. E. ve Dieter. M. (1969). A case of impotence successfully treated with desensitizatIon combined with in.vivo operant training and thought substitution. In Advances in Behavior Therapy, ed. R. D. Rubln ve C. M. Franks. New York: Academic Press.

Heiman, J. R. ve LoPiccolo, J. (1988). Becoming Orgasmic. New York: Simon & Schuster.

Kaplan, H. S. (1974). The New Sex Therapy. New York: Brunner/Mazel.

— (1979). Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/Mazel.

Lazarus, A. A. (1968). Behavior therapy in groups. In Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counselling, ed. G. M. Gazda. Springfield, IL: Charles C Thomas.

LoPiccolo, J. ve Friedman, J. M. (1985). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In Assessment and Treatment of Desire Disorders, ed. S. Leiblum ve R. Rosen. New York: GuIltord.

Masters, W. H. ve Johnson, V. E. (1966). Human Sexual Response. Boston: Little, Brown.

—(1970). Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown.

Steiner, C. M. (1974). Scripts People Live. New York: Grove.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.

Zilbergeld, B. (1978). Male Sexuality. New York: Bantam.

14

SINIR DURUM (BORDERLINE) KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Mary Anne Layden

GİRİŞ

Bilişsel terapi başlangıçta bir depresyon tedavisi olarak ortaya çıktı ve ardından hızlıca diğer Eksen I bozukluklarının çoğunu tedavi etmeye doğru genişledi. O zamandan beri, bilişsel terapi, diğer problemlerin yanı sıra Eksen II bozukluklarını da tedavi etmeye doğru genişlemesine yetecek kadar zengin ve sağlam olduğunu göstermiştir.

Eksen II bozukluklarının bilişsel modeli içinde üç temel eleman yer alır. Bilişler (kognisyonlar) ve çok gelişmiş ve az gelişmiş davranışlar. Bilişler otomatik düşünceleri, varsayımları ve şemayı içerebilir. Çok gelişmiş davranışlar telafi edici stratejiler, az gelişmiş davranışlar ise eksik yaşama becerileridir.

Otomatik düşünceler, düşüncenin en yüzeysel seviyesindedirler. Bunların içinde özel durumlarda ortaya çıkan anlık düşünceler ve görüntüler vardır. Buna bir örnek, masanın üzerinde yapılmayı bekleyen işin tümüne bakarak "başaramıyorum" düşüncesidir. Varsayımlar, yaşamanın koşullu kurallarıdır. Bunlar deneyimler, aile içindeki yaşantılar ve toplumsal sosyalleşme yoluyla öğrenilir. Buna bir örnek, "Her şeyi mükemmel bir şekilde yapmadıkça, ben başarısızın biriyim" şeklindeki inançtır. Şema ise, Eksen II tedavisinin ana odağı olan bilişleri içerir. Genellikle travmaya yol açan bu bilişler koşulsuz,

ciddi biçimde işlevsiz ve değişime aşırı dirençlidirler ve ayrıca etkin hale geldiklerinde büyük duygudurum tepkilerine neden olurlar. Travma, bedensel travma (veya cinsel taciz travması), duygusal travma (veya aşırı uygunsuz ebeveynlik travması) olabilir. Şemaya "Ben, bir birey olarak tamamen ve bütünüyle kusurluyum" düşüncesi bir örnek olabilir.

Eksen II tedavisinin çok gelişmiş davranışsal elemanları, çocuklar tarafından, kendilerini içinde buldukları yaşam durumları ile uğraşmak için geliştirilen başa çıkma becerileri olan telafi edici stratejileri içerir. Çocuklar, alkolik ve küfürbaz bir anne veya babayla yaşamak, cinsel tacize uğramak veya çocuğun temel psikolojik sağlık gereksinimlerini olumsuz yönde etkileyen tartışılamayan kuralların bulunduğu bir ortamda yaşamak gibi savunulamaz durumlarda yer alabilirler. Bunların hiçbirisi çocukların "kontrol altına" alabilecekleri durumlar değildir, fakat çocuklar buna uğraşacaktır. Belli bir zaman çalışan ve çalışacak gibi görünen herhangi bir strateji çoğu kez katı bir biçimde tekrar kullanılır. Bu bireyler, yetişkin olarak, yine çok gelişmiş olan dolayısıyla çalıştıkları ve çalışmadıkları durumlarda uygulanan oldukça sınırlı sayıda telafi edici stratejilere güvenmeye devam edebilirler. Çoğu kez, kötü sonuçları engellemek için geliştirilen bu stratejiler, engellemeleri gereken çok kötü sonuçlara yol açabilirler. İstenilen sonucu üretmediklerinde, hastalar, farklı bir strateji denemek yerine, çoğu kez "sadece yapılacak şeyi yeterince yapmadıklarına" karar verirler. Yapacakları şeyi "daha sıkı, daha hızlı, daha kapsamlı, daha ciddi" yapmaları gerektiğini düşünürler. Dolayısıyla, işe yaramayan davranışları terketmek yerine, başarısız olsa da aynı stratejiyi daha çok kullanmaya başlarlar. Yetişkinlerde, şema inançları ve telafi edici stratejiler, psikolojik olarak çocukluk deneyimlerini hatırlatan durumlarda etkin hale gelmeye devam ederler.

Eksen II tedavisindeki son unsur, yaşam becerileri olan, az gelişmiş davranışlardır. Yetersiz anne ve baba tarafından yetiştirilmiş veya yetersiz ev ortamlarında yetişmiş çocuklar, iletişim becerileri veya sorun giderme becerileri gibi, birçok temel ya-

şam becerisini öğrenemezler. Sağlıklı ve yetişkin bir biçimde yaşamını sürdürmek için, sınır durum hasta ilave yaşam becerileri öğrenmelidir. Böylelikle yaşamı boyunca karşılaştığı her ortamda elde edeceği sonuçları maksimum düzeye çıkartacak olan başa çıkma becerilerini tercih edebilir.

Eksen II tedavisi, hastanın şema ve telafi edici stratejilerine girmeyi ve bunları daha doğru ve işlevsel inançları ve davranışları içerecek biçimde tekrar yapılandırmayı kapsamaktadır. Bu ayrıca eksik yaşam becerilerini öğretmek anlamına gelir. Bunların tümü, bu yeni inançların ve davranışların uygulanabileceği ve öğrenilebileceği bir ortamda yapılır.

Sınır Durum Kişilik Bozukluğu

Sınır durum kişilik bozukluğu (SKB), çoğu kez hem terapistin hem de hastanın kafasını karıştırır. İçerdiği çok ve şaşırtıcı sayıda olan rahatsız edici semptomların arasında; terkediliş sorunları, dengesiz ve şiddetli ilişkiler, kimlik bunalımı, tepkisel kendine zarar verme, öldürücü ve kendine zarar verici davranış, duygudurum istikrarsızlığı, kendini boşlukta hissetme, yersiz sinirlenme ve paranoid ve dissosiyatif semptomlar bulunmaktadır.

SKB'nin bilişsel formülasyonu, genel eksen II formülasyonu ile aynı üç elemanı içerir: Şema, telafi edici stratejiler ve yetersiz yaşam deneyimleri. SKB hastalarının tipik şemasında terkedilme, güvensizlik, yetersizlik, beceriksizlik, hak etme ve mahrumiyet vardır.[1]

SKB'nin tipik telafi edici stratejileri arasında kaçınma, saldırganlık, bağımlılık, kontrol, kendine zarar verme, "konuşmak yok, hissetmek yok" kuralları ve aşırı uyarılabilirlik (hypervigi-

[1] Layden vd., 1993.

lance) yer alır. Bu davranışlar, sınır durum hastanın temel şema inançlarına bir tepki olarak ortaya çıkarlar. Örneğin, bu hastaların çocukluklarında çoğu kez duygu ve düşüncelerine değer verilmemiştir. Kendilerine ya duygu ve düşüncelerinin, ya da bu duygu ve düşünceleri ifade etmenin yanlış ve kötü olduğu mesajı verilmiştir. Bu "konuşmak yok, hissetmek yok" kuralları çocuğun sağlıklı bir özbilgi ve özgüven geliştirmesini imkânsız hale getirmiştir. Kim olduklarını bilmemişlerdir; sağlıklı gereksinimlerinin ne olduğunu farketmemiş veya gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını öğrenmemişlerdir. Travma çoğu kez kimseye güvenilemeyeceğine veya herkesin bir gün terkedeceğine yönelik inançlara neden olur. Yetişkinlik durumlarında, çocukluk inançları ve davranışları tekrar etkin hale gelir. Bu da "o zamanla şimdinin karıştırılması"na sebep olur ve yetişkinlerin çocukluk travmasını tekrar etkinleştirmesine yol açar.

Ayrıca, SKB hastaları için travma, sadece içerik olarak değil özgün bir işleyiş türü olarak da kodlanmıştır. Yetişkin bir sınır durum hasta sadece çocukluk travmasının sonuçlarına inanmakla kalmaz, bu alandaki bilgileri çocuklara uygun bilişsel stratejiler ile beraber işleme koyar. Bu tür hastalar, yetişkin şema bilgilerinde bulunan ve inançları muhafaza eden duyusal motor stratejileri ile eylem-öncesi bilişsel işlem stratejilerini kullanmaya devam ederler. Bu daha ilkel işleyiş becerileri çoğu kez sınır durum hastanın terapist için anlaşılmaz görünmesine sebep olur. Birçok kez hastalar da kendilerini anlaşılmaz bulurlar.

Suistimal edilmiş olan ve işlevsiz ve katı başa çıkma stratejileri geliştiren çocuklar sağlıklı yaşam becerilerini öğrenmezler. Bu çocuklar, sağlıklı iletişim becerilerini, öngörü becerilerini, sorun giderme becerilerini, sosyal becerileri, kimin güvenilir olduğuna karar verme becerilerini, ana-babalık becerilerini, haklarını savunma becerilerini, özbilgiyi, duygu ayarlaması becerilerini, kendini yatıştırma becerilerini vb. öğrenemezler. Bu becerilerin eksikliği onların uygunsuz durumlara bulaşmalarına veya uygunsuz yollardan tepki göstermelerine sebep olur. Ço-

ğu kez kendilerini, sağlıklı yaşam becerilerinin eksikliğinden ötürü oluşan veya kötüleşen gerçek kriz durumlarında bulurlar.

Aşağıdaki liste, sınır durum kişilik bozukluğunun tedavi amaçlarını göstermektedir. Tedavi adımları kabaca aşağıdaki sıradadır. Fakat belli birkaç adım, tedavi boyunca birçok kez tekrar edilecek ve diğer adımlarla birleştirilecektir.

Sınır Durum Kişilik Bozukluğunun Bilişsel Terapisinin Amaçları

1. Eksiksiz bir geçmiş alın.
2. Kendine zarar verme davranışını ve intihar eğilimini azaltın.
3. Kendilik-yatıştırıcı, başa çıkıcı ve hoşa giden davranışları artırın.
4. Posta ve temizlik işleri gibi organizasyon becerilerini geliştirecek olan temel yaşam becerilerini öğretin.
5. Sorun giderme, iletişim, ana-babalık, karar verme, sınır koyma, duygu ayarlaması ve iletişim becerileri gibi gelişmiş yaşam becerilerini öğretin.
6. Şema inançlarını belirleyin.
7. Bu inançlara sebep olmuş olan çocukluk ortamlarını tespit edin.
8. Şema inancını kişinin gerçek sesi olmayan içten gelen bir ses olarak belirleyin.
9. Bu fikrin gerçekte kime ait olduğunu tespit edin.
10. Hastayı, kendisine ait gerçek sesi belirlemeye teşvik edin.

11. Çocuklukta çocukluk ortamları ile başa çıkmak için öğrenilmiş olan davranışı ve bu ortamların yarattığı inançları belirleyin.
12. O zamanki ortam ile şu anki ortamı birbirinden ayırın. Şu anki ortamın geçmişteki ortamla benzerlik gösteren hangi yönü tetikleyici bir faktör gibi hareket ediyor? Farklı olan fakat farkedilmeyen şey nedir?
13. Diğer davranış biçimlerini irdeleyin
14. Yeni davranışçı yaşam becerilerini uygulayın.
15. Davranış deneyimlerinden kazanılan yeni yaşam kurallarını ve yeni şemayı sözlü olarak ifade edin.
16. Kimlik sorunlarını keşfedin.
17. Zihinsel betimleme, kokular, nesneler vb. kullanarak şemayı destekleyen imgeleri tekrar yapılandırın.

Bu, tedavisi güç bozukluğun kavramlaştırılması karmaşıktır. Suistimal edilmiş ve şaşkına dönmüş hastanın, hastayı tam anlamayan terapist tarafından tedavisi, istenilen sonuçların tamamını vermeyebilir. Bilişsel ve davranışçı yapıyı anlamak sadece kavramlaştırmayı açıklığa kavuşturabilmekle kalmaz, ayrıca sağlığa giden yolun haritasını çizmeye yardımcı da olabilir.

TERAPİNİN İLK EVRESİ

Problemleri Ortaya Koyma

Sophia, 29 yaşında, şu an Philadelphia'daki U.S. Posta Servisi'nde sivil bir hizmetçi olarak çalışan boşanmış beyaz bir kadın. Hastanede on gün kaldıktan sonra taburcu edilmesinin ardından terapiye alındı. Kendisini tedavi eden psikiyatrist, Sophia'nın taburcu olması için hem ayakta tedavi edilmeye

hem de düzenlenen bir grup tedavisine gereksinimi olduğunu önerdi ve onu bana gönderdi.

Noel vaktiydi ve Sophia bana evdeki hayatının karışıklık içinde olduğunu söyledi. Boşanmasının ardından annesi ve babasıyla aynı evde kalıyordu. Evi de, yaşamı gibi, bir "felaket bölgesi" idi. Posta kutusunu aylardır açmamıştı. Ödenmemiş faturaları vardı. İstikrarsız performansı yüzünden işteki pozisyonu belirsizdi. İşinde tutarlı bir yüksek kalite yoktu, çoğu kez işe geç geliyordu ve hatta sık sık işe gitmiyordu bile. Genellikle geç kalkar, kendini yorgun veya keyifsiz hisseder ve işe ya hiç gitmez ya da geç giderdi. Uyandığında ya hasta olduğunu (MSS veya ağır bir periyot geçirme dahil) düşünür, ya da bir şeyler okumaya hakkı olduğunu düşünüp evde kalır ve kitap okurdu. İşteki amiri zamanla ona karşı sempatisini yitirmişti ve Sophia'nın işi tehlikedeydi.

İlk seansımızda yaklaşmakta olan tatilden ve tatil havasına girmek için ne tür küçük şeyler yapabileceğinden konuştuk. Sophia, bayram gibi görünen ve kokan birkaç tatil mumu almanın yararlı olacağına karar verdi. Ayrıca hayatını daha fazla kontrol altına almasını ve daha hoş hale getirmesini sağlayacak ne gibi şeyler yapacağını da tartıştık. Odasını temizlemesi doğal bir seçimdi. Bunu çok özgün detaylarıyla tartıştık. Bazı kutu ve çantalar bulup kağıt materyalleri bunların içine koyarak tasnif edebilirdi. Çok ilgi çekici bulduğu bilgisayarını kurabilirdi. İşimize bu küçük projelerle yaşam becerilerini ve kendini yatıştırıcı davranışları öğrenme ile başladık.

Bir sonraki hafta geri geldiğinde ruh hali düzelmişti. Odasını temizlemiş, bu da kendisini daha iyi hissetmesini sağlamıştı. Kandiller güzel bir hava katmıştı. Böylece, Sophia ve ben iki buçuk yıl sürecek olan bir yolculuğa çıkmıştık.

Gelişimsel Geçmiş

Sophia'nın geçmişi terapinin başında yavaş yavaş açılmaya başladı. Üç kız kardeşin en büyüğüydü. Babası pratisyen he-

kim, annesi ev hanımıydı. Babası yabancı uyrukluydu, Birleşik Devletler'e genç bir adamken Ortadoğu'dan gelmişti. Geldiği kültür kadınları oldukça küçümsüyordu, babası da bu anlayışı önemli ölçüde geliştirmişti. Sinirli, aşırı eleştirel ve olumsuz düşünen biriydi. Sürekli olarak hanımını, kızlarını ve genel olarak hayatın kendisini küçük görüyordu. Tavırlarında elitist bir görüntü veriyor ve sadece yüksek mevkideki tıp personellerine saygı duyuyordu. Diğer kariyerlere ve insanlara yukardan bakıyor ve onlara iğneleyici ve yakıcı sözler söylüyordu. Ona göre dünyanın yüzde 99'u hor ve hakirdi ve bu konuda konuşmaktan hiç çekinmezdi. Sophia'nın annesi pasif ve bu atmosfer karşısında çekimser kalan biriydi. Kocasının kendisine ve kızına yönelttiği kaba ve düşmanca sözlere karşı çıkmıyordu.

Annesi, Sophia ile bir kız kardeş ilişkisi geliştirmişti. Birlikte, sinemaya gitmek gibi, aktiviteler yaparlardı. Evde izlemek üzere filmler kiraladıklarında, anne ile kız filmi izlerken, baba filmler ve onları izleyenlere yönelik aşağılayıcı sözler söylemeyi yeğlerdi.

Sophia'nın ilk yetişkinlik yıllarında babası, onun bakışları hakkında bu tür sözler söylemeye başlamıştı. Onlu yaşlarındaki cinsel gelişimi ile alay etmiş ve vücudu hakkında olumsuz yorumlarda bulunmuştu. Sophia, hoş bakışlı bir bayan olmasına karşın, vücudu konusunda utangaç birisi oldu ve çok olumsuz bir vücut imajı geliştirdi. Olması gerekenden 5 kilo fazlaydı ve bunun olumsuzluğunu gözünde büyütmüştü.

Saldırgan ve duygusal açıdan kötüleyici bir baba ile pasif bir annenin kombinasyonu, Sophia'ya eksiklik/sevilmezlik, yetersizlik, güçsüzlük ve güvensizlik şeması bırakmıştı. Sophia, babası ve ona karşı annesinin pasif davranışının başlattığı içten gelen eleştirel sesi benimsedi. Bir şekilde babası gibi davranan herkese güvensizlik duymaya başladı, bu da onu kendisine ve başkalarına karşı telafi edici kaçınma ve saldırganlık stratejileri ile başbaşa bıraktı. Güvensizlik şemasının etkin hale gelmesine saldırgan galeyanlarla tepki göstermeye başladı. İşten birisi veya bir arkadaşı, Sophia'nın kendisini yetersiz ve sevilmeyen bi-

risi gibi hissetmesine sebep olacak bir şey söylediğinde, çok öfkeleniyordu. Bazen bu öfke reaksiyonu sözlü oluyordu. İşteyse birden köpürüp "kendisine karşı gelen" iş arkadaşlarına bağırıyor, küfrediyor veya aşırı derecede aşağılayıcı sözler söylüyordu. Bunun dışındaki durumlarda bu saldırgan telafi edici stratejinin davranışçı bir versiyonu ile hareket ediyordu. Bir keresinde şema etkinleşmesi ihtimaline karşı bir silah satın almıştı. Çoğu kez aniden bir silah satın alma isteği duyuyordu. Kendisini güçsüz hissettiğinde, bir silah kendisini güçlü hissettiriyordu. Ayrıca alkol alıp, sonra da içip araba kullanıyordu. Ustura bıçakları satın alıyor ve kendini kesmek istiyordu.

Telafi Edici Stratejiler

Terapide kendine zarar verici telafi stratejilerini azaltmak bir ilk adım olarak çok önemlidir. Bana hangi zamanlarda kendini kesmek veya silah satın almak isteği duyduğunu anlatmayı kabul etti. Bu kararı hala geçerliydi ve ustura bıçaklarını eline geçirdiğinde, buna 'hafta arası' diyordu. Her seferinde onları atmaya karar veriyordu. Başlangıçta tekrar alabileceği yerlere atıyordu. Bana bu bıçakları tekrar ele geçirdiğini ve onları tekrar ele geçiremeyecek şekilde nasıl uzaklaştıracağı hususunda beraber çalışmamız gerektiğini söyledi. Bir silah satın alma isteği duyarsa, bunu bana söyleyecekti. Alkol alıp arabada içtiğinde, bana söyleyecekti. Alkolü bırakma konusunda her zaman istekliydi. Bir keresinde terapiye arabada alkol alarak gelmişti. Eve dönmek için arabaya binmeden önce şişeyi kanalizasyon kuyusuna boca etmişti. Aktif hale geldiğinde yapabileceği şeyleri, mesela bir arkadaşını aramak vs. konuştuk. Repertuarında çok az hoşa giden aktivite vardı, bu yüzden bunun üzerinde de çalıştık. Özel bir arkadaşı ile ve onun çocuğu ile beraber olmaktan hoşlandığını söyledi. Dolayısıyla ev ödevi olarak onlarla zaman geçirecekti. Buz patenini seviyordu, fakat bırakmıştı. Bu yüzden, ev ödevi olarak o arkadaşı ve çocuğu ile birlikte buz pateni yapmaya gidecekti. Bu güzel sonuçlar üretti ve Sophia paten yaparken kendini daha iyi hissetti.

Yaşam Becerileri

Sophia'nın işi tehlikede olduğu için, işten atılmaması için çabucak müdahaleye geçtik. Patronuna terapide sorunlu alanlar üzerinde çalıştığını söyledi. Her gün çalışmasını sağlamak için kendisinin neler yapabileceği konusunda konuştuk. Evde kalmak yerine işe gitmesinin avantajlarının ne olduğunu bir kâğıda yazdı, not kâğıtlarına başa çıkma ifadeleri yazdı, bunlar işe devam etmeye yönelik bağımlılığını hatırlamasına yardımcı olacaktı. Ayrıca, günlük alışkanlıklarını daha düzenli hale getirmesi üzerinde de çalıştık. Uykuya çok ihtiyacı vardı ve ev ödevi olarak erken yatması ve bunun sabah rutininde ne gibi etkileri olacağını görmesi istendi. Okumayı çok seviyordu ve çoğu kez okumayı bir kaçış olarak kullanıyordu. İstediği takdirde bütün gece okuyabileceğine ve bunun okuma arzusunu tatmin edeceğine karar verdi. İşe gitmeyip evde oturma ve okuma yapmanın güzel bir karar olduğu fikrine meydan okudu. İşe gitmeyip evde kalırsa, gün sonunda evde kalarak daha iyi hissedip hissetmediğini kontrol edip görecekti. İşe gitmek istemediği halde bir şekilde gittiğinde, yine gün sonunda nasıl hissettiğini kontrol edip görecekti. İşe gittiği günlerde her zaman daha iyi hissetti. Terapi defterine evde kalmanın ve işe gitmenin sonuçlarını yazdı.

İşteki performansı arttı ve patronu işine daha tutarlı bir şekilde devam ettiğini farketti. Birkaç çalışma arkadaşı ve patronu, performansı, devamı ve açıkça görülen hoş ruh hali üzerine yorumlar yaptı. İşini kaybetme tehdidinden kaynaklanan stres azaldı.

Güçsüzlük Şeması

Güçsüzlüğü üzerinde, onu daha güçlü hissettiren şeylere balkarak, çalıştık. Ata binerken kendini güçlü hissettiğini söyledi. Bu nedenle, ev ödevine ata binecek bir yer bulmakla başladık. Ata binmeye başladı ve bu, bir silah satın almanın deza-

vantajlarına sahip olmadan kendini iyi hissetmenin çok işe yarar bir yoluydu. Daha sonra sembolik parçalar ekledik. Ofisinde bir at resmi ve işteki masasının üstünde plastik bir at heykeli bulunduracaktı. Şema aktifleşmesine maruz kaldığında, bu imajlar sakinleşmesine yardımcı olacaktı.

Başka bir anlayış biçiminde yeni bir madde ekledik. Atlar ve onların aktifleştirdiği güçlülük, at kokusuyla harekete geçecekti. Bu reaksiyon terli bir deri kokusuyla harekete geçirilebilirdi. Sophia deri bir anahtarlık alıp, kokusu bulaşana kadar avucunun içine sürdü. Terli deriyi kokladayarak şemanın aktif hale gelmesini engelleyebilecekti.

Böylece terapi, kendine zarar vermeyi azaltma, başa çıkma ve kendini yatıştırmaya yönelik yaşam becerileri oluşturma, iş tehdidi krizini azaltma ve şemayı belirleyip ona meydan okuma ile başlamış oldu. Terapinin ilk altı ayı çoğunlukla bu konulara odaklandı.

TERAPİNİN ORTA EVRESİ

Yaşam Becerileri

İletişim becerilerine gereksinim vardı. Sophia, bir dostunun veya çalışma arkadaşının yaptığı bir şey yüzünden aktif hale geliyor ve sözlü olarak ani çıkışlar yapıyordu. Nasıl dokunaklı konuşulacağını babasından öğrenmişti. Bu 'sesi' sadece şeması aktif hale geldiğinde kullanıyordu. Daha sonra yaşadığı şeyin bir şema aktifleşmesi olduğunu anlamayı başarabildi. Mevcut aktive edici durum ile çocukken maruz kaldığı duygusal suistimal arasındaki benzerlikleri tespit etmeye çalıştık. Ayrıca mevcut durumun hangi açılardan suistimal durumundan farklı olduğunu inceledik. Buna 'o zamanı şimdiden ayırmak' diyoruz. Bu, Sophia'nın olup bitenlere yönelik sakinleşmesini ve olanları farklı olarak görmesini sağladı. Terapinin ilk evresinde

durumu düzeltmek için ne yapabileceği veya ne söyleyebileceği hakkında hiçbir fikri yoktu. İletişim becerilerine veya geri dönüp azarladığı kişi ile konuşmanın iyi bir fikir olabileceğine yönelik bir inanca dahi sahip değildi. Ailesinde bu tür şeyler yapılmamıştı. Evde herhangi bir hassasiyet, babasının sözlü saldırısına yol açıyordu. Bu yüzden, Sophia ve ben, onun ne söyleyebileceğini irdeliyor ardından da uyguluyorduk. Hiçbir zaman özür dilememişti. Hatta kendisinden özür dilendiğinde ne yapacağını dahi bilmiyordu. Bu fikir kendisine ilk kez söylendiğinde, bunun nasıl bir yararı olacağına dair sorgulayıcı bir yüz ifadesi gösterdi. Bu olay, yanlış bir şey yaptığı ve yargılanıyor olduğu inancını aktive ettiği için savunma durumuna geçti. Ona göre, bu kendisinin eksik olduğuna işaret etmişti. Şema aktifleşmesini azaltmak için, onu, kendisini ve başkalarını azarlamasına sebep olan içten gelen eleştirel sesten uzak durmaya teşvik ettim. Ona, "Bu konuşan da kim? Bu sen değilsin. Sen böyle konuşmazsın," dedim. O sesin, babasına ait olduğunu tespit ettiğinde, "Babanın kafanın içinde durmasını, dilinin ucuna kadar gelmesini ve dostların ile iş arkadaşlarına sözlü olarak saldırmasını mı istiyorsun? Ona seni yalnız bırakmasını söyle," dedim. Daha sonra nasıl "Özür dilerim," denileceğini pratik ettik. Yeni bir davranış denediğinde, bunu nasıl yaptığını ve ne tür bir reaksiyon aldığını terapiye geri geldiğinde rapor edecekti. Özetleyip yeni sonuçlar ve yeni kurallar çıkardık. Dostları ve iş arkadaşları çoğunlukla, Sophia'nın özürlerine karşı nazik ve sıcak tepkiler verdi. Onu daha fazla seviyor görünmelerine çok şaşırdı. Bu, Sophia'nın hiç ummadığı bir şeydi. Ayrıca, o da kendini onlara daha yakın hissetti, bu da bir sürprizdi. Bu, bütün kavramlaştırmayı tanımlamak için iyi bir fırsattı.

> "Çocukluğunda baban sana saldırıyor ve seni eleştiriyordu. Sana, "Aptal ve çirkinsin," diyebiliyordu. Baban, kendisini üstün biri, seni de aşağı biri yaparak, kendisini daha iyi hissetmeye çalışıyordu. Sen de insanların incitici olduğunu ve onlara güvenmemen gerektiğini zannetmeye baş-

ladın. Tabi ki böyle zannedecektin. Sen bir çocuktun ve senin tüm dünyan annen ve babandı. Bu bana anlamlı geliyor. Saldırı ile, yapabildiğin en iyi şekilde başa çıkmaya çalışıyordun. Fakat bir çocuktun ve çok fazla kaynağa sahip değildin. Bazen kendini savunuyor bazen de pasif kalıyordun. Kendini eksik ve güçsüz görmeye başladın, çünkü bu stratejiler her zaman babanın saldırılarını durdurmuyordu.

Şimdi ise, bir yetişkin olarak, birisi sana babanın hala burada olduğunu hissettiren bir şekilde davrandığında, otomatik olarak o zamanlar öğrendiğin stratejilere başvuruyorsun. Bu mevcut insanların incitici olduğuna ve onları korkutup uzaklaştırmak için tüylerini kabartıp gittikçe artan sesler çıkarman gerektiğine inanıyorsun. Babanın konuştuğu gibi konuşuyorsun. Fakat bu arkadaşlar baban gibi değil. Kendini güvende tutmak için onlara saldırmak zorunda değilsin. Bu arkadaşlara karşı içten davransan, seni incitmezler. Hassas olduğun anlarda bazı arkadaşların seni incitirlerse, onları hayatında tutmayı isteyip istemeyeceğine karar verebilirsin. Şu an çocukken sahip olmadığın güce sahipsin."

GÜVENSİZLİK VE EKSİKLİK-SEVİLMEZLİK ŞEMASI

Sophia'nın erkeklerle ilişkileri sağlıklı değildi. Eski kocası, Sophia ile hiçbir ortak noktası olmayan bir adamdı. Genellikle, iğneleyici, eleştirici ve narsist erkekler onu çekerdi. Bu erkekler babası gibi idiler ve ona benziyorlardı. Böyle bir erkek olan Stan, ofisin çapkınıydı. İşyerinde birçok kadının peşinden koşar ve onlara cinsel içerikli sözler söylerdi. Ayrıca genel olarak kadınların hepsine veya bazı özel kadınlara cinsel açıdan küçük düşürücü laflar ederdi. Sophia'nın da peşine düştü. Sophia,

Stan'da hoşuna gitmeyen birşeyler olduğunu bilmesine rağmen, bu ilgiden memnundu. Narsistliği ve kadınlara olan düşmanlığı tanıdık geliyordu, fakat Sophia'nın peşine düşerek onu kendine çekti. Sophia, bu kez doğrusunu yaptığını düşündü. Stan, Sophia'ya bir hafta sonu beraber uzaklara gitmeyi teklif etti ve Sophia aklından gitmeyi geçirdi. Stan'ın davranışı onu yeterince endişelendirmişti, bu yüzden kararını erteledi. Daha sonra yumuşadı ve daha güvenli olacağını düşündüğünden, bir grupla beraber gitmeyi tavsiye etti.

Bence, Stan tehlikeli biri gibi görünüyordu. Sophia'yı dairesine davet etmiş ve onu cinsel ilişkiye zorlamıştı, fakat Sophia istemedi. Dairesinin her tarafına pornografi unsurları koydu. Sophia'dan reçeteli ilaçlarını kendisiyle paylaşmasını istedi, Sophia da bunu yaptı. Stan, iş yerinde sürekli olarak kadınları taciz eden biriydi. Sophia'nın onunla uzaklarda bir yere gitmesi durumunda, şiddetli bir baskı veya tecavüz kurbanı olabileceğinden şüpheleniyordum. Israrla, gitme kararını tekrar düşünmesini tavsiye ettim. Seans, Sophia'nın bir arkadaşını arayıp kararını onunla tartışmayı kabul edene kadar, normalden çok daha fazla uzadı. Bu arkadaşının Stan'e çok karşı olan birisi olduğunu ikimiz de biliyorduk.

O hafta sonu Stan'le gitmemeye karar verdi, fakat daha sonra Stan'le bir grup içinde hafta sonu tatiline gittiler. Bu durumda artık Stan'in ileri gidişlerine karşı kendini savunmaya hazır ve donanımlı hissediyordu. O hafta sonu Stan'le sınırlı bir cinsel ilişki kurdu, fakat daha sonra çok üzüldü, çünkü bu olay prensiplerini ihlal etmişti. Bu, özgüvenini zedeledi ve tekrar öğrendiği dersler üzerinde konuşmak zorunda kaldık. Ardından bir daha Stan'le hiçbir ilişkiye girmeme kararı aldı.

Bir diğer ilişkisi Frank'le oldu. Frank, başka bir eyalette yaşıyordu ve Philadelphia'da ikisi de hastaneye kaldırıldıklarında tanıştılar. Bir şekilde Stan'den daha iyi bir seçim gibi görünüyordu, tatlı ve utangaç biriydi, fakat hala oldukça depresyondaydı ve bazı açılardan işlevsizdi. Hayatına yön veremiyordu. Sophia ve Frank'in bazı ortak ilgi alanları vardı ve Frank,

Sophia'ya az da olsa ilgi duyuyordu, fakat bir ilişki yaşaması için doğru bir zaman değildi, çünkü aşırı depresyondaydı. Ani bir istekle beraber bir hafta sonu geçirdiler. Birlikte iyi vakit geçirdiler ve Frank, Sophia'nın sınırlarına saygı gösterdi. İstenmeyen bir cinsel aktivite yaşanmadı. Beraber hoş tecrübeler yaşadılar ve Frank'in köpeğiyle oynadılar, bu ikisinin de hoşuna gitti. O hafta sonu, Sophia'nın çantası çalındı ve Frank çok yardımcı, yatıştırıcı, destekçi ve sorun giderici davranışlarda bulundu. Sophia, onun bu yönüne hayran kaldı ve kendini bu nazikliğe minnettar hissetti. Beraberce Sophia'nın nasıl para kazanıp bir ev alabileceği üzerine bir plan yaptılar. Bu iyi niteliklerine rağmen, Frank hala psikolojik problemlerinin sıkıntısını çekiyordu. Çalışamıyor ve okula gidemiyordu. Günlük işleyişi bozulmuştu ve hatta temel ev işleri bile onu aşıyordu. Frank, Sophia için ideal bir seçim olmamasına karşın, Sophia'nın babasına Stan'den daha az benziyordu. Frank ve Sophia, telefon ve mektup iletişimini kesmediler, fakat ilişkilerini daha fazla sürdürmediler. Bu olay, terapinin orta evresinin ilişki alanında iyi bir süreçti.

Sophia'nın eksiklik-sevilmezlik şeması ayrıca onun hayvanlara olan sevgisi ve hayvanların ona olan sevgisi sayesinde yumuşamıştı. Sophia, hayvanların bu koşulsuz sevgisine tepki verebiliyor ve onların sevgisine de karşılık gösterebiliyordu. Bu alandaki tepkisel davranışını frenlemek zorundaydı, çünkü bakmaya gücü veya parası yetmeyecek köpekleri satın alıp bakıyordu. Fakat sahip olduğu ve sorumluluğunu aldığı köpekler ve kuşlarla oynamasının muazzam avantajları vardı. Onları yürüyüşe çıkarmak Sophia'yı egzersiz yapmaya teşvik ediyordu. Onları sevip okşamak bazı bedensel ihtiyaçlarını karşılıyordu.

Yetersizlik Şeması

Çalışmak, Sophia'nın yeterliliği hakkında bilgi toplayacağı bir alandı, fakat bir posta işçisi olarak işini kendi imajı bakımından anlamlı görmediği için, en önemli alan değildi. Tedavi-

sinin ikinci yılında kolej dersleri almaya başladı. Zaten bir kolej diploması vardı, fakat seçtiği dersler çok sevdiği dilbilimi dersleriydi. Bir dil yeteneğine sahipti. Ders konuları kişinin eğlenmesine yönelik olduğu için öğrencilerin istedikleri konuları seçebilecekleri fikri, Sophia için yeni bir fikirdi. İşine olan tutkusuna ve sınıf seanslarından aldığı büyük zevke rağmen, birşeyler zor geldiğinde ısrarcı olmakta sıkıntı yaşıyordu. Okumak vs. gibi ev ödevlerinde geride kaldığını hissettiğinde, derse gelmeye çekiniyor ve sınavları kaçırıyordu. Dilbilimindeki aldığı ilk ders bu yapıyı gösterdi ve Sophia bu derste başarılı olamadı. Profesörle konuşma ve konuları telafi etmeyi isteme ihtimalini tartıştık. Bu plana karşı çalışmak için, Sophia'nın güçsüzlük şeması, güvensizlik şeması ve yetersizlik şeması hep bir araya geldi. Planın başarısız olacağını; hocanın sinirlenip, yargılayıcı ve eleştirici olacağını; kendisinin gerçekten profesörle yapacağı bu konuşmadan olumlu bir sonuç çıkaramayacak kadar aptal ve kontrol dışı olduğunu düşünüyordu. Avantajlarını ve dezavantajlarını ve en kötü sonucun ne olabileceğini konuştuk. Profesörün, gerçekten onun tahmin ettiğinden daha nazik biri olduğuna dair Sophia'nın delilleri var mıydı? Bu profesörde kimin imajını görüyordu? Planı bir kez denemeye karar verdi. Profesör oldukça yenilikçi birisiydi ve Sophia'nın ders konularına yönelik tutku ve hevesinden özellikle etkilenmişti. Birlikte Sophia'nın izleyen sömestrde kursun geri kalan derslerine devam etmesi ve kaçırdığı sınavlara girmesi için bir plan hazırladılar. Sonraki sömestrde Sophia çalışmasını telafi etti ve dersi A ile bitirdi. İnat edip başardığı için kendisiyle gurur duydu. Bu deneyimden çıkan kuralları ve dersleri, başlangıçta sahip olduğu inançların ve telafi edici stratejilerin neler olduğuna, bunların nereden geldiğine, farklı olarak neler yaptığına ve yeni sahip olduğu kurallara ve stratejilere bakarak, özetledik. Öğrenilen derslerin özeti çok önemliydi ve Sophia'nın terapi defterine kaydedildi.

Sophia daha sonra Fransızca dil dersleri almaya başladı. Güçlü bir dil yeteneği olduğu için çok başarılı oldu. Ayrıca fo-

toğrafçılık dersleri aldı ve muazzam bir artistik yeteneği, çizgi, form, renk ve kompozisyon becerisi olduğunu gösterdi. Köpekleri fotoğraflamaya karar verdi. Bu işten aldığı zevk ve haz, profesörden aldığı olumlu tepkilerle körüklendi. Uluslararası bir kariyer ve/veya bir fotoğrafçılık kariyeri ihtimalini düşünmeye başladı. İyimserliği gibi özgüveni de hızla yükseldi. Eski inançlarına ve stratejilerine meydan okuyan deneyimler yetersizlik şemasını aşındırıyordu.

TERAPİNİN SON EVRESİ

Telafi Edici Stratejiler

Tedavinin ikinci yılı boyunca, yeni bir kendine zarar verici davranış ortaya çıktı: Aşırı harcama. Daha önce de harcamaya yönelik sorunu vardı, fakat bu kez önemli ölçüde berbattı. Terapinin başında var olan borcunu, altı aylık tedavinin sonunda sıfıra indirmeye çalışmıştı. Daha sonra kız kardeşi ile Fransa'ya seyahat etme hayalini kurmaya başladı ve bu hak etme (entitlement) şemasının aktifleşmesine sebep oldu; yeni seyahat eşyalarına, üst-düzey seyahat konaklamasına vs. gereksinimi olduğunu ve bunları hakettiğini düşünüyordu. Bu bir harcama çılgınlığı başlattı. Satın alınan özel bir şeyin kendisi için iyi ve psikolojik sağlığına yararlı olduğunu düşündüğünde, bunu hak ettiğine ve parası olmasa dahi alması gerektiğine inanıyordu. Kitap kasetlerine, kolej derslerine, bilgisayar materyallerine ve daha fazlasına borçlandı. Bunların birçoğu fazlalıktı. Dinlemek için zaman bulamayacak kadar fazla kitap kaseti sipariş etti. "Ben de zevk almayı hak ediyorum, bu yüzden, sahip olduklarımı dinleyecek kadar zaman bulamasam bile, istediğim kadar kitap kasedine borçlanabilirim. Ders almak güzel bir şey, bu yüzden ders ücretine borçlanmayı hak ediyorum." Bu harcama çılgınlığı, kredi kartı şirketinin talep edilmemiş kart gönderme

stratejisiyle daha da arttı. Postadan kredi kartı geldiğinde, bunu bir lütuf olarak gördü. Bunun şirketin kendisine güvenmesi anlamına geldiğini ve istediği bütün krediyi alması gerektiğini düşündü. Kartların acil durumlardan korunmak için var olduğunu bahane etti. Hemen altı kredi kartı temin etti ve dokuz ayda 13.000 $ borçlandı ki bu bir yıllık kazancının %50'si idi. Evlerinde kaldığı için ana-babasına kira veya elektrik, su parası ve terapi için para ödememesine rağmen bu durum ortaya çıktı. Kartları kesip parçalama teklifime direndi; nakit ödemeyi öğrenmek zor bir görevdi.

Yaşam Becerileri

Sophia, işinde yükselmeye devam ediyordu ve patronu onun tutarlılığından şaşkın ve memnundu. Tedavinin ikinci yılında işe zamanında gitmesi üzerinde çalıştık, birtakım stratejilerle bu konuda çok fazla yol aldı. Bir arkadaşıyla buluşmak için işyeri kafeteryasında randevu alıyordu. İşe giderken yolda kasetler dinliyordu. Aceleyle işe giderken hızlı ve dengesiz araba kullanmasının muhtemel sonuçları üzerinde konuştuk. Kafasında bir çocuğa veya bir köpeğe çarpmış biri olma imajı oluşturdu ve bu durumda kendini nasıl hissedeceğini düşündü. İşe varma zamanının düzelmesine yönelik patronundan olumlu tepki aldı. Güne başlarken artık kendisini çılgın hissetmediğini farketti ve bu da üretkenliği üzerinde olumlu etki yaptı. Ayrıca uzun zamandır sürmekte olan bu sorunu kontrol altına almasının olumlu kişisel tavrın bir işareti olduğu sonucuna vardı. Bu çıkarımların tümü onları pekiştirmesine yardımcı olmak için terapi defterine kaydedildi.

Sınır durum (borderline) hastalarının öğrenmesi gereken önemli yaşam becerilerinin biri de sınır koymaktır. Aşırı eleştirici anne ve babalar duygusal sınırları geçmekle meşgul olurlar. Aşırı eleştirici ana-baba duygusal açıdan zorlamacı ve küçük düşürücü olarak temayüz ederler. Kırıcı kimselere yönelik sınırlar koymak zor, fakat sürekli gelişim açısından elzemdir. Za-

man geçtikçe Sophia'nın, babasıyla daha az vakit geçirmesi gerektiği açıkça ortaya çıktı. Onunla olan ilişkisini azalttı ve yorumlarını kabul etmeyi reddetmeye başladı. Hala Sophia'yı rencide edebiliyordu, fakat Sophia'nın, babasının düşmanca yorumlar yapmaya başlaması durumunda, en iyi stratejisi kendisini odadan dışarı atmaktı. Babasına yakın yerlerde bulunmamayı tercih etti.

Eksiklik-Sevilmezlik ve Güvensizlik Şeması

Sophia, ilişkiler alanında, Peter'i seçerek kendisini geliştirdi. Peter her açıdan Sophia'nın babasından farklı, çok dürüst, açık sözlü ve duyarlı birisi. Hayvanlar ve çocukları seviyor. Çok sorumlu bir insan. Çok para kazanmasa da, sevdiği işi yapıyor. Sinirini, asla incitici veya eleştirici bir üslupla ifade etmiyor. Peter, Sophia için çok daha iyi bir seçim gibi görünüyor. Her ilişki seçiminde babasından gittikçe daha çok uzaklaşıyor.

Maalesef, bu sağlıklı ilişkideki duygu ve samimiyet derinliği, Sophia'nın eksiklik-sevilmezlik şemasını ve hassasiyet duygusunu aktif hale getirdi. Bu da eski telafi edici stratejileri harekete geçirdi. Peter, onu reddedilmiş hissettirecek bir üslupla hareket ettiğinde, Sophia aktif hale geliyordu. Bir keresinde, Peter, Sophia ile telefonda konuşurken bir çağrı bekliyor tonu aldı ve diğer hata cevap verdi. Sophia ile konuştuğu hatta geri döndüğünde, Sophia'ya konuştuğu kişinin ailesinden birisinin ölümüyle sarsılmış eski bir kız arkadaşı olduğunu ve Sophia'yı tekrar arayacağını söyledi. Makul bir süre sonra aradı, fakat Sophia bu yüzden aşırı şema aktifleşmesi yaşadı. Kendisini sevilmez ve Peter'a karşı güvensiz hissetti, çünkü o, eski kız arkadaşını "seçmişti". Onu laflarıyla boğdu. O panikle beni aradı, çünkü bu ilişkiyi bitirdiğinden emindi ve belki bir daha hiçbir ilişki yaşamayacağını düşünüyordu.

Şema aktifleşmesine rağmen konuştuk. Hangi inançlar tetiklenmişti? Peter ile yaptığı acı sözlerle dolu konuşmasındaki ses kime aitti? Şimdi ne yapabilirdi? Peter'i araması, ne oldu-

ğunu anlatması ve özür dilemesi gerektiğine karar verildi. İlişki daha yakın ve daha samimi bir hal aldı. Daha sonra bu samimiyetin çatışma ile değil çatışmanın çözümü ile nasıl geliştirilebileceğini tartıştık.

SONUÇ

Sophia, şu anda iki buçuk yıldır süregelen bir tedavide bulunuyor. Ayda bir kez geliyor ve altı haftalık bir müfredata geçmek üzereyiz. İşi ve ilişkileri iyi gidiyor; harcama, alkol alma, silah satın alma ve bir yerini kesme gibi eylemleri kontrol altında. Babasıyla çok az vakit geçiriyor. Peter ile evlenmeyi düşünüyor ve bir çocuk sahibi olmayı da isteyebilir. İletişim becerileri üzerlerinde çalışmaya devam etse de, çok gelişmiş durumda. Sorun giderme davranışı daha iyi, fakat bu konudaki çalışma da devam ediyor. İşine tutarlı olarak ve zamanında gidiyor. Kendini yatıştırma becerileri ve zevk alma becerileri çok gelişmiş durumda.

Sınır durum hastalardan bahsederken "hafifletme" terimini asla kullanmam. Üzerinde çalıştığımız şeyin, eğer şu an terapi görüyorsa bundan sonra asla sınır durum kişilik bozukluğu teşhisi konulmayacak bir hasta olduğuna inanıyorum. Bunun Sophia için doğru olduğuna inanıyorum. Eğer kazanılan yararlar çoğalmaya devam ederse, gelecekte Sophia'nın işleyişinin çok daha iyi olacağını tahmin ediyorum.

REFERANS

Layden, M. A., Newman, C., Freeman, A. ve Morse, S. (1993). Cognitive Therapy of Borderline Disorder, Needham, MA: Allyn & Bacon.

15

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Rhonda S. Karg
Brad A. Alford

PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN BİLİŞSEL TERAPİSİ

Bir kısım kayda değer araştırmalar bilişsel terapinin, klinik bozuklukların birçoğu için etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir. Bilişsel terapinin yaygın olarak uygulanabilmesi, terapinin yanlış inanç ve şizofreni gibi daha kronik bozuklukların değerlendirilmesi ve tedavisine yönelik çalışmalara hız kazandırmıştır.[1] Bu bölümün amacı, bilişsel terapinin bir kısım prensiplerinin psikotik semptomatolojiye uygulanışını göstermek ve bilişsel terapi ve teorinin şizofrenide görülenler türünden psikotik belirtilere uygulanışını tartışmaktır. Bu bulguların ne anlama geldiğini inceleyip gelecekteki araştırmalara yön vererek bu bölümü bitireceğiz.

PSİKOTİK SEMPTOMATOLOJİ

Psikoz durumları, gerçekliğin çarpıtılmasının tipik örnekleridir. İç ve dış dünyayı algılama, işlemleme ve yanıtlama yete-

[1] Alford ve Correira, 1994; Chadwick ve Lowe, 1990; Morrison, 1994; Morrison vd.

neği o kadar bozulmuştur ki; kişiler işlevlerini uyumlu bir şekilde sürdüremez hale gelirler. Bireylerin halüsinasyonları veya sanrıları olabileceği gibi, bu bireyler dış dünya ile olan bağlantılarını da koparabilirler. Sanrılar ve halüsinasyonlar sıklıkla sıradışı çarpıtmalar (conviction) olarak kabul edilirler, tuhaf ve olanaksız içeriktedirler ve genellikle karşıt delillerden veya deneyimden etkilenmedikleri düşünülür. Psikoz vakalarının nedeni psikofarmokolojik (örneğin, amfetaminler, LSD, kokain, alkol veya diğer kimyasalların kötü kullanımıyla) olabileceği gibi beyindeki hasarlar veya hastalık da olabilir. Fakat psikoz en yaygın olarak şizofreni formunda görülür. Nitekim dünyadaki her 100 insandan biri, şizofreninin DSM kriterine uymaktadır.[1] Burada diğer psikotik rahatsızlıklara da değinmekle beraber, öncelikle spesifik bir rahatsızlık olan şizofreniye odaklanacağız.

Değerlendirme

Ciddi derecedeki bozukluk dolayısıyla psikotik rahatsızlıkların klinik değerlendirmesi, bireylerin problemleri ve yetersizliklerinin yanı sıra güçlü yönlerini de saptamalıdır. Değerlendirme, kişisel ve toplumsal işleyişin tüm yönlerini, enine boyuna inceleyerek ortaya koymalıdır. Belirlenmiş değerlendirme ölçümleri,[2] belirtilerin yapısını, eş zamanlı duygusal reaksiyonları, öncülleri (antecedent), sonuçları ve bilişsel ve davranışçı çözüm stratejilerinin tesir gücünü göz önünde tutarak önemli bilgiler sağlayabilir.

Psikotik hastalarda ölçülecek olan kritik değişkenlerin birisi, hastaların sahip oldukları spesifik sanrısal inancın geçerlilik derecesidir.[3] "Conviction ratings" olarak da bilinen bu ölçüm, % 0 ile % 100 oranları arasında, öznel bir derecelendirme ölçeği kullanılarak değerlendirilebilir. İlginçtir ki ayrıntılı olarak yapı-

---

1 Gottesman, 1991.

2 Bkz., Chatwick vd., 1996; Spaulding, 1994.

3 Alford ve Beck. 1994.

lacak görüşme, birçok durumda, derecelendirme ölçeğinin puanını azaltır.[1]

İlk birkaç seans esnasında hastanın problemlerinin envanteri, hastalık belirtilerinden çok işleyiş alanlarının değerlendirilmesine ve hastanın gerçekte başarmayı umduğu şeye odaklanarak elde edilebilir. Mümkün olduğu zaman, hastanın semptomlarının ortaya çıkış süreci ile diğer sosyal yaşam alanlarındaki problemleri arasındaki ilişkiyi farketmesini sağlamaya çalışırken semptomlar, çözülecek olan problemler bakımından tekrar tespit edilir.

Bir değerlendirme görüşmesinden[2] alınan aşağıdaki kesit, değerlendirmenin sorun-odaklı yapısını gösterdiği gibi, bilişsel ve davranışçı prensiplerin[3] entegrasyonunu da ortaya koymaktadır. Bu vaka örneğinde terapist, hem problem (yaşanacak yerin eksikliği) hem de hastanın halihazırda evsiz oluşunun (komşulara karşı paranoid tutum) sebepleri hakkında bilgi toplamaktadır. Ayrıca terapist, hastanın bir daire kiralamak için gerekli olan yeteneklerden yoksun olduğunu da farkedebilmektedir.

Terapist: Şu an temel probleminiz nedir?

Hasta: Yaşayacak yerim yok. Bir daire veya başka bir şeyim olmalı.

Terapist: Hiç tek başınıza yaşadınız mı?

Hasta: Evet! Bir kaç kez daire kiralamıştım.

Terapist: Şu an neden bir daireniz yok?

Hasta: Şey... Problem her zaman aynıydı... Yaşadığım evlerdeki diğer kiracılar bana düşmandı.

Terapist: Nasıl bir düşmanlık gösteriyorlardı?

Hasta: Beni rahatsız etmek için gürültü yapıyorlardı. Nasıl desem... Eminim, beni gizlice gözetliyorlardı.

---

1 Bkz., Hole vd., 1979.

2 Perris, 1992.

3 Beck, 1970.

Terapist: Yaşadığınız her yerde bu şekilde mi oluyordu?

Hasta: Son birkaç yıldır daha kötü oluyor... En az üç defa apartmanımı değiştirmek zorunda kaldım.

Terapist: Apartman değiştirirken hiç zorluk çektiniz mi?

Hasta: Şey... Hayır... Sosyal yardım kurumlarındaki insanlar hallediyorlardı.

Terapist: Kendi başınıza yeni bir daire tutabiliyor muydunuz?

Hasta: Bilmem... Hiç denemedim.

Terapist: Şey, izin verin özetleyeyim. Anladığım kadarıyla üç farklı sorundan bahsettiniz. İlk olarak, şu an yaşayacak bir daireye ihtiyacınız var. İkincisi, yaşadığınız yerlerdeki diğer kiracılardan düşmanlık görüyorsunuz. Ve üçüncüsü, kendi başınıza yeni bir daire kiralamak sizin için biraz zor geliyor, doğru mu?

Hasta: Öyle sayılır.

Terapist: Bu üç problem üzerinde beraberce çalışmamız size yardımcı olur mu?

Hasta: Bilmem... Tek ihtiyacım olan şey insanların beni rahatsız etmeyecekleri yeni bir daire.

Terapist: Tamam. Şu daire tutma sorununa en büyük önceliği verelim. Diğer yandan, şu an herşey yolunda gitseydi ve komşularınızla daha fazla sorun yaşamasaydınız nasıl hissederdiniz?

Hasta: Harika hissederdim.

Terapist: Sizce daha önceki olaylarda beraber çalışmamızın bir yardımı olur muydu?

Hasta: Siz öyle diyorsanız...

Terapist: Sizin için uygun bir sonuç olup olmadığını görmek için komşularınızın davranışları hakkındaki fikirlerinize daha yakından bakabilseydik iyi olabilirdi. Ayrıca, bu merkeze ihtiyacınız olduğunda nasıl daire kiralayacağınız hakkında eğitim almak için zaman ayırabilirdiniz. Bu sizi gelecekte daha bağımsız yapardı.

Şizofreninin Klinik Görünümü

Şizofreni teşhisi konulmuş kişilerin, hastalık belirtileri, bozukluğun seyri ve tedaviye yanıt vermelerinde önemli değişim görülür. Zira, muhtemelen şizofreni, bazı ortak özellikleri olan birçok farklı beyin bozukluklarını bir arada barındırır. Yine de, *DSM-IV* (1994), şu an şizofreniyi değişik şekillerde görünen tek bir bozukluk olarak tasnif etmektedir.

Şizofreninin ortaya çıkabileceği formların değişkenliğini ve dağılımın yelpazesini göstermek için, aşağıdaki şizofreni teşhisi konulmuş üç hastanın açıklamalarına göz atalım. Bu vakalar, ünlü şizofreni uzmanı Dr. E. Fuller Torey'in dosyalarından alınmıştır.

> "Yaklaşık yedi yıldır, uykuda olduğum zamanlar hariç, garip sesler duymadığım bir an bile olmadı. Bu sesler her yerde ve her zaman benimle birlikteler. Başkalarıyla konuştuğum zamanlarda; kitap okuduğum, gazete okuduğum, piyano çaldığım, vb. gibi değişik şeylere yoğunlaştığım anlarda bile ısrarla beni takip ediyorlar. Sadece, başkalarıyla veya kendi kendime yüksek sesle konuştuğum anlarda bunları konuşulan kelimeler bu seslerden daha güçlü olduğu için duymuyorum."[1]

> "Bazen bir şeye ihtiyacı olan o mu yoksa ben miyim tam olarak bilemiyordum. Mesela, annemden bir fincan daha çay istediğim zaman bana alay ederek "Niçin tekrar çay istiyorsun; görmüyor musun? Ben fincanımı daha yeni bitirdim, bu yüzden senin de içmene gerek yok" dediğinde, ben de onu kendimle karıştırarak, "Evet doğru, daha içmeme gerek yok" diye cevap verdim. Fakat gerçekten de bir fincan daha çay istiyordum ve dedim ki "Ama ben hala çay istiyorum" ve o an birdenbire annemin doymuş olmasının beni de doyurmayacağı gerçeğini farkettim. Sonra

[1] Dr. E. Fuller Torey, 1995, s. 61.

bu tuzağa düştüğüm ve annemin de benim rahatsızlığıma gülmesini izlediğim için kendimden utandım."[1]

"Bir akşamüstü Florida'daki kolejimin yakınındaki sahil boyunca yürüyordum. Aniden algılarım değişti. Yoğunlaşan rüzgar kötü bir şeylerin habercisi gibi esmeye başladı. Giderek daha güçlü bir şekilde estiğini hissedebiliyordum. Beni yakalayıp önüne katarak uzaklara götüreceğinden emindim. Civardaki ağaçlar tehdit edercesine üzerime geliyorlar ve bir takım varlıklar da beni kovalıyorlardı. Çok korkmuştum ve koşmaya başladım. Fakat koşuyor olduğumu bildiğim halde, hiç ilerlemiyordum. Zamandan ve mekândan uzaklaşmış gibiydim."[2]

Bu üç birey dikkate alındığında psikotik belirtilerin yelpazesi (veya görünümü) şöyle ifade edilir: Düşüncenin içeriğindeki karışıklık, düşüncenin formundaki bozukluk, algı ve dikkatteki bozukluk, özbilgisindeki bozukluk, dış dünyayla ilişkideki bozukluk ve iradedeki bozukluk. Bu hastaların durumunda olduğu gibi çoğu şizofreni hastası, özünde ciddi ve kronik bozukluklardan zarar görmektedirler. Fakat bilişsel terapinin bu insanlar için faydalı bir tedavi olabileceği ihtimaline işaret eden bulgular çoğalmaktadır. Nitekim, yapılan birçok çalışma, bu sürekli olan görece durumların tedavisinde olumlu sonuçların varlığını ispat etmektedir.[3] İleriki sayfalarda klinik bilişsel teorinin psikotik bozukluklar için günümüzde nasıl uygulandığına değineceğiz.

Düşüncenin İçeriğindeki Bozukluklar

Düşüncenin içeriğindeki bozukluklara, ki en yaygın olanı sanrılardır, genellikle şizofreni hastalarında rastlanır. Bu normal

---

1 *Age.*, s. 64.

2 *Age.*, s. 37.

3 Örne

dışı inançlar, zararlı sonuçlara yol açan içsel ve dışsal olguların ciddi ve gerçekle uyuşmayan bilişsel yapıları olarak tanımlanmaktadır.[1] Sanrılar, sıradışı çarpıtma (conviction) örnekleridir, tuhaf ve olanaksız içeriktedirler ve karşıt delillerden ve deneyimlerden etkilenmezler.

Çeşitli araştırmalar bilişsel terapinin, düşüncenin içeriğindeki bu tür bozukluklar için başarıyla uygulanışını ortaya koymuştur. Sanrısal düşünce ve inançların tedavisinde akılcı tekniklerin[2] kullanıldığı ilk çalışma olarak kabul edilen Beck'in 1954'teki çalışması, 28 yaşındaki bir II. Dünya Savaşı gazisi hakkındaydı. Bu adam, savaşta denizaşırı ekibinde beraber görev yaptığı elli kişinin, FBI tarafından kendisini araştırmak için görevlendirildiğinden şikâyet ediyordu. Ayrıca bu kişilerin, onun konuşmaları ve davranışlarını gizlice gözlemek için söylediği her şeyi hatta düşüncelerini bile kaydedebilen özenle hazırlanmış bir mikrofon sistemini kendisinden gizlediklerini düşünüyordu. Ona göre bu kişiler, kendisine karşı içinde ne olduğunu bilmediği bir kasaya birşeyler saklıyorlardı.

Tedavi sekiz ay süren otuz seanstan oluşuyordu. Hasta bir kaç senedir bu sanrıdan acı çekmiş olmasına karşın, sonunda bu otistik kurgulamalarından 'uzaklaşma'yı başarabilmişti.[3] Beck, bu başarının, hastanın diğer kişilerin kendisini küçümseyip alay ettiklerini anlattığı geçmiş deneyimlerinin etkin olarak dinlenmesi ve terapi ilişkisinin kurulmasıyla sağlandığına inanmaktaydı. Beck, tedavinin ilk aşamalarında hastayı yönlendirmeden destekleyen bir tavır sergilemişti. Fakat zaman ilerledikçe terapi, paranoid düşüncelere ve bu düşüncelerin dışsal stres, duygular ve sanrısal inançlarla ilişkisine odaklaştı.

Benzer şekilde Chadwick ve Lowe, bilişsel terapinin etkisini sanrı hastaları ile test ettiler. Araştırma yöntemlerinde bir 'çoklu temel çizgi' (multiple-baseline) ve çapraz nesne dizaynı

---

1 Alford ve Beck, 1994.

2 Kingtdon ve Turkington, 1991.

3 Beck, 1954.

(across-subjects design) kullanarak, kronik şizofreni teşhisi konulmuş altı hasta üzerinde çalıştılar. Tedavinin ilk aşaması, dostça bir ilişki kurmak ve değiştirilmesi gereken inancı belirlemek gibi ikili bir fonksiyon sağlayan ön görüşmeyi içeriyordu. İkinci aşama süresince, sanrısal inançları göz önünde tutarak temel bilgileri topladılar. Ölçümler, çarpıtma oranları, kaygı (sanrısal hayallerin görülme sıklığı) ve sanrısal inançlarla bağdaşan anksiyeteyi kapsıyordu. Bu üç ölçüm üzerindeki oranlar çalışma boyunca her hastaya her bir inanç için her seansın sonunda uygulandı.

İki tür müdahale yapıldı: (1) Yapılandırılmış bir sözlü itiraz ve (2) inanılan şeyin deneysel teste tabi tutulduğu bir gerçeklik testi. Sözlü itiraz süresince deneyi uygulayan kişi, sanrısal inancın "olayların mümkün olan tek yorumu" olduğunu öne sürüyordu. Deneyi uygulayanlar, hastaların inançlarının yanlış olduğunu göstermekten ziyade hastalardan, deneyi uygulayanın kanıtladığı yorumlar ile kendi orijinal yorumlarını mukayese etmelerini istediler. Hastaların alternatif düşünceler geliştirme yeteneklerini geliştirmek için açık bir çaba olarak, onlara önceki inançların, eldeki mevcut delillerin gelecekteki işleyişlerini nasıl belirlediği söylendi. Sözlü itirazlar ikna edici olmayınca, hastanın inançlarını deneysel bir şekilde test etmek için 'gerçeklik testi' uygulandı. Altı hastadan ikisi inançlarını tam olarak reddetti, üç tanesinin ise müdahalelerin ardından çarpıtma oranlarında yeterli bir azalma görüldü. Takip eden altı ay sonra bilişsel müdahalelerin, altı hastadan beşinin sanrısal düşüncelerini etkili bir şekilde kontrol etmelerini sağladığı kanıtlanmıştı.[1]

Düşüncenin Formundaki (İşleyişteki) Bozukluklar

Düşüncenin içeriğine ilaveten, düşüncenin üretimi ve şekillenmesindeki bozukluklar da sıklıkla şizofreniye eşlik eder. Form bozuklukları gösteren hastalar sıkça davetsiz düşüncelerle

[1] Chadwick ve Lowe, 1990.

(ani ve istemsiz bilişlerle) karşılaşırlar. Bunlara, çoğunlukla düşüncelerin başkaları tarafından kişinin aklına sokulduğu sanrısal inanç eşlik eder.

Formdaki bozukluklar, ayrıca, bastırılmış konuşma, teğetsel düşünce veya çağrışımların gevşekliği, konuşmanın fakirleşmesi, konuşmama (mutizm), eski kelimelerin yeni anlamda kullanılması (neologizm), söyleneni ve yapılanı aynen tekrarlama (echolalia) veya sabit fikirlilik (perseverance) gibi konuşma patolojileriyle de görülmektedir. Büyük Rus dansçısı Nijinsky, şizofreni geçirirken sahnenin yuvarlak şekliyle gözünün yuvarlak şeklini ilişkilendirerek aşağıdaki ifadeleri yazmıştı:

> "Ben yapay değilim. Yaşamım. Tiyatro yaşam değildir. Tiyatronun adetlerini biliyorum. Tiyatro alışkanlık haline gelir, yaşam değil. Sahnesi kare şeklinde olan tiyatroyu sevmem. Yuvarlak sahneyi severim. Sahnesi göz gibi yuvarlak olan bir tiyatro yapacağım. Aynaya yakından bakıp alnımın ortasında tek bir göz görmek istiyorum."[1]

Anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, manik vakalar, paranoid durumlar, obsesif-kompulsif nevroz ve diğerleri gibi psikolojik rahatsızlıklarda bilgi işlemeye, sistematik bir önyargı karışır. Şizofreni vakasında hâkim olan yapı, tipik olarak suistimal veya müdahalenin gelişigüzel atfedilmesine yöneliktir. Bu durum özellikle paranoid inançları ve bozuklukları olan hastalar için geçerlidir.[2] Aşağıdaki örneği inceleyelim:

> "Sevgilimle kavga ettikten sonra onun, beni bezdirmek için arkadaşlarını göndermiş olabileceğini sandım. Dairemdeki herşeyin düzeni değişmişti. Dergimdeki sayfalar eksikti. Çok korkmuştum ve dışarı çıktım. Etrafımda birtakım sihirbazların olduğuna inandım."[3]

---

1 Torrey, 1995, s. 45)

2 Beck ve Weishaar, 1989.

3 Margaret House, Shavelson, 1986.

Geleneksel bilişsel terapide, hastanın gerçekle uyuşmayan yorumları ve vardığı sonuçlar test edilebilir hipotezler olarak ele alınır. En genel ifadelerle, bilişsel terapi, deneysel araştırma, gerçeklik testi ve terapist ile hasta arasında sorun giderme işlemleri ile doğrulukları test edilen temel inançları ortaya çıkarır. Şizofreni vakasında, sanrısal inançlar ortaya çıkarılır ve bunların doğrulukları ve gerçekle uyumu test edilir. Davranışçı çalışmalar alternatif yorumları irdelemek ve gerçekle daha çok uyuşan inançları destekleyen ve bu şekilde terapide değişime yol açan çelişkili kanıt üretmek için kullanılır.

Bazı hastalarda negatif reaksiyonlar üreten meydan okuyucu inançlar bulunduğu için (mesela, Greenwood 1983), bilişsel terapist bunun yerine inançları test etmek için hastayla birlikte çalışır. Bilişsel terapist, Sokratik bir duruşla, inançları hastayla işbirliği yaparak test ederken şu soruları sorar; "Diğer insanlar [sanrı hakkında] sizinle aynı fikirdeler mi?" Eğer hasta "Hayır" derse, terapist şu soruyu sorabilir: "Bunu nasıl açıklayacağız?" Bu diyalog hastayı, gayet hoş bir şekilde, inancını temellendirdiği kanıtları düşünmeye sevkeder.[1]

Bu teknik, Tarrier (1992) tarafından kaydedilen bir vakada gösterilmektedir. Bu vakada hasta Tom, fiziksel bir saldırıdan korunmak için, halüsinasyon eseri duyduğu seslere dönüp bağırmak ve onlarla tartışmak zorunda olduğuna inanmaktaydı. Tom ve terapist, Tom'un bu sanrısını teste tabi tutması konusunda anlaşmaya vardılar. Sadece üç günlük tedavi sonrasında Tom, seslerin gerçek olduğuna olan inancı hala güçlü olmasına karşın, saldırıya uğramamış olduğu gerçeğini kabul etti. Böylece kendini oldukça rahatlamış ve güvenliği konusunda daha az endişeli hissetti.[2]

---

1 Alford ve Beck, 1994.

2 Tarrier, 1992, s. 163.

Algı ve Dikkatteki Bozukluklar

Algı bozuklukları, duyumsal işleyişin yanlış yorumlanmalarıdır. Yanılsama (illusion) gerçek algının yanlış yorumlanmasıdır ve algılanan dışsal uyarıcının doğru anlamıyla tutarsız görünür. Hasta, dergideki bir resmi hareket ediyor gibi algılayabilir veya bir arkadaşının yüzünde "şeytan" sureti görebilir. Benzer şekilde hastalar, özel bir anlamı varmış gibi algılayarak, gereksiz bir uyarıcıyla ilgilenebilirler. Örneğin hasta, bir kimsenin öksürürken çıkardığı sese dikkatini verip bunu korkunç bir tehlikenin habercisi gibi yorumlayabilir. Gereksiz uyarıcıya yönelik aşırı farkındalık bu hasta tarafından kendi sözleriyle şöyle ifade ediliyor:

> "Eğer bir şey yapacaksam, mesela su içmek istiyorsam, her detayı düşünmek zorundayım. Fincanı bul, yürü, musluğu aç, fincanı doldur, musluğu kapat ve suyu iç. Aynı resmi yapmayı sürdürüyorum. Resmi her seferinde değiştirmek zorundayım. Eski resmi kaldırmak mecburiyetindeyim. Konsantre olamıyorum. Hiçbir şeyi kontrol edemiyorum. Birşeyler içeri giriyor; değişik şeyler. Sessiz kalırsam daha kolay oluyor."[1]

Halüsinasyonlar, gerçek ve ilgili uyarıcının yokluğundaki algı deneyimleridir. Bunlar işitme, görme, koklama, dokunma veya tad alma duyuları formunda olabilir. Fakat işitsel halüsinasyonlar çok daha fazla yaygındır ve şizofreni hastalarının yüzde 50 ile 75'inde bulunduğu tahmin edilmektedir.[2] Bu tür belirtilerin kaynağı tam olarak bilinmese de, Bentall ve Bentall ile çalışma arkadaşları, hem halüsinasyonların hem de sanrıların, içsel olayların dışsal bir kaynağa atfedilmesinden dolayı yaşanıyor olabileceğini öne sürüyorlar. Bentall, bulgularına dayanarak şizofreni hastalarının, "kendilerine olumsuz bir şekilde

---

1 Torrey, 1995, s. 44. s. 339.

2 Cromwell ve Snyder, 1993.

yönelen bilgilerden korunmak için", normal dışı yorumlar geliştirdiklerini iddia ediyor. Ve ardından ilave ediyor:

> "Bu yorumlamaya yönelik eğilimler, kendilik kavramı ile ilgili olan bilgi işlemedeki karmaşık anormalliklerle alakalı gibi görünüyor. Bu gözlemler bir modelle açıklanabilir. Bu modelde, sanrı hastalarında benliğe ilişkin çelişkilerin tehdit içeren bilgiler tarafından açıkça harekete geçirilmesinin savunmacı ve açıklayıcı eğilimlere yol açtığı varsayılmaktadır. Bu eğilimler, benliğe ilişkin çelişkileri azaltma işlevine sahip olmakla beraber rahatsız edici imajinasyonlara neden olmaktadır." [1]

İşitsel halüsinasyonları olan 38 yaşındaki bir hastaya ait vakada, Morrison'un çalışması Bentall'inki ile tutarlılık göstermektedir. Morrison'un tarif ettiği gibi, "Düşünceler, bu düşüncelerin sesler olarak yorumlanması, ardından gelen değerlendirme ve bu değerlendirmenin duygudurum, bedensel ve davranışsal sonuçları arasındaki tehlikeli döngü, işitsel halüsinasyonların, içsel olayların dışsal bir kaynağa atfedilmesinden kaynaklandığı görüşüyle uyumludur".[2] Bu araştırmacılara göre,[3] bu işleyişin devam etmesinden, düşmanca veya kabul edilemez düşüncelerin yanlış yorumlanmasını takip eden rahatsızlıktaki azalma sorumlu olabilir. Dolayısıyla, bunun ortadan kaldırılması, saldırgan düşüncelerin yapısı hakkında eğitim vermekle mümkündür. Bu, düşünceleri daha kabul edilebilir hale getirerek değerlendirmeyi değiştirmekle sağlanabilir.[4]

---

1 Bentall, 1990a, b 1994b; Bentall ve çalışma arkadaşları, 1994; Bentall, 1994b, s. 27, 339.

2 Morrison, 1990a, b, s. 262.

3 Bentall, 1990b; Morrison, 1994.

4 Bkz., Morrison, 1994.

İşbirliği ve Kendilik Kavramı

Birçok şizofreni hastalarının özelliği olarak delüzyonlar (sanrılar) ve halüsinasyonlarla sıkı bağlantılı olan bir diğer semptom grubu da kendilik kimliğinin belirsizliği ve yanlış kavranmasıdır. Kendilik anlayışlarındaki farklılıklar, somatik algısal çarpıtmalarla (ör., "Değişik bedenlerde kendimi gördüm") spektrumun öteki ucundaki, kişinin kendisini diğer bir kişiden ayırt etmesindeki karışıklık arasında değişebilir. Bu karışıklığa, biraz daha çay içmeyi kendisinin mi yoksa annesinin mi istediğini karıştıran hastanın vakasında değinilmişti. Bedenle ilgili dokunma halüsinasyonları veya sanrılar da problem oluşturursa kendiliğin farklı algılanması daha da ağırlaşabilir.

Tipik olarak bizim kendilik anlayışımız, bedenimizin limitlerini hissedip görebilmemizi ve bedenimizi etrafımızdaki diğer nesnelerden ayırabilmemizi sağlayan bir takım dokunsal ve görsel uyarıcılarla şekillenir. Farklılaşmış kendilik anlayışının oluşmasına, ayrıca duyuları ve bilişsel süreçleri değiştiren aynı hastalık işleyişinin de neden olması muhtemeldir. Şizofrenide tipik olarak bulunan bozulmuş kendilik anlayışı tedaviye yönelik işbirlikçi deneysel yaklaşımın gelişmesinde özel problemler doğurmaktadır. Örneğin, psikotik semptomların varlığını kabullenmesi durumunda hastanın öz saygısının azalması riski vardır. Jack vakası (aşağıda anlatılan) şizofreni hastalarının, gerçeklik hakkındaki bilişsel çarpıtmalarının boyutunun farkında olduklarında, normal olarak nasıl şiddetli bir korkuyla karşılaştıklarını göstermektedir.

Bilişsel terapinin bütün stratejileri, işlevsiz yorumlamaları incelemek ve gerçek dışı ya da mantıksız olmaları durumunda onları değiştirmek için hasta ile terapist arasında işbirlikçi bir teşebbüs içermektedir. Bu "işbirlikçi deneycilik" hastayı uyarıcıları yorumlayarak uygulayan pratik bir uzman olarak görür, fakat hasta aynı zamanda aparatları bütünleştirmesi ve bilgi toplaması hususunda çarpıtmalar tarafından engellenmektedir. Alford ve Beck'te (1994) açıklandığı üzere, psikotik semptom-

ların doğası, bu işbirlikçi işleyen terapik ilişkiyi geliştirmede bazı özel problemler yaratır. Psikotik bozukluklardan acı çeken kişiler tipik olarak kendileri, dış dünya ve diğer insanlar hakkındaki aşırı çarpıtılmış görüşlerine ilaveten ciddi kişilerarası zorluklar yaşarlar.

Aşağıdaki Jack vakasını[1] ele alalım. İlk seans boyunca Jack, geçmiş ve mevcut ortamına uyum sağlamasında ciddi problemlere yol açmış olan belirgin paranoid inançlarının uzun bir hikâyesini anlatmıştı. Bu hastanın geçmişini gözden geçirirken onun, tıp fakültesini büyük ölçüde profesörlerin, kendisi hakkındaki konuşmalarından ötürü, kendi deyimiyle "arkamdan kuyumu kazmaya çalışıyorlar" şeklindeki inancı yüzünden bıraktığı anlaşılmıştı. Bir önceki mekândan yüzlerce mil öteye gitmiş olsa da, bu aynı tip insanların devamlı onun arkasından gelip yakınında bulunduklarına inanmaktaydı. Ona göre, onun her hareketini izliyorlardı ve özel federal ajanlar da işin içindeydi. Gerçekte, daha yeni asılmış bazı ilan panolarını bile kişileştirmişti, bunların kendisine "Bulundun" mesajını iletmek için yapıldıklarını düşünüyordu.

Öncelikle Jack'in, birçok ajanın ve insanın aslında onun aleyhinde entrikalar planladıklarına sağlam bir şekilde inanması işbirlikçi bir ilişki kurmayı engelleyen önemli bir sorundu. (Fakat kanaatlerinin gerçekte onun anlattığı derecede yüksek olmadığı daha sonra ortaya çıkmıştı.) İlk istişare süresince ona temel şikayetinin ne olduğu sorulduğunda, "Bu insanların neden olduğu stresle mücadele edebilmem için birinin yardımına ihtiyacım var" demişti.

Terapist bir alternatif öne sürerek, karşılıklı bir şekilde kabul edilebilir bir gündem olarak, böyle bir tehdidin gerçekte olduğuna dair delili değerlendirmeyi ilk hedefleri olarak önerdi. Eğer böyle bir tehdidin olduğu ortaya çıkarsa terapist ve hasta, iddia edilen sıkıntının sorumlusu olan bu kişilerin hareketleri-

[1] Alford ve Beck, 1994.

nin olası gidişatını işbirlikçi bir biçimde ortaya koyacaklardı. Bu noktada aşağıdaki diyalog yapıldı:

T: (Bu inançları açığa çıkartmayı) işbirlikçi çabalarımız için bir gündem maddesi ya da bir amaç olarak eklemek hakkında ne düşünüyorsun?

H: Bilmiyorum... Sanırım tamamen kendimle ilgili olduğu gerçeğini farketmek istemiyorum.

T: Ne kastediyorsun?

H: Sanırım bu, bir komplo olduğunu ortaya çıkartmaktan daha kötü.

T: Anladığım kadarıyla sen gerçekte, bütün bu ajan ve insanların arkandan gelmelerini istemiyorsun. Bu daha büyük bir problem olmaz mı?

H: Gerçekte değil. Bütün bunların nedeninin kendim olduğunun ortaya çıkmasını istemiyorum.

T: Öyle olduğu ortaya çıkarsa nasıl hissedersin?

H: (Duraksayarak ve yaşlı gözlerle): Korkarım.

T: Neden?

H: Bu benim gerçekten bir problemim olduğu anlamına gelir.[1]

Üstbiliş ve Direnç

Jack'in inançlar ile gerçeklik arasındaki çelişkinin farkına varması, üstbiliş sürecinin etkinleşmeye başladığını veya düşüncelerden uzaklaştığını göstermektedir. Ancak, böyle bir süreç belirli durumlarda direnç veya karşı kontrolün artması olasılığı ile sonuçlanabilir. Daha da netleştirirsek, böyle bir süreç kendiliğe ilişkin olumsuz anlamlar (veya yorumlamalar) içerirse, üstbiliş sürecinin aktifleşmesi kendilik kavramını tehdit edebilir.

Bu türden üstbiliş farkındalığına ilaveten paranoid şizofreni de öfke, tartışmacılık ve yanlış inançlar veya başkalarından ge-

---

[1] Alford ve Beck, 1994, 374.

len eziyet ile karakterize edilmektedir.[1] Bunların ve diğer psikoz belirtilerinin yapısından ötürü direnci azaltmak, bu klinik popülasyonu tedavi ederken çoğu kez arzu edilen bir başarı olabilir. Direncin büyüklüğünü etkileyen faktörler arasında (1) tehdit edilen spesifik özgürlüğün önemi (ör., kişinin, yanıltılmış içeriğe rağmen kendi düşüncelerine sahip olma "özgürlüğü") ve (2) tehdidin büyüklüğü (ör., sanrıları kısmen değiştirmek yerine tamamen terketmek zorunda kalma) yer alır. Buna göre, bu tür inançlara doğrudan 'meydan okumak' için yüksek direnç düzeyleri oluşturmak öngörülecektir.[2]

Bununla tutarlı olarak, belli birtakım incelemeler, direncin bilinçli biçimde minimum düzeyde tutulması ile sanrılar gibi psikotik semptomların başarılı bir şekilde değiştirildiğini rapor etmiştir. Chadwick ve Lowe (1990) kendilerine ait 'gerçeklik testi' prosedürlerinin bilişsel terapinin işbirlikçi yapısına özel bir dikkat verdiğini şu şekilde vurgulamaktadır: "Bu tür durumlarda, hasta ve araştırmacı basit bir inanç testi tasarlamak için işbirliği yaparlar... Gerçeklik testinin ardındaki önemli ilkelerden birisi hastanın seçilen görevin dâhice hazırlanmış bir inanç testi olduğunu önceden kabul etmesidir."[3] Benzer şekilde, Watts ve çalışma arkadaşları (1973) direnci asgari düzeye çekmek için tasarlanmış dört yol gösterici ilke geliştirdiler: (1) Değişim en zayıf inançlardan başlar; (2) Hastalardan sadece düşünceleri için bir alternatif belirlemeleri istenir; (3) İnancın kendisinin aksine inanç kanıtlarına meydan okunur; (4) Hastanın, kendi inancına karşı olan delilleri dile getirmesi teşvik edilir.

Anthony ve çalışma arkadaşları, çok sayıda hastanın ilk seanstan sonra psikoterapiden hemen vazgeçtiğine dikkat çekerek katılım, gözlem, dinleme ve yanıtlama becerilerinin bu klinik popülasyon ile uğraşmada zaruri olduğunu tespit etmişlerdir. Katılımı artırmanın en iyi yolunun ise dikkat ve ilgi ile iletişim

---

1 *DSM-IV*, 1994.

2 Alford ve Beck, 1994.

3 Bkz., Hole vd., 1979, s. 227.

kurmak olduğunu savunurlar. Bu yaklaşım olmaksızın ilişki kurma, anlama ve açıklamaya yönelik çabalar hayal kırıklığı ile sonuçlanmaya mahkûmdur.[1] Alford ve Beck tarafından da belirtildiği gibi terapist, işbirliğini ve hastanın bakış açısını yakalamayı kolaylaştırmak için yanlış düşünce ve inançlarla bağdaşan duygulara yakın alaka göstermelidir. Ayrıca bazı durumlarda belirli inançların aktifleşmesi esnasında hastanın duygusal durumunu bilmenin, bu tür inançların sürdürülmesini anlamaya yardım edeceğini belirtmektedirler. Fakat diğer durumlarda başarılı bir tedavi, terapistin hastayı başlangıçta sanrı terimleri ile yanlış yorumlanmış olan olayların alternatif açıklamaları ile bağdaşan daha olumlu duygulara yöneltme yeteneğine bağlıdır.

Bakış Açısı Belirleme (Üstbiliş) Teknikleri

'Bakış açısı belirleme' olarak da bilinen üstbiliş işlemleri, kişinin düşünce veya inançlarını, gerçekliğin kendisi olarak değil gerçeklik yorumlamaları olarak görme edimi şeklinde tanımlanabilir. *Üstbiliş* terimi, bilişsel içerik ve işlem etkinlikleri dahil, bilişsel teşebbüsün kendisine dair bilginin içinde yer alan bu zihinsel işlemleri belirtmektedir.[2] Bu işlemler yalnızca içgözlemde değil kişinin düşüncesini yönlendirme ve kontrol etme yeteneğinde de oldukça önemlidir.[3] Örneğin, Harrow ve Miller, 'bozuk bakış açısı belirleme'nin çoğu kez şizofreni vakalarında bulunan düşünce bozukluklarındaki önemli bir unsur olduğunu tespit ettiler. Bu üstbiliş bozukluğunu, "genel anlamda ve geniş gayri ihtiyari standartlar bakımından belirli bir durum için ne tür ifadelerin ve davranışın uygun olduğunu belirleme" yetersizliği olarak tanımladılar. Onların görüşüne göre, bozuk bakış açısına sahip hastalar çoğu kez kişisel materyalin uygunsuz zamanlarda konuşmalarına karışmasına izin verirler veya konuşmalarının uygunsuz kişisel temalar tarafından

---

1 Wasylenski, 1992.

2 Alford ve Correia, 1994; Flavell, 1979; Johnson ve Raye, 1981.

3 Flavell, 1979.

yönlendirilmesine izin verirler.[1] Otuz şizofren hastası ve yirmi dokuz şizofren olmayan hastadan oluşan bir örnek grubundan elde ettikleri verilere göre; (1) Kişinin konuşmasının jest ve mimiklerine uygunluğunun bozulması konuşmanın bozulması ile yakından alakalıdır.(2) Hangi davranışın sosyal olarak uygun olduğuna yönelik bozuk bakış açısı, ruh hastalarında yaygındır, fakat bu durum şizofreni hastalarında daha ciddidir; (3) Şizofrenideki bozukluk, hastaların kendi davranışına yönelik bakış açısını sürdürmedeki zorluğu kapsayarak, diğerlerinin davranışını değerlendirirken daha iyi bir bakış açısı belirlemede seçicidir.

Bu alandaki bazı araştırmalar[2] 'gerçek' ile 'hayal' arasında ayırım yapma yeteneğinin bir sonuç çıkarma becerisi olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir deyişle insanlar, zihinsel imajinasyonda olduğu gibi, algılanan bir olayın kendi kendine mi ortaya çıktığını yoksa dış dünya tarafından mı üretilmiş olduğunu otomatik olarak bilemezler ve eldeki kanıtlara dayanarak bu iki olasılık arasında bir tahmin yapmak durumunda kalırlar. Bu görüşe göre, insanlar yanlış bir biçimde içsel olarak üretilen biliş olaylarının (ör., sözlü düşünceler) dışsal olarak üretilmiş 'gerçek' uyarıcılar oldukları sonucuna vardıklarında halüsinasyon görürler.[3]

Ayrıca daha yakın zamanda yapılmış olan incelemeler de yanlış inançların kişinin düşünce ve inançlarının kökenlerinin ve nedenselliğinin farkına varma yeteneğindeki eksiklik ilişkili olduğunu göstermektedir (ör., Bental 1990 a,b). Şizofreni hastalarının azgelişmiş bilişsel yeteneklere sahip olmaları Bentall tarafından 'gerçekliği ayırt etme yetersizliği' olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastaları düşüncelerini algısal kurgular olarak görmek yerine, bilişlerini, 'sesler', düşünce eklemesi veya

---

1 Harrow ve Miller, 1980, s.717.

2 Johnson ve Raye, 1981.

3 Bentall, 1990b.

diğer çarpıtılmış açıklamalar gibi dışsal nedenlere yorma eğilimindedirler.

Alford (1986), bakış açısı belirlemeyi geliştirmeye yönelik teknikleri kullanarak, hastanede yatan 22 yaşındaki bir kronik paranoid şizofreni hastasına başarılı bir bilişsel tedavi uyguladığını söyledi. Hastanın 'yaşlı ve çirkin bir cadı'nın hastanede kendisini takip ettiği şeklinde bir sanrısı vardı ve davranış bozuklukları doğrudan bu deneyimlere atfediliyordu. Tedavi alternatif yorumların önerildiği iki üç haftalık seansları kapsadı. İnançların ve halüsinasyon deneyimlerinin tekrar yorumlanmaları, imajinasyonunun kontrol dışı olduğu alternatifini savunan hasta ile işbirliği içerisinde geliştirildi. Bir A-B-A-B taslağı kullanıldı ve temel aşamalar esnasında plasebo kontrol seansları uygulandı. Sanrıların şiddetinde bir azalmanın yanı sıra, deneysel aşamalar hakkında bilgilendirilmemiş olan hastabakıcı kadrosunun bağımsız ölçümleri, hastaların aktif aşamalar sırasında nöroleptik ilaç tedavilerine olan gereksinimlerinde belirgin bir azalma olduğunu gösterdi. Sonraki incelemeler, kendini izleme ve düşüncelerin kritik değerlendirmesi gibi kazanılan üstbiliş becerilerinin korunumu dahil, düzelmelerin tedaviden sonraki üç ay boyunca kısmen sürdüğünü gösterdi.

Hastaların içgözlem veya üstbiliş deneyimlerine odaklanan başka bir çalışmada Hole ve çalışma arkadaşları, sanrılar için nispeten yönlendirici olmayan, işbirlikçi bir bilişsel yaklaşım uyguladılar. Görüşmeler yüz yüze yapılmadı ve hastayı belli soruların ortak bir keşfine zorladılar: "İnanç mevcut deneyime mi dayanıyordu? İnançla tutarsız olan bilgileri nasıl bir işleme tabi tutuyordu? İnancın herhangi bir yönünde bir değişiklik oluştuğunda, hasta değişikliği nasıl açıklıyordu?"[1] Hastanede yatan ve sanrıları olan sekiz şizofreni hastası Pennsylvania Üniversitesi'nin psikiyatri servislerinden rastgele seçildi. Denekler, sanrılarını göz önünde tutarak, kanaatlerini (yanlış fikrin kesinliğini, % 0'dan % 100'e kadar) ve ikna ediciliklerini (yanlış amaçları

[1] Hole ve çalışma arkadaşları, 1979, s. 314.

düşünme veya arama süresi) ölçtü. Bildirilen sonuç karışıktı. Hastaların dördü ikna edicilik ve kanaat ölçümlerinde önemli değişiklikler göstermedi. Fakat hastalardan birinin, onların inancını inançla tutarsız olan verilere tepki olarak, 'yerleştirdiği' veya değiştirdiği görüldü. İki hasta ikna edicilik ölçümlerinde belirgin azalmalar gösterirken kanaatlerini değiştirmediler. Geri kalan iki hasta hem ikna edicilik hem de kanaat ölçümlerini belirgin bir şekilde azaltabildiler.

Bozuk bakış açısı belirleme, şizofreni vakalarında yaygın bir semptom olduğu için, bilişsel terapistin bir amacı da sübjektif deneyimlerin tespitinin gelişimine yardımcı olmaktır. Bu amaca yönelik olarak birbiriyle ilgili bilişsel teknikler olan düşünceleri belirleme, izleme ve değerlendirme teknikleri, klinik semptomların tedavisine doğrudan uygulanır. Bu standart bilişsel tekniklerin amacı, düşüncelerden 'uzaklaşmayı' veya kişinin düşüncelerini veya inançlarını gerçekliğin kendisi değil de gerçeklik yorumlamaları olarak görebilme yeteneğini kolaylaştırmaktır.[1] Daha önce belirtildiği gibi, sanrıları olan hastalarda ölçüm yapmak için en kritik değişken, hastaların kendilerine özgü sanrılarının geçerlilik derecesidir. Kanaat ölçümleri olarak da bilinen bu derece, % o'dan % 100'e kadar uzanan, bir sübjektif ölçek kullanılarak değerlendirilebilir. İlginçtir ki, görüşmenin kendi içinde birçok durumlarda kanaat ölçümlerini azalttığını gördük.[2] Bu bulgulara dayanarak, sistematik olarak kanaat ölçümleri elde etme eyleminin, mukabilinde kanaatin şiddetini azaltan üstbiliş veya 'bakış açısı belirleme' işlemlerini aktive ettiği tahmininde bulunabiliriz. Bu da değerlendirme ve tedavi aktivitelerinin birbirine bağımlı olduğuna dair bir örnek sağlıyor.

Bir teknikte, hastalara başkalarının kendilerinin sanrı unsurlarına yönelik görüşlerini kabul edip etmeyecekleri sorulabilir. Hastalara kendi bakış açıları ile başkalarının bakış açıları arasındaki farkı görebilmeleri için yönlendirilmiş bir belirleme me-

---

1 Alford ve Correia, 1994.

2 Bkz., Hole vd., 1979.

toduyla yol gösterilebilir. Daha sonra terapist, hasta ile beraber, farklılıkları açıklamanın en iyi yolunun ne olduğunu tartışmak için bir diyalog uygular. Terapist ve hasta doğrudan inancın dayalı olduğu kanıtları değerlendirmeye odaklanırlar.[1] Hastaları geçici olarak başkalarının bakış açılarını belirlemeye teşvik ederek, onların kendilerini anormal inançlardan uzaklaştırmaları daha iyi sağlanabilir. Bu, Harrow ve Miller'in "şizofrenideki (bakış açısı belirleme bozukluğu), hastaların kendi davranışına yönelik bakış açısını sürdürmedeki zorluğu kapsayarak, diğerlerinin davranışını değerlendirirken daha iyi bir bakış açısı belirlemede seçicidir"[2] şeklindeki bulgu ile uyum gösterir.

SONUÇLAR

Bilişsel terapinin teorik temelleri, bu yaklaşımın şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde mantıklı bir strateji olduğunu ortaya koymaktadır. Bugüne kadar yapılmış belli birtakım vaka incelemeleri ve kısmen kontrollü deney incelemeleri şizofreniye ait bir nitelik olan bilişsel bozuklukları doğrudan değiştirmenin oldukça muhtemel olduğunu öne sürmektedir. Sürmekte olan çalışmalar, psikolojik rahatsızlıkların hangi formlarının bilişsel müdahalelere cevap verdiğini ve hangilerinin vermediğini öğrenebilelim diye, bu alanları daha derinlemesine incelemeye devam edecektir.

Bilişsel terapinin psikotik semptomların tedavisine uyarlanışı, klinik bilişsel terapinin temel aksiyomları tarafından yönlendirilmektedir. Aşağıdaki bilişsel tedavi bileşenleri bu bozukluklara uygulanan bilişsel terapinin özünü teşkil etmektedir:

---

1 Alford, 1986; Beck, 1952; Kingdon ve Turkington, 1991; Tarrier, 1992'de olduğu gibi.

2 Harrow ve Miller, 1980, s. 717.

İdiyografik değerlendirme yapma, uzaklaştırmayı veya bakış açısı belirlemeyi uygulama, bilişsel içeriği ve bilişsel işleyişi tedavi etme, kişiler arası bağlama başvurma, duygulara odaklanma, ifade edilen duyguyu veya kişiler arası stresi azaltma ve kendilik kavramını düzeltme.[1]

Son olarak bilişsel terapinin artık deneysel geçerliğinin iyice yerleştiği klinik bozuklukların geniş bir yelpazesine uyarlanabilmiş olmasının yanı sıra, teorik olarak da yavaş yavaş gelişmesinin önemli olduğuna inanıyoruz. Buna karşın, bilişsel terapinin tekniklerinin 'özgün' ve 'özgün olmayan' şeklinde sınıflandırılması sistemi geliştirildi.[2] Şu an popüler olan 'bütüncül' kavramlaştırmalar (Castonguay ve Golgfried 1994, John ve Turkington 1996 olduğu gibi) teorik uyumsuzluğa sebebiyet verecekleri noktaya kadar karşılıklı olarak üretken olabilirler. Psikoterapinin özgün bilimsel sistemlerini ve teorilerini geliştirmek ve test etmek daha yararlı olabilir. (Tanım olarak, 'özgün olmayan' faktörleri test etmek zordur.) Bilişsel teoriden alınan belirli araştırma sorularının bazıları aşağıdaki gibidir.[3]

1. Gelişen üstbiliş becerilerinin, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi sıra dışı deneyimleri, gerçek dahilî ve haricî fiziksel olaylardan ayırt etmesinin önündeki kısıtlamalar nelerdir?

2. Bozulmuş bilişsel işlemlerin (bilişsel çarpıtmaların) tedavisi sanrılar gibi uyumsuz içeriği engeller mi yoksa düzeltir mi?

3. Bilişsel terapinin işbirlikçi deney çerçevesi, bilişsel tedavi çabalarının genelleştirilmesini (ekolojik geçerliliğini) kolaylaştırabilir mi? Bilişsel işlemleme hatalarının, uyumlu işleyişte problem yarattıkları ortam bağlamında (mesela ev ödevleri aracılığıyla) en iyi biçimde ortadan kaldırılacaklarını varsayıyoruz.

4. Bazen psikolojik müdahalelerin uygulanmasının elzem bir önkoşulu hastanın uygun nöroleptik ilaç tedavileri ile stabi-

---

1 Alford ve Beck.

2 Bkz., John ve Turkington, 1996.

3 Bkz., Alford ve Beck, 1994; Alford ve Correia, 1994.

lizasyonudur.[1] Fakat Blackwell tarafından yapılan bir çalışma[2] ilaç tedavisine uyumluluk oranlarının, bir reçete hazırlamak için sadece % 50 olduğunu belirtmektedir. Bir reçete hazırlandığında, çoğu kez yönlendirildiği gibi kullanılmaz. Bilişsel yaklaşımlar ilaç tedavisinin şizofreni hastalarına uyumluluğunu ne derecede kolaylaştıracaktır?

5. Şizofreni hastalarının psikotik semptomlarını azaltmada stresin bilişsel terapisinin (Beck'in uyguladığı şekliyle 1993 b) yararlılık oranı nedir? Stresi azaltmaya yönelik böyle bir yaklaşım, tekrar nüksetme olasılığını azaltır mı?

6. Belki de en ilginç olan şey ise, halüsinasyon deneyimlerine ('sesler' gibi) dair inançların bu tür psikotik semptomlara yönelik tepkileri ve duygusal reaksiyonları belirlemesidir. Bunun bir örneği Alford'un daha önce değinilen, hastanın paranoid inancının, ('yaşlı ve çirkin bir cadıdan' gördüğü eziyet) inanç ('cadı') nesnesinin görsel halüsinasyonları ile ilgili olduğu çalışmasıdır. Halüsinasyonlu seslerin paranoid (tehlike) yorumlamalarına odaklanan bilişsel terapi, bu tür deneyimlerin bozulmuş yorumlarını tedavi edebilir mi (ör., bilişsel terapi seslerin tehlikeli olduğu veya eziyet verici kimlikleri temsil ettiği inancını ortadan kaldırmaya yönelik olarak uygulanabilir mi)?

REFERANSLAR

Alford, B. A. (1986). Behavioral treatment of schizophrenic delusions: a single-case experimental analysis. Behavior Therapy 17:637–644.

Alford, B. A. ve Beck, A. T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. Behaviour Research and Therapy 32:369-380.

---

1 Grinspoon vd., 1972.

2 Kendall ve Lipman, 1991.

—Cognitive therapy: An integration of contemporary theory and therapy. New York: Gutlford.

Alford, B. A. ve Correia, C. 1. (1994). Cognitive therapy of schizophrenia: theory and empirical status. Behavior Therapy 25:17-33.

Anthony, W A., Pierce, R. M., Cohen, M. R., vd. (1980). The Skills of Diagnostic Planning. Baltimore: University Park Press.

Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. In Psychoanalytic Psychiatry and Psychology, ed. R. Knight. New York: International Universities Press.

—(1970). Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. Behavior Therapy 1:184-200.

— (1993a). Cognitive therapy: past, present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61:194-198.

— (1993b). Cognitive approaches to stress, In Principles and Practice of Stress Management, ed. R. Woolfolk ve P. Lehrer, 2nd ed. New York: Guilford.

Beck, A. T. ve Welshaar, M. (1989). Cognitive therapy. In Current Psychotherapies, ed. R. J. Corslni ve D. Wedding, 4th ed. Itasca, IL: Peacock.

Bentall, R. P. (1990a). The Illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. Psychological Bulletin 107:82-95.

— (1990b). The syndromes and symptoms of psychosis: or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. In Reconstructing Schizophrenia, ed. R. P. Bentall. London: Routledge.

Bentall, R. P., Haddock, G. ve Slade, P. D. (1994a). Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. Behavior Therapy 25:51-66.

Bentall, R. P., Kinderman, P. ve Kaney, S. (1994b). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. Behaviour Research and Therapy 32:331-341.

Castonguay, L. G. ve Goldtried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: an idea whose time has come. Applied and Prevention Psychology 3:159-172.

Chadwick, P. B. I., Birchwood, M. ve Trower, P. (1996). Cognitive Therapy for Delusions, Voices, and Paranoia. West Sussex, England: Wiley.

Chadwick, P. B. J. ve Lowe, C. F. (1990). Measurement and modifIcation of delusional beliefs, Journal of Consulting and Clinical Psychology 58:225-232.

Cromwell, R. L. ve Snyder, C. R., eds. (1993). Schizophrenia: Origins, Processes, Treatment, and Outcome, New York: Oxford University Press.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-IV*) (1994). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

FIaveIl, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. American Psychologist 34:906-911.

Gottesman, I. I. (1991). Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness, New York: Freeman.

Greenwood, V. B. (1983). Cognitive therapy with the young adult chronic patient, In Cognitive Therapy with Couples and Groups, ed. A. Freeman. New York: Plenum.

Grinspoon, L., Ewalt, J. R. ve Shader, R. I, (1972). Schizophrenia: Pharamacotherapy and Psychotherapy. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Harrow, M ve Miller, J, G. (1980). Schizophrenic thought disorders and impaired perspective. Journal o/'Abnormal Psychology 89:717- 727.

Hole, R. W., Rush, A. J ve Beck, A. T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions, Psychiatry 42:312-319.

John, C.. ve Turkington, B. (1996), A model-building approach in cognitive therapy with a woman with chronic schizophrenic hallucinations: Why did it work? Clinical Psychology and Psychotherapy 3:46-61,

Johnson, M. K. ve Raye, C. I. (1981). Reality monitoring. Psychological Review 88:67-85.

Kendall, F. C ve Lipman, A. J. (1991). Psychological and pharmacological therapy: methods and modes for comparative research. Journal of Consulting and Clinical Psychology 59:78-87.

Kingdon, B. G. ve Turkington, B. (1971). A role for cognitive-behavioral strategies In schizophrenia? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 26:101-103.

Morrison, A. P. (1994). Cognitive behavior therapy for auditory hallucinations without current medication: a single case. Behavioral and Cognitive Psychotherapy 22:259-264,

Morrison, A. P., Haddock, G. ve Tarrier, N. (baskıda). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. Behavioral and Cognitive Psychotherapy.

Perris, C. (1992). A cognitive-behavioral treatment program for patients with a schizophrenic disorder. In Effective Psychiatric Rehabilitation, ed. R. P. Liberman, pp. 22-23. San Francisco: Jossey-Bass.

Shavelson, L. (1986). I'm Not Crazy, I Just Lost My Glasses. Berkeley, CA: Be Novo.

Spaulding, W. B., ed. (1994). Cognitive Technology in Psychiatric Evaluation. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia, ed. M. Blrchwood ve N. Tarrier. New York: Wiley.

Torrey, E. F. (1995). Surviving Schizophrenia.' A Manual for Families, Consumers, and Providers, 3rd ed. New York: Harper Perennial.

Wasylenski, B. A. (1992). Psychotherapy of schizophrenia revisited. Hospital and Community Psychiatry 43:123-127.

Watts, F. N., Powell, G. E. ve Austin, S. V. (1973). The modification of abnormal beliefs. British Journal of Medical Psychology 46:359-363.

16

HIV RİSKİ DAVRANIŞI

Scott A. Cohen

Ruh sağlığı uzmanları olan psikoterapistlerden, hastalarını bir biyofizikososyal modele göre bütüncül olarak değerlendirmeleri beklenir. Bu uzmanlar arasında davranış bozuklukları ile duygusal sıkıntıların çok azının ruhsal kaynaklı olduğu yönünde bir fikir birliği vardır. Bu yüzden standart tedaviler, hastanın psikolojik durumunun yanı sıra, sosyal ve biyolojik şartlarının da değerlendirilmesini gerektirir.[1] Ancak bütüncül bir ruh sağlığı modeli böyle kapsamlı bir değerlendirmenin dahi sınırlarını zorlamaktadır: Psikolojik rahatsızlıklar özünde çok faktörlü olduğu gibi, psikolojik zorluklar da sonuçları bakımından çok boyutlu olabilirler. Günümüzde terapistlerin tedavi edebildiği sorunlar, gerek bağımlılıklar, gerekse kişilik ve duygudurum bozuklukları olsun, hastanın sosyal uyumunu, psikolojik rahatlığını ve biyolojik sağlığını etkileyebilecek kadar karmaşık yapılara sahiptir. Günümüz terapistleri, bu alanların her birine etkili bir şekilde müdahale etme sorunuyla karşı karşıyadırlar.

Hem hastaların hem de terapistlerin yüz yüze olduğu tedavi edilemeyen hastalıklardan biri de AIDS hastalığıdır. Günümüzde Birleşik Devletlerde 500,000'in üzerinde tam tanı konulmuş AIDS hastası ve 1,000,000'un üzerinde AIDS'e yol açan HIV virüsüne sahip birey olduğu tespit edilmiştir. AIDS, yaşamı tehdit eden ve genellikle ölüme yol açan bir hastalıktır, ancak hastalık enfeksiyondan on sene sonrasına kadar hiçbir belirti göstermeyebileceğinden, birçok hasta bulaşıcı bir hastalık

[1] Freedman, 1995.

taşıdığını bilmez ve kendilerinin ve başkalarının hayatlarını tehlikeye sokacak davranışlarda bulunabilirler. Bu makalenin yazıldığı sıralarda AIDS, Birleşik Devletlerde 25-44 yaş aralığındaki insanların en büyük ölüm sebebiydi (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri 1996). Bu insanların çoğu, HIV virüsü taşıyan vücut sıvılarının karşılıklı aktarıldığı cinsel birleşmelerin sonucu virüsü kapmışlardır. Diğerleri uyuşturucu kullanımı sırasında şırınga paylaşmaktan, ya da anneden, doğum öncesinde veya doğduktan sonra virüsün çocuğa geçmesiyle hastalanmışlardır. AIDS salgını bir felaket boyutundadır. Küresel bir kriz olan AIDS, hastaların düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını, hastalığı doğrudan sergilemeseler de, etkilemektedir.

AIDS'in ve AIDS'e bağlı hastalıkların tedavisindeki gelişmelere rağmen, İngiliz Columbia'sında Vancouver'da düzenlenen 11. Yıllık AIDS Konferansı'nda araştırmacılar ve katılımcılar, birincil enfeksiyonun önlenmesinin küresel bir öncelik olduğunu belirttiler. HIV virüsü kapmış olan bireylerin bakımı önemli ölçüde para ve enerji harcamalarına mâl olmakta ve devletin, sosyal çevrenin, ailenin ve hastanın kendi kaynaklarını sonuna dek tüketebilmektedir. Her ne kadar devletin başlangıçta AIDS'e tepkisi yavaş olmuş olsa da, günümüzün gerçekleri "bir kuruşluk önlem, bir liralık tedavi değerindedir" deyişini haklı çıkarmaktadır.

Psikoterapi hastaları genel nüfusun içinde HIV virüsüne yakalanma noktasında daha yüksek bir riske sahiptir. Bunun birkaç sebebi vardır: Bu hastalar birçok duygusal rahatsızlıklarda kendini gösteren eksik hüküm ve düşüncesiz davranışlara meyillidirler. Psikiyatrik bozukluklar ile madde kullanımı arasında, birlikte görülme özelliği sergileyen hastalıkların bulunma oranı yüksektir; ayrıca bazı sıkıntılı bireyler diğer insanların, kendilerinden istifade etmelerine izin verebilirler. Psikoterapist, hastanın çevresinde bulunan insanlar arasında, onun cinsel davranışını veya uyuşturucu kullanımını bilen tek kişi olabilir. Ayrıca hastanın davranışını değiştirmesini kolaylaştıran tek doğru ve tarafsız bilgi kaynağı da yine terapist olabilir. Bilişsel-

davranışçı teknikler terapiste, klinik yönelimi ne olursa olsun, birçok yararlı tedavi donanımı sağlar. Araştırmalar ve klinik deneyimler HIV kaynaklı risk davranışlarında uzun vadeli değişiklik sağlamada bilişsel-davranışçı stratejilerin gücünü doğrulamıştır.[1] Hastaların hepsi (ya da terapistler) bu denli kesin bir müdahaleyi hoş karşılamasa da, hastalığın hayatı tehdit ettiğinin teşhis edilmiş olması bu itirazların etkisini azaltmaktadır.

HIV'LE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

Hastaların, riskten kaçınmak için HIV virüsü hakkında kapsamlı bilgi edinmelerine gerek yoktur. Fakat hastanın soruları anlayarak cevap vermesini sağlamak için bazı temel bilgiler vermek gerekir.

1980'li yılların başında, önceleri San Fransisco ve New York'ta homoseksüellerde ortaya çıkmış olan AIDS'in sebebi HIV virüsü olarak tanımlanmıştı. O zamandan beri yapılan araştırmalar, birçok hastada, enfeksiyondan sonra on-oniki sene boyunca hastalığın hiçbir belirtisinin ortaya çıkmadığını göstermiştir.[2] İlk başlarda virüsün bu dönemde 'uykuda' olduğu düşünülmüş olsa da, New York'taki Aaron Diamond Araştırma Merkezinde yapılan çalışmalar virüsün, enfeksiyonun başından beri ürediğini ve bağışıklık sisteminin bu virüse güçlü ama yetersiz bir şekilde karşı koyduğunu göstermiştir.[3] Zaman içinde bağışıklık sistemi etkisini yitirmeye başlar: Virüsün çoğalma hızı artar ve ortaya, gittikçe çoğalan ve bağışıklık sistemini zayıflatan bir virüs popülasyonu çıkar. Bağışıklık sistemi zayıfladıkça, HIV virüsü taşıyan bireyler fırsatçı hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı hassaslaşır. Bunlara örnek olarak, zatürre (hayati

---

1 Kelly, 1995.

2 Batchelor, 1988; Volberding, 1992.

3 Perelson vd., 1996.

tehlike taşıyan bir akciğer enfeksiyonu); cytomegalovirus, (birçok insanın taşıdığı ama AIDS'li hastalarda gözün retinasını, bağırsakları ya da yemek borusunu ciddi şekilde etkileyen bir çeşit herpes virüsü) örnek olarak verilebilir.

AIDS ortaya çıkarıldıktan sonraki onbeş senelik klinik deneyim, bunlar ve bunlara benzer diğer AIDS-ilişkili rahatsızlıkların tedavisinde ve önlem alınmasında birçok gelişmenin olmasına yol açmıştır. Artan bir şekilde, klinisyenler ve araştırmacılar HIV'i tedavisi mümkün kronik bir duruma dönüşmekte olan bir virüs olarak tanımlamaktadır.[1] Bu bilgi, geçmişinde riskli deneyimler yaşamış hastalarla, HIV riski olan davranışlarını irdelerken önemlidir. HIV teşhisinin her ne kadar ciddi tıbbi bir durum olsa da, umutsuz veya tedavisi imkânsız bir durum olmadığının bilinmesi gereksiz anksiyeteyi azaltabilir.

Bir kişiye HIV virüsünün bulaşması için virüsün, hastalığı taşıyan insanın kan sisteminden diğer insanın kan sistemine geçmesi lazımdır. Kanın yanında meni, vajinal salgılar ve anne sütünün de enfeksiyonun oluşması için yeterli dozajda virüs taşıyabileceği bilinmektedir. Vajinal ya da anal birleşme veya uyuşturucu kullanımında şırıngayı paylaşmak gibi bireyi bu sıvılarla temasa geçiren her etkinlik HIV enfeksiyonu için bir risk kaynağı olarak değerlendirilir. Uyuşturucu kullanımından bulaşan HIV virüsünün engellenmesi, madde kullanımının azaltılması bölümünde inceleneceği için bu bölümde HIV'in, hastanın cinsel davranışlarını değiştirerek engellenmesi üzerinde yoğunlaşacağım.

Her cinsel davranış aynı oranda HIV riski barındırmaz. Genel olarak cinsel davranışlar "düşük" riskliden, "yüksek" riskliye bir risk şemasında incelenebilir (Figür 16-1): Korunmasız (kondomsuz) yapılan anal veya vajinal birleşmeler gibi yüksek riskli davranışlardan; korunmasız oral seks gibi orta riskli davranışlara; korunmalı oral seks gibi düşük riskli davranışlara; korunmalı (eldivenle) yapılan dahilî mastürbasyon ya da ıslak

[1] Ho, 1995.

öpüşme gibi hemen hemen risksiz davranışlara; kuru öpüşme ya da haricî mastürbasyon gibi hiç risk taşımayan davranışlara kadar uzanır.

HIV riskini azaltma yöntemini psikoterapi ile bütünleştirmenin amacı, hastaların düşük riskli davranışları yüksek riskli davranışlara tercih etmelerine yardım etmektir. Buna *zarar indirgemesi* denir. Güvenilir yardımcılar olarak psikoterapistler, hastalarının görecekleri zararları asgariye indirmelerine, onların ihtiyaçları ve güçleri doğrultusunda çaba harcayarak yardımcı olabilirler.

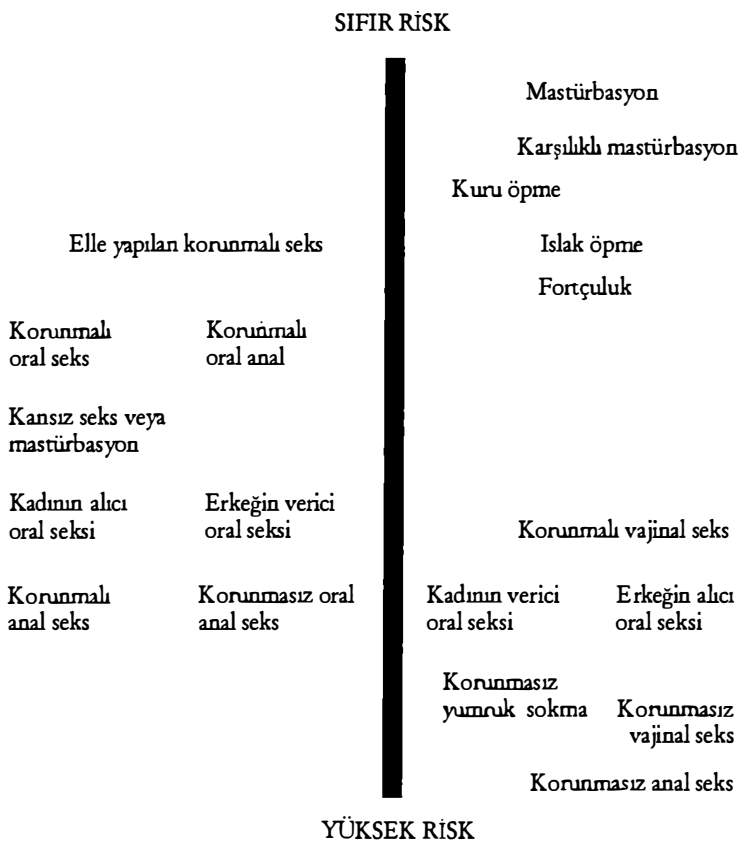
Kısa Bir Transteorik Ara

Bağımlılık yapan davranışlar üzerine yaptıkları araştırmalarında, James Prochaska ve Carlo DiClemente (1982, 1983) kendi adlandırdıkları transteorik davranış değişimi modelini anlatmaktadırlar. Altı safhadan oluşan modellerini,[1] bireylerin bu safhalardan tekrar tekrar geçebileceklerini belirtmek amacıyla bir daire şeklinde göstermişlerdir. (Sigara kullanımı üzerinde yaptıkları araştırmada bireyler, son beş safhadan ortalama dört kez geçtiler.)[2] Her safha hastanın bir tavrına göre şekillendirilir ve bir terapötik amaca bağlıdır.[3]

---

1 Figür 16-2.
2 Prochaska ve DiClemente, 1983.
3 Miller ve Rollnick, 1991.

Figür 16-1. Örnek HIV Riski Taşıyan Davranışlar Zinciri



İlk safha olan *düşünme öncesi*'nde birey, davranışlarının sonuçlarını düşünmemiştir. Bu seviyede terapist, hastanın sakıncalı davranışlarla istenmeyen sonuçlar arasındaki bağı görmesine yardımcı olur. HIV korunmasında terapist hastanın cinsel davranışlarını sorgulayıp, korunmasız seksle HIV bulaşması arasındaki bağın incelenmesini sağlayabilir.

Düşünme safhasında hasta, davranışları hakkında düşünmeye başlar ama davranışlarını değiştirme konusunda hala emin değildir. Davranışları hakkında kimi zaman tasalanır, kimi zaman bunları umursamaz, kimi zamanda davranışlarını haklı gösterme çabası içine girer (bazen bu duyguları aynı anda hisseder):

"Seks yaparken korunmamız gerektiğini biliyorum, ama bu adam daha önce kimseyle beraber olmadı." ya da " Zaten bir şey olmuyor, bir kere kondom kullanmazsak bir şey değişmez." Bu durumda terapist hastanın kararsızlığını anlamalı ve hastanın bunu aşmasında ona yardımcı olmalıdır. Bu safhada yönlendirici olmamak önemlidir, çünkü terapistin görüşleri sonradan aşırıcı belirleyici olabilir. Hastanın, çatışmanın iki tarafını da tamamen anlamasını sağlamak çok daha önemlidir. Düşünme safhası terapistler için en zor safhadır, çünkü genellikle sabırlarını zorlar.

Düşünme safhasını *kararlılık* safhası izler ve bu safhada davranışları değiştirme konusundaki düşünceler genellikle pozitiftir: "Eğer korunarak seks yapmak istemezse, o zaman seks yapmayız." Terapistin bu safhadaki görevi, hastanın yeni bulduğu motivasyonu kaybetmemesini sağlamaktır.

Hastanın uygulamayı seçtiği davranışlar, dördüncü safhayı yani *aksiyon* safhasını şekillendirir. Hastanın kendi zayıflıklarına ve gücüne göre, harekete geçme bölümlerini şekillendirerek terapist, hastanın devamlılık sürecini kolaylaştırır.

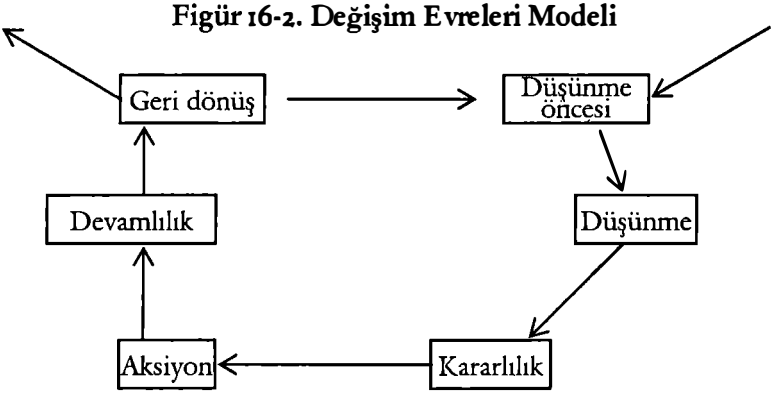
Devamlılık safhasında, hasta güvenli seks gibi davranış değişikliklerini sürdürmeli, fakat aynı zamanda geri dönüşlere karşı dikkatli olmalıdır. Yeterli bir değerlendirme, bu davranışların nasıl tekrar ortaya çıktığını göstererek hastanın geriye dönüş yaşamasını engeller.

Uzun dönem davranış değişikliğini hedefleyen birçok insan, bir ara geri dönüş yaşadığı için, Prochoska ve DiClemente (1982, 1983) modellerine son safha olarak bir de *geri dönüş* safhası eklemişlerdir. Bu safhadaki hastaların birçoğu kendilerini yenilmiş hissederler. Terapistin görevi ise hastaları motive edip davranış değişikliklerine devam etmelerini sağlamaktır. Bu safhada hastayı inceleyip bilişsel çarpıtmaları yeniden yapılandırmak, bu amaca ulaşmada çok büyük katkıda bulunur.

Değişim evreleri modeli terapiste, hastanın geçirdiği evreleri tanımasında ve terapiyi buna göre şekillendirmesinde son dere-

ce yardımcı olur. Hastanın belli ihtiyaçlarına göre müdahalelerde bulunabilir. Bazı terapistler bu modeli, hastalarına öğretirler ama bu durum bazen çok sıkıcı ve hantal olabilir. Modelin beraberinde getirdiği gizli imalardan biri de yeni bilgilerin içinde içerilderindeki değişime göre hastayı motive etmenin daha kolay olduğudur; hastaya başına gelmesi beklenen safhaları söylemek, hastanın direnmesini sağlayabilir. Yine de hastaya odaklanmış bu model, bu bölümdeki terapist temelli HIV korunması yöntemleri için önemli bir tamamlayıcıdır.

Figür 16-2. Değişim Evreleri Modeli



KORUNMA STRATEJİLERİ

Birçok terapist, HIV'den korunma yolları hakkında ders vermek yerine, hastanın sıkıntısını giderici bir psikoterapi yaklaşımı uygulamayı yeğler. Hastanın anksiyetelerine yardımcı olabilecek amaçları en alt düzeyde tutmak iyi bir terapötik yoldur. Ancalc, terapötik süreci bozmama isteği, hastanın ölümcül bir hastalık kapma olasılığı gerçeği karşısında dengede tutulmalıdır. Bu bölüm, sağlıkla ilgili somut davranış değişikliklerini teşvik etmek için uygulanan müdahalelerle geleneksel terapi yaklaşımları arasında denge kurmayı sağlayan bir model sunmaktadır.

Terapötik paradigmalar arasındaki en kritik anlaşmazlıklardan bir tanesi değişim motivasyonunun yapısı hakkındadır. Geniş bir şekilde ele alırsak, psikodinamik psikoloji, motivasyonu bilinçsiz dürtü ya da arzulara bağlar. Bu dürtü ve arzuların içeriği psikodinamik ekollere göre belirgin bir şekilde değişir. Bu yüzden terapinin amacı bu bilinçsiz dürtüleri bilince taşımak ve bunların bilinçlice istenen davranışları engellememelerini sağlamaktır. Üçüncü güç ya da organizmacı teorisyenler, bireyin doğal bir şekilde büyümeye odaklandığını savunur. Bireyi besleyen bir psikolojik çevre sağlandığı zaman insanlar sağlıklarını koruyan ve geliştiren davranışlar sergileyecektir. Günümüz davranışçı terapistleri, motivasyonun hareketler sonucu ortaya çıktığını savunurlar. Örneğin: Makale yazmanın sonucunda elde edilen kazançlardan memnunsam yazmaya devam ederim, ancak makale yazmak bana kazanç getirmeyecek kadar sıkıcı ve ağır gelirse, gelecekte yazma ihtimalim daha azdır.

Davranışçı prensiplerden yola çıkan bilişsel psikologlar, bireylerin kendi ödül ve ceza kavramlarına sahip olduklarını ve bu düşünceleri anlamanın yolunun bireyin bilinçli ve bilinçöncesi düşüncelerini araştırmadan geçtiğini savunurlar. Bazı bireyler, çalıştıktan sonra arkadaşlarla geçirilen bir akşamı tatmin edici bir mükâfat olarak görebilir, ama sosyal fobisi olan bir birey için akşamın gelmesi korkusu gün boyu çalışmasını engelleyebilir. Her ne kadar bu bölümün gayesi bunun gibi motivasyon şemalarının bilimsel yararlılıklarını ya da doğruluklarını irdelemek olmasa da; AIDS'den korunma olgusu içinde bilişsel çerçeve, asgarî ama hayatî önem taşıyan müdahalede bulunan davranış değişimini sağlamada çok yararlı bir yöntem olabilir.

Bilişsel-davranışçı tedavi stratejisi modeli genellikle 5 dönemden oluşur: 1) Değerlendirme, 2) Eğitim, 3) Karar verme, 4) Beceri kazanma, 5) Devam eden değerlendirme ve yardımcı seanslar. Her ne kadar aşağıda anlatılan özel teknikler her hastayla uyuşma göstermese de, bu dönemlerden birinin ihlal edilmesi büyük olasılıkla hastanın riskli cinsel davranışlarına

dönmesine yol açar. (Dönem sözcüğü, safha sözcüğünün yerine bilinçli bir şekilde kullanılmıştır. Adları geçen beş dönem bu sıraya göre tamamlanmak zorunda değildir, ayrıca bu dönemler hiçbir zaman tam olarak bitmiş sayılmaz.)

DEĞERLENDİRME

Diğer psikoterapik uygulamalardan farklı olarak bilişsel-davranışçı değerlendirme etkin ve belirlidir. Amaç hastanın nerede, ne zaman, nasıl, kiminle, ne yaptığını ve bunun onun için ne anlama geldiğini öğrenmektir. Karar verme dönemine gelindikçe, hastanın düşüncelerini ve davranışlara ve onlarla beraber gelen durumlara karşı neler hissettiğini anlamak önem kazanır.

İdeal olarak terapistin, hastanın terapötik birlikteliğin başına kadar olan cinsel yaşamı da dâhil olmak üzere yetkin bir biyopsikososyal değerlendirmeye sahip olması gerekir, ama bu çok nadir sağlanabilir. Her ne kadar yardımcı olsa da gelecekte HIV riskinin azaltılması için hastanın önceki cinsel yaşamının bilinmesi gerekli değildir. Terapi sırasında hastalar sıklıkla biriyle çıktıklarını veya eşleri ile cinsel yaşamlarını sürdürdüklerini söylerler. Birçok hasta, davranışlarının belirli detaylarını anlatabilecek kadar sosyalleşmiştir, ancak terapi esnasında, özellikle HIV riskini azaltma terapisinde detayların açıklanması çok önemlidir. Terapist, hastanın cinsel hayatını yargılamadan incelemeli ve nispeten tarafsız olmalı. Aynı zamanda terapinin odak noktası sadece hastanın cinsel hayatı olacak şekilde cinselliğin abartılmaması lazımdır, aksi takdirde hasta terapiste gizli amaçlar atfedebilir. Daha çok işin doğrusunu sorar şekilde, sanki herhangi bir sosyal ilişki hakkında konuşur gibi olmaya çalışın.

Chris, tek eşli olarak kaldığı 4 senelik bir ilişkisini yeni bitiren ve bu sürede genellikle korunarak seks yapan 33 yaşında "gay" bir borsacıdır. Ayrıldıktan kısa bir süre sonra çok hoş-

landığı bir erkekle karşılaştı. Kendini hassas hissettiği bir dönemde cinsel ilişkilerde bulunan Chris zaman geçtikçe önceleri güvenli zannettiği bu birleşmelerin kendisi için bir risk unsuru oluşturmuş olabileceğine karar verdi.

Chris: Yani bu adamdan gerçekten korkuyorum. Demek istediğim aslında çekici biri, ama serum statüsü hakkında doğruyu söylediğini nerden bilebilirim?

Terapist: Bunun niçin önemli olduğunu açıklar mısın?

C: Şey yani eğer hastalık kapmışsa. Yani Thomas'dan ayrıldıktan sonra ilk defa endişeliyim.

T: Endişelenmeni anlayabiliyorum, ama neden endişelendiğini net olarak anlamış değilim, daha doğrusu ne yaptığını anlamadım. Farz edelim geçmişe döndük ve şimdi sen bana onun evinde olanları anlatıyorsun.

C: Birkaç kadeh içtik ve birbirimizi öpmeye ve birbirimize sarılmaya başladık. Benim boynumu öpmeye başladı ve ne olduğunu anlamadan birbirimizin elbiselerini çıkartıyorduk. Tekrar birinin bana sarılması çok iyi geldi ve onun evine gelmeden önce üç dört kadeh şarap içmiştim galiba. Onunla beraberken çok rahattım. Çok seksi, yakışıklı, esmer ve erkeksiydi, tam benim etkilendiğim tip. Kondomu olup olmadığını sordum. Olduğunu, ama gerekli olmadığını, zaten HIV virüsü taşımadığını söyledi. Ama şimdi şüpheleniyorum belki de yalan söylüyordur, adamı çok az tanıyorum.

T: Onunla cinsel temasta bulunmadan önce kondomu olup olmadığını mı sordun?

C: Hayır birkaç dakika bana oral seks yaptı ve ardından beni becermesini istedim, ama ağzımdan hoşlandığını söyledi ve ben de ona oral seks yaptım.

T: Kondomsuz olarak mı?

C: Evet, sorun da burada. Ağzıma gelmiş olabileceğini düşünüyorum...

Dikkat ederseniz, terapist konuşmanın akışını bozmadan doğal bir şekilde konuşmanın içine değerlendirmeleri sokmaya çalışıyor. Terapist güvensiz davranışların sergilendiği durum hakkında oldukça bilgi edinmiş durumda ve değerlendirmeyi bu yönde ilerletebilecek temele sahip. Chris gibi bilgili ve rahat bir hastayla bu nispeten daha kolay bir durum, ama birçok hasta çok daha içine kapanıktır.

23 yaşındaki üniversite öğrencisi Danielle, okuldaki ödevlerini bitirme konusunda yardım alabilmek için terapiye gelmişti. Kısa zamanda danışmanları ve arkadaşlarıyla bazı problemler yaşadığı ortaya çıktı. Ayrıca üzerine çok fazla sorumluluk alıp yapması gerekenleri tamamlayamıyordu. Terapinin başlangıcından beş ay sonra gittikçe cinselleşen bir arkadaşlıktan bahsetmeye başladı.

Danielle: Mark'dan hoşlanıyorum, çok çekici ama ömrümün geri kalanını onunla geçiremem. Çok baskıcı. Size daha önce anlattığım gibi, beni hiç dinlemiyor. Eğer onunla beraber olmak istemezsem, benim aşırı iffet taslayan birisi olduğumu düşünüyor, ama ben aslında hamile kalmaktan korkuyorum...

Terapist: Onunla hiç beraber oldun mu?

D: Elbette, yaklaşık bir hafta önce bir kere seviştik. Size söylemiştim; arkadaşlarımız için bebek bakıcılığı yapıyorduk. O akşam çok kibar ve sevecendi.

T: "Seviştik" derken neyi kastediyorsun? Vajinal birleşme mi, oral birleşme mi, yoksa birbirinize dokunmak mı?

D: Demek istediğinizi anlıyorum. Sadece biraz utanıyorum.

T: Evet, anlıyorum, fakat sana yardım edeceksem Mark'la beraber tam olarak ne yaptığınızı bilmem lazım. Konu sadece hamilelik değil, kendini aynı zamanda seksle bulaşan HIV gibi hastalıklardan da korumalısın.

D: AIDS'i mi kastediyorsunuz? Bunu hiç düşünmemiştim. Mark'ın heteroseksüel olduğundan eminim, ama bahse girerim benden önce yüzlerce kızla beraber olmuştur. Kondomu

yoktu bu yüzden en ileriye gitmedik. Bir şey olmadan önce dışarı çıkardı.

T: Boşalmadan önce vajinandan çıktı mı?

D: Evet.

Dikkat ederseniz bu terapist hastasına cinsel kelime dağarcığı sunmakta. Bu tür 'izin verme' davranışları ketum hastalarda gerekli olabilir. Başkasının yerine yapılan öğrenme ya da modelleme, davranış terapisi tekniğini temsil eder ve bunun harekete geçme motivasyonunu ve kişisel yararı arttırdığı kanıtlanmıştır.[1] Terapist düzgün terminolojiyi kullanarak cinsel konuşmayı normalleştirir.

HIV korunmasının değerlendirme sürecinde iki amaç vardır: İlki, hastanın riskli durumları öğrenmesini sağlamak; ikincisi ise, bireyin riskli davranışların sergilenmesine yol açacak durumları ve bu durumları tetikleyebilecek olayları tanımasını sağlamak. Cinsel davranışlar çok fazla duygusal yoğunluk taşıyan bir konu olduğu için, hastalar genellikle ilkini hatırlayıp ikincisini umursamazlar. Durumsal veya içsel (duygusal, bilişsel) ipuçlarının değerlendirilmesi, hastalara hareketlerini odaklayabilecekleri bir zemin ve davranışlarını değiştirmelerinde bir umut sağlar.

Bazı hastalar HIV'i zaten tanırlar ve virüse yakalanmama konusunda çok az derse ihtiyaç duyarlar. Diğerleri HIV konusunda daha duyarsızdırlar. Bir kısmı ise cinsellikle geçen ölümcül bir hastalığın varlığına karşı bilişsel çarpıtma yoluyla kendilerini koruma altına almaya çalışırlar. Müdahale sürecinin eğitim dönemi, bazı hastalara cinsel davranışları ile enfeksiyon kapma riski arasındaki bağı göstererek veya kendini koruma güdüsünü ve davranış değiştirme isteğini artırarak değerlendirme dönemini kolaylaştırabilir.

---

[1] Bandura, 1988.

EĞİTİM

Hastayı bilgilendirme hemen her terapötik süreçte önemli bir rol oynar. Bu bilgilendirme, terapistin hastasına erken çocukluk deneyimlerini tasvir etmesi veya düşüncenin, otantik duyguları gizlemede nasıl kullanılacağını anlatması şeklinde gerçekleşebilir. Bilişsel-davranışçı terapist, doğrudan yönlendirmeyi terapideki sağaltıcı bir faktör olarak kullanabilmesi bakımından meslektaşlarından ayrılır. Terapide eğitmen rolünü oynamayı kabul eden bu istekliliği, terapiste öğrenme ile terapötik ilişkiyi bütünleştirme yaratıcılığını göstermede bir tür özgürlük kazandırır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımın birçok eğitici stratejileri vardır. Bu stratejilerden bazıları şunlardır: Kitap okuma terapisi (hastalara ödev olarak kitap bölümleri veya makaleler okutulması), rol yapma (burada hastalar yeni kazandıkları becerileri uygulama imkânı bulurlar), kısa kompozisyon ödevleri (hastalardan bir deneyim veya olaydan ne öğrendiklerini betimlemeleri istenir) vb. Bilişsel-davranışçı terapiye aşina olmayan bazı terapistler, eğitim modelini terapistin hastayı bilgilendirirken hastanın da pasif bir şekilde dinlediği tek yönlü bir süreç zannederler. Bu çok nadiren görülen bir durumdur. Aslında bilişsel terapi içindeki birçok eğitim metodu, aktif ve diyalektiktir. Bilişsel-davranışçı metodun önde gelen kurucularından biri olan Aaron Beck, terapistin, hastanın mantığındaki veya bilgisindeki boşlukları ortaya çıkartacak soruları sormasını öngören Sokratik yaklaşımı desteklemektedir.[1] Bu teknik HIV eğitiminde çok işe yarayabilir ancak terapist, hastanın bilmediklerini yüzüne vurup onu utandırmamaya ve mahcup etmemeye gayret etmelidir.

Oldukça eğitimli bir profesyonel ve ayrıca biseksüel olan David'in erkek kardeşine, yakın bir geçmişte HIV teşhisi kon-

[1] Beck vd., 1979.

muştu. Kendisi vajinal seksle HIV virüsü kapacağına inanmamaktaydı.

David: Korunuyorduk, daha doğrusu ben korunuyordum. Ona diğer ilişkilerimi anlatmadığım için kendimi suçlu hissediyorum, ama sonuçta onu çok az tanıyordum ve o beni bulmuştu.

Terapist: Peki neler yaptınız?

D: Bir süre oynaştıktan sonra birbirimize karşılıklı oral seks yaptık ve ardından üstüme çıktı.

T: İçindeyken orgazm oldun mu?

D: Evet. Biliyorum yapmamalıydım, ama oldukça ateşliydi ve hap aldığını söylemişti. Bu yüzden en azından hamilelik riski yoktu.

T: Peki seni ilgilendiren şeyler yok mu?

D: Aslında evet, Sam'e konulan teşhisten sonra HIV'den çok korkuyorum. Fakat o erkeklerle çok takılıyordu ve bu bir kadındı. Ayrıca içeri giren bendim.

T: Bu seni rahatlatmışa benziyor, fakat acaba bana HIV'in nasıl bulaştığını anlatabilir misin?

D: Kan ve bedensel salgılar yoluyla...

T: Peki bunlarla temas kurdun mu?

D: Evet, ama çok az. Penisimde hiçbir kesik olmamasına dikkat ettim ve onun da kanamadığını veya başka bir şey olmadığını kontrol ettim.

T: Onun kanamadığını neden kontrol ettin?

D: Düşündüm ki eğer o kanamıyorsa sorun yok. Sonuçta kan spermden çok daha tehlikelidir değil mi?

T: Evet, kan muhtemelen spermden veya vajinal salgılardan çok daha fazla virüs taşıyordur, fakat kendilerini korumayan insanlara bulaşabilecek kadar virüs taşıyorlar. Birkaç önlem almışsın ama en önemlisini almamışsın: Kondom kullanmak. Bu her ikiniz içinde tam korunma sağlardı.

D: Kesik yoksa sorun da olmaz diye düşündüm.

T: Tamam, bir düşünelim. Hiç seks yoluyla geçen bir hastalık kaptın mı?

D: Pek sayılmaz, sadece Nina'dan kaptığım bir idrar yolu enfeksiyonu.

T: O zamanlar bir kesik var mıydı?

D: Fark ettiğim kadarıyla hayır.

T: O zaman bazı enfeksiyonların, derinde bir açılma olduğunu fark etmesen de sana bulaşması mümkün.

D: Sanırım evet. Yani o hap kullansa da benim bir kondom kullanmam lazımdı.

T: Sen ne düşünüyorsun?

D: AIDS'den veya herhangi bir cinsel davranışla geçen bir hastalıktan korunmak istiyorsam, sanırım seks yaparken kondom kullanmaya başlamam en iyisi olacak.

David gibi biriyle diyalektik yaklaşımı kullanmanın avantajı, bu yaklaşımın onun düşünme sürecine yeni bir pencere açmasıdır. David başkalarına yönelik riske yoğunlaşırken kendine yönelik riski küçümsüyor. Her ne kadar bir psikodinamik terapist David'in böyle bir korunma yöntemi uygulamasındaki amaçlarını araştırmak isteyebilirse de, yine de HIV korunması hakkındaki yanlış bilgilerinin düzeltilmesi zorunludur. Peki bu noktada hastanın bilmesi gereken asgari bilgi nedir?

Hastaların daha güvenli seks yapma amaçlarına yönelik etkili kararlar verebilmeleri için şunları bilmeleri zorunludur:

HIV, AIDS'in oluşmasını sağlayan insanın bağışıklığını azaltan bir virüstür.

AIDS, insanın bağışıklık sistemini yıkan ve insanın hastalıklara karşı savaşamamasını ve dayanıksız olmasını sağlayan ölümcül bir virüstür.

İnsanlar AIDS'i hasta görünmedikleri halde yıllarca taşıyıp başkalarına bulaştırabilir.

HIV virüsü, bulaşmak için bireyin ait olduğu grup veya sınıfa (etnik azınlıklar, homoseksüel erkekler, uyuşturucu kullanıcıları gibi) bakmaz; HIV'in bulaşma riskini belirleyen kimlik değil davranıştır.

HIV, konuşma, öksürme, hapşırma, yemek araçlarını veya tuvaleti paylaşma, sarılma, kuru öpüşme veya böcek ısırması gibi yollardan bulaşmaz.

HIV, sadece kan, sperm, vajinal salgılar ve anne sütü gibi bedensel sıvılarla bulaşır.

Seks ve uyuşturucu kullanımı gibi davranışlar (genellikle dahilî olmak kaydıyla) HIV riski taşıyan davranışlar olarak değerlendirilir.

HIV riski düşük riskten yüksek riske doğru artan bir ölçekte değerlendirilir.[1]

Bireyin risk getirecek aktivitelerde bulunması zorunlu değildir. Ancak kişi bunu yapmayı seçerse (ve seks söz konusu olunca birçok insan bu seçimi yapar), az riskli davranışları seçmek veya korunmak gibi önlemleri kullanma olanağı vardır.

Birey kendisi için önlem alırken karşısındaki için de önlem alır.

AIDS idam cezası değildir. Yeni bilgiler ve tedaviler ışığında HIV virüsüne ve AIDS hastalığına yakalanmış bireyler daha uzun ve dolu bir şekilde hayatta kalmaktadırlar.

Her ne kadar bu noktaların çoğu terapide aktif öğrenme yoluyla doğal tartışmaların içinde öğrenilse de bazı noktalar aktif öğrenme teknikleri ile öğrenilirler. Yaratıcı bir terapist, örneğin hastasından kendi güvenli seks sürecini hazırlamasını isteyip, bunu çeşitli eğitim kaynaklarından öğrendiği metotlarla kıyaslayabilir.

---

[1] Bkz., Figür 16-1.

HIV korunmasının eğitimle sona ermediğini belirtmek önemlidir. Birçok HIV korunma çalışması, yeterince eğitimli olmanın etkili bir şekilde davranış değişikliğini beraberinde getirmediğini bize dramatik bir şekilde gösterir. Eğitimciler bu yüzden motive edici faktörlerin çok önemli olduğunu savunurlar; bilgi gereklidir, ama HIV'den korunmak için yeterli değildir.[1]

KARAR VERMEYİ KOLAYLAŞTIRMA

Çok az hasta, kendisini HIV'e karşı korumayarak hasta olmayı ister. Yine de kendilerini koruma istekleri ile çatışan başka arzuları olabilir. Bilişsel model içerisinde davranış ve ruh hali *otomatik düşünce* tarafından yönlendirilir. Otomatik düşünceler, mantığın ya da bilinçli akıl yürütmenin ürünü olmayan ama bilinçli bir şekilde kavranabilen, tekrar edici bilişlerdir. Hastaya bu otomatik bilinç öncesi düşünceleri kavramasında yardımcı olduktan sonra, bilişsel terapist, hastanın bu düşüncelerin mantığını ve tutarlılığını diğer amaçları ve istekleri çerçevesinde incelemesini sağlar. Son olarak hastadan şu anki davranışlarıyla alternatif davranışlar arasında bir kâr-zarar kıyaslaması yapması istenir. Her ne kadar geleneksel uygulamanın bir parçası olmasa da, bu üçüncü adım, kafası karışmış hastaya HIV'den korunma davranışları ile göze alabilecekleri risk arasında bir yol bulmalarında yardımcı olur.

Bir homoseksüel olan Steve, 36 yaşında bir reklamcıdır ve New York'ta yaşamaktadır. Steve, AIDS kapmanın kendisi gibi kentte yaşayan aktif bir homoseksüel için kaçınılmaz olduğuna inanmakta ve bu yüzden HIV'den korunma davranışlarını sağlıksız bir şekilde uygulamaktadır.

---

[1] Kelly, 1995; Rotheram-Borus vd., 1991.

Toni, 28 yaşında siyahi bir avukattır ve aylardır beraber olduğu erkek arkadaşından kondom kullanmasını isteyememektedir çünkü onu incitebileceğini düşünmektedir.

Carla, 40 yaşında, muhafazakâr, iki çocuk annesi, Latin kökenli bir bayandır ve seks hakkında konuşurken rahatsız olmaktadır. Altı senelik erkek arkadaşıyla daha güvenli seks yapmayı konuşursa ona karşı geleceğinden korkmaktadır.

54 yaşında, depresyonda bir Heteroseksüel olan John, kondom kullanımının ilişkide yakınlığı azalttığını düşünmekte, ayrıca ereksiyonda kalma süresini azaltacağından korkmaktadır.

Bu bireylerin her biri, HIV'den haberdardı ve kendilerini bu virüse karşı korumak istiyordu. Ancak başka umutlar, amaçlar ve istekler, bu bireylerin devamlı olarak güvenli seks yapmasını engelliyordu. Hem psikodinamik hem de bilişsel-davranışçı terapistler bu gibi çelişkilerle uğraşırken, burada diğer durumlara oranla kendi psikolojik modellerine daha bir bağımlı kalırlar, ancak yaklaşımları birbirlerinden önemli ölçüde farklılık gösterecektir. Psikodinamik bir uygulayıcı için söz konusu çelişkinin kökeninde yatan teşvik edici unsurları açığa çıkarmak yeterli bir müdahale olacaktır. Bilişsel terapist ise bu çelişkiyi oluşturan öğelerin her birinin aynı derecede etkili olduğunu düşünmez, hastanın düşünceleri diğer emelleri ile beraber mantık ve süreklilik testlerine tabi tutulmalıdır. Carla erkek arkadaşının tehditkâr davranışlarına şahit olmuş olabilir, ama Toni, erkek arkadaşının güceneceğini biliyor mu yoksa hoş olmayan bir olay yaşamamak için sadece tahmin mi ediyor?

Terapide, Toni'nin erkek arkadaşıyla beraberken kondom kullanmayı konuşmayı istememesi, mantığındaki birçok kırılmadan ortaya çıkmaktadır. Örneğin erkek arkadaşının kondom kullanımına karşı geleceği tahmininin ardında, Toni'nin erkek arkadaşının duygusal tepkilerinin ne olacağını tahmin edebileceği yanılgısı vardı. Çoğu zaman bu doğru olsa da (bazen erkek arkadaşının davranışlarını doğru olarak tahmin edebiliyordu), her zaman için geçerli değildi. Aşırı genelleme dediğimiz

bilişsel çarpıtmayı uyguluyordu. Bilişsel terapist, tahminleri hakkındaki delilleri incelemesini sağlamak için, erkek arkadaşıyla beraber kondom kullanımını konuşabileceği, her ikisi için de güvenli bir durum planlayarak başlayabilirler. Belki de Toni sağlığından çok ilişkisinin kalitesine önem veriyordur. Birçok terapist, (motivasyonu çeşitli olması muhtemel görüngülere dayandırarak) Toni'nin tutarsızlığını öne sürerken bilişsel terapistler, bir şeyin niçin olduğunu bilmenin yeterli olmadığını, gerçek anlamanın davranış değişikliği ile beraber geldiğini savunurlar. Bu değişimi kolaylaştırmak için Toni ve terapisti, Toni'nin erkek arkadaşının güceneceği tahminiyle güvensiz seksin muhtemel sonuçları arasında karar dengesini (kâr-zarar) inceleyebilirler. Son olarak, erkek arkadaşı Toni'ye gücenirse ona yapacağından korktuğu şeyin aslında ne olduğunu incelemek önemlidir: Onu terk edeceğinden ya da cezalandıracağından mı korkuyor, peki bu durumlara adapte olma kapasitesi ne kadar? "Korkulan fanteziler"in bu tarz incelenmeleri gerek psikodinamik, gerek bilişsel-davranışçı uygulamalarda önemli bir yere sahiptir. Bunlar uygulamalı hareketlere çok büyük engel teşkil ederler.

Steve'in güvenli seks uygulamasındaki tutarsızlığının nedenleri ile Toni'nin nedenleri çok farklıdır, ama müdahalenin genel prensibi aynı kalır: Otomatik düşüncenin *netleştirilmesi* (burada HIV kaparsa ne yapacağının bir önemi yoktur); temelde yatan çarpık varsayımın *belirlenmesi* (burada önemli olan Steve'in davranışı değil gelecek yaşamıdır); ve son olarak da alternatif yorumların *itiraf edilmesi* ya da daha çok bilgi sağlayacak deneylerin tasarlanması teknikleridir. Steve, en sonunda New York şehrindeki herkesin AIDS olmadığını (her ne kadar birkaç arkadaşı enfeksiyon kapmış olsa da) ve kişisel AIDS riskinin tamamen kendi davranışlarına bağlı olduğunu anladı. Aynı zamanda, sıklıkla anksiyete yaratıcı durumlara benzer bir şekilde olaya pasif nihilistik düşüncelerle baktığını anladı ve bunları da sorgulayıp değiştirmeye başladı.

Carla, erkek arkadaşının, kışkırtıldığında gösterebileceği şiddet içeren davranışlardan haklı olarak korkuyordu. Bu yüzden terapisti ile beraber zarar görmesini engellemek için kararlaştırdıkları stratejiyi uyguladı, yani bir restoranda oturup erkek arkadaşıyla güvenli seksi konuştu. Sonra girişkenlik alıştırmaları ve rol yapma teknikleri sayesinde partneriyle ilişkilerinde kendini güçlü hissettirecek güveni kazandı. Bu onun için küçük bir zaferdi, fakat evinde de bir şiddet tehlikesi ile yüz yüzeydi, çünkü çocuklarının babasını da terk etmek istemiyordu. Yine de sonuçta güvenli seks yapma ısrarını sürdürerek erkek arkadaşını seksteki kaba tutumu için psikolojik yardım alma konusunda ikna edebilmişti.

Eksiksiz bir fiziksel muayene, John'un ereksiyon anksiyetesinin hiçbir fizyolojik temeli olmadığını ortaya koymuştu. Bu yüzden John'un terapisti, onun korktuğu fantezileri ve özellikle ereksiyon problemlerinin nedenleri hakkındaki düşüncelerinin bilişsel çarpıtmaları üzerinde durdu. John, bir kez ereksiyon problemi yaşarsa kadının onu terk edeceğini ve hayatının geri kalan bölümünü yalnız geçireceğini düşünüyordu. Oysa kadınlar hem kendi sağlığını hem de partnerinin sağlığını düşünmesini takdir ediyor ve kondomu taktığı süreç içerisinde uyarılma halinde kalması için yardımcı oluyorlardı.

Beceri Kazandırma

Beceri kazanma, HIV korunmasında bilişsel-davranışçı terapinin çok gerekli bir dönemidir. Ancak terapi sırasında hastanın becerilerini bir değerlendirmeye almak zor olduğu için psikoterapistler bu dönemi göz ardı etmek isteyebilirler. Her hasta, kondom takmak veya dişil kondom kullanmak gibi somut davranışları uygulamaya aynı oranda gereksinim duymaz. Ama çoğu hasta bu tür davranışları becerme konusunda yetersizdir. Yukarıda değinilen dört vaka arasından beceri kazanma

ve uygulama deneyimlerine en çok gereksinim duyanlar John ve Carla oldu. Toni ve Steve ise henüz bilişsel tekrar yapılandırmayı sosyal bağlamlarda uygulama aşamasındaydılar. Özellikle HIV bulaşıcılığı ile ilgili beceri kazanılması gereken üç alan vardır:

Cinsel uygulamalardan uzlaşma

Girişkenlik ve sorun giderme

Özel korunma becerileri

Beceri kazanma, ilk önce zayıflıkların değerlendirilmesi ile başlar. İdeal olarak, gözlemlenmiş modelleme ve özellikle dizayn edilmiş uygulama seanslarından elde edilen geri beslemeyi de içerir. Aynı zamanda hastanın kendisine dair raporları da, çeşitli durumlardaki davranışlarının sıklığını sorgulayarak, kullanmak mümkündür. Bu, terapiste hangi konulara odaklanması gerektiği konusunda ipuçları verecektir.

Daha güvenli seks yapma konusunda uzlaşmak için amacını doğru ve uygun bir şekilde söyleyebilmek, partneri dinleyip onun endişelerini anlamak ve alternatifler önermek gibi gerekli olan beceriler temel iletişim yetileridir; ancak seks birçok insan için çok derin bir konu olduğu için, aslında gerekli olan bu becerileri yatak odasına dökmekte başarısız olabilirler. Bazı hastalar için başarısızlık beklentisi yararlı olabilir, ama diğerleri ek cesaretlendirme ya da öğrendikleri becerilerin geri beslemeli sağlam bir uygulamasını yapmak zorundadırlar. Toni'nin terapisti, "zorlayıcı durumlar" listesi hazırlamıştı ve bunlara göre rol yapma teknikleri uyguluyorlardı. Seks hakkında konuşurken son derece sıkılan Carla, güvensiz seks hakkında konuşup rol yapma teknikleri uygulamadan önce nefes çalışmaları yapıp rahatlamak zorundaydı. Seans sırasında öğrenilen ve yeterince uygun olarak uygulanan becerilerin teoride olduğu gibi gerçekten pratikte de tekrarlanacağı garanti değildir. Bu yüzden devam eden izleme ve değerlendirme, beceri kazanmanın çok önemli bir özelliğidir.

Girişkenlik ve diğer sorun giderme becerileri etkili iletişimin daha belirgin özellikleridir. Güvensiz seksi reddetme olgusu, göz temasını iyi kullanmaktan, cinsel zorlama olursa yapılabilecek şeylerin planlanmasına kadar, birçok şey gerektirebilir. Carla'nın eşinin şiddete olan meyli yüzünden Carla ve terapisti, eşinin zorlayıcı ya da tehlikeli olma durumunda işe yarayacak bir plan hazırladılar. Planı sürekli kullanabilme kapasitesi ve bir akrabasında kalmak için yaptığı hazırlık, eşinin tedavi istemesinde çok büyük bir katalizör olarak işe yaramıştır.

Beceri kazanma, davranışçı gelenekten gelir. Diğer alanlarda çalışan terapistler bu yüzden davranış becerilerini kendi terapileri içine dâhil etmede zorluk çekerler. Ancak, diğer okullardan birçok yetenekli klinisyen ve teorisyen davranış tekniklerinin öngörüyü ve kişisel incelemeyi arttırdığını göstermişlerdir.[1] Bir kondomu nasıl kullanacağını öğrenmek en önemli beceri kazanma tekniklerindendir. Araştırmalar kondom yırtılmalarının çoğunun hatalı kullanımdan kaynaklandığını gösteriyor. İnsanlar ya düzgün bir şekilde takmıyorlar (kadınlar sözkonusuysa, yerleştirmiyorlar), ya lateksin dayanıklılığını azaltan su bazlı olmayan yağlar kullanıyorlar ya da gerektiği kadar yağlamıyorlar. Yine de birçok terapist, seans sırasında bir penis maketi alıp nasıl kondom takılacağını gösterme konusunda sıkıntı çeker.

Ancak alternatifler mevcuttur. Terapistler, devlet daireleri ya da kamusal kurumlara başvurarak HIV'den korunma tekniklerini öğreten eğitimcilere ait bir referans listesi isteyebilirler. Diğer bir alternatif de hastalara konuyla ilgili kaynaklar sağlayıp onları kendi başlarına uygulama yapmaya teşvik etmektir. Nitekim John'un terapisti böyle yapmıştı. Terapist, ilk önce John'un kondom kullanımına ilişkin otomatik bilişlerini değiştirmesine yardım etti. Ardından John'un evde kondom kullanma pratiği yapmasını ve bunu yaparken sonunda penisini ne derecede etkilediğini görmesi için kondomu yırtmaya yeltenmesini istedi Bu pratiğin, kondom kullanımının cinsel uyarıl-

[1] Goldfried, 1982; Wachtel, 1977, 1987.

masını etkilemediğini görmesi açısından John'a oldukça faydası oldu. Ayrıca rol yapma uygulaması, eğer hasta bunun çok zorlayıcı olduğunu düşünüyorsa terapi seanslarından çıkarılabilir. Hastalar, sorun giderme ya da reddetme ifadelerini ayna karşısında veya başka belli yöntemlerle pratik yaparak geliştirebilirler. Burada en önemli konu alıştırma yoluyla öğrenme yeteneğidir, dolayısıyla her beceri kazanma tekniğine bir geri besleme uygulanmalı ve ardından geri beslemeye verilen tepki de desteklenmeli ve pekiştirilmelidir.

Devamlılık ve Sürekli Değerlendirme

Bireylerin nasıl değiştiğine yönelik geliştirilen Prochaska ve DiClemente'nin transteorik modelinde tekrar nüksetme, değişim sürecinin tamamlayıcı bir parçasıdır.[1] Tekrar nüksetme illa da bireyin düşünme öncesi duruma geri dönmesi anlamına gelmez. Ancak bazı bireylerin güvensiz sekse geri dönmesi veya yönelmesi gerçeği hastanın kişisel değişim sürecine yönelik daha öğrenilmesi gereken çok şey olduğunu gösteriyor. Terapistlerin çoğu, değişim boyunca bir takım kırılma ve kesilmelerin yaşanabileceğini bilirler, fakat terapistler olarak mutlak başarı arzumuzun, hastanın mevcut davranışını sürekli olarak değerlendirmemiz gerektiğini unutturmasına izin vermemeliyiz.

Daha önce beraber olduğu partneriyle sürekli güvenli seks yapmış olan Steve'in, ilişkiyi bitirdikten sonra birdenbire güvensiz seks uygulamalarına geri dönmesi terapistini oldukça şaşırtmıştı. Steve sürmekte olan terapide kazandığı becerilerini yitirmemişti; hala otomatik düşüncelerinin farkındaydı ve bunlara uyumlu tepkiler verebiliyordu, ama kendini üzen bu ayrılıktan kendisini sorumlu tutuyordu.

---

[1] Prochaska ve DiClemente, 1984.

Steve: Kendime bunun kaçınılmaz olmadığını hatırlatmam gerektiğini biliyorum, ama artık çok umursamıyorum gibi geliyor. Sanırım Bob'la ayrıldığımızda bunun bana etkisini çok umursamamıştım.

Terapist: Şimdi de aynı şekilde mi hissediyorsun?

S: Öyle sayılır, ama ne diyeceğinizi biliyorum. "Felaketleştiriyorsun" diyeceksiniz. Bir ayrılık beni hayat boyu terkedilmişliğe ve yalnızlığa teslim etmez.

T: Güvensiz seks yapmak senin gelecekte kendini yalnız hissetme ihtimalini artırır mı yoksa azaltır mı?

S: Peki bakalım. Şimdi eğer AIDS olursam, kendimi yalnız hissederim, çünkü muhtemelen bir sevgili bulmak çok daha zor olacak, ama ayrıca çok daha fazla destek göreceğim. New York'taki eşcinseller topluluğu AIDS'li kişilerle çok yakından ilgileniyorlar.

T: HIV'in pozitif çıkmasının sana daha çok destek kazandıracağını varsayıyorsun, ama acaba şu an alma ihtimalin olan desteğin tümünü alıyor musun? Galiba desteğin miktarı senin için sorun değil. Arkadaşların, Bob'la ayrıldığından beri sana destek olmak için büyük ilgi gösterdiler, fakat sen sürekli onların bu girişimlerini geri çeviriyorsun.

S: Bu eğlenceli değil, şu an kendimi pek sevmiyorum.

T: HIV pozitif çıktığında mümkün olan tüm desteği kullanabileceğini düşünmene neden olan şey nedir? Kendini o zaman daha mı çok seveceğini hayal ediyorsun?

S: Tabi ki hayır! İnanılmaz derecede utanmış olurdum. Ne demek istediğinizi anlıyorum. Sanırım şu an bunu gerektiği gibi düşünmüyorum, öyle değil mi?

Steve'in terapisti, hastasının öngörüsünden yararlanarak davranış değişikliğiyle çatışan mantıksal tutarsızlıkları belirleyebildi. Diğer hastaların düşünce ve davranış değişikliğine yönlendirilmesi bu kadar kolay olmayabilir.

John, bir fahişe ile cinsel ilişki sırasında ereksiyon halini sürdürmekte zorluk çektiği için kondom kullanmayı bıraktı.

John: Size söylediğim gibi doktor, hayatımın en utanç verici anıydı. O ateşli piliç oracıkta yatıyor, bense benimkiyle boş yere çabalıyor, sertleştirmeye çalışıyor ve muhtemelen o, "Tanrım, ne biçim adam bu, bu soytarı daha kaldıramıyor bile..." diye düşünüyordur.

Terapist: Yani onun size güldüğünü hayal ettiniz. Sabırsızlandığını gösteren herhangi bir delil var mıydı?

J: Tam olarak yoktu. Sürekli şey diyordu, ayy, hayır utandım.

T: Ne dedi ...?

J: "Hey, koca çocuk, sen ateşli bir şeye benziyorsun..." Ve bunun gibi şeyler diyordu. (sırıtıyor)

T: Yani gördüğün gibi onu hayal kırıklığına uğrattığını zannetmen tamamen otomatik bir düşünce. Peki bundan başka sessiz tahminler var mıydı?

J: Hayır, sadece onu kaldırmam gerektiği gibi sıradan düşünceler. Aksi halde...

John'un bir fahişeyle beraber olmaya verdiği duygusal tepki, mantıksız varsayımlarını belirleme yetisini alt üst etti. Bu yüzden terapisti, John'u gerçekten ürkütenin ne olduğunu tespit etmeye yönelik dikey iniş metodunu denedi. Bu teknikte terapist hastasından, varsayımları doğru olsaydı neler olacağını düşünmesini ister.

T: Aksi halde?

J: Aksi halde beni azmış ve eli boş bir halde bırakıp çıkıp gidebilirdi.

T: Peki gerçekten çekip gitseydi, o zaman ne düşünürdün?

J: Bunu hak ettiğimi.

T: Hak ettiğini mi, nasıl yani?

J: Çünkü onu hayal kırıklığına uğrattım.

T: Diyelim ki bu kadını hayal kırıklığına uğrattın. Kendini nasıl hissederdin?

J: Erkeklikle ilgim yokmuş gibi. Yani nasıl desem, rezil.

T: John, böyle bir kadını hayal kırıklığına uğrattığın için mi rezil olurdun?

J: Peki, bu kelime çok ağır oldu. Utanmış gibi diyelim.

T: Nerdeyse hiç tanımadığın bir kadının yanında ereksiyon olamadığın için kendini utanmış mı hissederdin, öyle mi?

J: Biraz aptalca, değil mi? Ayrıca ne ile karşılaşacağımı da bilemedim. Bu piliç bir bıçak ya da bunun gibi herhangi bir şey de taşıyor olabilirdi. Beni soyabilirdi de.

T: Yani uyarılmana engel olan şey kondom muydu yoksa bu kadına karşı duyduğun korku muydu?

J: Galiba, haklısınız! Ereksiyon olamamamın aletimle hiçbir ilgisi olmayabilir.

John, bu olayın sonuçlarını abarttığının ve bunun nedenini biraz ürktüğü bir yabancıyla seks yapmaya değil de kondom kullanmaya yüklemesinin yanlışlığının farkına vardı. Dikey iniş, üstüne fazla gelinmiş hastaların gerçek korkularını belirlemeleri ve yeni perspektif kazanmaları için değerli bir taktiktir.

Bilişsel-davranışçı terapi ile kişinin beceri ve eylemleri üst düzeye çıktıktan sonra bunların pekiştirilmeleri zorunludur, fakat ödül veya pekiştirme birçok psikoterapist için rahatsız edicidir. Bazı geştalt ve sistem yönelimli terapistler, hastalarının gizli varsayımlarını veya sorunlarını güzelce bir analiz ettikten sonra onları desteklemede bir zorluk çekmezler. Bu, çoğu zaman doğrudan övgü veya gösterilen gayrete dikkat çekmeyi gerektirecektir. Pekiştirmeye yönelik itirazlar iki cepheden gelir: Hasta merkezli teori ve psikodinamik teori. Hasta merkezli ya da diğer adıyla Rogerci terapistler pekiştirmeyi aşırı yönlendirici ve hastanın organizma özgürlüğünü baltalayıcı görürler. Psikodinamik terapistler pekiştirmeyi "hastanın aktarım isteklerini hoş görmek" başlığı altında değerlendirirler. Ancak bu il-

keye itiraz, dinamik uygulamanın gerçekleri düşünülerek tekrar değerlendirilmelidir. Terapistin hastaya "aferin" demesinin veya hastanın belirli bir zor görevi nasıl başardığını sorgulamasının, derin bir öngörüyü takdir etmesinden, rüya yapısı ve duygudurum arasındaki ilişkiyi tespit etmesinden veya hastanın arzularının farkında oluşu ile etkili bir davranış göstermesi arasındaki ilişkiyi belirtmekten yani dinamik terapistlerin her zaman yaptıkları şeylerden ne farkı vardır?

Rogercilerin itirazı çok daha güçlü: Eğer bir eylem gerçekten tatmin ediciyse, bu durumda yapay bir pekiştirmeye ihtiyacı yoktur. Ancak başarılı bir HIV'den korunma davranışını sürdürmek ne kolay ne de doğrudan tatmin edicidir. Uzun vadede birçok yararı vardır, fakat yine de hastalar uygunsuz, rahatsız edici ve genellikle mahrum edici bulunan davranışlarının faydalarını görmek için yardıma gereksinim duyabilirler.

Psikoterapi Yöntemlerinin Entegrasyonu Hakkında Son Bir Düşünce

Yakın bir geçmişte saygın bir meslektaşım, bilişsel-davranışçı tekniklerin diğer psikoterapi formlarıyla bütünleştirilebilmesinin, bilişsel-davranışçı teorinin varsayımlarını da kabul etmeden mümkün olacağına inanmadığı yorumunda bulundu. Sunduğu delil mantıklı görünse de -'gerçek' psikoterapilerin genellikle daha etkili olduğu *varsayılır*- kitabın bu bölümü tam tersini iddia etmektedir: Etkili psikoterapi tam olarak öğrenilmiş ve hassasiyetle uygulanmış teknikleri içerir.

Psikoterapistlerin danışma odasında, gerçekte yaptıkları ile yaptıklarını söyledikleri arasında ciddi tutarsızlıklar vardır. Teorik yönelimleri ya da profesyonel bağlantıları ne olursa olsun, klinisyenlerin büyük çoğunluğu aslında seçmeci psikoterapiye

yakın bir şey uygularlar.[1] Buna olumsuz eleştiri getirmektense, onların çabalarını tasvip etmemiz gerekir. Çağdaş uygulama açık fikirli olduğu için daha zengindir.

Bu, teorinin tedavi ortamında bulunmaması gerektiği anlamına gelmez. Aksine psikolojik teori, klinik emekler için değerli standart gidiş yolları sağlar: Karar vermenin zor olduğu noktalarda bize bir sonraki adımda ne yapmamız gerektiğini söyler; terapistin, zaman geçtikçe tutarlılığını yitirmemesini sağlar ki bu da tedavi edici bir faktör olabilir; ayrıca yeni bilimsel ve klinik araştırmalara yol gösterir. Fakat teori, kesin ve egemen hale geldiğinde engelleyici olur ve yaratıcılığı tehlikeye düşürür. Eğer hastalara bütüncül ve gerçekten etkili bir tedavi uygulayacaksak, teoriye sadık kalmak adına terapötik alternatifleri kısıtlayamayız.

HIV'den korunma psikoterapiye dahil edilmelidir, zira bu *pragmatik* yani etkili ve kullanışlı olacaktır: HIV'den korunma teknikleri, terapi bağlamında hastanın kendisine özgü gereksinim ve becerilerine uyarlanabilir. Ayrıca bu teknikler hasta ile terapist arasındaki güven duygusunu artırır ve hastanın kendine has koşulları ve farklı sorunları olduğunun fark edilmesini sağlar. Dahası, söz konusu teknikleri terapiye dahil etmemek ahlakî olmayabilir: Eğer haftanın üç günü psikoterapi gören bir hasta yanan bir sigarayla kanepeyi ateşe verirse, analiz yapan kişi sigaranın anlamını mı yorumlamalı yoksa hastayı alevlerden mi uzaklaştırmalı? Benzer bir mukayese HIV'den korunma davranışı için de yapılabilir: Hastalarımızın kendilerini tehlikeye attıklarını bildiğimiz halde davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmuyorsak, terapinin yararı nedir?

Psikoterapi dar görüşlü teorik tutumlara sadık kalarak değil, pragmatik yeniliklere itimat ederek değerini koruyabilir. Nitekim değişik eğilimlere mensup terapistlerin tümü dogmatizme ihanet etmeye devam etmektedirler. Çok daha ironik olan ise pek çok terapi türünün, çoğu zaman işe yaradığı dolayısıyla da

---

[1] Jensen vd., 1990.

hiçbirinin bir diğerinden daha iyi olmadığını gösteren kanıtların gittikçe daha da artmasıdır.[1] Dolayısıyla günümüz terapistleri işe yarayan her yöntemi, her türlü pragmatik yaklaşımı uygulamakta özgürdürler. Yüzyıldır süregelen psikoterapi uygulamaları, hasta deneyimlerinin niteliğini ve niceliğini artıran önemli bir teknikler repertuarı oluşturmuştur. İşlerinde iyi olan terapistler, tedavi sürecinde bu tekniklerin birçoğunu kullanmaya devam edeceklerdir. Günümüz klinisyeninin mücadelesi, psikoterapi uygulamasında farklı seçeneklerin gerekliliğini görüp bunlardan istifade etmektir.

REFERANSLAR

Bandura, A. (1998). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection.

In Primary Prevention of AIDS: Pyschological Approaches, ed. V. M. Mays, G. W. Albee ve S. F. Schneider, s. 128–141. Newbury Park, CA: Sage.

Batchelor, W. (1988). AIDS 1998: science and the limits of science. American Psychologist

43: 853–858.

Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). Cognitive Treatment of

Depression. New York: Guilford.

Centers for Disease Control and Prevention (1996). HIV/AIDS Surveillance Report 8(1).

Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services.

[1] Seligma, 1995.

Freedman, A. M. (1995). The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry.

Comprehensive Psychiatry 36(6): 396–406.

Goldfried, M. R., ed. (1982). Converging Themes in Psychotherapy. New York: Springer.

Ho, D. D. (1995). Time to hit HIV, early and hard. New England Journal of Medicine 333:450–451.

Jensen, J. P., Bergen, A. E. ve Greaves, D. W. (1990). The meaning of electicism: a new Survey and analysis of components. Professional Psychology: Research and Practice 21: 124–130.

Kelly, J. A. (1995). Changing HIV Risk Behavior: Practical Strategies. New York: Guilford.

Miller, W. R. ve Rollnick, S., eds. (1991). Motivational Interviewing: Preparing People to

Change Addictive Behavior. New York: Guilford.

Perelson, A. S., Neuman, A. U., Markowitz, M., vd. (1996). HIV–1 dynamics in vivo: virion clearance rate infected cell lifespan, and viral generation time. Science 271:1582–1586.

Prochaska, J. O. ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 19: 276–288.

--------- (1983). Stages and processes of self-change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51: 390-395.

--------- (1984). The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.

Rotheram-Borus, M. J., Kopman, C. ve Haignere, C. (1991). Reducing HIV sexual risk behavior among runaway adolescents. Journal of the American Medical Association 266: 1237–1241.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. American Psychologist 50: 965–974.

Volberding, P. A. (1992). Clinical spectrum of HIV disease. In AIDS: Etiology, Treatment, and Prevention, ed. V. T. DeVita, Jr., S. Hellman ve S. A. Rosenberg, s. 123-140. Philadelphia: Lippincott.

Wachtel, P. L. (1997). Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration. New York: Basic Boks.

---------(1987). Action and Insight. New York: Guilford.

17

BEDENSEL ENGELLİLİK

Cynthia L. Radnitz
Dennis D. Tirch

Engelli hastaların tedavisinde bilişsel davranışçı terapistin rolü, engellilik durumlarının yanında ikincil olarak ortaya çıkan psikolojik sorunlarında ve kendilerini sakınamadıkları zorluklar karşısında hastalarına yardımcı olmaktır. Engellilik durumunun ardından gelecek olan psikolojik sorunların tedavisinde, bu durumun getireceği sınırlamalar yüzünden bilişsel-davranışçı tedavi en iyi çözüm olarak görülebilir.[1] Bunun nedeni, bilişsel seviyede değişim sağlama üzerine odaklanmasıdır ki bu odaklanılan alan engellilik durumlarının çoğunun etkileriyle sınırlı değildir. İşlevsiz düşünce yapıları tedavi edilirken hastalar, çevreleriyle yaşadıkları fiziksel etkileşimlerinde reddedilmiş olabilecekleri bazı üstünlük ve yeterlilik deneyimine doğru yönelebilirler.

Davranış değişimleri daha doğrudan metotlarla da takip edilebilir. Örneğin, bilişsel davranışçı terapinin engelliler için amaçladığı genel hedeflerden biri de eğlenceli etkinliklerin planlanmasıdır. Terapist, hastanın fiziksel engeline aldırmadan yapabileceği ve deneyim kazanabileceği etkinliklerin çeşitliliğinin farkına varmasına yardımcı olur.

Kullanılabilecek diğer davranışçı teknikler arasında girişkenlik eğitimi verme ve zaman yönetimini öğretme gösterilebilir.

---

[1] Sweetland, 1990.

Engelli insanların karşılaştıkları psikolojik zorluklar temel olarak uyum ve kaynaşma süreci olarak anlaşılabilir. Böylece, aşamalı bir uyum modelinin, bilişsel-davranışçı teoriyle bir sentezi yapılmıştır.[1] Calabro, uyum sürecini üç döneme ayırmıştır: Yüzleşme öncesi dönem, yüzleşme sonrası dönem ve rasyonel tekrar yüzleşme dönemi. Yüzleşme öncesi dönem engelliliğin oluşmasının hemen sonrası ile engellilik gerçeğinin kabul edilmesinin hemen öncesi arasındaki dönemdir. Calabro'nun hipotezine göre, engelliliğin sonuçlarını itiraf etmekten kaçınmak için inkâr ve şok yollarına başvurulur. Yüzleşme sonrası dönemde fiziksel engelli birey, engelli durumunun beraberinde getirdiği psikolojik sorunlarla uğraşmaktan kaçınmak için yüksek-sıralı irrasyonel bilişler kullanır. Örneğin, kişi tam bir rehabilitasyon için Tanrı ile "pazarlık" yapabilir veya kişisel değeri ve çevresiyle ilişkisine yönelik bilişsel çarpıtmalar yapabilir. Rasyonel tekrar yüzleşme döneminde ise sıkıntı terapistin bilişsel-davranışçı tekniklerle müdahale etmesine izin verecek kadar azalmıştır.

Calabro'nun modeli uyumun değişik dönemlerinde oluşan bilişsel değişikliklere odaklanır. Bizim modelimiz bunun yerine değişik faktörlerin engelli bireyde nasıl çarpıtmalara yol açtığı ve bu çarpıtmaların duygu ve davranışları nasıl değiştirdiği üzerine yoğunlaşmaktır.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI MODEL

Modelin Tanımı

Modelimizi anlatmaya başlamadan önce, bunun değişik türde engellilik türlerine uygulanabilir olduğu hususunu belirtmek gereğini hissediyoruz. Engelin doğası ve şiddetine göre

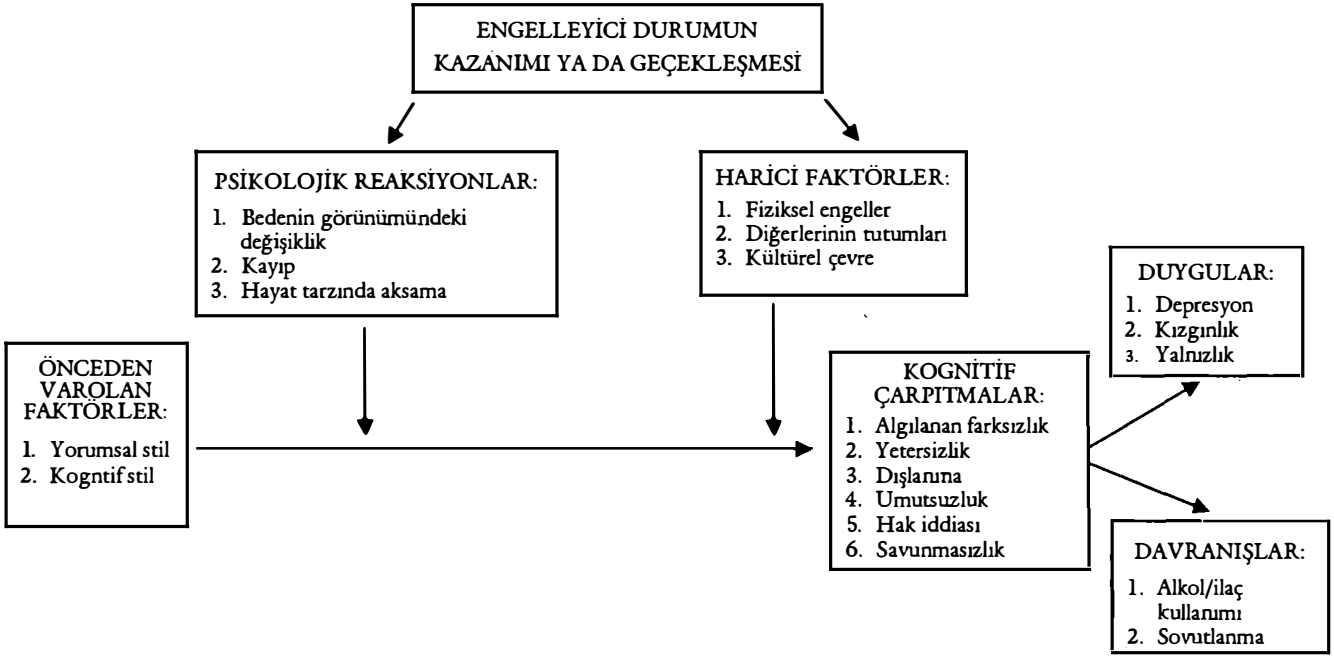
[1] Calabro, 1990.

terapist farklı yaklaşım tarzları benimsemelidir. Engellilik durumları gayet çeşitli olduğu için, tek bir yaklaşım tarzı bazı durumlarda yetersiz kalacaktır. Örneğin, Swendson ve Carmody (1994) tarafından hafıza kaybına uğramış hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapi, doğuştan görme engelli ya da omurilik zedelenmesi geçirmiş engelliler için son derece uygunsuz olacaktır. Bu yüzden geliştirdiğimiz bu model evrensel olarak tüm engellilerde kullanılabilecek bir model olarak görülmemelidir. Aksine bunun, engelli olduğunu anlamanın ya da bir engele sahip olmanın insan psikolojisinde yarattığı tepkiyi anlamamızda bize yardımcı olabilecek problem çözücü bir model olmasını umuyoruz. Model birçok engelliye uygulanamaz, özellikle engeli yüzünden bilişinin belirli bir bölümünü kaybetmiş hastalarda ya da engelli olmanın ne demek olduğunu anlayamayacak hastalarda uygulanmamalıdır. Bununla birlikte bu kapasiteye sahip ve engelli olmanın negatif sonuçlarıyla yüz yüze olan insanlarda işe yarayabilir.

Bilişsel-davranışçı perspektife göre insanların duygu ve davranışlarını, deneyimlerini yorumlama tarzları belirler. Engelli insanlar genellikle kendileri, çevreleri ve gelecekleri hakkında irrasyonel düşünceler içindedirler. Bu uyumsuz düşünceler kümesi, Beck ve meslektaşlarının (1979) depresyondaki hastalarının biliş şemalarını yorumlamak için geliştirdikleri bozuk varsayımları içeren 'bilişsel üçlü'ye karşılık gelmektedir.

Bu bilişsel üçlüdeki kilit çarpıtmalar birkaç kaynaktan gelebilir ve çeşitli problemler doğurabilir. Bunun gibi bir perspektifi engelli insanlara uygularken, daha önceden var olan faktörler, çevresel faktörler ve engelli olmanın getirdiği sorunlar arasında iç içe geçmiş bir ilişkinin varlığı açıktır. (Bak. Figür 17-1) Buna göre terapist, dikkatli bir formülü vurgulamalıdır. Bunu yaparken, hastanın anlattığı geçmişi dikkatlice dinlemesi ve yanlış düşünceleri doğurabilecek olaylara ve diğer durumlara dikkat etmesi gerekmektedir. Bizim ürettiğimiz bu model birincil olarak omurilik rahatsızlığı geçirmiş engellilerden edindiğimiz deneyimlerden yola çıkarak hazırlanmıştır ve genel olarak sonradan engelli olan insanların ihtiyaçlarına odaklanmıştır.

Figür 17-1. Bilişsel-Davranışçı Model



Yine de Calabro'nun (1990) modelinde olduğu gibi bilişsel çarpıtma, engelin oluştuğu anda değil de engelleyen durumun doğasının tam olarak kavrandığı bir anda da olabilir. Bu nedenle model, doğuştan engelli olanlarda da kullanılabilir.

Bu modelde daha önceden var olan faktörler, bilişsel çarpıtmaların içeriğini etkileyebilir. Bu faktörlerin arasında, yaralanma öncesi bilişsel ve yorumsal stiller, sonradan engelli olan hastalarda irrasyonel ve sıkıntı veren bilişlerin doğasını belirler. Örneğin engelli olmadan önce kendi kendine yeterli olan bir insan rahatsızlık sonrası başkasından yardım istemeye mecbur kalınca, öteden beri başkalarından yardım isteyerek problemlerini çözmekte olan bir insandan daha fazla yetersizlik düşüncesine kapılacaktır. Doğuştan engelli bireylerde ise içsel faktörler, engellilik durumunun bilişsel temsilinin yeterince gelişmesinden önceki işlem tarzından ibarettir.

Yorumlama tarzının, bilişsel çarpıtmaların niteliğini etkilemesi de benzer şekilde olur. Örneğin, olumsuz yaşam olaylarına sabit ve evrensel yorumlamalar getiren kişilerin, olumsuz bilişlerden şikâyet etme ve depresyona girme ihtimalleri daha fazladır.[1] Bunlar, engelli olma durumuna alışmakta daha fazla güçlük çekebilirler. Bu bireyler, dünyayı sürekli tehdit edici olan bir mekân ya da sürekli acı verici olan bir yer olarak görebilirler. Elbette başka yorumlama tarzları olan diğer bireylere nazaran daha değişik bilişsel çarpıtmalar göstereceklerdir.

Öteden beri var olan bu tür faktörler dış etkenlerin işlenmesini etkileyecektir. Uyumsuz bilişlerin ve tahminlerin oluşmasında çevresel faktörler ve hayat şartları da büyük bir rol oynar. Terapist, hiçbir zaman engelli insanın görüngüleri üzerinde dış etkenlerin etkisini unutmamalıdır. Engelli bireyin günlük hayatına müdahale eden fiziksel sınırlamalara alışmak, bilişsel-davranışçı terapiyle çözülebilecek çevresel bir durumdur. Örneğin bedensel engeli olan bir kişi, kolayca ulaşamayacağı yerlere gitmesinde başkalarından kendisine yardımcı olmalarını

[1] Abramson vd., 1978.

isteyebilir. Çekingenlik, utangaçlık, önyargı, ya da sosyal beceriksizlik, gerçek bir sorunu halletme ihtiyacı ile etkileşebilir. Bu yüzden fiziksel bir engel, bireyin yaparken kendini rahatsız hissedeceği ya da üstesinden gelmek için yeterli beceriye sahip olmadığı davranışları yapmasını gerektirebilir. Sonuç olarak, önceden var olan faktörler ve dış sınırlamalar arasında bilişsel çarpıtmalara yol açabilecek birbirini karşılıklı etkileyen bir ilişki oluşur.

Fiziksel sınırlamaların yanı sıra sosyal sınırlamalar da engelli bir insanın düşünce yapısını etkiler. Her birimiz bir dereceye kadar kendimizi başkalarıyla karşılaştırarak tanımlarız. Çoğu zaman, engelli bireylere karşı duyulan önyargı, onların yakın çevresinden ötelere uzanır. Medyadaki ya da kültürdeki engelli birey örnekleri her zaman için gerçekçi ya da önyargısız değildir. Gözümüzün önüne hasta ve sakat bir yaşlı veya sarhoş, hayata küsmüş ve engelli bir savaş gazisi imajı getirebiliriz. Engellilerin medya tarafından duyarsızlıkla ve yanlış bir şekilde sunulmaları, engelli bireyin kendini damgalanmış hissetmesine neden olacaktır. Engelli bireyin algıladığı kültürel önyargılar, bireyin kendini "ezilen azınlık" olarak görmesine yol açabilir.[1]

Öteden beri var olan faktörlerle ve dış dünyaya ait olaylarla etkileşim kurmak, engelli bireyin, engelli oluşuna veya engelli olduğunun farkına varışına yönelik tepkisidir. Sonradan engelli olan bireyleri psikolojik olarak etkileyen unsurlar, çoğu kez kayıp, beden görüntüsünün değişmesi ve yaşam tarzının bozulmasıdır. Sonradan engelliliğin yol açtığı kayıplar, her ne kadar değişken olsalar da genellikle önemlidir. Bu kayıplar şunları içerebilir: Yetenek kaybı, uzuv kaybı (organ kesilmesi), önemli kişileri kaybetmek, işin/mesleğin kaybedilmesi, sağlığın kaybedilmesi veya bağımsızlığın kaybedilmesi. Bir organın kesilmesine ya da tekerlekli sandalyeye mahkûm kalmaya neden olan bir sakatlıktan sonra beden görüntüsü değişebilir. İşitme yeteneğinin kaybı bile, bir işitme cihazı kullanmayı gerektiriyorsa, beden görüntüsünde

[1] Hepner vd., 1980-1981.

değişikliğe neden olabilir. Son olarak, yaşam tarzının bozulması engelli olmanın getirdiği psikolojik etkinin bir parçasıdır. Yapılan planların ve devam etmekte olan projelerin engellenmesi ve sorumluluklarını yerine getirememe duygusu, özellikle engelli olunduktan hemen sonra düşünce yapısının içeriğini etkiler. Doğuştan engelli bireyler için engelli olmanın getirdiği etki, genellikle başkalarından değişik olma ya da onlardan daha alt seviyede olma duygusu üzerinde yoğunlaşır. Farklılığın algılanması, görünümdeki ve/veya yeteneklerdeki farklılıkların algılanması biçimini alabilir. Verilen psikolojik tepki, ister engelli olduğunu anlamaya karşı olsun, ister engelli olmaya karşı olsun bireyin sonraki bilişlerini etkileyecektir.

Bilişsel çarpıtmalar, önceden var olan faktörler, dışsal etkenler ve engelli olmanın getirdiği psikolojik sonuçların etkileşimlerinden ortaya çıkar. Bu bilişsel çarpıtmalar üzüntü, korku, kızgınlık ve düş kırıklığı gibi sübjektif deneyimlere yol açabilir. Bu duyguların oluşmasını sağlayan işlevsiz tahminlere yoğunlaşarak bilişsel-davranışçı terapist, psikolojik sıkıntının devamına yol açan bilişsel altyapıyı bozmaya çalışır. Buna göre, uyumsuz bilişleri yeniden şekillendirmeye odaklanan müdahaleler, klinik başarıya ulaşmışlardır. Bilişsel-davranışçı terapi hastanın kişiliğinin yeniden şekillenmesini amaçlamaz. Bunun yerine bilişsel davranışçı terapist, engelli bireyin içinde bulunduğu uyum sürecini kolaylaştırmak için davranışa uyumlu şartların gelişmesine yardımcı olmaya çalışır. Bunu yaparken de içinde bulunduğu durumun zorluklarıyla ve getirdiği sınırlamalarla etkileşim halindedir.

Bilişsel çarpıtmalara yol açmasının ötesinde engelli olma durumu, hastanın maharet kazanabileceği ya da zevk alabileceği etkinliklerden sakınmasına neden olabilir. Örneğin bedensel bir engel, spor yapma gibi eğlenceli etkinliklerle meşgul olunmasını engelleyebilir. Bunun yanı sıra, engelli birey içinde olduğu durumla baş edebilmek ya da zaman geçirmek için aşırı alkol kullanımına veya madde kullanımına yönelebilir. Bilişsel-davranışçı terapinin engelli bireyler için amaçladığı genel bir hedef, eğlenceli etkinliklerin planlanmasıdır. Bu yolla terapist, engelli hastasına engelli olduğu halde yapabileceği etkinlikleri bulmasında

yardımcı olmakla beraber uyumsuz davranışları yapmamasında da yardımcı olur. Girişkenlik eğitimleri özellikle engelli hastaların utangaçlıklarını ve sosyal olarak damgalanmışlık hislerini üzerlerinden atmalarını sağlamayı amaçlar. Böylece ihtiyaç duydukları zaman yardım istemeleri ve daha rahat bir şekilde iletişim kurmaları sağlanabilir.

Bilişsel Çarpıtma Türleri

Engelli bireyler ile özellikle ilgili olduğunu düşündüğümüz altı bilişsel çarpıtma kategorisi belirledik.[1] Birinci kategori, dünyanın normal standardın dışında olanlar için değiştirilemez bir yer olduğu düşüncesi etrafında yoğunlaşır. Engelliler, günlük hayatta karşılaştıkları insanların onlara karşı farksız ve duygusuz davrandıklarını düşünürler. Bu düşüncenin temelinde dünyanın diğerleri için yaratıldığı düşüncesi yatar. Her ne kadar toplumumuzda belirli bir örnek modelin dışında olan insanlara karşı bir önyargı olsa da, bu önyargılar bu bilişsel çarpıtmayı yaşayan insanların düşündüğü kadar yaygın ve kötü ruhlu değildirler. Buna göre bu tür düşüncelere bağlı davranışlar başka insanlarla olan sosyal etkileşimlerinden pozitif deneyimler kazanma şanslarını azaltacak ve edindikleri negatif deneyimlerle bu bilişsel çarpıtmayı haklı çıkaracaktır.

İkinci bilişsel çarpıtma kategorisi, yetersizlik duygusu üzerine yoğunlaşır. Birey, zamanla başkalarına muhtaç kaldıkça, kendi temel değersizliklerini yeteneklerinin olmadığı inancına bağlayabilir. Kendisini engelli olmayanlarla kıyasladıkça, engelli birey kendini zamanla yetersiz görmeye başlar.

Özdeğerini bu kadar negatif bir şekilde ölçmek direk olarak üçüncü tip uyumsuz bilişlere yol açabilir: Dışlanma. Engelli bir insan, diğer insanların onun engelli durumuna bakıp onu dışlayacağını düşünebilir. Sosyal durumlarda, iş başvurularında ve/veya iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde dışlanacaklarını tahmin edebilirler. Düşük kapasitede olmaları onların kendi değerlerini

[1] Bkz., Figür 17-1.

az görmelerini sağlar ve etraflarındaki insanların da aynı düşüncede olduklarını düşünürler. Bu gibi insanlar, diğer insanların onlara şefkat değil küçümseme ile ve saygı ve ilgi yerine aşağılamayla baktıklarına inanırlar. Bu yüzdendir ki, bu bilişsel çarpıtmayı yaşayan engelli insanlar dışlanmayı ve diğerleriyle kurdukları ilişkilerde başarısız olmayı kabullenmişlerdir.

Engelli insanlarda gözlenen dördüncü bilişsel çarpıtma ise umutsuzluktur. Ciddi derecede zorlu engellerle karşılaştıkları için, sürekli başarısız olmayı beklerler. Kişisel, sosyal, mesleki amaçlarını başarmak ve hayatta mutlu olmak konusunda hiçbir umut olmadığını düşünürler. Bu tip bilişsel çarpıtmalar, ümitsizlik, depresyon ve anksiyete duygularının oluşmasını sağlayabilir. Bu çarpıtmalardan ortaya çıkan negatif etkilerle baş edebilmek için engelli birey, diğerleriyle olan ilişkisini kesip alkol veya başka bir madde kullanımına yönelebilir. Umutsuzluk duygusuna ilaveten bu tür davranışlar da bireylerin, kapasitelerine olan inançlarını zedeleyebilir.

Uyumsuz bilişlerin beşincisini, kişisel hak iddiaları oluşturur. Bu tür bilişlere sahip insanlar, hayat onlara adil davranmadığı için diğer insanların işlerini bırakıp onlarla ilgilenmesi ve onlara bakması gerektiğini düşünürler. Pozitif görünmek adına ve özetle engelli olmalarının getirdiği sınırlamaları reddetme adına bazı bireyler, hastanelerde veya yardımcı olan bir ailenin yanında beslenmekten aşırı zevk alırlar. Onlara bakan insanların ilgilerinin odaklandığı kişi olmak onlar için ayrı bir zevk olabilir. Engelli bireyin bağımlılıklarına içerleyenler için bu tip davranışlar daha çok kızgınlık üretir.

Altıncı bilişsel çarpıtma engelli bireyin savunmasızlığını aşırı vurgulamasıdır. Örneğin, görme engelli bir birey, geçmişte utanç verici, tehditkâr veya felaketimsi olarak düşündüğü birkaç deneyim geçirmiş olabilir. Sonuç olarak bir yerden diğerine gitmenin getirdiği riskleri abartabilirler. Kabul etmek gerekirse, pek de güvenli bir toplumda yaşamıyoruz. Dahası, düşük sosyoekonomik statüde, yüksek suç oranı olan bölgelerde yaşayan engelli insanlar sürekli olarak şiddetli suçların tehlikesi altında bulunduklarını ve bunlar karşısında potansiyel kurban olduklarını

hissederler. Ancak savunmasızlık bilişsel çarpıtmasını yaşayan bireyler kaza riskini ve kurban olma riskini aşırı büyütürler. Çevrelerinden son derece korkarlar ve bunun sonucunda büyük endişe duyarlar. Bunun sonucu olarak keyifli etkinliklerden sakınıp kendilerini izole ederler.

VAKA İNCELEMESİ

Rol yapma, imajinasyon, düşünce durdurma ve bilişsel çarpıtmaların yeniden yapılandırılması gibi bilişsel-davranışçı teknikleri uygulayarak klinisyen, hastayı rasyonel gerçekçi düşüncelerin ürünü olan davranışlara doğru güdülemeye çalışır. Bu noktadan yola çıkarak klinisyen, hastaya engelli olarak hayata uyum sağlayabilmesi için baş etme yöntemleri bulmasında yardımcı olur. Bunun nasıl olduğunu açıklayabilmek için bir vaka örneği sunuyoruz.

Arka Plan

D.L. 40 yaşında beyaz bir duldu ve madde bağımlılığının tedavisi için omurilik zedelenmesi olan savaş gazilerinin olduğu özel bir üniteye alınmıştı. Tedaviden beklentisi madde kullanımını bırakmak, depresyonunu azaltmak ve anlamlı bir kariyer çizgisi bulmaktı. Marihuana, kullandığı maddeydi ve ilk kez 1987'de kullanmıştı. Tedavi başlangıcında günde yirmi dal içtiğini ve böylece gün boyu uçar gibi gezdiğini, ayrıca aralıklı olarak kokain kullandığını (ayda iki ya da üç kez) belirtmişti. Bundan önce madde kullanımına karşı bir tedaviyi tamamlamıştı ve bir sene boyunca temiz gezmişti. O sene içerisinde Washington eyaletinde küçük bir şehirde kalmıştı ve bu şehirde tekerlekli sandalyeyle girilebilen evler ve toplu taşıma araçları son derece azdı.

Engeli yüzünden karşılaştığı güçlükler karşısında afalladığı birçok anısını anlattı. Çoğu zaman otobüs durağında, çalışır bir tekerlekli sandalye kaldıracı olan bir otobüs bulmak için bir saat-

ten fazla beklemişti. Madde kullanımıyla baş edebilmek istediği zamanlar kendisini AA (Adsız Alkolikler) toplantılarına götürecek birisini beklemek zorundaydı, çünkü gidebileceği toplantılar haftada bir kez düzenleniyordu. Aynı zamanda ayda 500 dolarla yaşama güçlüğü çektiğini de söylüyordu. Hem madde kullanımına dönmesinin hem de madde satmaya başlamasının sebebinin sürekli olarak karşısına çıkan sorunlarla baş edememesi ve az bir gelirle yaşamaya çalışması olduğunu söylemişti.

Psikiyatrik geçmişi hem depresyon hem de intihar eğilimi yüzünden son derece ilginçti. 1985 Nisanında kız arkadaşının (o sıralarda eşinden ayrıydı), kıskanç eski sevgilisi onu sırtından bıçaklayıp omuriliğini zedelediğinden beri aralıklı olarak depresyonda olduğunu söyledi. Verilen tanı C5-6 kuadripleji idi, fakat tamamlanmamıştı. O günden sonra, ilki 1988'de ve ikincisi de 1992'de olmak üzere iki kez intihar girişiminde bulunmuştu. Her iki vakada da çok fazla *diazepam* hapı aldığını ve her iki durumda da birkaç gün hastanede kaldıktan sonra taburcu edildiğini söyledi. Her ne kadar hastanelik olduktan sonra kontrol görüşmeleri ayarlandıysa da daha önceden bir psikiyatriste gitmemişti. Zihinsel statü testlerinde psikoz ya da büyük bilişsel hasara rastlanmadı. Ancak hasta gerçekten depresyonda gözüküyordu.

D.L., sekiz kardeşin dördüncüsü ve üçüncü erkek çocuktu. Babası annesinin ikinci eşiydi. D.L.'nin küçüklüğünün çoğu bölümünde babası donanmada bir denizaltıda görev yaptığı için çoğu zaman evde olmuyordu. Hasta 10 yaşındayken annesi ve babası ayrılmıştı ve ardından annesi en küçük iki kardeşinin babasıyla beraber yaşamaya başlamıştı. Bu adam, ilki yıl önce ölene kadar annesiyle olan beraberliğini sürdürdü. D.L.'nin büyüme döneminde üvey babası bira dağıtıcısı olarak çalışıyordu. D.L.'nin anlattığına göre, üvey babası sürekli içki içiyor ve eve sarhoş geliyordu. Her ne kadar onları hiç dövmemişse de çocukların önünde genellikle sarhoştu.

D.L. çocukluğunu zor olarak tanımlıyordu. Ondan büyük olan kardeşleri, onu her gün dövüyordu ve en büyük kardeşinin onu suda boğmaya çalıştığı bir anısını anlattı. Onlardan kurtulmak için sürekli olarak öğle yemeğinden sonra okuldan kaçmaya

başladığını ve 7 ile 14 yaşları arasında bunu sürekli olarak yaptığını söyledi. Bu zaman zarfında araba çalmak suçundan ıslah okuluna gönderilmişti. Burada kaldığı dönemde Job Corps'ta iş eğitimi almış ve sadece altıncı sınıfa kadar gelebilmişti. 18 ile 20 yaşları arasında askerlik yapmak için verdiği iki yıllık ara dışında 1985 yılında sakatlanmasına kadar "kitaplara el sürmeyen" bir kamyon şoförü olarak çalıştı. D.L. bir kere evlenmişti ve eski hanımından 22 yaşında bir kızı ve 18 yaşında bir oğlu vardı. Kızının 3 yaşında bir oğlu vardı. Hasta, hanımıyla kızı doğduktan iki yıl sonra evlenmişti. 1990'da ayrılmışlar ve 1992'de boşanmışlardı. Tedavi başlangıcında hastanın eski eşiyle arası iyi değildi ve çocuklarıyla üç aydır konuşamıyordu. Çocukların evinde telefon olduğunu düşünmemişti ve gönderdiği iki mektuba da cevap yazmamışlardı

Tedavi Planı

Tedavi planının nasıl olacağı hakkında tedavi ekibi (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve uzman klinik hemşire) ve hasta arasında yapılan tartışmalar sonrasında bireysel terapi esnasında bilişsel-davranışçı yaklaşımın izlenmesi gerektiği kararlaştırıldı. Bireysel tedavi, depresyon semptomlarının tedavisi, girişkenlik ve zaman yönetimi üzerine yoğunlaşacaktı. Madde kullanımı hakkındaki sorunlar grup terapisinde aşılacaktı.

Müdahale ve Sonuç

Bireysel terapi altı ay boyunca haftada bir gün olarak gerçekleşti. Tedavi başlangıcında hastanın Beck Depresyon Envanteri (BDE)[1] skoru 35'di. Bilişsel-davranışçı terapinin mantığı hastaya anlatıldı. Uyumsuz bilişsel çarpıtmalarına yoğunlaşabilmesi için kendini izleme metoduyla tanıştırıldı. Her ne kadar çok gönüllü olmasa da, kendini izlemeyi kabul etti. İlk birkaç seans boyunca kendini izleme ödevini yapmadığını belirtti. Bu doğrultuda ödevlerini yapmasının önemi tekrarlandı, ancak yine de ödevlerini yapmıyordu. Her ne kadar ilk araştırmalar ödevlerini yap-

[1] Beck vd., 1961.

mamasının nedenini bulamasa da sonradan imlasından ve yazısından utandığı ortaya çıktı. Hasta altıncı sınıfa kadar eğitim almıştı, ancak el yazısı yavaş ve ilkeldi. Ayrıca imlası da az gelişmiş bir seviyedeydi (yapılan testler seviyesinin aslında üçüncü sınıf olduğunu gösteriyordu). Ancak hasta bir şey yazmadan da kendini izleyebildiğini ve bu yolla düşüncelerini daha kolay şekillendirdiğini açıkladı. Bilişsel yeniden şekillendirme tekniklerinde deneyim kazandıkça BDE skoru 12'ye kadar indi. Hasta ve terapist, yazarak kendini izleme yerine, hastanın kendini bilişsel olarak izlemesini ve seanslarda düşüncelerini açıklamasını kararlaştırdı. Hastaya ayrıca bilişsel çarpıtmaları tanıması ve uyumsuz bilişler yerine rasyonel tepkiler vermesi öğretildi. Temel bilişleri umutsuzluk, yetersizlik ve dışlanma üzerineydi.

BDE kullanılarak yapılan periyodik depresyon ölçümünde skor, gittikçe azalıyordu ve tedavi sonucunda hiçbir semptom kalmamıştı. Hasta bu gelişmenin, kendi düşünce yapısını değiştirdiği için gerçekleştiğini belirtmişti.

Diğer müdahaleler sorun gidermeye yönelikti, yani çocukları ile olan ilişkisini tekrar nasıl düzeltebileceği sorununu gidermeyi amaçlıyordu. Terapist telefon rehberi bilgilerine nasıl ulaşabileceğini anlattı. Dolayısıyla hasta, çocuklarının okullarını arayıp onlarla telefonla konuşmayı başardı. Taşındıklarını ve mektuplarını almadıklarını öğrendi. D.L. çocuklarına telefon numarasını verdi ve o zamandan beri onlarla sık sık konuşmaya devam ediyor. Tekrar evlenmeyi planlayan eski eşiyle bir barışma süreci başlattı. Çocuklarının iyiliği için görüş ayrılıklarını gidermeye çalışma kararı aldılar. Hasta, çocuklarıyla iletişimini sürdüreceği konusunda son derece ümitliydi.

Çevresel sorunlarla baş edebilmesi için aynı zamanda bir girişkenlik eğitimi de aldı. Normal olarak engelli insanlar diğerlerinden daha girişken olmalıdırlar, çünkü ihtiyaçlarını karşılamak için genelde çevrelerinden yardım almak durumundadırlar. Girişkenlik becerilerinin mantığı açıklandıktan sonra, hasta girişken tepkilerin verilmesi gereken birçok durumun örneğini verdi. İlk olarak, terapist [CLR] girişken davranış modelleri sundu. Sonrasında hasta bu tepkileri terapistiyle beraber rol yapma tekniği ile

pratik etti. Alıştırmalar esnasında terapist, hastanın becerilerini geliştirmek için geri bildirimde bulunuyordu. Son aşama D.L.'nin yeni edindiği bu becerilerini günlük hayatında kullanmasına yönelikti. Bu yolla tekerlekli sandalyede yaşayan insanların karşılaştıkları durumlarla baş etmeyi öğrendi. Bunların arasında, istemediği halde başkalarının tekerlekli sandalyesini itmesi, ya da birisinden herkesin katılamadığı AA toplantılarının yapıldığı yerin kapısına kadar kendisini götürmesini istemesi gibi durumlar vardı. Tedavi sonucunda hastanın girişkenlik becerilerinde kayda değer bir gelişme vardı. Bunun kanıtı olarak tedaviyi sonlandırma planlamasında aktif bir rol üstlendi.

Son bir müdahale ise D.L.'ye zamanını etkili olarak planlaması yönünde oldu. Böylece sıkılmayacak ve yapması gereken şeyleri çok daha kolay halledebilecekti. Geçmişte sıkıldığı için uyuşturucu kullandığını belirtmişti. Engelli ve çalışmayan insanlar genellikle sıkıldıklarını belirtirler. Bu, sırf işsiz oldukları için değil aynı zamanda engelli olmaları, yapabilecekleri etkinlikleri son derece kısıtladığı içindir. D.L. zamanını daha iyi değerlendirebileceğini öğrendi (daha fazla gelişme mümkün olmakla birlikte) ve okumayı, düşündüğünden daha fazla sevdiğini fark etti.

Madde kullanımı konusunda yapılan tedavi süresinde uyuşturucu ve alkolden uzak durduğunu gösterdi. Tedaviyi bitirirken ise 'temiz' kalacağı konusunda kendine güveni tamdı.

Değerlendirme

Birçok yönden D.L., engelli insanların karşılaştığı sorunları ortaya koymaktadır. Modelimizi kolayca bu örneğe adapte edebiliriz. Engelli durumundan önce, madde kullanımına ve depresyona yatkın bir bireydi. Çocukluğu sırasında aşırı suistimal görmüştü ve özdeşim kurduğu birincil erkek modeli, aşırı alkol kullanan biriydi. Aynı zamanda omurilik zedelenmesinin yetersizlik, dışlanma ve umutsuzluk gibi bilişlerini desteklediğini de hipotezimiz olarak sunabiliriz. Dahası kolay ulaşılamayan bir şehirde yaşaması, girişkenlik becerilerine sahip ol-

maması, çevresinin, ihtiyaçlarını elde etme noktasında ona karşı duyarsız olduğu inancını pekiştirmişti. Aynı zamanda çocuklarıyla olan iletişimini kaybettiği için negatif bilişler yaşadığını da kaydetmişti. Bu bilişler sırası geldiğinde depresyonun daha da artmasına neden olmuştu. Depresyonunu artıran diğer bir neden ise zamanını değerlendirememesiydi. Kendine bir amaç edinecek şekilde planlı etkinlikler bulması ve boş zamanlarını değerlendirme noktasında zamanını yeterince iyi yönetemiyordu. Madde kullanımının nedenlerinden birinin hastanın depresyonuyla baş etme yolu olduğu söylenebilir. Ne kadar acınacak halde olduğunu unutmak için madde kullandığını söylemişti. Her ne kadar kısa dönemde madde kullanımı onu rahatlatsa da uzun dönemde durumunu daha da kötüleştiriyordu.

SONUÇ

Bilişsel-davranışçı perspektifle engelli bir bireye nasıl yaklaşılacağı, hastanın engelinin doğasına ve şiddetine göre değişir. Terapi esnasında değişik engelli insanlar değişik sorunlarla karşılaşır. Bu yüzden "bir kalıp herkese uyar" yaklaşımı zaman zaman başarısızlığa uğrayabilir. Yine de, engelli olma deneyimi ya da engelli olduğunu anlamanın insanı nasıl etkilediğini anlamak için yaptığımız çalışmalarla, ortaya engelli bir hastayla çalışan klinisyene yardımcı olacak bir tedavi edici model çıkardığımızı umut ediyoruz. Bu modelde önceden var olan faktörlerin, hasta engelli olduktan sonra veya engelli olduğunu anladıktan sonra yaşadığı psikolojik bunalıma etkide bulundukları öne sürülmüştür. Fiziksel ve tavırsal sınırlamalar ve toplumun kültürel yapısı ise bileşime katkıda bulunan dış etkenlerdir. Sonuç olarak birey, kayıtsızlık, yetersizlik, dışlanma, umutsuzluk, hak iddia etme ve savunmasızlık temalarını içeren bir bilişsel çarpıtmalar kümesi geliştirebilir. Bu bilişlerin sonucu olarak hasta; depresyon, öfke, anksiyete ve yıkım gibi olumsuz duygu-

lara sahip olabilir ve/veya madde kullanımı, çekingenlik ve pasiflik gibi olumsuz davranışlar gösterebilir. Engelli olma durumundan sonra gelen psikolojik sonuçlara cevap verebilmek için birçok bilişsel-davranışçı teknik önerdik ve bilişsel-davranışçı perspektifle tedavi edilmiş bir klinik vaka örneği de verdik.

REFERANSLAR

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. ve Teasdale, J. Dr. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology 87:49–74.

Beck, A. T., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). Cognitive Theraphy of Depression. New York: Guilford.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., vd. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 4:561–571.

Calabro, L. E. (1990). Adjustment to disability: a cognitive behavioral model for analysis and clinical management. Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Theraphy 8(2): 79–102.

Hepner, R., Kirshbaum, H. ve Landes, D. (1980/1981). Counseling substance abusers with additional disabilities: The Center for Independent Living. Alcohol Health and Research World 5:11–15.

Sweetland, J. D. (1990). Cognitive-behavior theraphy and physical disability. Journal of Rational-Emotive and Cognitive behavior Theraphy 8(2): 71–78.

Swendson, J., Carmody, T.P. (1994). Cognitive behavioraltheraphy for memory-impaired patients. The Behavior Therapist 17(8):187–189.

18

BÜTÜNCÜL BİLİŞSEL TERAPİ

Stephen J. Holland

Bir tedavi yöntemi olarak bilişsel terapinin özellikle depresyon tedavisinde kullanılması yaygın bir biçimde kabul edilmiştir. Birçok araştırma bilişsel terapinin çoğu hasta için ilaç tedavisi kadar etkili olduğunu, hatta yeniden nüksetmeyi engellemekte ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu göstermiştir.[1] Ancak depresyonlu hastaların tümü bilişsel tedaviye cevap vermezler. Özellikle kişilik bozukluğu olan hastaların bilişsel terapi ve ilaç tedavisi dahil tüm tedavi yöntemlerine çok az yanıt verdikleri bilinmektedir. Bu tür hastalar, davranışlarının zararlarını bildikleri halde genellikle yanlış inançlarını ve davranışlarını sürdürürler. Aynı zamanda, seanslara düzenli katılmak ve ödevleri yapmak gibi tedavi gerekliliklerini yerine getirmede başarısızdırlar.

Bu bölümde psikodinamik terapinin teorik ve teknik özellikleri ile bütünleşen bir bilişsel terapi biçimi anlatılacaktır. Teorik boyutu tanımladıktan sonra, kişilik bozukluğu olan hastalarla uğraşmanın yarattığı potansiyel avantajları ve teknik uzantıları irdeleyeceğim. Bir vaka örneği bu modelin tedaviye dirençli bir depresyon vakasına nasıl uygulandığını gösterecektir.

---

[1] Hollon vd., 1991.

BÜTÜNCÜL BİLİŞSEL TERAPİ

Burada bahsi geçen bütüncül bilişsel terapi modelinin psikodinamik özellikleri büyük oranda Malan (1979), Davenloo (1980) ve Alpert (1992)'in kısa vadeli dinamik çalışmalarından elde edilmiştir. Bu yaklaşımların merkezinde, Figür 18-1'de gösterilen Malan'ın iki üçgen kavramı yatar: Savunma Üçgeni ve Birey Üçgeni.

Malan'ın modelinin ana fikri, hastaların gösterdikleri zorlukların, belirli dürtü ve duyguları yaşamaktan duydukları anksiyetelere karşı geliştirmiş oldukları savunma mekanizmaları nedeniyle ortaya çıktığıdır. Temel terapötik teknik ise savunma, anksiyete ve saklı duygular arasında bağ kuracak olan yorumlar yapmaktır. Yorumlar ayrıca hastanın bu şablonlarla ilgili deneyimlerini geçmiş ve şu anki yaşamındaki önemli figürleriyle ve terapistine karşı sergilediği davranışıyla da ilişkilendirir.

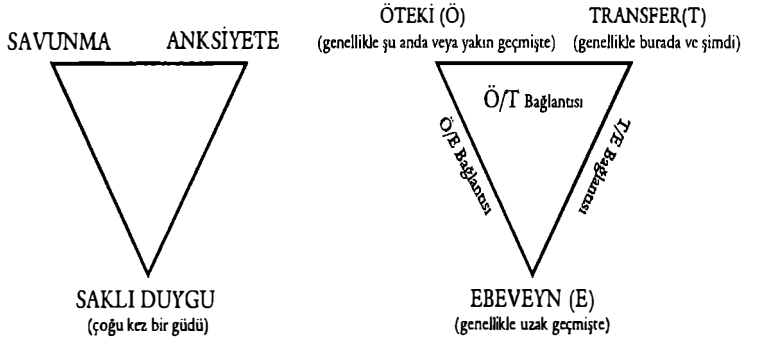
Bu modeli dikkatlice incelediğimiz zaman bilişsel-davranışçı teori ile uyumlu birçok nokta görebilmekteyiz. Birey Üçgeni kolayca Genelleme Üçgeni olarak düşünülebilir. Bir bireyin ebeveyninden öğrenilenler, terapist dahil diğer bireylere de genellenebilir. Dolayısıyla, terapide öğrenilenler de, hastanın yaşamının diğer boyutlarına da genellenmelidir.

Benzer olarak, Savunma Üçgeni dikkatlice incelenirse bilişin (kognisyonun) bir şekilde merkezi bir rol oynadığı görülebilir. İlk olarak, savunmayı tetikleyen anksiyete, dürtü ya da duygu tecrübe edildiğinde olabileceklere yönelik bir inançtan kaynaklanır. Örneğin öfke gibi bir duygunun açığa vurulması durumunda, sevgi kaybı, misilleme veya buna benzer kötü bir sonucun ortaya çıkabileceği düşünülür. Ayrıca, savunmalar gerçeklik testinde uzlaşmayla sonuçlanır ve bilişsel çarpıtmalara yol açarlar. Dolayısıyla, bilişlerin Savunma Üçgeni'nin kenarlarını oluşturduğu söylenebilir.

Bilişin Savunma Üçgeni'ndeki yeri tam olarak tanımlanınca karşımıza Figür 18-2'deki gibi bir model çıkıyor. Gerçeklik tes-

tinde savunmalar çarpıtmalar içerir ve bu çarpıtmalar gerçekçi olmayan otomatik düşüncelere ve/veya bu düşüncelerin tetiklediği davranışlara yol açar. Savunmayı başlatan anksiyete ise, belirli dürtülerin ve duyguların tehlikesi hakkındaki şemalar ve varsayımlardan kaynaklanır. Anksiyeteyi yaratan inançlar birincil, savunma inançları ise ikincil olarak görülebilir.

Figür 18-1. İki Üçgen[1]



Bilinçli otomatik düşüncelerin üçgenin sadece savunma tarafında ya da şemaların sadece anksiyete tarafında oluştuğunu varsaymak için hiçbir teorik nedenimiz yoktur. Gerçeği söylemek gerekirse, bilinçli farkındalığın dışında şemalar savunma amaçlı olarak aktifleşebilirler. Benzer olarak, belirli dürtüleri yaşamayla ilgili birincil korkular bilinçli otomatik düşünceler olarak da kendilerini ortaya koyabilirler.

Teorik Uzantılar

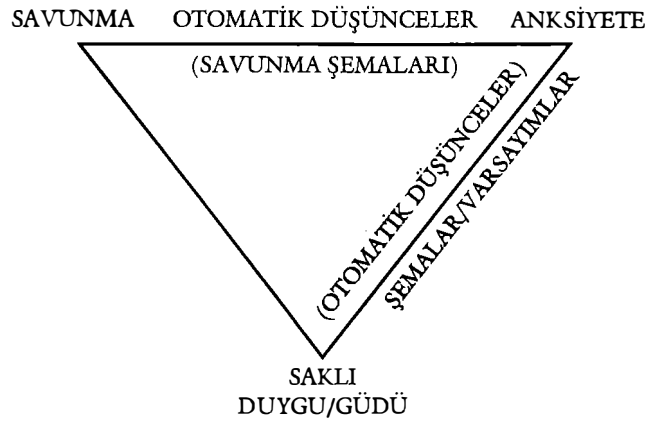
Malan'ın (1979) modelini bilişsel terapiyle bütünleştirmenin iki önemli teorik uzantısı vardır. Birincisi, bilişsel terapiye savunma teorisi getirir. İkinci olarak, hastaların belli temel duyguları ve dürtüleri tecrübe etmelerinden kaynaklanan korkuya özel bir önem verilmesi gerektiğini önerir.

---

[1] Malan'dan (1979) alınmıştır, s. 80. Telif hakkı © 1979 Butterworth-Heinemann'a aittir ve izin alınarak tekrar basılmıştır.

Direnci anlamak için savunma teorisi çok önemlidir. Bu modelde, ajanda tutmamak ya da ödev yapmamak gibi terapiye gösterilen dirençler, karakter bozukluğu ya da motivasyon eksikliği olarak değerlendirilmek yerine bir anksiyeteye karşı verilen savunma tepkileri olarak görülür. Hastanın bu gibi davranışlarını tetikleyen anksiyeteyi incelemek çoğu zaman hastanın birincil korkuları hakkında bize çok önemli bilgiler verir.

Özellikle kişilik bozukluğu olan hastaları tedavi etmede savunma teorisi vaka kavramlaştırması için de önemlidir. Bu model, bu gibi hastaların bozuk duygularına ve davranışlarına olan bağlılıklarının, onların birincil korkularının gücü ile ilgili olduğunu öne sürer. Aynı zamanda, terapinin başarılı olması için bu birincil korkulara ulaşılması ve onların değiştirilmesi de önerilir.



Figür 18-2, Savunma Üçgeninde Bilişin Rolü

Teknik Uzantılar

Savunma Üçgenini bilişsel terapide kullanmanın getirdiği bir kaç teknik uzantı vardır. Öncelikle, hastanın otomatik düşüncelerini sorgulamaya başladığı zaman terapistin, bu düşüncelerin üçgenin neresinde olduğunu bilmesi her zaman zorunlu

değildir. Dinamik eğitim almış klinisyenler hastanın bilinçli düşüncelerini sorgularken bilişsel tekniği kullandıkları zaman hastanın savunma mekanizmasını güçlendirmekten korkarlar. Başka bir ifadeyle, eğer inanç bir savunma mekanizması ise, onu sorgulamak çoğu zaman birincil korkuya neden olacaktır.

Örneğin bir gün bir hasta seansa geldi ve bayan bir iş arkadaşına çok kızgın olduğunu söyledi. Görünürdeki sorunu, kadınlara karşı sinirlenip mastürbasyon yapmaya çok zaman harcamasıydı. Anlattığından anlaşıldığı kadarıyla kadın dostça bir davranış sergiliyordu. Ancak, hastanın otomatik düşüncesi, "O kışkırtıcı bir kaltak" olmuştu. Sokratik diyalog kullanıldıktan sonra hastaya, aynı davranışı bir erkek gösterseydi onun da aynı şekilde kışkırtıcı olduğunu düşünüp düşünmeyeceği soruldu. Bir kaç dakikalık bilişsel direnç sonunda hasta birden "Tamam, haklısınız. Sadece ondan çok fazla hoşlanmaktan korkuyorum" şeklinde bir tepki verdi. Hasta o kadından hoşlanıp sonunda reddedilmekten korkuyordu. Bu yüzden, "O kışkırtıcı bir kaltak" şeklindeki düşüncesi, çekici bulduğu her kadın tarafından reddedilmekten korkması gerektiği şeklindeki gizli inancından kaynaklanan anksiyetenin tetiklediği savunma bilişine dönüşmüştü.

Bu modelin getirdiği ikinci bir teknik uzantı ise her ne kadar gerekli olmasa da bireyin üçgenin neresinde olduğunu bilmesinin çoğu zaman faydalı olduğudur. Eninde sonunda terapist birincil şemaları hedef almak ister. Çünkü, ikincil inançları çürütmeye zaman harcamak yerine, bunların savunma işlevini göstermek ve birincil inançlara odaklanmak çok daha yapıcı olacaktır. Örneğin, yazı yazamama sorunu olan ve aynı zamanda distiymik olan bir hastam vardı. Yaklaşık on seans sonrasında çok güzel bir şekilde yazıyordu ve yazdıklarından çok başarılı örnekleri bana sundu. Bir sonraki hafta, geçmişteki hataları yüzünden kendini aşağılamış olduğunu söyledi. Standart bilişsel terapi metodunu kullansaydık bu düşüncelere yönelik rasyonel tepkileri görebilecektik. Bunun yerine, başarılı bir işten sonra neden kendini aşağıladığını sorguladım. Kolayca birincil

korkuyu açığa kavuşturduk: "Eğer bir şey üzerinde çok heyecanlanırsam, o şey elimden kaçar". Sadece bu korku üzerinde biraz yoğunlaştıktan sonra hayattan zevk almaya başladı ve distiymisi de kayboldu.

Bu modelin bir diğer uzantısı ise şöyle açıklanabilir: Her ne kadar çoğu zaman savunma inançları aşılabilse de, bazen savunma mekanizması o kadar içselleşmiştir ki gerekenden çok daha fazla ilgi gerektirir. Bazı savunma modelleri, en iyi biçimde davranışçı terimlerle açıklanacak şekilde kendi kendini tekrar edicidir. İki klasik örnek olarak madde kullanımını ve obsesif-kompulsif bozukluğu verebiliriz. Bu gibi durumlarda davranışçı teknikleri kullanarak savunma davranışlarının kendini yenileyen döngüsünü kırmak çoğu zaman gereklidir. Birincil şemalar ancak bu durumda ortaya çıkar ve değiştirilebilir.

Son bir teknik uzantı ise, birincil şemalar ulaşıp onları değiştirme amacını gerçekleştirebilmek için değişik terapi ekollerinin sunduğu birçok tekniğin kullanılabilmesidir. Bu son nokta daha fazla dikkat gerektirir. Bu modelde şema sadece düşünce ve inançtan sembolik temsilleri içermez. Bunun yanında, duyguları, fizyolojik tepkileri, davranış biçimlerini, anıları ve motivasyon durumlarını da içerir. Bu öğelerden herhangi birini aktifleştirmek genellikle diğerlerini de aktifleştirir. Sonuçta bir şemayı değiştirmek için önce bu şemanın işlenmesi gerektiğinden, bu öğelerden herhangi birine ulaşabilecek bir teknik terapi de faydalı olur.

Örneğin, duygulara ulaşmada kullanılan teknikler psikodinamik ve geştalt yaklaşımlarda çok güçlüdür. Yansıtma ve doğru empati, hastaların duyguları üzerine odaklanmasını sağlamada yardımcı olabilir. Genellikle baştan savılan duygulara ulaşabilmek için hastayı duygularla yüzleştirmek doğru bir yaklaşım olabilir. Bedensel duygulara yoğunlaşmak, yönlendirilmiş imgeler ve boş sandalye egzersizleri gibi geştalt teknikleri de işe yarayabilir.

Şüphe yok ki, sembolik gösterim için, bilişsel teknikler oldukça önemlidir. "Günlük düşünce kayıtları" ve bilişsel çöküşler, tipik otomatik düşüncelerin ve gizli şemaların tanımlanmasında yardımcı olabilir. Bir inancın avantajları ve dezavantajlarını incelemek, savunma fonksiyonlarını ortaya çıkarabilir ve öncelikli korkular hakkında ipucu verebilir. Savunma inançlarını bilişsel olarak sorgulamak, genellikle bizi daha birincil inançlara götürecektir. Fakat psikodinamik tekniğin güçlü bilişsel yanı da hatırlanmalıdır. Yorum bilişsel bir araçtır. Eğer tüm şemaların bilince tam olarak ulaşmadığını varsayarsanız, hastanın düşünce, duygu veya davranış modellerini irdelemek ve bu modelleri açıklayıcı dile getirilmeyen varsayım ya da inançları öne sürmek faydalı olacaktır. Ayrıca, hastaların çağrışımlarını (olağandışı kelime seçimleri, hataları ve düşünceler arası geçişleri de dahil olmak üzere) dikkatlice dinleyerek onların şemaları hakkında birçok ipucu çıkarılabilir.

Şemalara ulaşmayı davranış vasıtasıyla sağlamak tabi ki davranışçı yaklaşıma en uygun olanıdır. Yüzleştirme bunun en güzel örneğidir. Hastayı korktuğu nesne ile temas haline getirmek, onun şema korkularını her zaman harekete geçirecektir. Bu nedenle, yüzleştirme, savunmayı duygunun önüne geçirmenin iyi bir yoludur.

Duygu aktarımı (duyguları psikolojik olarak bir başkasına yöneltme) özel bir yüzleşme türüdür. Hastalarımızın çoğunun işlevsiz inançları yakın ilişkide bulunduğu kişilerle ilgili bir şekilde oluşmuştur. Dolayısıyla, terapötik ilişkiler birincil korkuları uyandırıcı hazır bir yüzleşme durumu sağlar. Duygu aktarımını önemli kılan nedenlerden biri de terapide bulunmanın, ilgi görmek ya da sevilmek gibi belli motivasyon durumlarını aktifleştirme ihtimalidir.

Eğer duygu aktarımı şemalara ulaşmak için önemliyse, aktarımın tersi de önemlidir. Hastalara karşı bizim kendi duygusal reaksiyonlarımız, hastaların kendi kişisel şemalarında bizi nereye koydukları hakkında önemli ipuçları sağlar.

Sonuçta, duygu ve düşüncelerle bağlantısı olan anıları açığa çıkartmak hastaların hayatlarını yönlendiren inanç ve kurallar hakkında bilgi verebilir.

Şemalara ulaşmak tabi ki sadece bir ön basamaktır. Asıl amaç bu şemaların değiştirilmesidir ve bütüncül yaklaşım bu amaç için yararlı olacaktır. Eğer şemalar birden çok öğeden oluşuyorsa, şemaya birden çok teknikle mümkün olduğunca farklı yönlerden yaklaşmak terapinin hızını ve verimini arttıracaktır. Hastalara, geçmiş yaşamları boyunca şekillenmiş işlevsiz şemalarının bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerini değiştirmeleri için belirli deneyim ortamları sağlamak genellikle çok yararlı olmaktadır.

Bilişsel teknikler burada çok yararlı olabilir. Örneğin, birincil bir inanç için hastanın yaşamında bir kanıt aramak çok etkili bir müdahaledir. Genelde bu yöntem sonunda hastanın bulmaya çalıştığı kanıtlar çelişkili olacaktır. Ayrıca, hasta korku için kanıt olarak gördüğü olayları değerlendirirken, korkusunun aslında kendi kendine geliştirdiği tahminlerden kaynaklandığını da anlayacaktır. Bu aynı zamanda, hastanın, korkularının diğer insanlar için de geçerli olup olmadığını görmesinde yardımcı olur. Davranış alıştırmaları da egzersizler de inançların değişmesinde önemlidir.

Çocukluk anıları üzerine çalışmak, her zaman gerekli olmasa da, bu süreç için önemli bir bölüm olabilir. Aslında, anıların içeriği değiştirilemez, fakat onlara yüklenen anlamlar değiştirilebilir. Genelde bu yol, hastanın çocukluk anılarını yorumlayış şeklinin yanlış olduğunu, eğer doğruysa da, yetişkin hayatına uygulanamayacağını hastaya göstermeyi amaçlar. Rol yaparak olayları canlandırmak ve hastanın olaylara yetişkin gözüyle bakmasını sağlamak bu noktada yararlı olacaktır.

Şemaların duygusal öğesini değiştirmenin birincil yolu yüzleştirmedir. Hastanın mantıksal olarak o korkulan felaketin olmayacağına inanması önemlidir ve buna yürekten inanmalıdır. Bu değişikliğin sağlanması için en iyi yol, hastanın, korkulan

sonuçlara yol açmadan, anksiyetesi yok oluncaya kadar süreldi olarak korktuğu durumla karşı karşıya kalmasını sağlamaktır.

Şemaları değiştirmenin bir başka yolu da beceri geliştirmektir. Dinamik olarak yetiştirilmiş klinikçiler genelde, hastanın ruhsal çelişkilerini çözmesi halinde uyumlu davranışların kendiliğinden ortaya çıkacağına inanırlar. Bu bazı durumlar için doğrudur. Fakat eğer çelişki hastanın uyumlu davranış öğrenmesine fırsat vermeyecek kadar uzun süre devam etmiş ise hastaya bu davranışları öğretmek zorunlu olacaktır. Ayrıca, hastalar uyumsuz davranışlarından vazgeçebilecek kadar kendilerine güvenene kadar, onlarla mücadele etmenin uyumlu yollarını öğrenmelidirler.

Özetle, Malan'ın modelini bilişsel terapiye entegre etmek, savunma ve direnç gibi sorunların kavramlaştırılmasında büyük bir esneklik sağlar. Bunun yanında, bu entegrasyon, hastaların işlevsiz şemalarının değiştirilmesi için geliştirilmiş farklı terapi ekollerinin değişik tekniklerinin birleştirilmiş bir iskeletini sağlar. Bir sonraki bölüm bu modelin, dirençli bir depresyonun tedavisine uygulanışını anlatmaktadır.

VAKA ÖRNEĞİ

Susan, 48 yaşında Kafkasya'lı bir kadındı. Evliydi ve kendi politik düşünceleriyle uyumlu faaliyetler yapan küçük bir şirkette avukat olarak çalışıyordu. Psikiyatristinin belirttiğine göre, iki yılı aşkın bir süredir depresyon bozukluğu yaşadığı için sakinleştiricilerin yan etkilerine artık katlanamıyormuş. *Wellbutrin* alıyormuş ve terapi sırasında da almaya devam etmiş. Önceden de aynı psikoterapistten on yılı aşkın bir süre terapi almış.

Susan'ı ilk gördüğümde, işine odaklanmakta büyük güçlük çekiyordu. Yaptığı işi ödüle layık görüyor, fakat yapması gere-

kenlerin çokluğu nedeniyle bunalıyordu. Ancak üstlerinden ya da şeflerinden gelen istekleri reddetmeyi beceremiyordu. Evliliğinden de memnun değildi ve kocasının ona aşırı bağlı oluşundan ve işinin gereği olarak gördüğü uzun saatler süren çalışmalarında onu desteklememesinden yakınıyordu. Devamlı boşanmadan bahsediyordu, fakat bunu daha kocasıyla konuşmamıştı. Kocasına karşı beslediği, kafasının içinde iki ayrı ses varmış gibi düşündüğü karışık duygular sebebiyle bunalmıştı ve delireceğinden korkuyordu. Ayrıca, yakın bir arkadaşının bir yıl önce kanserden ölmesini sürekli hatırlaması onu tedirgin ediyordu. Susan, tekrarlayan majör depresyon kriterlerini karşılamaktaydı. Aynı zamanda, kendisinde obsesif-kompulsif kişilik belirtilerine de rastlanmaktaydı.

Depresyonun standart bilişsel terapisi ile başladık, isteğe bağlı aktiviteler programladık ve olumsuz otomatik düşüncelerini anlamaya ve rasyonel cevaplar bulmaya çalıştık. Ve kısa bir süre içinde beni şaşırtmayan bir dirençle karşılaştık. Susan, evde veya işte hayır diyemediğinden dolayı, sevdiği aktiviteleri için zaman ayırmakta güçlük çekiyordu. Görüldüğü kadarıyla, kocası, annesi, iş arkadaşları ve müşterileri dâhil hayatındaki tüm insanların, isteklerini yerine getirmesi gerektiğine inanıyordu.

Bunu tartışırken bir varsayım ortaya çıktı: "Diğerlerine yardım etmek zorundayım, çünkü güçlü olan benim." Anlaşıldı ki, Susan büyürken bu mesaj ona sıkça verilmiş ve gençlik çağında sorunlu annesinin ve kardeşlerinin sorumluluğunu üstlenmişti. Bu inanca meydan okumaya bilişsel tekniklerle başladık ve biraz başarı sağladık. Hala, bu varsayımın nereden kaynaklandığı bilindiği halde, neden Susan'ın bunu engellemeye çalışmadığını merak ediyorum.

Susan, kocası ile süregelen çelişkilerinden bahsederken, ona çift terapisini önerdim. Fakat Susan bu konuyu kocasıyla tartışmaktan korktuğunu belirtti. Bunun ötesinde, kocasının kızacağından ve onun reaksiyonuyla başa çıkamayacağından korkuyordu. İlişkilerinde hiç şiddet yoktu. Çift terapisine uygun ola-

rak, Susan'ın kocasının bağımlı davranışlarını nasıl güçlendirdiğini ve kendi arzularını kocasına neden iletemediğini irdelemeye başladık. Bu davranışlarını değiştirdikçe, Susan, kocası ile ilişkilerindeki iyiye gidişi ve aralarındaki iletişimin gelişimini rapor etmeye başladı.

Susan'ın depresyonu bir nebze azaldı ve evli kalmayı isteyip istemediğini irdelemeye başladı. Bu konu üzerinde birkaç gün daha konuştuktan sonra, dayanılmaz derecede anksiyeteye kapıldı ve arkadaşının ölümü üzerine yoğunlaşmamızı önerdi. Görüldüğü kadarıyla, tekrar bir dirençle karşılaşmıştık, fakat direncin ne ile ilgili olduğu henüz açık değildi. O yüzden, konuyu değiştirmeyi kabul ettim.

Susan'ın, Sam ile birkaç senelik bir arkadaşlığı varmış. Sam bir eşcinselmiş ve uzun süreli bir ilişkisi olduğu halde, kanserin son birkaç ayı boyunca, ölüme kadar asıl ilgilenen Susan'mış. Zihninde tekrarlanan sahneler bu zamandan kalmaymış. Sam'in sağlıklı olduğu dönemleri düşünerek, bu sahneleri engellemeye çalışmış fakat pek başarılı olamamış. Bu probleme travma sonrası stres bozukluğu olarak yaklaştık. Susan'a ilk olarak, rahatlama, düşünceyi durdurma ve dikkat dağıtma dâhil anksiyeteyi kontrol etme tekniklerini öğrettim. Ardından, önce terapide daha sonra ödev olarak evde, onu zorla beliren sahnelerle imgesel olarak yüzleştirmeye başladık. Susan tekrar anksiyete hissetti. Aslında, ödev olarak verilenleri ya da görüşmenin belirli evrelerini hatırlamadığını söylemeye başladı. Ayrıca seans aralarında, yüzleşme esnasında evde ne kadar korktuğunu belirtmek için beni bir kaç kez aradı.

Bu noktada Susan'ın güçlü bir duygudan korktuğu ortaya çıkmıştı. Bu korku, kocasının kızgınlığından korkmasına, evliliği ile ilgili karmaşık duygulardan korkmasına ve Sam'in ölümü ile ilgili duygularını bastırmasındaki zorluğa yansımıştı.

Bu boyutu Susan'a belirttim. Bunu tartışmaya devam ettiğimiz sırada bana, "Ben sakinim, sorumluyum, güvenilirim, yapabilirim, vb. sözlerle" duygularını ifade etti. İma ettiği var-

sayım, yaşadığı herhangi güçlü bir duygunun onun bir parçası olmadığı ve tehlikeli de olmadığıydı. Güçlü bir duygu yaşayıp hala sakin ve uyumlu kalıp kalamayacağımızı ve bu duyguyu önlemektense ona katlanmanın daha az rahatsız edici olup olmadığını anlamak için bilişsel teknikleri kullandık. Bu noktada, bir başka anlık düşüncesini aktardı: "Eğer hissetmiyorsam, sen bana zarar veremezsin."

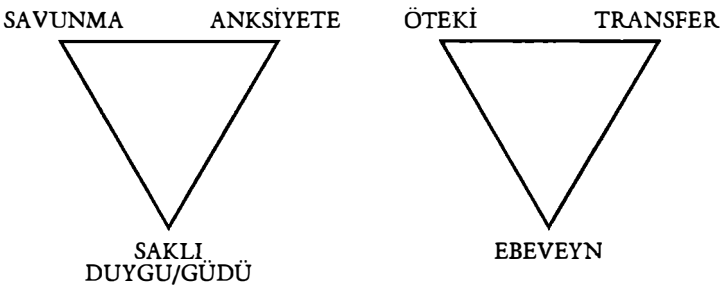
Bu düşünce bana daha ilkel fakat daha önemli geldi. Susan'a buradaki 'sen'in kim olduğunu sordum ve bana "Bilmiyorum" diye cevap verdi. Boş bir sandalyeye bakıp bu düşüncesini sesli olarak 10 defa tekrarlamasını istedim. Susan durakladı. Aşırı derecede anksiyete hissetti ve bana bunu ondan neden istediğimi sordu. İsteğimi geri aldığımda, bana, 'sen'in annesi olduğunu söyledi. Bu, bizi, Susan'ın gelişiminin geçmişinde keşfetmediğimiz noktaları tartışmaya götürdü.

Anlaşıldı ki, Susan, küçükken, annesiyle tam bir çelişki içinde bulunduğu bir ortamda yaşamış. Tartışmaları, Susan'ın yaşının gerektirdiği isteklerini dile getirmesiyle başlamış. Annesi reddettiğinde ise, Susan sinirleniyormuş. Annesi kızarak ve zor kullanarak karşılık veriyormuş. Örneğin, Susan'ı uzun süre diz üstünde oturtup ona tekrar tekrar Katolik dualar ettiriyormuş. Bunu, fiziksel olarak acı verici ve duygusal olarak da bıktırıcı olarak betimliyor. Susan'ın bu durumla başa çıkışı ise, hiçbir istek duymamak veya duygu hissetmemek olmuş. Annesi ne kadar duygusal ve dindarsa, Susan da o kadar rasyonel ve dinsiz gelişmiş. Bunu, annesine karşı zafer kazanmanın tek yolu olarak görüyormuş.

Bu noktada, Susan'da olup bitenle ilgili daha net bir tablo ortaya çıktı. Kendisinin güçlü, sakin, duygusuz olduğu inancı ve diğerlerinin ihtiyaçlarını her zaman karşılama arzusu, sadece onun gelişimsel deneyimlerine temelden bağlı olmakla kalmayıp, aynı zamanda bir savunma mekanizması olarak kullanılmaktaydı. Bu duygular onu, kendisinin de isteklerinin olduğu fikrinden ve sonucunda doğabilecek anksiyeteden uzak tutuyordu. Anksiyete aynı zamanda, isteklerinin geri çevrileceği ve

bunun hakkında kızgınlık hissederse utanç duyacağı ve bunalacağı korkusu tarafından da tetiklenmekteydi.

Kendi kızgınlığından korkması, güçlü bir duygudan korkma ve kaçma olarak genelleşmiş. Figür 18-3 bu kavramlaştırmanın Savunma Üçgeni'ne nasıl uyduğunu gösteriyor.



Figür 18-3. Vaka Kavramlaştırması

İNANÇLAR: Başkalarıyla ilgilenmeliyim, çünkü güçlü olan benim.

Sakinim, sorumluyum, güvenilirim, yetenekliyim, vb.

DAVRANIŞLAR: Başkalarının ihtiyaçlarını karşılama.

Kendi isteklerini dile getirme.

BİRİNCİL KORKULAR: Eğer bir istekte bulunursam, reddedilecek.

Eğer güçlü bir duygu hissedersem, aşağılanacağım ve bunaltılacağım.

Susan'ın birincil korkularını anladıktan sonra sırada onları değiştirmek vardı. Bazı bilişsel teknikler kullandık fakat burada duygusal değişim için yüzleştirmenin çok önemli olacağını düşündüm. Susan'ın, devamlı olarak kendini güçlü bir duyguya açması ve sonunda iyi olacağını farketmesi zorunluydu. Bu arada, Sam'in ölümünün istemeden hatırlanan görüntüleri ile yüzleşmeye tekrar başladık. Birkaç hafta içinde, Susan, artık Sam'in ölümüyle ilgili görüntülerin artık kendisini rahatsız et-

mediğini bildirdi. Artık Sam ile yaşadığı daha mutlu anları hatırlayabildiğini söyledi.

Ne yazık ki yakın zamanda, bu birincil korkularla yüzleştirme yapmak için sadece tek bir fırsat daha bulabildik. Yukarıda belirtilen görüşmelerden kısa bir süre sonra, Susan'ı eyalet dışına çıkması gerektiği ve bu görüşmelerimizi sonlandırmak zorunda olduğumuz konusunda haberdar ettim. Öncelikle biraz hayal kırıklığı yaşadı. Daha sonra durumu anladığını söyledi ve bana iyi dileklerini sundu. Başka bir meslektaşımla devam etmesi için gereken ayarlamaları konuştuk. Ona, gidişimle ilgili kızgınlık gibi bazı duygular hissedebileceğini ve eğer varsa bunlar hakkında konuşabileceğimizi belirttim. Bunu Susan'a belirtmemiş olmama rağmen, gidişimin onun isteklerinin karşılanmayacağı hissi üzerine kurulmuş birincil korkusunu harekete geçirmesinden kuşkulanıyordum.

Susan öncelikle, kızgın olmadığında ısrar etti. Fakat birkaç seans sonrasında, dikkat çekici bir belgeyle çıkageldi. Anladığım kadarıyla, duygularını belirtmek konusunda kendini güvenli hissettiği tek yer olarak bir günlük tutmuştu. O günlükten birkaç sayfa getirmişti. Bu sayfalarda, büyük bir öfkeyle benim gidişime ne kadar kızgın olduğu ve bu konuda ne kadar mantıksız ve kontrol dışı hissettiği yazılıydı. Kendini bir sinir dalgasına yakalanmış gibi hissettiğini belirtmişti. Küçükken annesine duyduğu kızgınlık gibi bir kızgınlık yaşadığını farkettiğini yazmıştı. Ardından da, bu tür duygulardan tüm hayatı boyunca nasıl uzak durduğunu fakat şimdi bu tür duygularla başa çıkabildiğini basit bir dille yazmıştı. Evliliğinde, kendi isteklerini dile getirmekte nasıl yetersiz kaldığını ve kocasını kendisinden nasıl ittiğini irdelemeye başlamıştı. Kocasının onu affetmesini ümit eden bir satırla da yazısını bitirmişti.

Yüzleştirme açısından bakıldığında, Susan'ın kendi hiyerarşik düzeyini yükselttiği görülmekteydi. Geçmişteki kızgınlığıyla yüzleşmek yerine onu şimdi hissetmek için kendini serbest bırakıyordu. Tabi ki, konuşmak yerine yazarak duygularını aktarması, hala duygularını bana doğrudan aktarmaktan çekindi-

ğini gösteriyordu. Fakat günlüğün sayfalarını görüşmeye getirerek, duyguları hakkında konuşmamızı sağlamıştı.

Susan, benim gidişimle ilgili hislerini (sadece kızgınlık değil, aynı zamanda üzgünlük, minnet ve gurur dahil) daha serbestçe tartışmaya başlamasıyla birlikte iki olay başgösterdi. Birincisi, Susan'ın depresyonu daha da hafifledi. Seanslarda daha mutlu görünmeye, gülümsemeye ve onu tanıdığımdan bu yana ilk defa kahkaha atmaya başladı. İkinci olarak, evli kalmak isteyip istemediğini daha ciddi sorgulamaya başladı.

Bu, ayrılığımız öncesi son noktaydı. Susan, bir meslektaşımla terapiye devam etti. Birkaç ay sonra onunla konuşma fırsatım oldu ve daha mutlu hissettiğini ve kocasıyla boşanma girişimini başlattığını belirtti.

Değerlendirme

Susan majör depresyon göstermişti ve terapi, bu bozukluk için standart bilişsel tedavi ile başlamıştı. Çabucak bir dirençle karşılaşmıştık. Fakat bu direnç önce kendine zaman ayırmada yaşadığı zorluğa ve sonra da arkadaşının ölümünün hayali görüntüsüyle başa çıkmaktaki yetersizliğine bağlandı. Bu direncin incelenmesi bizi, istelderinin karşılanmayacağı ve güçlü duygu karşısında aşağılanacağı şeklindeki korkularını kapsayan birincil şemalara götürdü. Bu korkulara bilişsel yeniden yapılandırma, yüzleştirme, duygu aktarımı dahil birçok teknikle ulaşıldı. Bunun sonucunda, Susan yıllardır acı çektiği depresyondan kurtuldu. Ayrıca, evliliğinin geleceği hakkında vermesi gereken zor kararlarla artık yüzleşebiliyordu.

REFERANSLAR

Alpert, M.C. (1992). Accelerated emphatic therapy: a new short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 7:133–156.

Davenloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy.* New York: Jason Aronson.

Holland, S. (1996). *Integrating short-term dynamic and cognitive-behavioral therapies: a working model.* Paper presented at the meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy integration, Berkeley, CA, April.

Hollon, S.D., Shelton, R.C. ve Loosen, P.T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(1):88–89.

Malan, D.H. (1979). Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. London: Butterworth.

19

AİLE TERAPİSİ

Frank M. Dattilio

Bilişsel terapi, genel anlamda ailelere uygulandığı şekliyle, 1980'lerin başlarında, terapinin çatışma halindeki çiftlere uygulanışının bir uzantısı olarak gelişti.[1] 1950'lerin sonuna doğru Ellis (1977), çiftlerle çalışmak için kendisine ait rasyonel duygucu terapi (RDT) modelini uyarladığını ifade etmesine karşın, 1980 öncesinde bu konu üzerine yazılmış çok az eser bulunduğu görülüyor.[2] Daha sonraki çalışmalar davranışçı yaklaşımın bir dalı olarak gelişti. Bu çalışmalar ilk olarak 1960'ların sonlarında ve 1970'lerin başlarında çiftlere ve ailelere yönelik müdahaleler olarak tanımlanmıştı.

Davranışı değiştirme ilkeleri, ancak bu ilkelerin sıkıntı halindeki çiftlere başarılı bir şekilde uygulanmasının ardından, aile üyelerinin etkileşim yapılarına uygulandı.[3] Çiftlerle yapılan bu çalışmayı çocukların davranışını tedavi etmede kullanılan aile müdahalelerinin kullanımını da kapsayan tek vakalı çalışmalar takip etti. Aile üyeleri davranışçılar tarafından ilk defa çocuğun doğal çevresinin oldukça etkili bileşenleri olarak tanımlandılar ve ardından da tedavi sürecine doğrudan dâhil edildiler.[4]

Birkaç yıl sonra ailelere yönelik daha net ve daha kapsamlı bir müdahale tarzı, Patterson ve çalışma arkadaşları (1967) ve Patterson (1971) tarafından detaylı olarak tanımlandı. O za-

---

1 Epstein, 1982.

2 Ellis, 1977, 1978, 1986.

3 Bandura, 1977; Patterson ve Hops, 1972; Stuart, 1969, 1976.

4 Faloon, 1991.

mandan beri, davranış terapisinin aile sistemlerine uygulanışı, beklenmedik durumlara yönelik sözleşme ve görüşme stratejilerine güçlü bir vurgu yaparak, psikoloji literatüründe daha önemli bir hale geldi.[1] Davranış terapisinin bu güne kadarki uygulanışı özgün davranış problemleri teşhisi konulmuş çocuklara sahip ailelere yönelik olarak kalmıştır.[2]

Hemen hemen otuz yıl önce ilk sahneye çıkışından beri, davranışçı aile terapisi, birtakım nedenlerden ötürü, evlilik ve aile terapisi uygulayıcıları arasında fazla dikkat çekmemişti. Bunun sebeplerini şöyle belirtebiliriz: İlk olarak, aile terapisine yönelik stratejik ve yapısal yaklaşımların aşırı popülerliğinden ötürü, birçok uygulayıcı, etkileri deneysel olarak daha iyi test edilmiş olan müdahaleleri çalışmalarının dışında tuttular. Minuchin (1974), Bowen (1978), Satir (1967) ve Madanes (1981) gibi tanınmış teorisyenlerden etkilendiler. Bundan başka, davranışçı yaklaşım bazı alanlarda metodolojik açıdan aşırı katı ve aile etkileşimlerinin yaygın olarak meydana gelen bazı dinamiklerini fark etmede yetersiz olarak algılanmış olabilir.[3] Son olarak, yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayalı olan bu yaklaşımın etkinliğinin geçerli olup olmadığına yönelik bir takım sorular bulunmaktadır.[4]

Aslında, davranış terapilerinin gücünün, aile dinamiklerinin kapsamlı sistemini anlamanın aksine, zayıf iletişim veya çocukların ve yetişkinlerin davranışsal problemlerini taklit etme gibi, somut davranış problemlerini tespit etmede yattığı görülüyor.[5] Daha net olursak, davranış terapileri, herhangi bir ruhsal veya kişiler arası nedensellik kurma çabalarına değil, gözlenebilir davranışa (semptomlara) odaklanır. Belli hedeflere yönelik dav-

---

1 Gordon ve Davidson, 1981; Jacobson ve Margolin, 1979; Liberman, 1970; Patterson, 1982, 1985.

2 Sanders ve Dadds, 1993.

3 Dattilo, 1994.

4 Jacobson ve Christiensen, 1996.

5 Goldenberg ve Goldenberg, 1991; Sanders ve Dadds, 1993.

ranışlar doğrudan doğruya haricî pekiştirme araçları yoluyla yönlendirilir. Aileler ayrıca bu pekiştirmeleri izlemek ve gerektiğinde değişiklikler yapmak için eğitilirler. Bundan başka, somut davranışın süregelen bir değerlendirmesi terapi müdahalelerinin etkilerinin deneysel olarak incelenmesinin yararına yapılır. Bu, Jacobson ve Addis (1993) tarafından yazılan ve literatürdeki mevcut sonuç çalışmalarını gözden geçiren bir makalede açıkça vurgulanmıştır. Davranışçı evlilik terapisinin bilişsel bir bileşeninin davranışa yönelik, çift ve aile terapisine katkıda bulunması dikkat çekmişti.[1] Ellis'in (1977) çalışmasından başka, Margolin ve Weiss'in (1978) davranışçı evlilik terapisinde bilişsel bir bileşenin etkili olduğunu ileri süren çalışması, işlevsiz çiftlere yönelik bilişsel tekniklerin kullanımını daha da körükledi.[2] Çiftlere yönelik davranışçı yaklaşımlara gösterilen bu ilgi, ayrıca davranışçı aile terapistlerinin aileyi etkileşim kurmaya yönelten olaylarda bilişin de önemli bir rol oynadığını fark etmelerini sağladı.[3] Bilişsel faktörlerin, sadece ilişki sıkıntısını belirlemede değil, davranış değişimini yönlendirmede de oynadığı önemli rol, bu artan ilginin bir konusu oldu.[4]

Evlilik ve aile terapistlerinin, bilişsel faktörlerin ilişki bozukluğunu yatıştırmada çok önemli olduğunu uzun yıllar önce farketmelerine rağmen,[5] bilişin biçimsel olarak tedavinin başlıca bileşenlerinden biri olması epey bir zaman aldı.[6] Bilişin çift terapisindeki önemine yönelik araştırmalar devam ettikçe, diğer tedavi usulleriyle bütünleşmesi umulmaktadır.[7]

---

1 Margolin vd., 1975.

2 Baucom ve Epstein, 1990; Baucom ve Lester, 1986; Beck, 1988; Dattilo, 1989, 1990, 1993; Dattilo ve Padesky, 1990; Doherty, 1981; Ellis vd., 1989; Epstein, 1992; Fincham vd., 1990; Schindler ve Vollmer, 1984; Weiss, 1984.

3 Alexander ve Parsons, 1982.

4 Alexander 1988, Dattilo 1993, 1994, baskıda, Epstein vd. 1988.

5 Dicks, 1953.

6 Munson, 1993.

7 Baucom ve Lester, 1986; Dattilo, 1993, 1994, 1997.

Aile Terapisine Yönelik Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Daha önce bahsedildiği üzere, bilişsel çift terapisi kaynağını davranışçı yaklaşımdan aldı, önceleri ilave bir bileşen iken, daha sonra daha kapsamlı bir müdahale sistemi haline geldi. Aynı ilerleme bir dereceye kadar bilişsel aile terapisi için de söz konusudur. Munson (1993) bilişsel terapinin farklı uygulayıcılar tarafından kullanılan on sekiz ayrı türü olduğunu söyledikten sonra, bilişsel aile terapisinin tek bir bölümde geniş bir şekilde tartışılmasının imkânsız olduğu sonucuna varıyor. Sonuç olarak, bu tartışmanın odağı rasyonel-duygucu-davranışçı teorilerin (RDDT) ileri sürdüğü yaklaşımlarla[1] ve bilişsel-davranışçı teorilerle[2] sınırlı olacaktır.

Aile terapisine yönelik rasyonel-duygucu yaklaşım, Ellis'in ortaya koyduğu, her bireyin aile çevresinde meydana gelen olayları algılaması ve yorumlamasına vurgu yapmaktadır. Temel teoriye göre "aile üyeleri kendi dünyalarını geniş ölçüde kendilerine ne olduğuna yönelik sahip oldukları görüngüsel balcış açıları yoluyla yaratıyorlar".[3] Terapinin odağı aile üyelerinin kendilerine özgü problemlerinin bir birim olarak onların esenliğini nasıl etkilediğidir. Tedavi süreci boyunca, aile üyelerinden her biri kendilerine özgü inanç ve beklentiler kümesini savunan birer birey olarak ele alınır.[4] Aile terapisti, aile fertlerinin, mantıksız düşüncelerin ve çarpıtmaların duygusal sıkıntılarının temeli olarak görev yaptığı gerçeğini görmelerine yardımcı olur.

A-B-C teorisinin kullanımı tavsiye edilir. Buna göre, aile üyeleri problemlerinden (C) aile çevresinde (A) gerçekleşen

---

1 DiGiuseppe ve Zeeve, 1985; Ellis, 1982, 1978; Ellis vd., 1989.

2 Beck, 1988; Dattilo, 1993, 1994; Epstein vd., 1988; Teichman, 1984, 1992; Wright ve Beck, 1993.

3 Ellis, 1978, s. 310.

4 Huber ve Baruth, 1989; Russell ve Morrill, 1989.

belli aktive edici olayları sorumlu tutarlar ve üyelere mantıksız inançlarını (B) irdelemeleri öğretilir. Daha sonra bu inançlara her bir aile üyesi tarafından mantıklı bir şekilde meydan okunur ve sonunda görüşülüp tartışılır (D). Burada amaç inanç ve beklentileri daha akılcı bir zemine oturacak şekilde değiştirmektir.[1] O halde, terapistin rolü aile birimine etkin ve yönlendirici bir tarzda duygusal problemlerin sebeplerinin mantıkdışı inançlarda yattığını öğretmektir. Bu kendini feda edici fikirleri değiştirerek, aile fertleri aile ilişkilerindeki bütün nitelikleri düzeltebilirler.[2] Rasyonel-duygucu felsefenin az bir kısmı, aile üyelerinin sahip olduğu ve ailede sorunlara yol açan temel şemaların üzerindeki örtüyü kaldırmaya yöneliktir. Rasyonel-duygucu-davranışçı terapistlerin daha çok üzerinde durdukları husus, aile üyelerine ait düşüncelerin sadece daha acil olan içeriğini belirlemek olup gizli şemalara veya tekniklerini diğer aile terapisi eğilimleri ile harmanlama gereksinimine daha az önem verirler.

Bilişe ve davranışa eşit derecede vurgu yapan bilişsel-davranışçı yaklaşım, ailedeki karşılıklı etkileşim modellerine daha derinlemesine odaklanarak ve sistemler perspektifinden elde edilen verilerle tutarlı kalarak, daha geniş ve içlemci bir yol benimser.[3] Bu çerçevede, aile ilişkileri, bilişleri, duyguları ve davranışlarının birbirleri üzerinde karşılıklı bir etkileşim kurdukları kabul edilir. Bu sayede bir bilişsel çıkarım duygu ve davranışı uyarabilir; duygu ve davranış da benzer şekilde bilişi etkileyebilir. Teichman (1992), karşılıklı aile etkileşimi modelini detaylı bir şekilde tarif ederken, bilişlerin, duyguların, davranışların ve çevresel tepkinin kendi aralarında sabit bir karşılıklı süreç içerisinde bulunduklarını ve bazen aile biriminin işlevsizliğini sürdürmeye hizmet ettiklerini öne sürüyor.

---

1 Ellis, 1978.
2 Ellis, 1978, 1982.
3 Dattilo; Epstein vd., 1988; Leslie, 1988.

Sistemler teorisi ile tutarlı ve uyumlu olarak, ailelere yönelik bilişsel-davranışçı yaklaşım, aile fertlerinin eş zamanlı olarak birbirlerini etkilediği ve birbirlerinden etkilendiği varsayımını içerir. Bunun sonucu olarak, bir aile ferdine ait bir davranış, diğer fertlerde davranış, biliş ve duygulara yol açar. Bu da karşılığında o ferde tepki olarak başka bilişler, davranışlar ve duygular açığa çıkarır.[1] Bu süreç dönmeye devam ettikçe, aile dinamiklerindeki oynaklık tırmanır ve fertleri olumsuz bir çatışma sarmalına karşı hassas hale getirir. Aile üyelerinin sayısı arttıkça dinamiklerin karmaşıklığı da tırmanma sürecini hızlandırarak artar. Epstein ve Schlesinger (1991, 1995) aile üyelerinin bilişleri, davranışları ve duygularının birbirlerini etkileyerek sonunda oynak bir zirve oluşturmaları sürecinde dört faktör olduğunu belirtiyorlar:

1. Bireyin ailedeki etkileşime yönelik kendine ait bilişleri, davranışları ve duyguları (ör., kendisinin ailenin geri kalanından uzaklaştığını farkeden birey).
2. Aile fertlerinden her birinin ona karşı eylemleri.
3. Birkaç aile ferdinin ona karşı birlikte (ve her zaman tutarlı olmayan bir tarzda) gösterdikleri reaksiyonlar.
4. Diğer aile fertlerinin arasındaki ilişkilerin nitelikleri (ör., diğer iki aile ferdinin genellikle birbirlerinin fikirlerini desteklediğini farketmek).

Yukarıdakilerin tümü ailedeki etkileşimler sırasında çoğu kez aile yapılarında kökleşip kalıcı etkileşim tarzları haline gelen uyarıcılar veya uyarıcı kombinasyonları olarak görev yaparlar.

Bilişsel terapi, Beck'in (1976) ileri sürdüğü gibi, şemaya veya başka bir ifadeyle temel inançlar diye tanımlanan şeye çok önem vermektedir.[2] Bu kavram aile terapisine uygulandığında, terapik müdahale, aile üyelerinin birbirlerini yorumlama ve değerlendirmede sahip oldukları varsayımlara ve bu bilişlere tepki

---

1 Epstein ve Schlesinger, 1995.

2 Beck vd., 1979; DeRubeis ve Beck, 1988.

olarak üretilen davranışlara odaklanır. Bilişsel-davranışçı teori, bilişsel süreçlerin aile davranışının tümüne neden olduğunu öne sürmese de, bilişsel takdirin; olaylar, bilişler, duygular ve davranışlar arasında varolan karşılıklı ilişkilerde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır.[1] Bilişsel terapi sürecinde, çarpık inançları tekrar yapılandırmanın işlevsiz davranışları değiştirmede çok önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Şema kavramı ayrıca bilişsel-davranışçı terapinin ailelere uygulanışında da çok önemlidir. Bireylerin kendileri, kendi dünyaları ve gelecekleri hakkında kendilerine ait bir esas şemaları olduğu gibi, aileleri hakkında da bir şemaya sahiptirler. Biz de, aile fertleri arasındaki bilişleri incelemenin yanı sıra 'aile şemaları' denilen inançlara da daha fazla önem verilmesi gerektiğine inanıyoruz.[2] 'Aile şemaları', aile biriminin üyeleri arasında yıllarca süren bütüncül bir etkileşimin sonucu olarak oluşagelmiş aileye ait ortak inançlardır. Ben bireylerin temel olarak aileler hakkında iki ayrı şema setleri bulundurduklarını düşünüyorum: Ebeveynin aile kökenleriyle alakalı aile şemaları ve genel olarak aileye ilişkin şemalar veya Schewebel ve Fine'nin (1994) tanımıyla aile hayatının kişisel teorisi. Gerek sözkonusu aile ve gerekse genel anlamda aileler hakkındaki şemayı şekillendiren ailenin kökeninden gelen deneyimler ve algılardır. Bu şemaların, bireyin nasıl düşündüğü, hissettiği ve aile yapısı içinde ne şekilde davranacağı üzerinde büyük bir etkisi vardır. Epstein ve çalışma arkadaşları bu şemaların "kişinin, dünyanın ne şekilde işlediği ve kendisini dünya üzerindeki yerinin ne olduğuna yönelik uzun süreli ve görece sabit temel varsayımı" olduğunu ileri sürmektedirler.[3] Schewebel ve Fine (1992) aile şemaları terimine kendilerine ait aile modellerinde kullandıkları şekliyle ayrıntılı olarak değinmişlerdir.

---

1 Epstein vd., 1988; Wright ve Beck, 1993.

2 Dattilo, 1993, 1996.

3 Epstein vd., 1988, s. 13.

Başka bir yerde (1994) ben ilişkideki her bir partnerin aile kökeninin söz konusu ailenin şemasını şekillendirmede önemli bir rol oynadığını öne sürmüştüm. Ailenin kökeninden akıp gelen inançlar hem bilinçli hem de bilinçdışı olabilirler ve mevcut aile şemasının gelişimine yol açan ortak veya karma bir şemanın oluşmasına katkıda bulunabilirler.

Daha sonra bu aile şeması yaygınlaşır ve çocukların yetiştirilmesinde uygulanır. Ayrıca, çocukların kendi çevreleri ve yaşam deneyimlerine yönelik bireysel düşünceleri ve algılarıyla karışması, aile şemasının daha fazla gelişmesine katkı sağlar. Aile yaşamı boyunca büyük olaylar (ölüm, boşanma vb.) meydana geldikçe aile şeması değişime uğrar ve ayrıca olağan, günübirlik deneyimler sürdükçe yavaş yavaş gelişmeye devam eder.

VAKA ÖRNEĞİ

Evlilik ve aile terapisi uygulayıcıları için boşanma niyetinde olan çiftlerle karşılaşmak sıra dışı bir durum değildir. Ne de olsa sorunlu ilişkilerle uğraşmak onların işlerinin bir parçasıdır. Fakat bir terapist için ebeveynlerinden boşanmak isteyen 10'lu yaşlardaki iki çocuktan böyle bir istek almak, işte bu tamamen farklı ve sıra dışı bir ikilemdir.

Bu istek sırasıyla 15 ve 17 yaşlarında olan Rollie ve Janice Steigerwalt'a aitti. Bu iki kardeş ilk aile seansına ebeveynleriyle aynı cephede katılmışlardı. "Onların bize ne yapmamız gerektiğini söylemelerinden bıktık usandık ve acilen başka bir yerde yaşamak, onlardan boşanmak istiyoruz!" "Aa!" dedim. "Bu sıradışı bir istek." Meraklı ve sessiz bir şekilde oturan anne ve baba sessiz kalarak bana bu şarkının Steigerwalt ailesinde ilk defa söylenmiyor olduğuna dair farklı bir izlenim sergilediler.

Steigerwaltlar ondokuz yıllık evlilikleri boyunca Birleşik Devletler'de epey dolaşmış olan ilginç bir aileydi. 44 yaşında

bir teknik ressam olan Robert, ailesine karşı çok az imajinasyon veya şefkat gösteren oldukça muhafazakâr bir beyefendiydi. Büyük bir ulusal otomasyon şirketinde çalışan orta derecede bir şirket çalışanıydı fakat yıllardır sabit bir pozisyonda kalmayı başarmıştı. 43 yaşındaki hanımı Carole bir bakımevinde yöneticilik yapıyordu ve gerçekten, cana yakın ve ılımlı olmasının dışında, kocasınınkilere benzer özelliklere sahipti. Yani bir bakıma, Carole ikisi arasında duygusal bir denge kurmuştu.

Bay ve Bayan Steigerwalt yaklaşık üç yıl önce yoğun evlilik terapisine ihtiyaç duymalarına kadar oldukça çalkantılı bir evlilik yaşamışlardı. O zamandan beri, evlilikteki atmosfer, para harcamaya yönelik sorunların ve Bob'un ara sıra ailesine yönelik hakaretlerinin dışında, önemli bir şekilde düzelmişti. Bob'un bu tavırları terapide bulundukları zamanlarda Carole ile aralarında bir çatışma unsuru olmaya devam ediyordu.

Ailenin detaylı bir geçmişi, çocukları o malum isteğe yönelten problemlerin, Bob ve Carole'ın evliliklerinde, Carole'ın sözlü ifadesiyle "eylem birliği yapmaya" başladıkları esnada oluşmaya başladığını ortaya çıkardı. İki çocuk anne ve babalarını boşamak istemelerinin gerekçesi ile benim ilgimi çekmeye devam ettikçe hem anne hem de baba oldukça gerçekçi bir tutum sergilemekteydiler.

Seans 1

Rollie: Gördüğün gibi işte, Doktor! Ailemiz bize uzun zamandır çok b..ktan şeyler yapıyor ve biz bundan bıktık. Böyle bir tedaviyi hakettiğimizi sanmıyoruz. Biz iyi çocuklarız ve bu hiç de adil değil. Bize bir pislikmişiz gibi davranıyorlar!

Anne (duygusal bir şekilde araya girerek): Ne b..ku, Rollie? Sen neden bahsediyorsun Allah aşkına oğlum?

Baba: Evet, Rollie, gerçekten anlamıyorum. Neden size b..kluk yaptığımızı ve bir pislik gibi davrandığımızı düşünüyorsun?

Rollie: Bitirebilir miyim, lütfen? Siz her zaman bana, sizin konuşmanıza burnumu sokmamamı söylersiniz! Ne diyordum, Doktor, karşılaştığımız bu boklukları haketmiyoruz, mesela hafta sonu için bir yerlere gidebileceğimizi söylüyorlar ve daha sonra "Peki tamam, şunları şunları yaparsanız gidebilirsiniz" diyorlar.

Janice: Evet! Bu benim için de gerçekten haksız ve bencilce bir şey.

Dr. D.: Peki ... Benim burada biraz kafam karıştı ve geri dönmem gerek. Bu beklenmedik bir şekilde mi ortaya çıktı yoksa bu gerginlikler zamanla mı tırmandı?

Baba: Uyduruyorlar, Doktor. Yani, şu boktan bahsetmelerini kastediyorum, son birkaç yıldır, bozuk bir plak gibi tekrar tekrar bunları duyuyoruz. Carole ve ben artık bu çocukların çığırından çıktıklarını ve taleplerinde çok acımasız hale geldiklerini düşünüyoruz. Ve ben artık bir pislik gibi davranılanların bizler olduğumuzu düşünmeye başlıyorum.

Anne: Aman Tanrım, evet... Eğer biz anne ve babamızla böyle konuşmuş olsaydık veya bizim çocuklarımızın bizden istediklerinin sekizde birini dahi onlardan isteseydik... Kim bilir bize ne yaparlardı... Neyse, bu başka bir hikâye. Şu an bu konuya girmenin alemi yok.

Dr. D.: Peki, ben burada birbirimizden nerede koptuğumuzu anlamak istiyorum. Ailede işlerin nasıl olması gerektiğine yönelik iki ayrı varsayım sunuyormuşsunuz gibi geliyor bana ve ben bu duruma nasıl gelindiğini merak ediyorum. Bu tabloyu anlamama yardım edin. Düşünün ki bir film izliyorsunuz ve ben filmin ortasında geldim. Bana filmi başından itibaren anlatın.

Anne: Ne bileyim... Bunu kendimize nasıl açıklayacağımız konusunda bir tür şaşkınlık içindeyiz. Bob ve ben yıllardır oldukça

fırtınalı bir evlilik yaşıyoruz, yani, yaşamıştık[1] ve sonunda psikolojik yardım istedik ve söylemeliyim ki bu da ilişkimizde önemli bir iyileşme sağladı. Bu şu an sorunlarımız olmadığı anlamına gelmiyor, fakat artık bu sorunlar eskiden olduklarından çok daha fazla kontrol edilebilir durumdalar. Ben, bu çocukların buna veya başka bir şeye kızdıkları izlenimini edindim... Ne bileyim... Burada doğru olmayan bir şey var.

Dr. D.: Peki, Carole, dikkatimi çeken bir şey söyledin. Çocuklar hakkında söylediğin ifadeyi düşünüyorum da, "bir şeylere kızmak..."

Anne: Ha, Bob ve benim aramızdaki farklılıklarımızı bağdaştırmamıza kızıyorlar. Evet, endişelendiğim nokta şu ki ya bir şekilde aramızdaki bu yeni birliğe kızar hale gelirseler.

Dr. D.: Bana siz ikiniz barışıp ilişkinizde daha bütünleşmiş hale geldiğinizden beri bir şeylerin nasıl farklılaştığını anlatın.

Anne: Benim fikrimi mi soruyorsunuz?

Dr. D.: Şey, aslında, herkesin izlenimini dinlemek istiyorum. Fakat eğer isterseniz, ilk olarak sizin ve kocanızın izlenimlerinden başlayabiliriz.

Baba: Tamam, şey, sanırım Carole ve ben çocuklar doğduktan sonra kısa bir süre ayrı kalmıştık ve işim icabı çok fazla yer değiştirmeye başladık. Son on beş yılda yaklaşık altı farklı eyalette yaşadık ve bu yerlerden bazıları çok da mükemmel değildi. Sanırım bu Carole ile benim aramızdaki yabancılaşmaya önemli derecede etki etti.

Anne: Problemin büyük bir bölümü benim bu yer değiştirme olaylarının tümüne, sonuçta Bob'un işinde herhangi bir maaş artışı veya terfiye neden olmadığı için, çok kızıyor olmamdı.

---

[1] Normal olarak, buradaki eğilimim bu dil sürçmesini ('yaşamıştık' yerine 'yaşıyoruz') belirtmekti; ancak, bu, oyun içinde zamanlama açısından oldukça erkendi, ayrıca bu aile bir bakıma yarı kriz durumundaydı. Benzer bir dil sürçmesini terapinin sonraki bir yerinde Bay Steigerwalt da yapmıştı ve devam eden evlilik gerilimleri sorunu bu noktada oldukça uygun bir biçimde görülmektedir.

Bob, kendi durumunu iyileştirmek için birkaç şirket değiştirmesine rağmen, ben daima yıllardır yaptığımız fedakarlıklara nazaran onun çok daha iyisini yapabileceğini düşünüyordum ve sonunda, her şey bir yana, Bob'un hakaretlerine maruz kalıyorduk.

Dr. D.: Şu "hakaret" konusuna tekrar dönmek istiyorum, fakat şimdilik sizin bu fedakarlıkları nasıl yorumladığınızla devam edelim.

Baba: Evet, her neyse, bu gerçekten aramıza bir üçgen çizdi ve sanırım evlilikteki birtakım şeylere ve ayrıca çocuklara karşı oldukça ihmalkar olduk. Zaten aldığımız evlilik terapisi esnasında öğrendiğimiz şey de bu.

Dr. D.: O halde, çocuklar bu durumdan bir şekilde etkilendiler, öyle mi?

Anne: Şey, sanırım onlar bir şekilde kendi başlarına kaldılar. Biz beraberce ana babalık yapamadık ve ne bileyim belki bizim onlara disiplin veya diğer şeyler hususunda gevşek davranmış olduğumuzu söyleyebilirsiniz.

Dr. D.: Gevşek kelimesi gerçekten bunu tanımlıyor mu?

Anne ve Baba (beraber): Ne demek istiyorsunuz?

Dr. D.: Şey, burada sadece gevşek olmaktan daha fazla bir şey olup olmadığını merak ediyorum?

Anne: Üzgünüm, ama sizi anlayamıyorum.

Baba: Ben de.

Rollie: Ben anlıyorum, sanırım şeyi kastediyor... Neyse, devam edin, siz daha iyi açıklarsınız. Ne söyleyeceğimden pek emin değilim (herkes kıkırdıyor).

Dr. D.: Tamam. Şey, ben sadece sizin birbirinize karşı olan hoşnutsuzluğunuzda çocukların bir şekilde istemeyerek de olsa kullanılıp kullanılmadığını merak ediyorum, nasıl desem, böyle kinci veya kurnazca bir öç alma şeklinde.

Anne: Ben hala kayıplardayım, üzgünüm.

Baba: Ha, tamam, sanırım kastettiği şu, belki biz birbirimize karşı aykırı davranmak adına çocuklara bir diğerimizin söylediğine zıt şeyler söylemiş veya birimizin yapmalarına izin vermediği şeyi diğerimiz yapmalarını istemiş olabiliriz. Bahsettiğiniz şey bu mu, Doktor?

Dr. D.: Evet bir ölçüde.

Anne: Aa, benim böyle bir şeyden haberim yok.

Rollie: Evet, Anne, bu doğru sen ve babam asla hiçbir konuda anlaşamıyordunuz ve şimdi birdendire herşeyde anlaşmaya başladınız. Her ikiniz de gerçekten kabasınız ve bizim hayatımız gerçekten berbat!

Janice: Evet, bir daha asla bir şey yapmak zorunda değiliz. Bu korkunç evden nefret ediyorum.

Dr. D.: Bana öyle geliyor ki ailenin kurallara ve evde birşeylerin nasıl yürütüleceğine dair tavrında büyük bir değişiklik oluşmuş.

Rollie: Ne kuralı? Kural falan yok. Onlar birbirleriyle anlaşarak bir şeyler yapıyorlar sadece. Beni fitil eden şey de bu...

Baba: Hey, Rollie, Söylediklerini kulağın duysun, tamam mı evlat? Dışarıda bir yerde arkadaşlarınla birlikte değilsin. Burada bir doktorun ofisindeyiz.

Anne: Bu da başka bir şey, kullandığı dil...

Dr. D.: Şey, Peki. Bu konuya daha sonra, hakaret konusuna değineceğimizde, tekrar döneriz. Fakat ben şu kurallar konusuna dönmek istiyorum tekrar, özellikle de şu yazılı ve daha önemli olan kurallara. 'Bilinçdışı veya yazılı olmayan' kurallar derken neyi kastediyor olabiliriz. Sizin evde standartları kim belirliyor? Kuralları kim koyuyor?

Anne: Şey, sanırım Rollie haklı, özellikle bunu yapan biri yok, kurallar sadece anlaşılıyor. Yani, onları bir dereceye kadar konuşuyoruz, fakat bir noktada her zaman çizginin dışına çıkıyorlar.

Baba: Bilirsiniz işte, Carole ve ben bu tür şeylerin kendiliğinden oluşacağını umuyoruz gibi bir şey, fakat sanırım öyle olmuyor.

Dr. D.: Bu düşünce tarzı nereden geliyor? Yani, siz ikiniz zeki ve birçok yönden oldukça dürüst insanlar olarak dikkat çekiyorsunuz. Sizin yetişmeniz esnasında ne gibi deneyimler yaşadınız? Sizin kendi ailelerinizde kurallar nasıl belirlenirdi?

Aile terapisinin değerlendirme aşamasının başında, bütün aile bir aradayken, ebeveynin aile kökenlerini anlamaya çalışıyorum. Asıl amaç, ailenin, aile kökeninden gelen şemanın söz konusu aileye nasıl damla damla düştüğünü görmelerine yardımcı olmaktır.

Baba: Benimle mi yoksa Carole ile mi konuşuyorsunuz?

Dr. D.: Her ikinizle de.

Baba: Peki, benim babam, çok fazla şey söylemek zorunda kalmayan, sert biriydi. Biz çoğu kez, hiç çizginin dışına çıkmazdık, fakat kuralları o koyardı. Annem sadece onaylardı. Eğer haddimizi aşarsak, babam bize öfkeyle bakardı ve bu her şeyi açıklardı. Çabucak kendinize çeki düzen verin!

Dr. D.: O halde sizin ailenizde kurallar oldum olası açıkça belirlenmemişti, siz sadece eksik yönleri tamamlıyordunuz?

Baba: Evet, öyle de denebilir. Fakat açıkçası babam, gerektiğinde disiplinli olan biriydi. Sanırım kuralları onun koyduğunu, annemin bunu onayladığını ve böylece her şeyin yerli yerine oturduğunu söylemek doğru olur.

Dr. D.: Ya sen, Carole?

Anne: Şey, benim anne ve babam bunun tam tersiydi. Her ikisi de aşırı denetimciydi. Kurallar üzerindeki payları eşitti ve çocukları güçlü bir şekilde onlara uymaya zorluyorlardı. Bu noktada ben zar zor katlanıyordum.

Dr. D.: O halde, sizin kendi çocuklarınızı yetiştirme sürecinizde böyle bir sistem kullanmayı reddettiğinizi söylemek doğru olur mu?

Anne: Bilirsiniz işte, bu gerçekten çok komik. Baştan beri çocuklarımıza karşı sert davranıyordum, daha çok bizimkilerin beni büyütürken davrandıkları gibi, fakat daha sonra bir şekilde 10'lu yaşlara yaklaştıklarında yumuşamaya başladım.

Dr. D.: Belki de o zaman senin 10 yaşlarına geldiğinde anne ve babanın sertliğine gerçekten kızmaya başladığın zamanla aynı zamana rastlıyordu.

Anne: Gerçekten bu şekilde hiç düşünmemiştim. Sanırım anne ve babamdan çok fazla nefret ettiğim için onlar gibi olmak istemedim. Belki de öyle oldum, bilemem!

Dr. D.: Evet, görüyorsunuz, bu sizin için bir anlam ifade etmese de, çocuklarınızın kafasını oldukça karıştırmış olmalı.

Rollie: Bunu sadece kafamızın karışması ile açıklayamayız. Evde her gün farklı bir senaryo gerçekleşiyor.

Dr. D.: Peki, o halde bundan bir anlam çıkartmaya çalışalım. 'Aile kökeni' dediğimiz şeyde yaşadığımız deneyimlerin rolü inanç sistemlerimizin kendimize yönelik olarak nasıl geliştiğini ve ayrı ayrı ailelerimizin ne şekilde işlediğini anlamamızda son derece önemlidir. Farklı deneyimler ve anlayışlar yeni bir aile sistemine öncekilerden nelerin süzülüp geleceğini ve bunun nasıl idare edileceğini etkiler.[1]

Anne: Peki, o halde burada ailemizi anlamamıza yardım edin. Yani, bütün bunların bizimle ilgisi nedir?

Dr. D.: Pekala, bunu yazarak görelim. (Bob ve Carole'ın ayrı ayrı aile kökenlerinden gelen şemalarını betimlemek için tahtaya bir diyagram çizmeye başladım ve ardından bu iki şemanın

---

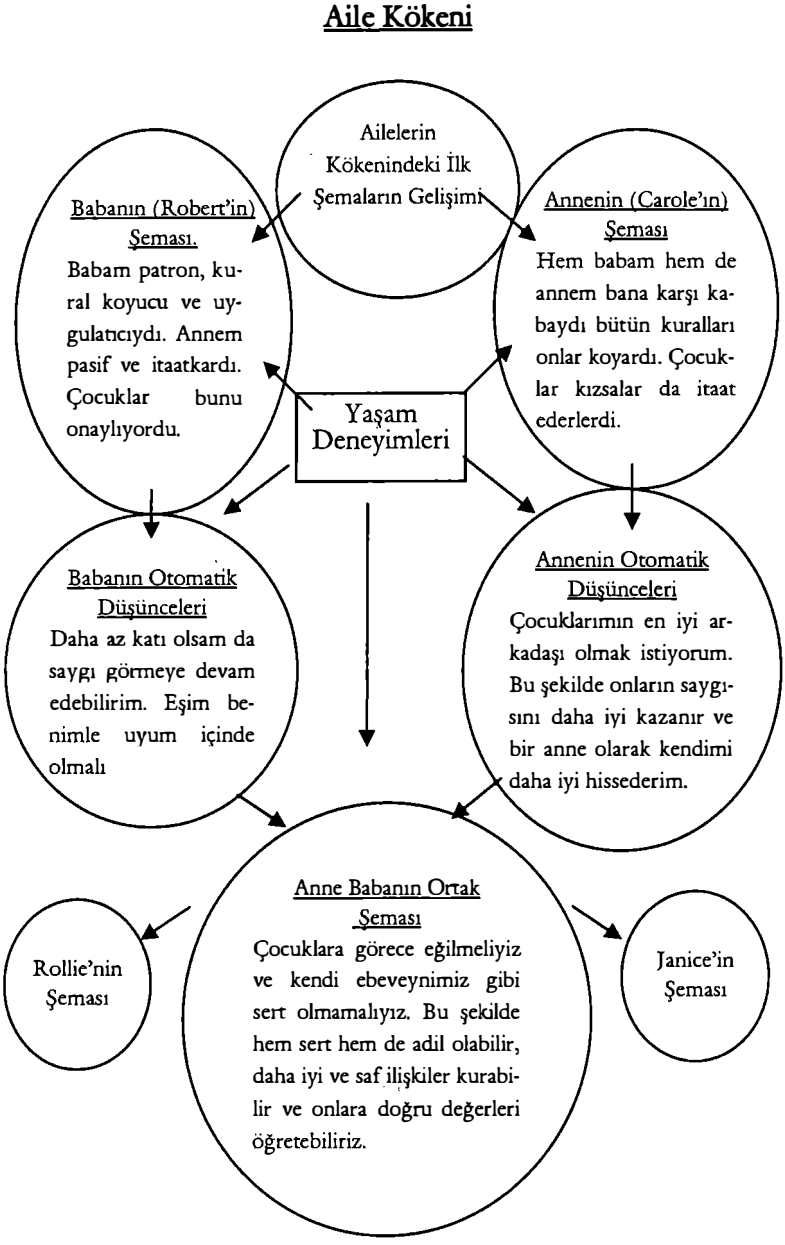
[1] Burada normal olarak bilişsel-davranışçı yaklaşımın bir eğitsel tedavi bileşeni olarak felsefesi ve teorisi hakkında daha detaya inmem gerekirdi. Bu, aileyi bir tedavi modeline yönlendirme süreci olarak görülebilir.

birbirine karışıp bütünleşmesinin ortak şemayı ne şekilde etkilediğini göstermeye çalıştım. [bkz., Şekil 19-1.])

Baba: Bu, çocuklarımızı yetiştirirken bağlı kaldığımız felsefeyi çok iyi özetleyecektir!

Anne: Evet! Sanırım olayı bu şekilde ele alırsanız, bu bizim ne şekilde hareket ettiğimizi göstermeli, bir an için bu işe yarayacak gibi görünüyor, fakat daha sonra Bob ve ben tartışmaya ve birbirimizden uzaklaşmaya başladık ve ardından, bir şekilde, farklı iki kamp oluşturduk, ikiye bölündük ve aramızdaki her şey daha da gerginleşti.

Figür 19-1. Aile Terapisine Yönelik Bilişsel-davranışçı Yaklaşım



Dr. D.: Peki bu, çocukları nasıl etkiledi?

Anne: Şey, sanırım onlara bağlandım, daha çok Rollie'ye, özellikle Bob işi yüzünden çok fazla seyahat ettiği için ve Rollie'ye karşı çok daha sert davrandığı için.

Janice: Evet, sanki biz üç kişiydik ve babam evde bir yabancı gibiydi. Yani, bize karşı iğrenç davranıyor, benimle uğraşıp duruyor ve herkese sözlü hakaretlerde bulunuyordu (gözleri dolmaya başladı).

Baba: Durun bir dakika bakalım. Bütün sorunlar bende mi?

Anne: Evet öyle, Bob, sorunların çoğu senin bize karşı olan sözlü hakaretlerinden kaynaklanıyor. Gerçekten bazen çok çirkinleşiyordun.

Baba: Hakaret etmek mi? Peki ya çocukların bana söyledikleri! Bana "damızlık boğa" demeleri ve buna benzer ifadeler seçmeleri?

Dr. D.: Sana böyle diyen kimdi?

Janice: Ben dedim. Çünkü o da bana "benim küçük şişko domatesim" diyordu. (Ağlamaya başladı. Baba ve Rollie kıs kıs gülmeye başladı).

Anne: Bu sık sık oluyor. Bob sürekli Janice'in kilolarıyla uğraşıyor ve bu durum Janice'i daha da kötü yapıyor. Geçen bir buçuk yıldır çok aşırı derecede kilo aldı ve bana göre, benim de bazen yaptığım gibi, sinirlenince sürekli yemek yiyor.

Dr. D.: Aile bireyleri arasındaki değiş tokuş karşısında çok şaşırdım. Özellikle de şu bozuk dil. Anne baba olarak siz buna izin mi veriyorsunuz?

Anne: Şey, sanırım bu bozuk dili yıllardır evde kullanarak öncülüğünü Bob yaptı ve artık bu hoş görülüyor. Hepimiz bunu yapıyoruz, bu korkunç bir şey.

Rollie: Evet. Onlarla bu şekilde konuşuyoruz, çünkü onlar da bizimle aynı şekilde konuşuyor.

Dr. D.: Birbirinize olan saygınızda tam bir çöküş olduğu görülüyor, sınırlardan bahsetmeye gerek bile yok. Olayın bu noktaya nasıl geldiğini anlamaya çalışıyorum.

Baba: Ne bileyim, olayların böyle olmasını hiç istemediğim için, bu beni çok rahatsız ediyor. Ben böyle yetiştirilmedim.

Anne: Ben de öyle, fakat nasıl söylesem, Bob ve benim anababalık görevimizi iyi yapamadığımız gerçeğiyle yüzleşmemiz gerekiyor (ağlamaya başladı).

Dr. D.: Pekala, hadi şemalar fikrine geri dönelim ve burada dinamiklere yeni bir şeyler ekleyip ekleyemeyeceğimize bir bakalım ve belki bu şekilde neler olup bittiğini daha iyi anlayabiliriz... Anne ve baba, bu şemayı veya inanç sistemini kazandığınız noktaya nasıl geldiğinizi görüyoruz, ayrı ayrı anne ve babanızın sizi büyütürken yaptığı gibi siz de aynı şekilde bir çocuk yetiştirme tarzını sürdürmeyi istememiştiniz. Dolayısıyla, sizin de bunun aksi bir yöne çekilip çekilmediğinizi merak ediyorum, böyle bir ihtimal var mı?

Anne: Evet, kesinlikle.

Dr. D.: Peki. O halde burada anlamamız gereken şey şu: Bunun kesinlikle bütün aile üzerinde bir etkisi var, daha çok da çocukların, ki onların sizin aranızda geçen çatışmaların dışında kalması gerektiğini düşünebiliriz. Tabi bu onların kendi davranışlarında sınırı aşmaları anlamına gelmez, fakat bu, çoğu çocuğun böyle durumlarda normal olarak yapmaları beklenen şeyleri yapmada onlara bir temel oluşturur, bu kargaşadan faydalanmak gibi. Anlaşılması gereken şu ki, onların ailede olayların nasıl döndüğüne dair inanç sistemleri veya şemaları, böyle bir atmosferle yüzleşmelerinin sonucu olarak gelişmiştir. Dahası, bu, onların ailede özerklik ve güç kazanma gereksinimleri ve istekleri ile de tamamlanır. Örneğin, çocuklara ailedeki dinamikleri nasıl algıladıklarını sorsak, yaptıkları şeyleri ne şekilde düşünüp gerçekleştirdiklerini daha iyi anlayabilirsiniz.

Baba: Şey, gerçekten ne düşündüklerini bilmiyoruz, çünkü ne zaman öğrenmeye çalışsak, bir ağız dalaşıyla her şey bitiyor ve bir sonuç çıkmıyor.

Dr. D.: Bu, süregelen yanlış iletişimin uyumsuz yapılarından kaynaklanıyor olabilir, buna ilerde açıkça değineceğiz. Ancak, şu an için, daha çok çocukların bireysel şemalarını incelemek istiyorum. (Rollie ve Janice'e dönerek) Siz oradan bakınca olup bitenleri nasıl görüyorsunuz?

Rollie: Şey, önceden anne ve babamı gerçekten arkadaş gibi görüyordum. Onları kendi akranlarım gibi düşünüyordum, durum böyle iken kötü giden bir şey yoktu. Herşey yolundaydı.

Dr. D.: O halde, artık olayları bu şekilde yorumlamayı bıraktığını söylüyorsun.

Rollie: Evet, kesinlikle.

Dr. D.: Kendi hayatında anne ve babana yüklediğin rol nedir?

Rollie: Pek emin değilim, bir akranım olarak, beni yönlendiren birisi olarak, fakat... şey, ne bileyim.

Dr. D.: Kafan karışık! Bak, yanlış bilgilenme sonucunda oluşması muhtemel birtakım çarpıtmaların etkisi altında hareket etmek zorunda kaldığınızı kabul ediyorum. Merak ediyorum, acaba, Janice de mi böyle düşünüyor...

Janice: Evet, hemen hemen. İstediğimiz şeyi yapmamıza izin vermeleri gerektiğini düşünüyorum ve eğer bir problemimiz olursa, bunu onlara söyleriz. Şu an, yine de, annem bana ve Rollie'ye karşı az da olsa bir arkadaş gibi davranıyor. Asıl sıkıntı yaratan babam. Bu aralar annem de aynı şekilde davranmaya başladı. Bu mide bulandırıcı. Bizden her şeyi bir gecede değiştirmemiz ve konfor bölgemizi terketmemiz bekleniyor.

Dr. D.: Konfor bölgesi?

Janice: Evet, bilirsiniz işte, en azından nerede durduğumuzu biliyorduk. Artık her şey karma karışık oldu.

Dr. D.: Peki, güzel, bütün bu olanlara değişik bir açıdan bakalım. Hatırlayacağınız gibi, bireylerin bazen nasıl, bizim "bilişsel çarpıtmalar" olarak adlandırdığımız şeylerle uğraşmaya meylettiklerini önceden tartışmıştık. Bu çarpıtmalar herkesin yaşamında bir şekilde uğraşmak durumunda kalabileceği şeylerdir. Bunlar yanlış bilgilenmeyle oluşur ve ailelerde sık sık çatışmalara neden olur.

Bu noktada aileye aşağıda tarif edilen bilişsel çarpıtmalar hakkında bilgi vermeye ve onlara bu çarpıtmaların kendilerine özgü aile durumlarına nasıl uygulanacağını örnekler kullanarak göstermeye başladım.

BİLİŞSEL ÇARPITMA

1. Keyfî çıkarım: Destekleyici ve doğrulayıcı herhangi bir kanıt olmaksızın aile fertleri tarafından ulaşılan sonuç. Örneğin, artık sokakta kalmamaları gereken zamandan yarım saat sonra eve dönen çocuklardan biri aile tarafından "hoş olmayan" bir kimse olarak yargılanır.

2. Seçici soyutlama: Bilgiler bağlamın dışında tutulur. Belli detaylara vurgu yapılır ve diğer önemli bilgiler ihmal edilir. Örnek: Baba sabah ilk iş olarak Rollie'nin selamına yanıt veremez ve Rollie, "Babam bana yine kızgın olmalı" sonucuna varır.

3. Aşırı genelleme: Soyutlanarak izole edilmiş bir veya iki olayın, ilgili ilgisiz her yerde gerçekleşen benzer durumların bir benzeri olarak görev yapmasına izin verilir. Örnek: Bob ve çocuklar zaman zaman tabaklarında yemek bıraktıkları için Carole, ailesinin müsrif olduğu inancına kapılır ve kendisini de böyle farzeder.

4. Azamileştirme ve asgarileştirme: Bir vaka veya durum normalden çok daha büyük ya da çok daha küçük olarak algıla-

nır. Örnek: Bob çocuklardan yemekten önce ellerini yıkamalarını ister, fakat kendisi böyle yapmaz. Çocuklarla karşılaştığında olayı "Ben çok sık ihmal etmiyorum, dolayısıyla mazeretim var" diyerek asgarileştirir.

5. Kişiselleştirme: Bir sonuca varmak için yeterli kanıtın bulunmadığı durumlarda kişinin harici olayları kendisine yorması. Örnek: Carole çocuklarının sürekli tartışmalarından ötürü, "Belki de hiçbir zaman bir anne olamadım" diyerek kendisini suçlar.

6. İki uçtan birinde düşünme (Ya hep ya hiç tarzı): Deneyimler ya hep ya hiç terimleriyle kodlanır: Kesin bir başarı veya mutlak bir başarısızlık. Örnek: Rollie'nin okulda başını belaya soktuğu bir kaç olaydan sonra Bob ve Carole'ın "anne baba olarak başarısız olduk" sonucuna varmaları.

7. Etiketleme ve yanlış etiketleme: Geçmişteki kusur ve hataların gelecekteki bütün davranışlar için bir şablon görevi görmelerine izin verilir. Örnek: Bob ve Carole'ın verdikleri sözü bir defa tutmayınca, çocuklar tarafından güvenilmez olarak değerlendirilmeleri.

8. Tünel görüşü (At gözlüğü bakışı): Aile üyeleri bazen sadece görmek istedikleri veya varolan zihinsel durumlarına uyan şeyi görürler. Örnek: Bob kaba bir inançla "ailenin reisi"nin erkek olduğu düşüncesindedir, çünkü kendisi yetiştirilirken baba kavramını bu şekilde algılamıştır.

9. Önyargılı açıklamalar: Bu, aile fertlerinin sıkıntılı zamanlar esnasında geliştirdikleri kutuplu bir düşünme tarzıdır; diğer ferdin gizli bir amacı olduğunu zannederler. Örnek: Rollie ve Janice anne ve babalarına güvenmemektedirler, çünkü anne babaları evlilik terapilerinde şu ana kadar hangi konuları tartıştıklarını onlara açıklamak istememektedir.

10. Beyin okuma: Bir aile ferdinin, diğerlerinin ne düşündüğünü, sözlü iletişim olmaksızın bilmek gibi sihirli bir yeteneği vardır. Örnek: Carole ailesinin kendisini başarısızın biri

olarak gördüğünü tahmin etmektedir, çünkü kendi ayakları üzerinde duramayan ve ne istediğini söyleyemeyen birisidir.

Bu çarpıtmalar aile terapisinde tespit edilmesi gereken kilit hedeflerdir. Aile fertleri bilişsel-davranışçı modele yönlendirilir ve onlara diğer aile fertlerinin düşüncelerinin yanı sıra kendi düşüncelerindeki bu tür çarpıtmaları tespit etmeleri öğretilir. Terapideki müdahalelerin birçoğu aile fertlerine bu tür çarpıtmaları tespit edip ardından düşüncelerini tekrar yapılandırmalarını sağlayacak kanıtlar toplamalarında yardımcı olmayı kapsar. Ayrıca, terapi alternatif davranışsal etkileşim modellerini uygulamayı ve fertlerin olumsuz yorumlarıyla başa çıkmayı da içerebilir.

Dr. D.: Örneğin, Rollie'nin annesiyle olan ilişkisini nasıl algıladığını ele alalım. Rollie biraz önce annesinin sır verip bağlanabileceği gerçek bir dost olduğunu söyledi. Bu doğru mu, Rollie?

Rollie: Ha, evet, kesinlikle.

Dr. D.: Fakat yine de, Carole'ın disiplini sağlamaya veya disiplin gerektiren bir problem üzerinde Bob ile işbirliği yapmaya çalıştığı noktada, Rollie bunu şey olarak yorumluyor...

Rollie: İhanet!

Dr. D.: Evet, bu terim olayı tanımlıyor: İhanet. O halde, aslında, Rollie'ye göre, annesi asla iki rolü de oynayamaz, arkadaş rolü ile kuralcı rolünü. Ona göre, bu ikisinden sadece biri olmalı. Bilişsel çarpıtmalar listemize göre bunu nereye koyabiliriz?

Rollie (gülerek): Ya hep ya hiç düşüncesi mi? Aman aman, kurtarın beni boğuluyorum! (herkes güldü)

Dr. D.: Doğru, Rollie, fakat henüz "imdat" diye bağırma. İki yönlü bir düşünce yapısı içindesin. Annenin tahminimce yıllardır sana iyilik ederek pekiştirmesi gereken bir şeylerinin olduğunu düşünüyorsun.

Anne: Doğru, bunu itiraf edebilirim.

Dr. D.: Tamam, fakat burada farkedilmesi gereken önemli bir şey var. Bu çarpık veya daha doğrusu "kaba" bir düşünce tarzı.

Çünkü rollerinizde herhangi bir esneklik payına izin vermiyor ve kesinlikle aile fertleri arasında bir takım çatışmalara sebep oluyor. Hatırlayacağınız gibi daha önce hepimizin bazen bilişsel çarpıtmalara kapılma eğiliminde olduğumuzu ve bu çarpıtmaların yetiştirilmemiz esnasında gelişen yanlış bilgilenme sürecinin bir sonucu olarak geliştiğini tartışmıştık. Bu çarpıtmalar bir şeylerin nasıl olması gerektiği hakkında sahip olduğumuz şemaların, inanç sistemlerinin bir sonucu olarak meydana gelir. Şimdi tekrar geri dönüp Rollie'nin 'ya hep ya hiç' düşüncesini bir örnek olarak ele alalım. Anne ve babanın aile kökenlerinden gelen gizli şemalarını nasıl açığa çıkarttığımızı hatırlıyorsunuz, değil mi?

Rollie: Evet.

Dr. D.: Tamam ve annenin şemalarının, çocuk sahibi olup onları yetiştirmeye başladıktan sonra, özellikle de babanın fikirleri ve inançları ile yaşadığı sorunların etkisi ile, kendisi için bir tür çatışmaya sebep olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla, bir bakıma, annenin sen ve Janice ile arkadaşça bir ilişki sürdürmek ve aynı zamanda sert ve disiplinli kalabilmek arasında iki parçaya bölündüğünü söyleyebiliriz. Annen iki rol arasında bocalıyordu ve bu da senin kafanı karıştırıyor ve olayları siyah veya beyaz terimleriyle açıklamana sebep oluyordu. Bir çocuk olduğun için doğal olarak, annenden bir kuralcı rolünü oynaması yerine daha müsamahakar bir anne rolünü oynamasını bekleyeceksin. Sonuç olarak, anne ve baban birbirlerini daha destekleyici olup ilişkilerinde birleşik bir cephe kurduklarında, buna kızdın ve bunu iki yönlü terimlerle açıklama eğilimi gösterdin "ya hep ya hiç." Bu herkes için açık, değil mi?

Anne: Şey, ben bu konuda kendimi biraz suçlu hissediyorum, çünkü sanırım ben çocukların ikisine karşı da bunu yaptım.

Dr. D.: Tamam, fakat tamamen kendinizi suçlamanız sizce adil mi? Aslında bu daha çok hepimizin sahip olduğu aile sisteminin genel bir problemi. Her birimiz ailenin ihtiyaç ve taleplerimiz doğrultusunda ne şekilde devam edeceğine yönelik bi-

reysel şemalarımız olduğu gerçeğini kabul etmek zorundayız. Basitçe, hepimiz birer insan olduğumuz için ve bu da insanın zaman zaman yaptığı bir şey olduğu için bu şemalar bilişsel çarpıtmalarla doludur. Ayrıca hepimizin, sahip olduğumuz bireysel şemalarımızın yanı sıra, şu an gelmek istediğim terim olan birer aile şeması var. Aile şeması olayların bizim sistemimizde nasıl döndüğüne yönelik ortak bir anlayışımızı içerir ve yazısız kuralların yanı sıra yazılı kuralları da ne şekilde anladığımızı kapsar.

Baba: Hadi ya, sanırım burada yapılacak çok iş var.

Dr. D.: Evet. Aileler oldukça karmaşık birimlerdir, fakat bizim için önemli olan bu yapıyı anlamaya çalışmaktır. Ancak bu şekilde sistemi değiştirecek bir takım stratejiler geliştirmeye ve ailenin daha düzgün bir şekilde devam etmesini sağlamaya başlayabiliriz. Bunun tam olarak kavranmasının zor olduğunun farkındayım, fakat birlikte çalıştıkça daha spesifik olarak üzerinden geçeceğiz.

Janice: Peki bu bir şeyleri nasıl değiştirecek? Anlayamadım. Bizden ne yapmamız bekleniyor?

Dr. D.: Peki Janice, birbirimize karşı düşünme ve davranma yöntemimizde bir takım değişiklikler yaparsak, değişimin gerçekleşmesi beklenebilir. Ancak şu an hala öğrenme aşamasındayız ve biraz daha bilgi edinene kadar senden bir müddet sabırlı olmanı istiyorum. O zaman umarım taşlar yerine oturmaya başlayacak. Hepimiz başka bir seansa katılmakta hem fikir miyiz?

Baba: Tamam, ben kesinlikle tekrar gelmek istiyorum, bunların tümü bir şekilde ilgimi çekti.

Anne: Evet, ben de. Ve ayrıca burada bir şeyleri düzeltmek zorundayız. Çünkü işler yolunda değil.

Dr. D.: Hepiniz birbirinizden boşanmadan önce mi, demek istiyorsun? (Herkes gülüştü. Rollie ve Janice'e dönerek): Çocuklar siz de tekrar gelecek misiniz?

Rollie ve Janice: Evet, sanırım (ikisi de birbirlerine bakarak kıkırdadı).

Dr. D.: Peki bir hafta veya on gün içinde buluşsak nasıl olur? Fakat bu zaman süresince hepinizden bu çarpıtmalar fikri ve bu fikrin bireysel anlamda her birinizle olan ilişkisine yönelik biraz düşünmenizi istiyorum. Bunu henüz birbirinizle açıkça tartışmamanızı öneririm. Sadece kendi kendinize düşünün.

Anne: İyi, ama evdeki gerginlikler ne olacak? Her şey berbat durumda. Şu an yapabileceğimiz bir şey var mı?

Dr. D.: Şey, bilemeyeceğim. Geçici olarak neyde karar kılabiliriz? Kısa süreli, en azından bir sonraki buluşmamıza kadar, bir ateşkeste mutabık olabilir miyiz? Birbirinize yüklenmeye birazcık ara verin. (Bob ve Carole başlarını sallayarak onayladılar, Rollie ve Janice omuzlarını silktiler.)

Dr. D.: Tamam. Bakalım ne yapabileceğiz. Bir dahaki sefer hepinizi göreceğim.

Bu ilk seans, yaklaşık doksan dakika süren oldukça yoğun bir seanstı. Normalden daha fazla bilgi edinildi, fakat bu aile büyük bir potansiyele sahip, oldukça parlak bir aileye benziyordu. Ayrıca bu ailenin nasıl döndüğüne yönelik sağlam bir kanaat elde etmek ve bana her şeyi açıkça ifade ederken elimden geldiği kadar çok şey almak istedim. İlk seans, tabi ki, ailenin hayat bilgisi düzeyine bağlı olarak değişebilir.

Bu ailenin, asgari bir bilgilenme ile kendi başlarına neleri başarabileceklerini görmek istediğim için onlara kasten daha fazla yapılanmış bir ev ödevi vermedim. Burada bir miktar tehlike riski aldığımın farkındayım, fakat bu bazen kendi içinde ve dışında tanısal olabilir. Bir dahaki seans için gündemimde, kanıtları irdelemek ve alternatif öz ifadelere bakmak için bilişsel çarpıtmaları ve stratejileri tespit etmeye yönelmek olacaktı. Aynı zamanda, bu ailenin dinamikleri ve bu çocukların niçin daha fazla gücü ve kontrolü kabul etmek zorunda bırakıldıkları hakkında daha fazla bilgi edinmek ümidindeydim.

Gelecek seansta acil bir durum gerektirecek bir olayın gerçekleşmesi beni şaşırtmazdı.

Seans 2

Dr. D.: Hepinizin geri gelmekte uzlaşmış olduğunuzu görmek beni memnun etti. Başlamadan önce, geçen hafta boyunca veya son buluşmamızdan bu yana aranızda herhangi bir olay yaşandı mı, merak ediyorum.

Anne: Korkunç bir hafta geçirdik. Sanırım ailedeki gerginlik hiç olmadığı kadar yüksekti. Oldukça iç karartıcı bir haftaydı.

Dr. D.: Aa, gerçekten mi, neler oldu?

Anne: Her şey Bob'ın geçen Cuma gecesi hepimize hakaret etmesiyle başladı ve...

Baba (aniden araya girerek): Kahrolası! bir dakika dur bakalım! Hemen bütün suçu bana yüklüyorsun. Bu berbat haftanın sorumlusu benim, hepsi benim hatamdı!

Janice: Sen başlattın baba, hem de aptal bir pizza yüzünden.

Dr. D.: Kesin şunu! Aptal bir pizzanın bununla ne ilgisi var? Yardım edin bana, ben yine koptum burada. (çocuklar kıs kıs gülmeye başladı).

Baba: Cuma gecesi, hafta sonlarında genellikle yaptığım gibi, eve pizza getirdim. Ofisten Carole'ı aradım ve hiçbirimizin yemek pişirecek durumda olmadığımıza karar verdik, bu yüzden bir pizza almıştım.

Dr. D.: Tamam, bu kulağa hoş geliyor.

Baba: Evet, kapıdan içeri girdim, pizzayı mutfak masasının üstüne koydum ve ceketimi gardroba asmak için koridora doğru yürüdüm. Üçü birden akbabalar gibi pizzanın üzerine üşüştüler, hepsi ikişer parça pizza alıp kaçtı. Bana iki küçücük parça bırakmışlardı ve üzerlerinde nerdeyse hiç peynir yoktu. Bu beni çileden çıkardı, kontrolümü kaybettim ve hepsine oburlar diye bağırdım. Onlara nankör olduklarını söyledim ve sanırım

o an bir kaç kelime daha söyledim... Bilmiyorum. Şu an hatırlamıyorum.

Anne: Öyle mi, ben hatırlıyorum! Rollie'ye 'g..t herif', Janice ve bana da 'domuzlar' diye bağırdın. (Rollie ve Bob kıs kıs gülmeye başladı)

Dr. D.: Tamam, olayı anladım. O halde gelin şuna bir bakalım ve geçen sefer bıraktığımız yerden devam edelim. Bob, şu eve pizza getirdiğin Cuma gecesine geri dönelim. Ne hissettiğini hatırlıyor musun?

Baba: Of! Ne bileyim, sanırım herkes gibi yorgun ve açtım.

Dr. D.: Yani, eve pizza getirdin ve onu herkesle paylaşmak için mutfak masasının üzerine koydun. İlk olarak sana sormama izin ver, ne olacağını tahmin ediyordun? Beklentilerin neydi?

Baba: Bilmiyorum, bunu düşünmedim. Sanırım herkes masaya oturacak ve normal bir şekilde pizza yiyecektik. Bilirsiniz işte, tahmin edebileceğiniz gibi. Her insanın yaptığı gibi! (Rollie ve Janice'e ters ters bakarak).

Dr. D.: O halde herkesin bir şekilde pizzaya yumulması seni rahatsız etti.

Anne: Durun bir dakika! Bob pizzayı masanın üzerine koydu ve "pizza burada" diye bağırdı ve ardından ceketini asmaya gitti. Fakat başka bir şey yapıyor olmalıydı, çünkü hemen mutfağa geri gelmedi. Çocuklar bir televizyon programı izliyorlardı, koşarak gelip pizzalarını kaptılar, tabi her zaman yaptıkları gibi. Sonra da ellerine alıp yemek için televizyonun karşısına geçtiler.

Dr. D.: O halde, Bob, bu senin olması gerektiğini düşündüğün beklentilerini boşa çıkardı?

Baba: Evet, sanırım öyle.

Dr. D.: Pekala ve bu şüphesiz seni bir dereceye kadar kötüleştirdi?

Baba: Evet. Daha sonra içeri girdiğimde üstlerinde nerdeyse hiç peynir olmayan iki dilim pizza görünce, keçileri kaçırdım.

Dr. D.: İşte, tam burada dur! O esnada aklından geçen düşünceler neydi?

Baba (duraksadı ve bir dakika düşündü): Of!, bilmiyorum. Hatırlamıyorum.

Dr. D.: Hadi bir deneyelim. Bir dakika gözlerini kapat ve kendini hayalî olarak o ortamda hatırlamaya çalış.

Rollie: Hayır, bunu yapmasını söylemeyin, uyuyakalır.

Dr. D.: Hayır, uyumaz, buna izin vermem. Peki kapat gözlerini ve bu sahneyi hayal etmeye çalış. O sahne kafanda oluştuğunda bana haber ver.

Baba: Tamam, ordayım (kapalı gözleriyle sırıtarak).

Dr. D.: Güzel. Şimdi düşün bakalım, ne giyiyordun, nerede duruyordun, etraftaki atmosfer nasıldı, kokular, vs.

Baba: Evet, tamam.

Dr. D.: Kutuda duran o iki küçücük gülünç pizza parçalarını, öyle sana bakarken gördüğün andaki düşüncelerin neydi hatırlıyor musun?

Baba: Evet. "Ne olacak, obur şeyler! Onlardan da normalde bu beklenirdi zaten." Diye düşündüm.

Dr. D.: Normal olan nedir?

Baba: Nasıl desem, bu bencillik, bu beni önemsemeyiş. Ben eve kahrolası bir pizza getiriyorum ve hiç kimse benimle oturmuyor. Bana doğru dürüst bir parça pizza bırakacak kadar bile düşünmüyorlar beni. Umurlarında bile değilim.

Dr. D.: Peki bununla bağdaşan şema nedir?

Baba: Neyi kastettiğinizden emin değilim.

Dr. D.: Senin otomatik düşüncen şu; "bana karşı düşüncesizler." Bu ne anlama geliyor?

Baba: Beni umursamadıkları anlamına geliyor. Beni sadece kullanıyorlar. Onlar için sadece bir yemek biletiyim.

Anne: Oo, Yapma Bob!

Dr. D.: Hayır, Carole, bekle. Bitirmesine izin ver!

Baba: Ben buyum işte bana bir b..k verdikleri yok.

Dr. D.: O halde senin şeman veya temel inancın şu: Ailedeki hiç kimse seni gerçekten umursamıyor ve sana verdikleri değeri sana bıraktıkları küçücük pizza parçalarıyla sembolleştiriyorlar. Halbuki o pizzayı almanın bütün sıkıntısını sen çekiyorsun, parasını sen ödüyorsun vs. Doğru mu?

Baba: Evet kısaca durum bu.

Dr. D.: Peki şimdi, burada önemli bir soru var. Bu pizza olayı dışında, "Bana bir b..k verdikleri yok, onlar için sadece bir yemek biletiyim" ifadesinin doğruluğunu tasdik eden başka ne gibi kanıtlara sahipsin?

Baba: Of!, şey, daha önce de bir şeyler olmuştu.

Dr. D.: Ne zaman?

Baba: Bilmiyorum, çok uzun zaman oldu.

Dr. D.: Birçok kez mi? Böylesine iddialı bir ifadeyi destekleyecek kadar çok kez mi?

Baba: Yo, hayır, çok kez değil, fakat oldu.

Dr. D.: O halde, çok fazla kanıtın yok, sadece birkaç olay.

Baba: Evet, belki bir kez daha olmuştu.

Dr. D.: O halde, birtakım bilişsel çarpıtmaların iş başında olması olasılığı var mı?

Baba: Şey, evet, belki, fakat yine de, ben böyle bir şeye sinirlenmenin mantıksız bir şey olduğunu düşünmüyorum. Bu tamamen onların bencilliğiydi.

Dr. D.: Hayır, seninle bu olayı tartışmıyorum. Peynirli pizzayı yemek için can attığından da emin değilim. Dolayısıyla, eminim iki dilim "soslu ekmek" dilimi ile kala kalmak, özellikle de aç olduğunda (çocuklar kıkırdamaya başladı), büyük bir hayal kırıklığı. Fakat bunun seni umursamadıkları ile aynı anlama

geldiğini söylemek, bunun doğru bir varsayım olabileceğine ihtimal vermiyorum. Sen ne düşünüyorsun?

Baba: Şey, ben de öyle sanmıyorum, fakat bu sinir bozucu bir şey.

Dr. D.: Elbette, fakat kendine değerin hakkında söylediğin şeylerin sende yarattığı duygu, senin duygusal ve davranışsal olarak ne tür reaksiyonlar göstereceğin konusunda önemli bir değişikliğe yol açacaktır. 'Günlük işlevsiz düşünceler raporu'nu (GİD) çizersek, bunu açıkça görebilirsin. Hadi birlikte çizelim.

Bütün aile görebilsin diye bir tahtaya yazmaya başladım

Durum	Otomatik düşünceler	Duygu	Bilişsel Çarpıtma
Herkes en iyi pizza dilimlerini almaya çalışıyor ve babaya küçük parçaları bırakıyor.	Bana bir b..k verdikleri yok! Onlar için sadece bir yemek biletiyim.	Ajite/Sinirli Değersiz	Keyfi çıkarım Azamileştirme. İki yönlü düşünme

Dr. D.: Pekâlâ. Bu şekilde analiz ettiğimizde gerçekleşmekte olan çarpıtmaları ve kendi kendinize oluşturduğunuz ifadelerin nasıl yanlış bir tabana oturduğunu görmek kolaylaşıyor.

Baba: Evet, sanırım bunu görebiliyorum.

Dr. D.: Dolayısıyla bunu takip eden duygular ve davranış reaksiyonlarınızı ve reaksiyonlarınızın ailenin diğer fertlerinde nelere sebep olacağını belirler.

Baba: Bu durumda hatalı olan kişi ben oluyorum.

Dr. D.: Hayır, tamamen değil. Diğer fertlerde oluşan düşüncelere de bir bakalım. Carole, Bob bu şekilde tepki gösterdiğinde ne oldu?

Anne: Şey, açıkçası çok aceleci davrandığını düşündüm. Yani, ben de sinirlenebilirdim, fakat bize "gelin bakalım buraya, bana üstünde daha fazla peyniri olan dilimlerden bıraksanız nasıl olur?" diyebilirdi. Yani, hala biraz kalmıştı. Çocuklar henüz hepsini yememişti. Ellerindekilerin birazını geri koyabilirlerdi.

Dr. D.: Peki bu diğerlerinizi nasıl etkiledi?

Rollie: Şey, ben tam olarak ne olduğundan emin bile değildim ve gerisini biliyorsunuz, babam bağırdı ve bana nankör 'g..t herif' dedi. Bunun üzerine çılgına döndüm.

Dr. D.: Janice, ya sen?

Janice: Bilmiyorum, ben sadece pizzamı yemeye devam ettim, (herkes kahkaha atıyor).

Dr. D.: Fakat aklından bir şeyler geçirmiş olmalısın.

Janice: Şey, düşündüm ki, "İşte yine aynı şeyi yapıyor. Daima herkesi aşağılıyor."

Dr. D.: Demek ki bu olay çok fazla rahatsızlığa neden oldu. Eğer babanız size daha az sinirli bir şekilde gelip ona kendi payına düşen doğru dürüst pizza dilimlerini vermenizi isteseydi, buna tepkiniz nasıl olurdu?

Rollie: Sorun olmazdı, diğer parçayı ona verirdim. Adaletsiz davranmak istemem.

Dr. D.: O halde babanızı kandırmak ve ona kasten pizza artıklarını bırakmak niyetinde değilsiniz, aslında obur değilsiniz, öyle değil mi?

Rollie ve Janice (gülerek): Hayır, bu sadece onun bizden daha yavaş davranması ve bizim açlıktan ölüyor olmamızdan kaynaklandı.

Dr. D.: Pekâlâ, fakat babanızın ne hissettiğini anlayabiliyorsunuz değil mi?

Rollie ve Janice: Evet, sanırım.

Dr. D.: Ve sen Bob, bu olaydan çıkarttığın sonucun biraz abartılı olduğunu farkettin galiba?

Baba: Evet, sanırım abartmışım.

Dr. D.: Carole, sen ne düşünüyorsun, oldukça sakinsin.

Anne: Şey, ben sadece bu olayın ailemiz için ne kadar tipik bir şey olduğunu düşünüyorum. Yani bu sorun her zaman oluyor ve sanırım siz bu akşam burada çok güzel bir noktaya değindiniz, yani bizim düşüncelerimizde çok aceleci davrandığımız konusuna, bu nokta bazen bizi ciddi sıkıntılara sokuyor.

Dr. D.: Evet, bunu görebiliyorum.

Bu senaryodan da anlaşılacağı üzere, tüm aileyi kendi düşünce süreçlerinde gerçekleşen dinamikler ve olayları ne kadar kolay çarpıtabildikleri hakkında düşünmeye başlamaya teşvik ettim. Daha da önemlisi, düşünceleri ve düşüncelerinin duygularıyla ne şekilde alakalı olduğu ve bu alakanın birbirleriyle olan ilişkilerindeki çatışmalara spesifik olarak nasıl yol açtığı arasında bir bağ kurmaya başladılar.

Bir rol modeli olarak kasten babayı seçmiştim, çünkü onun birçok yönden ailenin temel tutumunu oluşturduğuna inanıyorum. Kendi üzerinde özel bir kontrole ve kuvvete sahip olan anne ise kocasına yönelik yaptığım manevraları sakin bir şekilde izliyordu. Sanırım, bir rol modeli olarak onu seçseydim, tekrar yapılandırma sürecinin çok fazla etkisi olmayacaktı. Ayrıca, anneyi terapinin odağından uzaklaştırıp babaya odaklanarak sessiz bir şekilde onun gücünü etkisiz hale getirmek istedim. Açıkçası bu tedavi sürecinin bu noktasında aile için daha az tehlikeli olacaktı.

Dr. D.: Peki, ya ailenin geri kalan kısmı. Hepiniz kendi otomatik düşüncelerinizin duygusal tepkilerinizi etkilemesi halinde buna benzer deneyimler yaşayabileceğinizin farkına vardınız mı?

Rollie: Şey, evet, fakat bazen bir şeylere çok kızıyorum, kendime hakim olamıyor ve düz düşünüyorum. Yani, benim için bir

şeyleri yavaşlatmak gerçekten çok zor. Ayrıca, hiç kimse bunu yapmazken benim niçin yapmak zorunda olduğumu anlamıyorum.

Dr. D.: Şey, bir bakıma asıl mesele bu işte Rollie. Görüyorsun ya, herkesin olayları bilişsel olarak ele alış tarzını incelemeye ve çatışmaya neden olan düşüncelere ve çarpıtmalara meydan okumayı öğrenmeye ihtiyacı var. Bunu yapmaya başlayabileceğimiz yollardan birisi de, kendimizi çarpık düşüncelere kaptırdığımızda kendi kendimize aşağıdaki soruları sormaktır. Biz buna "yorumlarınızı sorgulamak" diyoruz.

1. Benim yorumumu destekleyen kanıtlar nelerdir?

2. Benim yorumuma zıt olan ne tür kanıtlar mevcut?

3. Benim yorumum mantıksal olarak ailemdeki bir ferdin, benim teşvikim ile gerçekleştirdiği eylemlerinden mi kaynaklanıyor?

4. Onun davranışının alternatif bir açıklaması var mıdır?

Aile fertlerinden birinin düşüncesizce konuştuğu bir durumu veya sizi rahatsız eden başka bir olayı ele alın. Ve kendinize şu soruları sorun:

Acaba bu durum, diğerlerinin çok keskin konuşmalarından ötürü birisinin bana kızmış olmasından mı kaynaklanıyor?

Onların konuşma tarzının alternatif açıklamaları var mı? (Örneğin, bu sesin sahibi üşütmüş olabilir veya kırılgan olabilir ya da başka bir şeye sinirlenmiş olabilir.)

Bana kızmış olsalar bile, bu ne anlam ifade eder:

A: Beni umursamıyorlar veya bir şekilde küçümsüyorlar mı?

B: Veya her zaman bu şekilde mi davranıyorlar?

C: Bu, onların benim hayatımı küçümsedikleri anlamına mı geliyor?

D: Ben yanlış bir şey mi yaptım?

(Tüm aileye): Bunun nasıl bir yararı olabileceğini anlıyor musunuz?

Anne: Evet, ben anlıyorum. Artık ailemizdeki olup bitenleri nasıl yavaştan almamız gerektiğini öğrenmemiz ve bunu kahrolası duygusallığımızı bir yana bırakarak hatırlamamız gerekiyor.

Dr. D.: Evet, bu sadece bir kısmı. Aileler, belli prensipler veya varsayımlarla işleyen ilginç fakat karmaşık sistemlerdir. Bu varsayımlar duygu ve davranışlarımızı önemli ölçüde etkileyebilir. (Steigerwalt'lara, Schewebel ve Fine'nin (1994) öne sürdüğü varsayımlardan bazılarını basitleştirilmiş bir yöntemle açıklayarak devam ettim):

Varsayım 1: Bir ailenin bütün fertleri ihtiyaç ve isteklerini yerine getirmek için mevcut çevreleriyle ilişkilerini devam ettirme çabasındadırlar. Bu çevreyi ve bu çevre içerisinde en etkili biçimde nasıl faaliyet gösterebileceklerini, bu bazen sınırları test etme anlamına gelse de, anlama gayretindedirler. (Örneğin, Rollie, eve geliş zamanını yarım saat aşabilir.) Aile fertleri ailenin nasıl döndüğü hakkında bilgi topladıkça bu bilgiyi, davranışlarını yönlendirmek ve aileye yönelik bilişlerini oluşturmak ve iyileştirmek için kullanırlar. Bu da bireyin aile hayatını ve aile ilişkilerini geliştirmesini sağlar. Dolayısıyla, Rollie, herhangi bir ceza almadan sınırlarını genişletebileceği kavramını geliştirmeye başlayabilir ve böylece kuralların az bir ceza ile ihlal edilebileceği sonucuna varır.

Varsayım 2: Her ferdin bireysel bilişleri aile yaşamının her yönünü önemli derecede etkiler. Bu bilişleri belirleyen bilişsel değişkenler olarak beş kategori tespit edilmiştir: 1) Seçici dikkat (Bob ve Carole'ın, çocukların olumsuz davranışlarına odaklanması), 2) Yorumlar (Bob'un, çocukların niçin yaramazlık ettiğine yönelik açıklamaları), 3) Beklentiler (Bob'un, Carole ve çocuklara soru sormaksızın onun istediğini yapmalarını beklemesi), 4) Varsayımlar (Janice'in hayatın adil olmadığını kabul etmesi) ve 5) Standartlar (Rollie'nin dünyanın nasıl olması gerektiği hakkındaki düşünceleri).

Varsayım 3: Memnuniyetin önündeki belli "engeller" aile fertlerinin bilişlerinde yatmaktadır (örneğin, Carole'ın her zaman çocuklarının en iyi arkadaşı olması gerektiği inancı.)

Varsayım 4: Aile üyeleri, aileye yönelik bilişlerinin ve bu bilişlerin belli durumlarda onları nasıl etkilediğinin daha fazla farkına varmadıkça, sıkıntıya yol açan tarafları tespit edemeyecekler ve onları sağlıklı bir etkileşimle değiştiremeyeceklerdir.

Bu varsayımlar genellikle aile yapısı içerisinde konuşulmazlar ve basitçe bilinçsiz bir düzeyde var olur ve muhafaza edilirler. Bir anlamda, bunlar otomatik olarak gerçekleşir ve çoğu kez ailemizi yöneten kuralları oluştururlar.

Rollie: Fakat bu, bizim kurallarımızın ve varsayımlarımızın bir anlamda bozulmuş olması demek oluyor. Yani, bizi ailemize karşı çıldırtan şey de bu. Yani zamanın yarısında neyin ne olduğunu bilmiyoruz. Kurallar sürekli değişiyor.

Dr. D.: Ne dediğini tam olarak anlayamadım, Rollie. Biraz daha netleştirebilir misin?

Janice (araya girerek): Sanırım söylemeye çalıştığı şey şu; anne ve babamız her şeyi çok fazla değiştiriyor, kafamızı karıştırıyorlar. O zaman için doğru olduğunu düşündükleri şeyi yapıyorlar.

Anne: Pekâlâ, bunu sineye çekeceğim, sanırım bunu söylemek adilce olur. Fakat siz çocuklar (Rollie ve Janice'i işaret ederek) tamam alın sizin olsun, bu cehennemi babanız ve ben olmadan idare edin.

Janice: Tabi ya, biz çocuğuz, ne bekliyordunuz?

Dr. D.: Beni şaşırtan şu ki belki de Rollie ve Janice onlara daha sert bir şekilde yaklaşmanızı bekliyorlar, fakat siz bunu yapana kadar, kendi başlarına hareket edip size zor anlar yaşatacaklardır.

Anne: Fakat onların şikâyet ettiği şey bu, yani onlara karşı sert oluşumuz ve Rollie'nin deyimiyle "onlara b..ktan şeyler yapışımız."

Dr. D.: Hayır, benim duyduğum şey bu değil. Siz (Rollie ve Janice'e) yanlışsam beni düzeltebilirsiniz, fakat benim duyduğum şey onların karşı çıktıkları şeyin tutarsızlık olduğu. Aslında, bütün meselenin bundan ibaret olduğuna inanıyorum.

Baba: Tutarsızlığı mı kastediyorsunuz?

Dr. D.: Kesinlikle. Sanırım kendilerini bir şekilde bir ikilem içindeymiş gibi hissediyorlar ve bu onları rahatsız ediyor.

Anne: Yine söylüyorum, bunun sorumlusunun ben olduğuma inanıyorum. Çünkü çok fazla istikrarsız davrandım. Genellikle sert insan ve onların en iyi arkadaşı rolleri arasında gidip geldim.

Dr. D.: Benim edindiğim izlenime göre Bob buna, daha katı bir tutum sergileyerek karşı çıkabilirdi ve bu da ikinizi farklı kutuplara itebilirdi. Böyle bir şey olduğunda, bu çocuklara istediklerini yapabilme serbestliği sağlayacaktır ve bu da ailede çatışmaya neden olur.

Baba: Aman Tanrım! Ne zor bir durum, herşeyi yoluna koymamıza yardım edebileceğinizi düşünüyor musunuz?

Dr. D.: Elbette bunu deneyeceğim, herkes elinden gelen çabayı gösterdiği sürece.

Bu noktada aileyi benimle çalışmayı sürdürmeleri konusunda temin ettim. Bu ailenin fertleri arasındaki iktidar tutarsızlığı ve çatışmasının aralarındaki uyumu her an bozabilecek bir hale gelmesinden ötürü, yaptığım şeye bağlı olarak, bu çok önemliydi.

Takip eden beş seans boyunca, kurallara ve düzenlemelere dair aile şemalarını belirlemeye odaklandım ve daha da önemlisi aile fertlerinin birbirleri hakkında tam olarak ne hissettiğini tespit etmeye yöneldim.

Aşağıdaki diyalog altıncı seanstan bir alıntıdır.

Dr. D.: Janice, biraz önce anne ve babanın şu an ne ile uğraştığınla gerçekten ilgilenmedikleri gibi birşeyden bahsettin. Bu düşüncelerini biraz daha açınanı istiyorum.

Janice: Şey, anne ve babamın benim kilolarımla uğraşmasından bıktım usandım artık. Şişman olduğumu biliyorum, elimden gelen bir şey yok ve bana az yemek yiyip kilo vermenin çok kolay olduğunu falan söyleyip duruyorlar.

Dr. D.: Diğer bir aile ferdi kiloların hakkında bir şey söylediğinde, aklından tam olarak ne tür düşünceler geçiyor?

Janice: Kırılır ve üzülürüm.

Dr. D.: Tamam, böyle hissediyorsun, fakat bu duygulara sebep olan düşünce nedir?

Janice (biraz düşünme payı istedi): Şey, bunların beni incitebileceği umurlarında bile değil. Bunun benim elimde olan bir şey olmadığını düşünmüyorlar.

Dr. D.: Güzel! Şimdi bunun onlara karşı reaksiyonlarını veya davranışlarını ne şekilde etkilediğini düşünüyorsun?

Janice: Şey, bir kere, yemek yemek isteğimi artırıyor.

Anne: Aa, bu çok ilginç, bunu hiç bilmiyordum.

Dr. D.: Yani aslında sinirlendiğini ve bu yüzden aşırı yemek yediğini mi kastediyorsun?

Janice: Evet, her seferinde.

Dr. D.: Bu ayrıca bir çeşit misilleme gibi bir şey. Yani, sana karşı duyarsız davrandıkları için onlardan bu şekilde öç almaya çalışıyorsun.

Janice: Doğru.

Dr. D.: Bu bir tür uzaklaşma, yani yemek yiyişin.

Baba: Ya, gerçekten mi! (Rollie ve Bob kıkırdıyor, Janice ağlamaya başlıyor)

Anne: Görüyorsun ya, Bob. Benim kastettiğim de bu zaten. Bu tür alaylı ifadeler gerçekten kırıcı oluyor.

Baba: Pekâlâ, özür dilerim (hala sırıtıyor); kendimi kontrol edemedim o kadar.

Dr. D.: Buna dayanamıyorum, fakat anladığım kadarıyla gülmenin bu ailede çok özgül bir amacı var.

Anne: Nasıl yani?

Dr. D.: Dikkat ederseniz, her ne vakit biriniz duygularını ifade etse veya hassasiyetini ortaya koysa, diğer aile fertleri ya alay ediyor ya da gülüyor. Sizce bu ne anlama geliyor?

Rollie: Kafayı yemişiz?

Dr. D.: Yo, bundan daha farklı bir şey... Bu samimiyet ile ilgili sıkıntı yaşıyor olmanız gibi bir şey. Aile olarak sürekli bundan kaçıyorsunuz, ya tartışarak ya da birbirinizle dalga geçerek.

Anne: Bunu daha fazla kabul edemem.

Dr. D.: Samimiyet hakkındaki aile şemasına yönelik ne söyleyebiliriz? Sizin ailenizde samimiyet ne şekilde yer alıyor?

Baba: Şey, jest yoluyla ifade ediliyor. Mesela ben, Janice'e benim küçük domates kraliçem dediğimde, gerçekten bunu sevgiyle söylüyorum.

Dr. D.: O halde niye bunu birbirinize doğrudan söylemek yerine, şaka ile veya olumsuz bir ifadeyle söyleyip birbirinizden nefret ettiriyorsunuz?

Baba: Bilmiyorum. Bu gerçekten güzel bir soru.

Bu aile ile yaptığım çalışmanın büyük bir kısmı, onların bilişsel çarpıtmalarını belirlemelerine ve yanlış düşüncelerini düzeltmelerine yardım ederek, bireysel ve aile şemalarını yeniden yapılandırmaya odaklanmıştı. Bu çarpıtmalardan birisi, duygularını ifade ederken birbirlerine karşı olan hassasiyetlerini açığa vurmaları ile ilgiliydi.

Terapi, sonraki altı ay boyunca on beş seans daha devam etti. Aile fertlerinin hepsi ilişkilerinde bir düzelme ve evdeki gerginlikte bir azalma görüldüğünü söyledi. Rollie ve Janice, boşanma müracaatında bulunmamaya karar verdiler.

DEĞERLENDİRME

Yukarıdaki vakada hedef olarak, terapist tarafından bu özel krizdeki çatışmanın merkezinde yer aldığı düşünüldüğü için, babanın seçilmesine karar verildi. İlk önce onun düşüncelerini tekrar yapılandırmaya çalışmanın, geri kalan aile ferlerinin üzerinde önemli bir etki yapabileceği düşünüldü. Sonraki seanslarda, terapinin odağı, somut terapi egzersizi birtakım alternatif davranışlar denemenin yanı sıra, her ferdin kendi düşüncelerini tekrar yapılandırmasını sağlamaya yöneldi.

Bu vaka örneğinde görüldüğü gibi sistemli bir yaklaşımla kullanıldığında, bilişsel-davranışçı terapinin ailelere yönelik en iyi terapi şekli olduğunu belirtmek önemlidir. Bilişsel-davranışçı tedavi yönteminin kullanımında, bilişleri ve özellikle inanç sistemlerini hedef almaya daha fazla önem verilir. Bu şekilde bu yöntem, katı geleneksel sistemler yaklaşımından ayrılır.

En önemlisi, aile terapisine yönelik bilişsel-davranışçı tedavi yönteminin güçlü yönlerinden birisi de, bu yöntemin diğer terapi yöntemleriyle kolayca entegre olması ve gelecekte, özellikle de kriz yaşandığında, daha etkin bir şekilde kullanılması ihtimalinin yüksek olmasıdır.[1]

REFERANSLAR

Alexander, J. ve Parsons, B. V. (1982). Functional Family Therapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Alexander, P. (1988). The therapeutic implications of family cognItions and constructs. Journal of Cognitive Psychotherapy 2(4):219-236.

[1] Dattilo, 1997.

Bandura, A. (1977). Social Learning Therapy, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Baucom, B. H. ve Epstein, N. (1990). Cognitive-Behavioral Marital Therapy. New York: Brunner/Mazel.

Baucom, B. H. ve Lester, G, W. (1986). The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. Behavior Therapy I 7:385-403.

Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press,

— (1988). Love Is Never Enough. New York: Harper & Row,

Beck, A. T., Rush, J. A,, Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford.

Bowen, M. (1978). Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson.

Dattilio, F. M. (1989). A guide to cognitive marital therapy. In Innovations in Clinical Practice. A Source Book, vol. 8, ed. P. A. Keller ve S. R. Heyman, s. 27-42. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

------(1990). CognitIve marital therapy: a case study. Journal of Family Psychotherapy 1(1):15-31.

------(1993). CognitIve techniques with couples and families. The Family Journal I (1):51-65.

------ (1994). Families In crisis. In Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, ed. F. M. Dattillo ve A. Freeman, s. 278—301. New York: Guilford.

------(1995). A cognitive-behavioral approach to family therapy with Ruth. In Case Approach to Counseling and Psychotherapy, ed. G. Corey, s. 282-298. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

— (in press). Integrative Cases in Couples and Family Therapy: A Cognitive-Behavioral Perspective. New York: Gullford.

Dattilio, F. M. ve Padesky, C. A. (1990). Cognitive Therapy with Couples. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

DeRubeis, R. J. ve Beck, A. T. (1988). Cognitive therapy. In Handbook of Cognitive Behavioral Therapies, ed. K. S. Dobson, s. 273-306. New York: Guilford.

Dicks, H. (1953). Experiences with marital tensions seen in the psychological clinic. In Clinical studies in marriage and the family: a symposium on methods. British Journal of Medical Psychology 26:181 -196.

DiGiuseppe, R. ve Zeeve, C. (1985). Marriage: rational-emotive couples counseling. In Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy, ed. A. Ellis ve M. Bernard, s. 72-95. New York: Springer.

Doherty, W. i. (1981). Cognitive processes in intimate conflict: 1. Extending attribution theory. American Journal of Family Therapy 9:5-13.

Ellis, A. (1977). The nature of disturbed marital interactions. In Handbook of Rational-Emotive Therapy, ed. A. Ellis ve R. Greiger, s. 77-92. New York: Springer.

------ (1978), Family therapy: A phenomenological and active-directive approach. Journal of Marriage and Family Counseling 4(2):43-50.

------(1982). Rational-emotive family therapy. In Counseling and Therapy, ed. A. M. Home ve M. M. Ohlsen, s. 302-328. ltasca, IL: Peacock.

------(1986). Rational-emotive therapy applied to relationship therapy. Journal of Rational-Emotive Therapy 4-2 1.

Ellis, A,, Sichel, J. L., Yeager, R. J., vd. (1989). Rational Emotive Couples Therapy. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Epstein, N. (1982). Cognitive therapy with couples. American Journal of Family Therapy 10(1):5-16.

------(1992). Marital therapy. In Comprehensive Casebook of Cognitive Therapv, ed, A. Freeman and F, M. Dattilio, 1)1). 267-275. New York: Plenum.

Epstein, N. ve Schlesinger, S. E. (1991). Marital and family problems, In Adult Clinical Problems: A Cognitive-Behavioral Approach, ed. W. Dryden ve R. Rentoul. s. 288-317. London: Routledge & Kegan Paul.

------(1995). Cognitive-behavioral treatment of family problems. In (Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A

Casebook for Clinical Practice, ed. M. Reinecke, F. M. Dattilio ve A. Freeman, s. 299-326. New York: Guilford.

Epstein, N., Schlesinger, S.. ve Dryden, W. (1988). Concepts and methods of cognitive-behavioral family treatment. In ('a gnitiveBehavior Therapy wit/i Families, ed. N. Epstein, S. Schlesinger ve W. Dryden, s. 5-48. New York: Brunner/Mazel.

Faloon, I. R. H. (1991). Behavioral family therapy. In Handbook of Family Therapy, ed. A. S. Gurman ve I.). P. Kniskemn, s. 65-95. New York: Brunner/Mazel.

Fincham, F. B,, Bradbury, T. N. ve Beach, S. R. H. (1990). To arrive where we began: a reappraisal of cognition in marriage and in marital therapy. Journal of Family Psychology 4(2):167-184.

Goldenberg, I. ve Goldenberg, H. (1991). Family Therapy: An Overview. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole,

Gordon, S. B. ve Davidson, N. (1981). Behavioral parenting training. In Handbook of Family Therapy, ed. A. S. Gurman ve B. P. Kniskemn, s. 5 17-577. New York: Brunnem/Mazei.

Huber, C. H. ve Baruth, L, G. (1989). Rational-Emotive Family Therapy: A Systems Perspective. New York: Springer.

Jacobson, N. S. ve Addis, M. E. (1993). Research on couples and (:ollples therapy: what do we know? Where are we going? Journal of Consulting and Clinical Psychology 61(1):85-93.

Jacobson, N. S. ve Christensen, A. (1996). Integrative Couple Therapy. New York: Norton.

Jacobson, N. S. ve Margolin, G, (1979). Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles. New York: Brunner/Mazel.

Leslie, L. A. (1988). Cognitive-behavioral and systems models of family therapy: how compatible are they? In Cognitive-Behavioral Therapy with Families, ed. N. Epstein, S. E. Schlesinger ve W. Dryden, s. 49-83. New York: Brunner/Mazel.

Liberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to couple and family therapy. American Journal of Orthopsychiatry 40:106-118.

Madanes, C. (1981). Strategic Family Therapy. San Francisco: JosseyBass.

Margolin, G., Christensen, A. ve Weiss, R. L. (1975). Contracts, cognition and change: a behavioral approach to marriage therapy. Counseling Psychologist 5:15-25.

Margolin, G. ve Weiss, R. L. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46:1476-1486.

Minuchin, S. (1974). Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Munson, C. E. (1993). Cognitive family therapy. In Cognitive and Behavioral Treatment: Methods and Applications, ed. B. K. Granvold, s. 202-221. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Patterson, G. R. (1971). Families: Applications of Social Learning to life. Champaign, IL: Research Press.

------(1982). Coercive Family Processes: A Social Learning Aproach, c 3. Eugene, OR: Castalla.

------(1985). Beyond technology: the next stage In developing an empirical base for parent training. In Handbook of Family Psychology and Therapy, vol. 2, ed. L. L'Abate, s. 36-52. Homewood, IL: Dorsey.

Patterson, G. R. ve Hops, H. (1972). Coercion, a game for two: intervention techniques for marital conflict. In The Experimental Analysis of Social Behavior, ed. R. E. Urich ve P. Mounjoy, s. 424-440. New York: Appleton.

Patterson, C. R., McNeal, S., Hawkins, N. ve Phelps, R. (1967). Reprogramming the social environment. Journal of Child Psvcholo.uy and Psychiatry 8:181-195.

Russell, T. ve Morrill, C. M. (1989). Adding a systematic touch to rational-emotive therapy for families, Iournal of Mental Health Gounseling 1 1(2):184-192.

Sanders, M. R. ve Dadds, M. R. (1993). Behavioral Family Intervention, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Satir, V. (1967). (Conjoint Family Therapy. Palo Alto, CA: Science and Behavioral Books.

Schindler, L., amid Vollmer, M. (1984). Cognitive perspectives in behavioral marital therapy: some proposals for bridging theory, research and practice. In Marital Interaction: Analysis and Modification, ed. K. Hahlwag ve N. S. Jacobson, S. 146-162. New York: Guilford.

Schwebel, A. I. ve Fine, NI. A. (1992). Cognitive-behavior family therapy. Journal of Fain II)' Psychotherapy 3:73-91.

------(1994). Understanding and Helping Families: A Cognitive-Behavioral Approach, Hillsdale, N.!: Erlbaum.

Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment of marital discord. Journal of ('onsulting and Clinical Psychology 33:675-682.

------(1976). Operant interpersonal treatment for marital discord. In Treating Relationships, ed. B. II. L. Olsen, s. 675-682. Lake Mills, IA: Graphic.

Teichman, Y. (1984). Cognitive family therapy. British Journal of Gognitive Psychotherapy 2(1): 1-10.

------(1992). FamIly treatment with an acting-out adolescent. In Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy, ed. A. Freeman ve F. M. Dattilio, s. 331-346. New York: Plenum.

Weiss. R. L. (1984). Cognitive and strategic Interventions in l)ehavioral marital therapy. In Marital Interaction: Analysis and Modification, ed, K. Hahlwag ve N. S. Jacobson, S. 337-355. New York: Guilford.

Wright, J. H. ve Beck, A. T. (1993). Family cognitive therapy with inpatients: part II. In Cognitive Therapy with lnpatients: Developing a Cognitive Milieu, ed. J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck ve J. W. Ludgate, s. 176-190. New York: Guilford.

20

BİLİŞSEL TERAPİ ÜZERİNE DÜŞÜNCELER

Robert L. Leahy

BİLİŞSEL TERAPİ VERSİYONLARI

Bu kitabın okurunun da fark edebileceği üzere, bilişsel terapiyi uygulamaya yönelik birçok değişik yaklaşım bulunmaktadır. Bilişsel terapi, deneysel olarak ulaşılmış bir terapi modeli olduğundan, bu çerçevede çalışan klinisyenlerin 'standart tekniklere' riayet etmeleri gerekmez. Terapistlerin bilişsel terapiyi uygulamada farklılık gösterdikleri yedi ayrı boyut vardır. Bir bireysel terapistin bu yelpaze içinde bulunduğu yer, ele aldığı özgün sorunları, terapinin tahmini süresini, klinisyenin kişisel üslubunu ve yararlandığı psikolojik teorilerini ve ayrıca bilişsel terapiye başka yaklaşımlar entegre etmeye yönelik ilgisi hakkında bir fikir verebilir. Çoğu klinik uzmanı kendilerini aslında 'seçmeci' olarak tanımladığı için, bilişsel terapinin uygulamada ne denli 'seçmeci' olduğunu incelemek yararlı olabilir.

Bu bölümde irdeleyeceğim vakaları ele alma tarzındaki farklılığın yedi boyutu aşağıda verilmiştir:

Teknikler üzerindeki vurgu
Biliş düzeylerinin incelenmesi
Gelişimsel materyalin kullanımı
Direncin göz önünde tutulması
Duygu aktarımı sorunlarına odaklanma
Vaka kavramlaştırmasının kullanımı
Diğer yaklaşımların entegrasyonu

Teknikler Üzerindeki Vurgu

Bilişsel terapi, bozuk düşünceyi belirleme, inceleme, test etme ve değiştirmeye yönelik özgül teknikler içermesine rağmen terapistler, kullanacakları tekniklerin nitelik ve niceliği bakımından gözle görülür bir farklılık göstermektedirler. Bilişsel terapide eğitimsiz olan bazı amatörler, bu tedavi usulünün basitçe hastaya ne düşündüğünü sormak olduğunu zannedebilirler. Fakat bilişsel terapi böyle bir basitlikten çok uzaktır. Bilişsel terapi 'protokolü'nün[1] belli unsurlarını kullanmayı sürdürmenin hastada daha hızlı bir düzelme sağladığı deneysel olarak kanıtlanmıştır.[2]

İşe yeni başlayan terapistler, kolayca yararlanabilecekleri bilişsel terapi tekniklerini iyi bir şekilde öğrenirlerse akıllıca davranmış olurlar. Örneğin, yeni başlayan terapist, bir depresyon hastasıyla karşılaştığında, Beck ve çalışma arkadaşlarının (1979) '*Tedavi El Kitabı*'na müracaat etmesi ve oradaki teknikleri kendi başına rahatça kullanabildiğinden emin olana kadar bu el kitabını bir rehber gibi yanında bulundurması gerektiğini bilir. Hastalarla hayatın anlamına dair yapılan belli belirsiz felsefi tartışmalara veya hastaya mantıksız olduğunu ve değişmesi gerektiğini söyleyen boş telkinlere kimse kulak asmaz ve bunlar tedavinin erkenden sona ermesine yol açar.

Buna karşın, sadece teknikleri esas almak, hem hastanın hem de terapistin, terapiyi basmakalıp ve yüzeysel olarak görmelerine ve bilişsel terapi hakkında yazılmış sıradan bir kitabın terapistin yerini alabileceğini düşünmelerine yol açabilir. Hastanın, gördüğü terapinin, kendisine özgü gereksinimlere ve hayat hikâyesine göre yapılandırılmış olduğuna inanması gerekir. Aşağıdaki sayfalarda tedaviyi hastaya özgü hale getirmenin farklı yollarını ve bunun ne denli önemli olduğunu gösteriyorum.

---

1 Beck vd., 1979

2 De Rubeis vd., 1990; De Rubeis ve Feeley, 1990.

BİLİŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bilişsel yaklaşım, bilişin üç düzeyi olduğunu tespit etmiştir; otomatik düşünceler, uyumsuz varsayımlar ve temel şemalar. Bu üç düzeyin yanı sıra, birey dünyayı imgeler, basit duygu şemaları ve bilinçsiz veya dağılmış bellekler yoluyla tecrübe eder. Terapistler bu bilişsel ve duygusal olaylara bakışları bakımından farklılık gösterirler.

Tedavinin ilk aşamasında klinisyen el altındaki davranış repertuarına ve otomatik düşüncelere yönelir. Hastanın etkin olmadığını, takip ettiği etkinliklere göre ruh halinin değiştiğini ve "Ben başarısızın biriyim," veya "Yalnızlığa mahkûmum," gibi bozuk düşüncelerini açıklarken kendisini daha kötü hissettiğini anlamak nispeten kolaydır. Aslında birçok hasta, ruh hallerindeki düzelmenin, davranış düzeylerindeki ve otomatik düşüncelerinin irrasyonel olduğunu farketmedeki değişiklikler sayesinde olduğunu söyler. Bilişsel terapiye ait birçok 'tedavi paketi', öncelikle davranışçı müdahalelere (örneğin, davranışı aktifleştirme, korkulan uyarıcı ile yüzleştirme, sosyal beceri eğitimi) ve otomatik düşüncelerin belirlenmesi ve değiştirilmesine odaklanır.

Bununla beraber, kronik veya nükseden problemleri veya dağınık şikâyetleri olan, ya da birden çok teşhis konulmuş olan hastalar, terapiyi uyumsuz varsayımlara ve şemalara doğru 'derinleştirerek' tedavi altına alınabilirler. (Ben bütün hastaların bu 'daha derin' yaklaşımdan istifade edebileceğine inanıyorum, fakat hastanın kendini ketlemesi veya kapsam sınırlamaları gibi reel şartlar, genellikle beş seanslık 'hızlı ve daha kolay' bir terapiyi gerektirir). Aslında, temel varsayımları (yani, 'olması gerekenler' ve 'ya şöyle olursa?' kuralları) değiştirilmiş olan hastaların terapideki kazanımlarını koruma ihtimalleri daha yüksektir.[1]

---

[1] Persons, 1989; Persons ve Miranda, 1992.

Bu kitabın bölümlerinde açıkça görüldüğü gibi, birçok bilişsel terapist, hastanın uyumsuz kişisel şemalarına vurgu yaparlar. Çoğu birey kendi önyargılarını inceleyebilecekleri üstbiliş becerilerini nadiren kullandığından, birçok hasta için terkedilme, acizlik veya kontrol şemaları ile tutarlı herhangi bir kanıta veya bütün kanıtlara odaklanmış olduklarını farketmek devrim niteliğinde bir deneyimdir. Terapist, kişilik bozukluklarını ve direncini ortaya koyan hastalarla ne kadar fazla çalışırsa, şema analizine yapılan vurgu o denli fazla olur. (Bkz., bu kitapta Dowd, Greenberg, Holland, Layden, Leahy, Smucker ve Tompkins.)

Ayrıca terapistler hayal, ilkel süreçler (dağılma gibi), bölünmüş ve hatta bastırılmış bellekleri inceleme ve kullanmaları bakımından da farklılık gösterirler. Genellikle, ağır anksiyeteye (örneğin, travma sonrası stres bozukluğu, dağıtıcı bozukluklar) yapılan vurgu ne kadar fazla olursa veya kişilik bozukluğu (örneğin, sınır durum kişilik) ne kadar derin olursa, hayale, basit işlemli bilişe ve bölünmüş belleklere yapılan vurgu da o denli fazla olur. Burada, psikodinamik ego psikoloğuna benzer bir şekilde, bilişsel terapist 'savunma mekanizması'nı bireyi aşırı anksiyete patlamasından koruyan bir bilişsel-kontrol mekanizması gibi görür. Dowd'un bilişsel hipnoterapisi, Holland'ın bütüncül bilişsel terapisi ve Smucker'in travma sonrası stres bozukluğunu tedavi edişi üzerine yapılan tartışmalar, bu bilişsel (veya 'biliş öncesine ait') görüngülerin savunmacı ve ilkel doğasını belirlemenin önemini göstermektedir. Gerçekten, terapist, hastanın düşünmekten ve tecrübe etmekten çekinmek ve kaçmak veya bunları duyarsızlaştırmak için duyguyu ve ilkel süreci nasıl yaşadığını değerlendirmek için bir 'defans-dinamik' kavramlaştırması entegre etmeyi yararlı bulabilir. Duygucu ve deneyci teknikler (mesela Dowd ve Smucker'in veya Safran ve Segal'in (1990) veya Young'un (1990) savundukları teknikler) çoğu kez hastanın savunmaları tarafından engellenen 'daha derin' bilişsel şemaların açığa çıkmasına yardımcı olur.

GELİŞİMSEL MATERYALİN KULLANIMI

Bilişsel terapi, çoğu kez 'geçmişle ilgisiz' yani daha önce yaşanmış deneyimlere vurgu yapmadığı şeklinde tanımlansa da, bu kitabın okuyucuları, klinisyenlerin gelişimsel materyali tedaviye dahil etme açısından farklılık gösterdiklerini kolaylıkla görebilirler. Genellikle, klinisyenler hemen hemen sadece kısa dönemli (mesela, on beş seanslık) bir bilişsel terapi ile hastaların mevcut durumuna odaklanacaklardır. Fakat kronik, nüksedici ve karışık olan klinik karakterlere sahip hastalar veya sahip oldukları kişilik bozukluğunun, işleyişlerine mani olduğu hastalar 'gelişimsel bilişsel terapi' için iyi adaylardır.

Belki bilişsel modelin dezavantajlarından biri belli bir gelişimsel psikopatoloji modelinin eksikliğidir. Çalışmalarımda,[1] Guidano ve Liotti'nin (1983) yaptıkları gibi, ben de Bowlby (1969, 1980) ve Piaget'nin (1970) çalışmaları üzerinde durdum. Ancak, belli bir gelişimsel model olmadığı için, 'normal gelişim'i veya 'gelişimsel sabitlenme ve gerileme'yi değerlendirmek zordur. Belli bir evre teorisinin eksikliği, gelişimsel ardışıldığa ve gelişim oranlarına ilişkin bir modelin yokluğu ve gelişimdeki geçici değişim mekanizmalarının bir tanımının olmayışı bilişsel terapideki gelişimsel yaklaşımların kullanımını sınırlandırabilir.[2] Felsefi açıdan birbirine zıt teorileri birbirine 'entegre' etme (örneğin, Beck'in yapısalcı modelini hidrolik modellere entegre etme) çabası kaçınılmaz olarak bir kavram kargaşasına yol açacaktır. Ben bilişsel modelin, *bilişsel yapı* (örneğin, şema, nesne kavramı, ayrık düşünce, sistemik işlemlemeler ve kendiliğinden düzenlenen prensipler), *biyolojik adaptasyon* (örneğin, sabit davranış modellerini açıklayan evrim süreçleri ve hazırlılık) ve *tehditle başa çıkma yöntemleri* (örneğin, uyarı sistemleri, sabit tepki modları ve ego savunması) üzerine vurgu yapan modellerle tutarlı olduğuna inanıyorum.

---

1 Leahy, 1992a, 1993, 1995, 1996.

2 Bkz., Leahy, 1992b, 1995.

Birçok terapist, mevcut işleyişi açıklamak için, geçmişten gelen yapılanmaların üzerinde durmayı yararlı bulur. Ancak klinisyenler, terkedilme gibi yaşam olaylarının, bireyler için farklı yaşlarda (veya gelişim evrelerinde) değişik anlamlara gelebileceğini bilmelidirler. Beck'in geliştirdiği bilişsel terapi bu erken döneme ait şemaların, bunları açığa çıkartan yaşam olayları onları mevcut işleyiş sırasında aktifleştirinceye kadar hareketsiz bir şekilde kalabileceklerini öne sürer. Guidano ve Liotti (1983) ve Mahoney (1991) bu şemaların farkına varmanın önündeki savunmacı engellerin, bireyi geçmiş anılarının bazen karşı konulamaz hale gelen baskısından korumaya yardımcı olduğunu ileri sürdüler. Örneğin, (bu kitapta) Smucker, Freud'un birincil ve ikincil düşünme süreçleri ile ilgili modeli (yani, bir tarafta duygudurum-yüklü ilkel düşünme, diğer tarafta ise daha mantıklı, dile dayalı düşünme) ile paralellik arzediyor. Geçmişten gelen yapılanmalara yönelik öne çıkan sorular şunlardır:

(1) Gerçekten temel olarak şekil verici belirli yaşam olayları var mıdır?

(2) Geçmişteki belli bir yaşam olayı esnasındaki duygudurum düzeyi ne idi?

(3) Bu önceki yaşam olayındaki bilişsel ve duygusal işleyiş düzeyi neydi?

(4) Yetişkin hasta önceki yaşam olayları ile ne ölçüde kolay paralellik kurabiliyor? Beşinci bir soru da mesela dayanıklılık hakkında olabilir: Diğer yaşam olaylarının bireye rahatsız edici gelmemesinin nedeni nedir?

Bu hususlara yönelik şöyle bir örnek inceleyelim. Cinsel anestezi yaşayan (yani, herhangi bir cinsel bölgede duyusu olmayan ve içeri girme esnasında tam bir uyuşulduğu olan) yetişkin bir bayan hasta, annesi tarafından fiziksel olarak ve babası tarafından cinsel olarak taciz edildiğini söyledi. Bu tacizler 5 ilâ 12 yaşları arasında sürekli tekrar etmiş ve önlenememişti. Bu kesinlikle (kişiliği) şekillendirici deneyim tarifine uyuyordu. Taciz esnasındaki ilk duygudurum, bir dehşet ve fiziksel acı

düzeyinde idi. Bilişsel ve duygusal işleyiş düzeyi ilkeldi tacize uğradıktan hemen sonra, kişilik çözülmesi yaşıyor ve sonunda bir değişik kişilik oluşturuyordu. Bir yetişkin olarak erkeklerle 'benzer' cinsel ilişkiler yaşadı, özellikle, içeri girme esnasında 'şalteri kapatma' olarak yaşadığı deneyim. Seanslardayken eskiden uğradığı tacizleri hatırladığında sık sık kişilik çözülmesi ve dağılması yaşıyordu. Fakat 12 yaşında iken kendinden daha yaşlı birisi tarafından tecavüze uğradığını hatırladığında hiçbir kişilik dağılması yaşamıyordu. Bu farkın nedeni, hatırladığı kadarıyla tecavüz esnasında öldürülmesin diye bilinçli olarak dağılmamaya çalışmasıydı. Sonuç olarak, tecavüz olayını şu an eskisi ile aynı şekilde ele alıyordu (tam farkındalık). Oysaki anababasının tacizini ele alışı ve tecrübe edişi dağılmaya yol açmıştı ve öyle de kaldı.

Erken döneme ait anıların işlemleme ve savunmacılık düzeyini değerlendirmenin önemi, bu anıların sadece içerik ile değil *anlam verme ve başa çıkma* ile de ilgili olmalarıdır. Hastanın bir olaya verdiği anlam tamamen kendine özgü olabilir, yani terapistin olaya verdiği anlamdan çıkarılamaz. Hastanın başa çıkma üslubu ve başa çıkma yeteneğine inancı yaşamının geri kalanındaki olaylardan ne derecede etkileneceğini belirleyecektir. Bir komşu çocuğu tarafından tecavüze uğrayan, fakat yaşadığı şeyin farkında olmaya devam ederek, bununla başa çıkabileceğine inanan bir hastanın duygusal yeteneği, bunaltıcı ve nüksedici biçimde tacize uğrayan başka bir hastanınkinden daha az olabilir. Bu ikinci koşula uyan, yani kişilik çözülmesine sebep olan sürekli ve yoğun taciz yaşayan bir hastanın terapisti, bu deneyimin ilkel sürecine ulaşmayı sağlayacak 'gelişimsel teoriye uygun' tekniklerden destek alabilir. Mantıkî-rasyonel yaklaşımı uygulamadan önce imajinasyon, yüzleştirme, yaş geriletmesi gibi müdahalelerle ilkel deneyimlere ait daha fazla bilgi elde etmek gerekir.

Klinisyenler çoğu kez, başlangıçta bilişsel terapideki 'tedavi paketi'ne odaklanırlar ve yapabilecekleri müdahaleler mevcut semptomatoloji ve bilişsel içerik ile sınırlıdır. Ancak, değişim sürecine direnç gösteren bazı hastaların terapisinde yeni bir gelişim aşamasına gereksinim duyulabilir. Örneğin, Holland (bu kitapta) bir gelişimsel şema-tabanlı yaklaşımın kronik bir obse-

sif-kompulsif hastayı tedavi ederken nasıl yararlı olacağını göstermektedir. Tedavideki gelişimsel materyal üzerine yapılan vurgu, benim dirençli bir hastanın tedavisini tarifimde ve Smucker'in (bu kitapta) travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde kullandığı gelişimsel-hayal kurma müdahalelerinde gösterilmektedir.

Klinisyen, gelişimsel müdahaleleri ne zaman uygulayacağını nasıl bilecektir? Bu soru bana sorulsaydı şu kriterlere rastlandığında uygulanmasını tavsiye ederdim: (1) Hastanın aklına sürekli olarak geçmişte yaşadığı ve kendisini rahatsız etmeye devam eden olaylar gelmekte ise; (2) Hastanın gelişimsel geçmişinde doğal olarak kendisini etkilemeye (hasta bu olayların etkisini inkâr etse bile) devam edebilecek olaylar varsa; (3) Hastanın hayatında işinden ve insanlarla ilişkilerinden kaynaklanan aralıklarla tekrar eden ve onu harap eden unsurlar varsa; (4) Hasta standart bilişsel terapi müdahalelerine veya ilaç tedavisine cevap vermezse; (5) Duygu yönelmesi veya karşı duygu yönelmesi yoğun veya güçlü ise ve terapik hedeflere zarar veriyor ise; (6) Hastanın sınır dürum kişilik gibi karmaşık ve ilkel bir kişilik yapısı var ise veya kişilik çözülmesi gibi ilkel başa çıkma mekanizmalarına güveniyorsa.[1]

Direncin Göz Önünde Tutulması

Bazıları için bilişsel-davranışçı terapistin dirençten söz etmesi garip gelebilir. Yine de, direnç her zaman psikanalistlerin ilgi alanlarında yerini almıştır. Bazı bilişsel terapistler direnç terimini kullanmaktan kaçınırlar ve hastanın ilerleme kaydetmemesini motivasyon eksikliği, biyolojik kısıtlamalar veya terapik yaklaşımın uygunsuzluğuna bağlarlar. Benim dirence yaklaşımım çok yönlüdür: Ben direnci telafi ve kaçınmanın şema işlemlemeleri ile kaçınma, kendini sabote etme, vaziyeti kurtarma ve kaybı sınırlandırmaya yönelik 'yatırım stratejileri' ara-

[1] Terapideki şema analizine yönelik kriterlerin tanımı için bkz., McGinn ve Young, 1996.

sındaki bir etkileşim olarak görüyorum.[1] Birçok kişi direnci tehdit yönetimi (örneğin, savunmacı veya kaçınmacı bilişsel stratejilerin aktive edilmesi) olarak görürler ve bunun davranıştan kaçınma, kişilik çözülmesi ve duygudurumu algıdan ayırma gibi durumlarla kanıtlanmış olduğunu düşünürler.[2]

Bilişsel terapistler, terapide aktifleşen gizli varsayımları ve şemaları incelerken ve bunları bilişsel değerlendirmeye tabi tutarken doğrudan dirençle karşılaşabilirler. (Örneğin, düşüncelerin zararları ve faydaları, dikey iniş, mantık yanlışları ve düşünce çarpıtmalarını inceleme, düşünceleri tekrar tartışma veya düşünceye karşı cephe alma.) Bunun yanı sıra, klinisyenler stratejik müdahalenin bir sonraki aşamasında farklılık gösterebilirler. (Örneğin, Dowd ve Smucker hipnoz, yaş geriletmesi ve hayal kurdurma gibi duygucu ve deneyimci müdahalelere önem verirler.) Ben (Leahy 1991, 1996) ve Young (1990) dâhil diğerleri ise, dirençli şemalar ve senaryoların, kendilerini hastanın yaşamı boyunca yaptığı seçimler yoluyla sürdürmeye nasıl devam ettiklerini inceleyebilirler.

Bu kitapta direncin, temel bir tedavi aşaması için terapistin temel odağı olduğu bir vaka sundum. Başkaları direnci ikincil veya gereksiz sorun olarak görebilirler: "Eğer hasta istemiyorsa, uğraşmak niye?" Sanırım bu kitaba katkıda bulunanların her biri, ihtiyaç duyulduğunda tedavisi güç hastalardaki dirence uygulanabilecek stratejik birer yaklaşım getirdiler.

Duygu Aktarımı Sorunlarına Odaklanma

Bilişsel terapiyi eleştirenler sürekli olarak bizlerin duygu aktarımı ile uğraşmadığımızı iddia ederler. Bu eleştiriler hem doğru hem de yanlıştır. Bilişsel terapiyi uygulayan birçok insan herhangi bir şekilde duygu aktarımını tartışmaktan kaçınırlar

---

1 Leahy, 1993, 1996 ve bu kitap.

2 Bkz., Dowd, Holland, Leahy, Smucker, bu kitap; Guidano ve Liotti, 1983, Young, 1990.

ve gerçekten bu konuyu açtığımda bana düşmanca bakabilirler. Diğer terapistler, bu kitaba katkıda bulunanların çoğu, duygu aktarımını hastanın yararına kullanırlar. Aslında duygu aktarımı, öğrenme teorisi terimleriyle, basitçe *uyarıcı-tepki genelleştirmesi*nin bir başka ifadesidir.

Terapistin duygu aktarımı hakkındaki verileri kullanma yeteneği kısmen terapistin duygu aktarımını kabul etmesiyle alakalıdır. Bu, deneyim, gözetim ve kendini keşfetme ile gelen bir yetenektir, tabi kendini keşfetmek her zaman kişinin egosunu tatmin etmeyebilir. Safran ve Segal (1990) değişimi kolaylaştırmada terapötik ilişkinin önemini vurgulamaktadır, fakat bilişsel terapistle bu önemli bilgi kaynağından yararlanmayı sağlayacak bir duygu aktarımı modeli tespit etmemişlerdir. Bazı araştırmacılar hastanın empatik olarak algılanmasının terapist açısından önemini vurgulamışlarsa da[1] bu konu araştırmacıların ve klinisyenlerin pek dikkatini çekmemektedir. Leahy (1996) ve Young (1990) duygu aktarımını tanımlama çabaları göstermişlerdir, fakat bu çabalar yapılması gerekenler için sadece bir başlangıç niteliğindedir. Bilişsel terapide açıkça belirtilmiş bir gelişmiş duygu aktarımı modeli henüz mevcut değildir.

En deneyimli klinisyenlerin duygu aktarımı materyalini, hastaya yararlı olacağını umarak kullanması elbette ironiktir. Benim inancıma göre yeterli bir duygu aktarımı modelinin şunları içermesi gerekir: Hastanın önemli nesne ilişkileri rahatsızlıklarının geçmişi, hastanın şemalarının bir topografisi, hastanın mevcut kişiler arası ilişkileri, terapistin terapötik üslubu ve şemaları, ayrıca hasta ve terapistin çatışmaları çözme istek ve yeteneği. Belki de terapi dışındaki önemli nesne ilişkilerine genelleştirme yapan en değerli ve en güçlü terapi alanı budur. Fakat şu an için bu, henüz bilinmeyen, keşfedilmemiş ve fakat umut verici bir alandır.

Fakat yönlendirilmiş bir tedavi ve kısaltılmış bir terapi süresi, bilişsel terapi için son derece 'yararlı' olmasına karşın, tera-

---

[1] Burns ve Auerbach, 1996; Burns ve Nolen-Hoeksema, 1992.

pistin duygu aktarımını inceleyip artırarak terapiyi derinleştirmesini engelleyebilir. Hepimiz hızlı, hatta mucizevî sonuçlar isteriz. Belki birçok terapist (belki birçok bilişsel terapist) duygu aktarımının bu karanlık, dağınık, fakat anlamlı alanından rahatsızlık duymaktadır. Belki bazılarımız tekniklerimizin arkasına saklanmak, her şeyi bilmek, 'etkili' olmak, uzakta olmak ve ilişkiden duygusal olarak soyutlanmak istiyoruz. O zaman, sormak isterim "Kimi kandırıyoruz?" Duygu aktarımı orda duruyor, bazılarının dediği gibi "iyi de olsa kötü de olsa". Terapistlere yönelik yorumum şu ki: " Eğer duygu aktarımı ile uğraşmazsanız, duygu aktarımı sizinle uğraşır." Hastalar terapiyi inandırıcı bulmaz, kendi kendine okuyacakları bir kitaptan farksız ve insancıl etkiden mahrum görürler.

VAKA KAVRAMLAŞTIRMASININ KULLANIMI

Ben daha çok tekniklerin gücüne inanırım, fakat bu kitaba katkıda bulunanların tümü vaka kavramlaştırmasına daha fazla vurgu yapmaktadırlar. Bilişsel terapi hem teknikleri hem de kavramlaştırmayı içerir. Beck (1976) terapiye yönelik gelişigüzel yaklaşımlara karşı uyarıda bulunmuştu ve Jacqueline Persons (1989) hastaların tedavisinde vaka kavramlaştırmasını inandırıcı bir biçimde savunmuştu. Peki vakalar nasıl kavramlaştırılır?

Tompkins hastanın gelişimsel geçmişinin ve şemalarının kavramlaştırılmasının, kendisine müdahalelerin seçiminde ve zamanlamasında nasıl rehberlik edeceğini göstermektedir. Benzer şekilde, Layden sınır durum kişiliğin tedavisini irdelerken hastanın çok yönlü şemalarına ve terapideki değişim aşamalarına odaklanmaktadır. Benim direnci bir risk yönetimi stratejisi olarak ele alışım tamamen vaka kavramlaştırmasına dayalıdır. Bu kitapta bilişsel terapistlerin vaka kavramlaştırmasını kullanmaları bakımından birbirlerinden ne kadar farklı olduklarını

göreceksiniz. Bazıları şema teorisinin üzerinde durmakta, diğerleri işlemleme düzeyini tanımlamakta, diğerleri hastanın gelişimsel geçmişine bakmaktadır.

Açıkçası, üzerinde uzlaşılmış bir vaka kavramlaştırması modeli mevcut değildir. Bu yüzden, aşağıdakileri içermesi gerektiğini önerdiğim bir modeli savunarak Tompkins ve Persons'a katılma fırsatını değerlendirmeme izin verin:

Psikiyatrik değerlendirme: Mevcut ve geçmiş semptomların, teşhislerin ve geçmişin, tıbbi şartların incelenmesi dahil, kapsamlı bir değerlendirmesi.

Bilişsel değerlendirme: Hastanın otomatik düşünceleri, varsayımları, kendilik ve ötekilik şemalarının kapsamlı bir tanımı.

Davranışçı değerlendirme: Davranışlardaki eksiklik ve fazlalıkların, özellikle ödüllere ulaşma, ceza ile yüzleşme, sorun giderme yeteneği ve sosyal becerilerle ilgili olarak değerlendirilmesi.

Gelişimsel geçmiş: Sosyotropi (ilişkiler) ve özerk (bağımsız-yeterlik) sorunlarla ilgili olan önemli yaşam olaylarını tarif eden gelişimsel bir geçmiş.

Yaşam olayları: Mevcut veya yakın zamanlı yaşam olaylarının, günlük mücadeleler dahil, bir tanımı.

Karar verme: Hastanın karar verme süreçlerinin bir modeli (örneğin, riskten nefret, uzağı görememe, tedbirlilik)

Duygusal işlemleme: Hastanın işlemleme düzeyinin, bilişsel kaçınmanın, kişilik çözülmesinin, duyarsızlaştırmanın, duygusal entegrasyonun, uzak durma veya uzaklaşma yeteneğinin ve mantıkî-akılcı işlemlemenin kullanımı dahil belirlenmesi.

Şema ile başa çıkma: Şema telafisi ve kaçınmasının tespit edilmesi.

Dayanıklılık: Hastanın dayanıklılığının ve olumlu başa çıkma becerilerinin belirlenmesi.

Amaçlar: Hastanın terapideki net hedefleri.

DİĞER YAKLAŞIMLARIN ENTEGRASYONU

Yukarıda geçen önerilerin yanı sıra, bir vaka kavramlaştırması net bir insanın zihinsel işleyişi teorisini gerektirir. Maalesef, bu, terapistin kavramlaştırmalarında her zaman açıkça görülmemektedir ve tabi ki, bilişsel terapistlere yol gösteren sadece bir zihinsel işleyiş teorisi yoktur. Bireyler (vakalar olarak) Bowlby, Piaget, Masterson, Kernberg ve diğerlerinin çalışmalarından yararlanılarak, çok az bir emekle kapsamlı ve tek bir teori ile kavramlaştırılırlar. Bu seçmeci kavramlaştırma yöntemi, bugün bilişsel terapinin belirgin bir niteliğidir ve geçmişteki daha katı davranışçı modellerden oldukça farklıdır.

Ben bu seçmeciliği hem modelin potansiyel bir gücü, hem de potansiyel zayıflığı olarak görüyorum. Gücü şuradan geliyor: Bizler, güçlerini ödünç alarak ve düşünceleri ve duyguları açığa çıkarıp onları değiştirmemizi sağlayan herhangi bir tekniği kullanarak belirli birçok modelden yararlanabiliriz. Aslında, tekerleği tekrar niye icat etmeyelim? Nesne ilişkileri teorisi ve bilişsel-gelişimsel teorideki yararlı olan şeyleri niçin kullanmayalım?

Fakat şunu da belirtmeliyim ki seçmecilik, teorinin çökmesine yol açabilir. Yine de bilişin depresyonu nasıl etkilediğinin açık ve test edilebilir modeline dayanan bilişsel terapi, bir ölçüde kendi içinde tutarlılığı ve itibar geçerliği olan oldukça açık ve deneysel olarak kanıtlanabilir bir teori olduğu için gelişmiştir. Peki ya 'seçmecilik' sayesinde gelişecek olan 'büyük bütüncül teori' nedir? Alford ve Beck'in ikna edici bir biçimde gösterdiği üzere, 'seçmeciliğe yönelmiş' teorilerin yararını gösteren herhangi bir deneysel veri olmadığı gibi, seçmeciliğe yönelmiş bir terapinin ne olduğunu yeterli derecede tarif eden açık bir yöntem de mevcut değildir. Eğer kendisine herhangi bir şey entegre edilebiliyorsa, o zaman ortaya çıkan terapi nedir? Neyi entegre edip neyi çıkartacağımızı biz nasıl bileceğiz? 'Seçmeci teori'den çıkarılan varsayımları nasıl test edeceğiz? Hatta seç-

meci teorilerden sonuçlar çıkarmak mümkün mü? Eğer ulaşılan hipotez çürütülürse, bu durumda seçmeci teorisyen basitçe bu istisna ile başa çıkacak geçici bir hipotez geliştirebilecek mi? Bilimin teorilerin (paradigmaların) gelişmesiyle ilerlediğini mi yoksa geçici açıklamalar ve açıkça çatışan modellerden gelen fikirlerin toptan bir entegrasyonu sayesinde geliştiğini mi söyleyeceğiz?

Açık söyleyeyim ki, ben her iki ekolün de değerli olduğunu düşünüyorum. Yani, daha 'geleneksel' teoriler üreten, kendi içinde tutarlı bilişsel model ve seçmecilikten çıkarılan model. Klinik yaklaşımları 'entegre etmenin' cazibesi şudur ki, hepimiz hiç kimsenin doğru olan üzerinde bir tekele sahip olmadığını (kabul etmeye istekli olmasak da) biliriz. Hepimiz yeni fikirler, yeni teknikler ve belki daha iyi bir terapi ve anlayışın talibine eklenmiş yeni bir uç nokta arıyoruz. Bowlby'nin bağlılık üzerine yaptığı çalışmalara veya mikro ekonomi teorisyenlerinin direncin sürecini anlamaya yönelik yazılarına başvurmakta yarar gördüm. Bilişsel teorideki oturmuş bilgilerinden ötürü içleri rahat olan bu kitabın yazarları, diğer klinik modellerin ilgi çekici ve yaratıcı çalışmaları üzerinde durmayı önemli görmüşlerdir. Geniş bir yelpazede hareket ederken aynı zamanda bir merkezde kalarak zamanı tam olarak belirlememizi sağlayan bir yelkovan gibi, bizim de ilerlememiz aynı anda bulunduğumuz yerden daha ötelere gidebilme ve gerektiğinde geri dönebilme yeteneğimize bağlıdır.

Kimileri bu kitabı okuduktan sonra bilişsel terapinin iyi bir yöntem olduğunu düşünebilir, diğer birçokları ise kendilerinin bilgi ve beceriler repertuarına ekleyecek yararlı birtakım şeyler bulacaktır. Bizler, bilişsel terapistler olarak, ancak bir şeyler öğrettiğimiz kimselerden öğrenecek çok şeyimiz olduğunun farkında olarak ilerleme kaydedebiliriz.

REFERANSLAR

Alford, B. A. ve Beck, A. T. (1997). Cognitive Therapy: An Integration of Current Theory and Therapy. New York: Guilford.

Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Gullford.

Bowlby, 1. (1969). Attachment and Loss, vol. 1, Attachment. New York: Basic Books.

— (1980). Attachment and Loss, vol. III, Loss: Sadness and Depression. London: Hogarth.

Burns, B. B. ve Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does It really make a difference? Frontiers of Cognitive Therapy, ed. P. Salkovskis, s. 135-164. New York: Guiltord.

Burns, B. B. ve Nolen-Hoeksema, S. (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. Journal of Consulting and Clinical Psychology 57:414-419.

De Rubeis, R. J., Evans, M. B., Hollon, S. B., vd. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 58:862-869.

De Rubeis, R. J. ve Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy and Research 14:469-482.

Guidano, V. ve Liotti, C. (1983). Cognitive Processes and the Emotional Disorders. New York: Guilford.

Leahy, R. L. (1991). Scripts in cognitive therapy: the systemic perspective. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 5:291-304.

— (1992a). Cognitive therapy on Wall Street: schemas and scripts of invulnerability. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 6:1-14.

— (1992b). Development and emotion in cognitive therapy. Paper presented at meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, November.

— (1993). Strategies of resistance in cognitive therapy. Paper presented at meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, November.

—(1995). Cognitive development and cognitive therapy. Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly 9:173-184.

— (1996). Cognitive Therapy: Basic Principles and Applications. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Mahoney, M. (1991). Human Change Processes. New York: Basic Books.

McGinn, L. K.. ve Young, .ı. E. (1996). Schema-focused therapy. In Frontiers of Cognitive Therapy, ed P. Salkoviskis, s. 182-207. New York: Guilford.

Persons, J. (1989). Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach. New York: Norton,

Persons, J. ve Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: reconciling negative evidence. Cognitive Therapy and Research 16:485-502.

Piaget, J. (1970). Genetic Epistemology. New York: Norton.

Safran, J. ve Segal, Z. (1990). Interpersonal Process in Cognitive Therapy. New York: Guilforcl.

Young, J. E. (1990). Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

DİZİN

A

Aaron Beck, 9, 15, 23, 41, 372
Abartılı Hassasiyet, 149, 151, 153, 154
Abrams, 239, 262
Abramson, 23, 39, 53, 55, 394, 406
Adaptasyon, 80
Addis, 425, 465
Adsız Alkolikler, 400
Agorafobi, 127, 126, 128, 303
AIDS, 167, 192, 193, 207, 359, 360, 361, 362, 367, 370, 374, 375, 376, 378, 383, 388, 390
Aile Terapisi, 426, 436
Albany, 142
Alexander, 425, 462
Alford, 6, 17, 25, 38, 39, 333, 334, 338, 339, 342, 345, 346, 347, 348, 349, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 482, 483
Alpert, 408, 422
Amerikan Psikiyatri Birliği, 125, 213
Anafranil, 169
Anksiyete, 5, 8, 11, 12, 16, 24, 25, 26, 31, 33, 48, 60, 79, 80, 87, 88, 111, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 134, 136, 137, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 155, 158, 159, 162, 163, 173, 176, 178, 179, 180, 182, 184, 185, 191, 192, 193, 196, 198, 199, 200, 202, 203, 207, 209, 214, 224, 229, 233, 243, 267, 277, 295, 299, 300, 378, 399, 406, 408, 409, 417, 418, 472
Anksiyete Nevrozu, 141
Anthony, 348, 356
Antidepresan, 122
Arntz, 169, 172, 187
Asimilasyon-Uyum, 43
Auerbach, 478, 483

B

Bağlanmışlık, 45
Ball, 152, 164
Bandura, 36, 371, 388, 423, 463
Barlow, 36, 38, 62, 77, 78, 125, 127, 138, 142, 143, 164, 166, 167, 170, 186, 204, 210
Barsky, 191, 209, 210
Baruth, 426, 465

Batchelor, 361, 388
Baucom, 18, 268, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 287, 290, 291, 425, 463
Baur, 190, 210
Beach, 267, 290, 465
Beceri Kazandırma, 75
Beck, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 19, 23, 24, 25, 36, 37, 38, 39, 41, 55, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 68, 72, 75, 77, 78, 88, 107, 108, 110, 112, 118, 124, 128, 138, 144, 147, 154, 161, 165, 187, 201, 210, 219, 235, 239, 255, 262, 263, 282, 287, 290, 334, 335, 339, 342, 345, 347, 348, 349, 353, 354, 355, 356, 357, 372, 388, 393, 402, 406, 425, 426, 428, 429, 463, 467, 470, 474, 480, 482, 483
Beck Umutsuzluk Ölçeği, 255
Becker, 82, 101
Bentall, 343, 344, 350, 356
Benzodiazepin, 135
Berne, 300, 312
Beyin Okuma, 26, 444
Bienvenu, 272, 290
Bilinç Düzeyi, 42
Bilinçdışı, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 296, 430
Biliş Düzeyi, 469
Bilişsel (Kognitif), 8, 268
Bilişsel Çarpıtma, 111, 345, 354, 394, 397, 400, 402, 445, 452, 461
Bilişsel İşlemleme, 354
Bilişsel İşleyiş, 44
Bilişsel Model, 112, 128
Bilişsel Teknik, 29, 49, 122, 137, 148, 161, 181, 183, 185, 352, 413, 416, 418, 419, 425
Bilişsel Terapi, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 23, 24, 25, 26, 36, 37, 38, 41, 42, 49, 53, 58, 76, 101, 105, 106, 107, 108, 113, 122, 123, 130, 132, 133, 135, 147, 154, 172, 217, 218, 219, 220, 221, 223, 226, 228, 229, 230, 232, 233, 235, 239, 240, 242, 244, 247, 249, 250, 252, 253, 257, 261, 262, 268, 282, 313, 333, 338, 339, 342, 348, 352, 353, 354, 355, 372, 376, 378, 407, 408, 409, 410, 411, 415, 416, 426, 469, 470, 472, 473, 474, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483
Bilişsel Yapı, 43, 45, 58, 66, 339, 474
Bilişsel-Davranışçı, 10, 19, 36, 38, 57, 59, 61, 64,

65, 67, 69, 70, 111, 142, 147, 172, 197, 198, 199, 202, 209, 297, 361, 368, 377, 378, 379, 386, 391, 392, 395, 397, 400, 402, 406, 408, 426, 427, 428, 429, 437, 445, 462, 477
Bilişsel-Davranışçı Metod, 372
Bilişsel-Davranışçı Model, 445
Bilişsel-Davranışçı Perspektif, 393
Bilişsel-Davranışçı Teori, 386, 392, 408, 426
Bilişsel-Davranışçı Terapi, 70, 142, 197, 202, 379, 429, 462
Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım, 372
Birey Üçgeni, 408
Bishop, 248, 263
Biyolojik Adaptasyon, 474
Biyolojik-Farmakolojik, 8
Blowers, 143, 164
Booth, 143, 148, 164
Borkovec, 142, 144, 148, 164
Bowen, 424, 463
Bowlby, 38, 81, 101, 218, 236, 473, 481, 482, 483
Bradbury, 275, 291, 294, 465
Bretherton, 218, 236
Burns, 15, 36, 37, 118, 119, 124, 253, 255, 263, 478, 483, 484
Butler, 143, 146, 148, 150, 164, 165
Bütüncül Bilişsel Terapi, 408, 472

C

Calabro, 392, 394, 406
Carmody, 393, 406
Cashdan, 236
Castonguay, 354, 357
Cautela, 53, 55
Cerny, 204, 210
Chadwick, 333, 338, 339, 340, 348, 357
Chambless, 267, 291
Christensen, 272, 291, 465, 466
Cinsel İşlev Bozukluğu, 295, 299
Correia, 349, 352, 354, 356
Courchaine, 42, 43, 55
Cowey, 151, 166
Craske, 138, 267, 291
Cromwell, 343, 357
Cuk, 151, 166

Ç

Çifte Depresyon, 108

D

Dadds, 424, 466
Dattilio, 6, 423, 463, 464, 465, 467
Davenloo, 408, 422
Davey, 146, 165
Davidson, 165, 424, 465
Davranışçı, 5, 30, 36, 57, 58, 59, 63, 170, 185, 268, 342, 367, 392, 395, 425, 426, 480
Davranışçı Model, 36
Deffenbacher, 277, 291
Değerlilik, 45, 46, 86
Delüzyonlar (Sanrılar), 345
Depresif, 23, 53, 60, 63, 82, 83, 84, 86, 108, 118, 156, 157, 247, 253, 341
Depresyon, 7, 8, 11, 16, 23, 24, 25, 26, 33, 37, 64, 72, 79, 80, 81, 88, 99, 105, 106, 107, 108, 114, 119, 120, 123, 129, 130, 156, 159, 191, 193, 196, 214, 222, 233, 251, 252, 257, 267, 311, 313, 399, 401, 402, 403, 406, 407, 415, 416, 421, 470
Desensitizasyon, 198
Devamlılık, 206, 365, 382
Diclemente, 263, 363, 365, 382, 389
Dikey İniş Tekniği, 120
Dill, 151, 165
Direnç, 5, 79, 91, 347
Disosiyatif, 215, 222, 230
Dobson, 24, 39, 290, 291, 463
Doherty, 425, 464
Dowd, 5, 17, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 55, 56, 472, 477
Durham, 143, 165
Duyarsızlaştırma, 48, 198, 200, 204, 218, 232, 295
Duygu Aktarımı, 413, 469, 479
Duyusal Motor Stratejileri, 316
Dürtü, 195, 200, 205, 244, 245

E

Eckerman, 151, 152, 166
Ego, 472, 474
Eifert, 77, 78
Ellis, 36, 38, 41, 292, 295, 312, 423, 425, 426, 427, 464
Emery, 17, 39, 77, 124, 144, 147, 161, 164, 210, 235, 239, 262, 388, 406, 463, 483
Epidemiyolojik, 195
Epstein, 6, 18, 37, 164, 262, 267, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 287, 290,

291, 293, 423, 425, 427, 428, 429, 463, 464, 465
Eriksoncu, 44, 52
Etiketleme, 27, 444
Evans, 39, 151, 165, 484
Evlilik Çatışması, 267
Eylem-öncesi bilişsel işlem stratejileri, 316

F

Falcılık, 27
Fallon, 193, 209, 211
Faloon, 423, 465
Farmakoterapi, 123, 130, 132, 203, 239
Feeley, 470, 484
Felaketçilik, 27
Felsefi, 473
Fetzler, 54, 56
Fincham, 275, 291, 294, 425, 465
Fine, 221, 237, 429, 457, 467
Flavell, 349
Fleming, 52, 56, 293
Foa, 36, 186, 214, 215, 230, 231, 236, 237
Fobi, 126, 192, 194, 200, 207, 244, 367
Folkman, 144, 166
Freeman, 18, 19, 24, 37, 39, 47, 55, 56, 78, 124, 219, 235, 332, 357, 463, 464, 465, 467
Freud, 220, 295, 312, 474
Friedberg, 17, 46, 56
Friedman, 6, 16, 18, 37, 295, 296, 312

G

GAB, 141, 142, 143, 144, 146, 148, 150, 152, 154, 155
Garfield, 295, 312
Gelişimsel Materyal, 469
Genelleme Üçgeni, 408
Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu, 141, 145
Glasser, 263
Golden, 17, 46, 56
Goldenberg, 424, 465
Goldfried, 381, 389
Goldstein, 267, 291
Gordon, 424, 465
Gottesman, 334, 357
Gottman, 273, 291, 292, 293
Greenberg, 5, 17, 18, 24, 37, 77, 105, 146, 165, 235, 472
Greenwood, 342, 357
Grinspoon, 355, 357
Guerney, 274, 286, 292
Guidano, 43, 56, 172, 186, 473, 474, 477, 484

H

Hahlweg, 273, 292, 293
Halüsinasyon, 334, 343, 344, 345, 355
Harrow, 338, 349, 350, 353, 357
Hayal Kurma, 122
Hayes, 58, 77, 78
Heiman, 267, 292, 299, 312
Hekmat, 151, 165
Henry, 219, 236
Hepner, 396, 406
Heyman, 271, 292, 294, 463
HIV, 6, 12, 17, 193, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 381, 383, 386, 387, 388, 389, 390
Hipnoterapi, 44, 46, 52
Hipnoterapötik, 44, 45, 47, 53
Hipnotik, 44, 46, 48, 49, 51, 52, 54
Hipnotik Trans, 46, 49
Hipnoz, 47, 50
Hipokondriya, 5, 189, 190, 191, 192, 194, 196, 197, 199, 200, 204, 205, 206, 209, 210
Hole, 335, 338, 348, 351, 352, 357
Hollander, 195, 211
Hollon, 24, 39, 123, 124, 407, 422, 484
Hops, 423, 466
Horowitz, 214, 215, 236
Huber, 426, 465

İ

İdiyografik Değerlendirme, 354
İletişim Becerileri, 324, 332
İmajinasyon, 44, 46, 47, 154, 162, 224, 225, 228, 400, 431, 476
İmgesel Yüzleştirme, 175, 207, 220, 225, 234
İmigramin, 135
İmipramine, 132, 135
İnkâr, 249
İşbirliği, 64, 70, 255

J

Jacobson, 36, 38, 204, 211, 268, 275, 291, 292, 293, 424, 425, 465, 467
Jaffe, 239, 263
Jensen, 387, 389
John, 5, 19, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 141, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309,

310, 311, 354, 357, 377, 379, 380, 381, 384, 385
Johnson, 296, 312, 349, 350, 357

K

Kaplan, 296, 312
Karg, 6, 18, 25, 333
Karno, 169, 186
Kaslow, 269, 293
Katarsis, 50
Kelley, 271, 294
Kelly, 166, 361, 376, 389
Kendall, 291, 355, 358
Kendini Ketleme, 100
King, 151, 152, 166
Kingdon, 353, 358
Kişiselleştirme, 27, 444
Klein, 139, 211
Kompulsif (Zorlamalı), 88, 171
Kompulsiyon, 170, 203
Kosten, 239, 263
Koşullama, 53
Kozak, 214, 215, 231, 236
Kroger, 54, 56
Krokoff, 273, 293
Kronik Distimiye, 108

L

Lang, 151, 167
Layden, 18, 19, 313, 315, 332, 472, 480
Lazarus, 36, 38, 144, 166, 295, 312
Leahy, 2, 5, 6, 12, 18, 23, 25, 26, 37, 39, 79, 82, 101, 469, 472, 473, 477, 478, 484
Leslie, 427, 465
Lester, 262, 425, 463
Levy, 248, 249, 263
Liberman, 358, 424, 465
Liebowitz, 127, 139, 211
Linehan, 36, 70, 78
Liotti, 38, 172, 186, 473, 474, 477, 484
Lipman, 355, 358
Lowe, 333, 338, 339, 340, 348, 357

M

Madanes, 424, 466
Madde Kullanımı, 241, 242, 400, 402, 404, 405
Maddux, 151, 166
Mahoney, 36, 235, 474, 484
Malan, 408, 409, 415, 422
Margolin, 275, 293, 424, 425, 465, 466
Marihuana, 129, 130
Markman, 273, 274, 292, 293
Marks, 81, 102
Marton, 211
Masters, 296, 312
Mathews, 143, 146, 150, 164, 165, 166

Meichenbaum, 36, 41, 198, 211, 214, 230, 236
Mercier, 5, 16, 19, 24, 37, 125
Mikro organizma, 189
Miller, 338, 349, 350, 353, 357, 363, 389
Minuchin, 424, 466
Moore, 166, 167, 221, 237
Morrill, 426, 466
Morrison, 333, 344, 358

N

Narsistik, 25, 86, 88
Nelson, 58, 77, 78
Nesne İlişkileri Teorisi, 481
Nesse, 80, 102
Nevrotik, 23
Newman, 6, 18, 19, 239, 249, 263, 332
Niaura, 239, 262
Niederee, 217, 219, 226, 237
Norcross, 38, 39, 263
North, 214, 237
Notarius, 273, 292, 293

O

Obsesif, 37, 141, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 184, 185, 191, 193, 194, 197, 198, 203, 206, 208, 209, 341, 412, 416, 476
Obsesif Kompulsif Bozukluk, 169
Obsesif Ritüel, 173, 174, 176, 177, 180
Obsesif-Kompulsif, 37, 141, 191, 194, 197, 198, 341, 416, 476
Obsesif-Kompulsif Nevroz, 341
Obsesyon, 170, 176, 194, 195
Oedipus Kompleks, 295
OKB, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 190, 192, 193, 194, 200
Olumlu Şeyleri önemsememe, 27
Olumsuz Filtre, 27, 310
Otomatik Düşünce, 26, 29, 41, 52, 59, 60, 67, 76, 106, 107, 112, 113, 117, 118, 120, 145, 147, 154, 158, 159, 160, 161, 203, 244, 245, 262, 268, 270, 271, 272, 275, 276, 277, 282, 288, 298, 301, 313, 382, 409, 410, 413, 416, 455, 471, 480
Otonomi, 45, 46

P

Pace, 42, 56
Padesky, 425, 463
Panik Atak, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138
Panik Bozukluk, 11, 24, 125, 126, 127, 131, 132, 136, 138, 141, 214
Paranoid, 11, 12, 24, 25, 315, 335, 339, 341, 346, 347, 351, 355
Parsons, 425, 462
Patolojik, 195
Patterson, 423, 424, 466
Paxil, 169
Perelson, 361, 389
Persons, 36, 39, 57, 58, 76, 78, 472, 480, 485
Pilowsky, 192, 211
Polyannacı, 83
Portföy Teorisi, 82
Power, 17, 143, 166
Pretzer, 56, 275, 293
Problem Listesi, 60, 61, 62, 66, 107
Prochaska, 248, 263, 363, 382, 389
Prozac, 169, 173
Psikiyatrik, 11, 12, 23, 24, 169, 214, 233, 269
Psikoanalitik, 36, 42, 296
Psikodinamik, 42, 219, 295, 303, 367, 374, 377, 378, 385, 407, 408, 412, 413, 472
Psikodinamik Teori, 295
Psikodinamik Terapi, 303, 374, 407
Psiko-Farmakoterapi, 203
Psikopatoloji, 58, 473
Psiko-Sosyal, 123, 239
Psikoterapi, 7, 8, 9, 18, 54, 218, 296, 363, 366, 386, 387, 388
Psikoterapik, 53, 368
Psikoterapist, 359
Psikotik, 8, 333, 334, 338, 345, 348, 353, 355
Psikotik Bozukluk, 346
Psikotik Semptomatoloji, 333
Psikoz, 333, 334, 348, 401

R

Rachman, 138, 151, 166, 215, 237
Rapee, 126, 131, 139, 164, 166
Rasyonel, 119, 120, 137, 169, 204, 206, 295, 392, 400, 403, 411, 416, 418, 423, 426, 476
Rasyonel-Duygucu Yaklaşım, 426
Raye, 349, 350, 357
Reingold, 151, 152, 166
Revenstorf, 273, 293

Rholes, 145, 167
Riskind, 5, 19, 37, 141, 145, 150, 151, 153, 155, 166, 167
Rollnick, 363, 389
Rosen, 43, 56, 78, 108, 124, 237, 312
Rotheram-Borus, 376, 389
Ruh Sağlığı, 359
Russell, 196, 211, 426, 466

S

Safran, 473, 478, 485
Salkovskis, 39, 134, 138, 139, 169, 172, 187, 483
Sanders, 424, 466
Sanderson, 139, 142, 167
Sanrılar, 334, 339
Savunma Üçgeni, 408, 410, 419
Schiff, 151, 167
Schlesinger, 428, 464, 465
Segal, 473, 478, 485
Seligman, 39, 390, 406
Semptomatoloji, 333
Semptom, 60, 126, 128, 146, 172, 186, 191, 198, 229, 232, 355
Shapiro, 123, 124
Shea, 124
Sınır Durum, 6, 315, 332
Sınır Durum (Borderline), 13, 251, 330
Smucker, 6, 19, 37, 213, 214, 217, 219, 226, 237, 472, 474, 476, 477
Snyder, 269, 294, 343, 357
Sobell, 239, 263
Sokratik, 15, 107, 154, 161, 162, 201, 226, 282, 342, 372, 411
Sokratik Diyalog, 411
Somatik, 189, 192, 194, 199, 202, 204, 207, 345
Somatizasyon, 189, 190, 192, 193, 194, 199, 201, 205, 209
Sorun Giderme Becerileri, 274
Sosyal Fobi, 126, 244, 367
Spaulding, 334, 358
Stamm, 222, 237
Steiner, 300, 312
Steketee, 169, 170, 173, 187, 236
Strateji Kartı, 137
Stuart, 275, 294, 312, 423, 467
Sweetland, 391, 406
Swendson, 393, 406

Ş

Şema, 29, 42, 45, 145, 217
Şizofreni, 333, 334, 337, 338, 340, 343, 345, 347, 349, 351, 352, 353, 355

T

Tahmini Tedavi Engelleri, 59
Tarrier, 342, 353, 358
Teasdale, 39, 196, 211, 406
Teichman, 426, 427, 467
Temel ve Koşullu İnançlar, 61
Terapist, 50, 202, 297, 359, 367, 388
Terapötik, 44, 58, 62, 71, 77, 88, 218, 219, 220, 224, 230, 235, 240, 242, 247, 255, 257, 261, 363, 366, 368, 372, 387, 408, 413, 478, 479
Terr, 214, 237
Tetikleyici, 202, 204, 207
Thibaut, 271, 294
Tomassi, 82
Tompkins, 5, 20, 36, 57, 58, 78, 472, 480
Torrey, 341, 343, 358
Trans, 46, 47, 48, 50, 53
Trause, 152, 167
Travma, 11, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 226; 227, 228, 229, 230, 232, 233, 314, 316, 417, 472, 476
Travmatik, 52, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 233
TSSB, 213, 214, 215, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235
Turkewitz, 275, 293
Turkington, 339, 353, 354, 357, 358
Turvey, 143, 165

U

Uyarılma, 229, 311
Uyum, 80

V

Vaka Formülasyonu, 57, 58, 59, 63, 64, 66, 67, 68, 71, 75
Van Der Hart, 216, 219, 238
Van Der Kolk, 216, 219, 238
Van Oppen, 169, 172
Varsayım, 29, 313, 457
Volberding, 361, 390
Vollmer, 425, 467
Vurploot, 152, 164

W

Wachtel, 381, 390
Wahl, 151, 153, 167
Wasylenski, 349, 358
Waters, 218, 236
Watts, 348, 358
Weerts, 151, 167
Wegner, 171, 187
Weishaar, 341
Weiss, 271, 276, 292, 294, 425, 466, 467
Wellbutrin, 415
Wenegrat, 81, 102
Westby, 151, 167
Williams, 80, 102, 187, 237, 357
Wilson, 174, 186
Wolpe, 218, 295, 312
Woody, 242, 264
Wright, 19, 263, 426, 429, 467

Y

Yanılsama (İllusion), 343
Yanlış Düşünce Kaydı, 118, 120
Yapısal, 41, 42, 43, 106, 146, 150, 186, 424
Yaş Geriletme, 46, 48, 51
Young, 45, 46, 47, 49, 56, 108, 118, 124, 238, 473, 476, 477, 478, 484, 485
Yüzleştirme, 30, 171, 172, 175, 206, 207, 224, 413, 420

Z

Zeeve, 426, 464
Zilbergeld, 299, 312

LITERA
YAYINCILIK



KİTAP
2006
SKB 0434690 VAA

ISBN 978-975-6329-37-5