Machine Translated by Google

CAMBRIDGE GUIDES TO THE PSYCHOLOGICAL THERAPIES

Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)

Anthony Bateman | Peter Fonagy | Chloe Campbell
Patrick Luyten | Martin Debbané



CAMBRIDGE Medicine

Machine Translated by Google

Cambridge Rehberi

Zihinselleştirmeye Dayalı

Tedavi (MBT)

Zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) ve farklı durumlarda ve farklı hasta gruplarıyla uygulanarak ruh sağlığı bozukluklarının tedavisinin iyileştirilmesine yardımcı olan uygulamalara dair özlü bir genel bakış sunan eksiksiz ve pratik bir rehber. Zihinselleştirmeye giriş ve bunu destekleyen kanıt temellerinin yanı sıra, MBT ilkeleri ve bireysel ve grup psikoterapisindeki temel klinik modelin açıklaması yer almaktadır. Her bir bölüm, depresyon, psikoz, travma, yeme bozuklukları ve borderline, antisosyal, narsisistik ve kaçınmacı kişilik bozuklukları olan hastaların tedavisine dair kapsamlı klinik örnekler sunmaktadır. Kitabın son bölümü, zihinselleştirme ve MBT'nin farklı popülasyonlarda (çocuklar, ergenler, aileler ve çiftler) ve farklı ortamlarda (meslek topluluğu, okullar, ebeveyn ve koruyucu bakım ve acil bakım ortamları) uygulanmasını öze

Klinikçiler için temel, kanıta dayalı psikolojik müdahalelerin tamamı hakkında en son bilimsel olarak titiz ve pratik bilgileri sunan Cambridge Psikolojik Terapiler Rehberleri serisinin bir parçasıdır.

Anthony Bateman , Londra'daki Anna Freud Merkezi'nin Danışmanı, Londra Üniversitesi Koleji'nde Ziyaretçi Profesör ve Danimarka'daki Kopenhag Üniversitesi'nde Psikoterapi alanında Fahri Profesördür.

Peter Fonagy , University College London'da Psikoloji ve Dil Bilimleri Bölüm Direktörü, Londra'daki Anna Freud Merkezi'nin İcra Kurulu Başkanı ve NHS İngiltere'de Çocuk ve Gençlerin Ruh Sağlığı Ulusal Klinik Danışmanıdır.

Chloe Campbell, University College London'daki Psikanaliz Birimi'nin Müdür Yardımcısıdır. Anna Freud Merkezi/Routledge En İyi Uygulamalar Serisi'nin ortak editörüdür.

Patrick Luyten, Psikoloji ve Psikoloji Fakültesi'nde Klinik Psikoloji Profesörüdür. Belçika, Leuven Üniversitesi Eğitim Bilimleri Profesörü

Machine Translated by Google

University College London, Klinik, Eğitim ve Sağlık Psikolojisi Araştırma Bölümü'nde Psikodinamik Psikoloji.

Martin Debbané , İsviçre Cenevre Üniversitesi Psikoloji ve Eğitim Bilimleri Fakültesi'nde Klinik Psikoloji Profesörü ve University College London'ın Klinik, Eğitim ve Sağlık Psikolojisi Araştırma Bölümü'nde Psikopatoloji Profesörüdür.

Machine Translated by Google

Cambridge Psikolojik Rehberleri Terapiler

Dizi Editörü

Patricia Graham

Danışman Klinik Psikolog, NHS Lanarkshire, İngiltere

Temel, kanıta dayalı psikolojik müdahaleler hakkında güncel, bilimsel olarak titiz ve pratik bilgiler için başvurulacak kaynak.

Bu klinik el kitapları serisi, terapiyi anlama ve uygulama konusunda açık ve özlü kılavuzlar sunar ve klinisyenlere belirli bir terapiyi belirli bir hastaya uyarlamak için kullanışlı bir referans sunar. Her kitap, teori, teknik, endikasyonlar ve etkililik üzerine bölümlerle tutarlı bir üslup izler, böylece sağlık profesyonelleri farklı ciltler arasında sorunsuz bir şekilde geçiş yaparak çeşitli terapiler hakkında tutarlı, tanıdık ve güvenilir bir formatta bilgi edinebilirler. Kitaplar ayrıca, çocuklar, ergenler ve yaşlılar gibi her terapi için ilgili uyarlamaların yanı sıra grup müdahaleleri ve dijital terapi gibi farklı uygulama yöntemleri hakkında da rehberlik sağlar.

Seride mevcut kitaplar

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) için Cambridge Rehberi
Jessica Davies, Kenneth Laidlaw ve Paul Salkovskis

Psikoterapi Bilişsel Davranışçı Analiz Sistemi Cambridge Rehberi (CBASP)
Massimo Tarsia, Todd Favorite ve James McCullough Jr.

Diyalektik Davranış Terapisi (DBT) Cambridge Rehberi
Jim Lyng, Christine Dunkley, Janet Feigenbaum, Amy Gaglia ve Michaela Swales

Cambridge Kişilerarası Psikoterapi Rehberi (IPT)
Laura Dietz, Fiona Duffy ve Patricia Graham

Zihinselleştirme Temelli Tedaviye (MBT) İlişkin Cambridge Rehberi
Anthony Bateman, Peter Fonagy, Chloe Campbell, Patrick Luyten ve Martin Debbané

Cambridge Psikodinamik Psikoterapi Rehberi Adam
Polnay, Rhiannon Pugh, Victoria Barker, David Bell, Allan Beveridge, Adam Burley, Allyson
Lumsden, C. Susan Mizen ve Lauren Wilson

Cambridge Şema Terapisi Rehberi Robert N.
Brockman, Susan Simpson, Christopher Hayes, Remco van der Wijngaart ve Matthew Smout

Machine Translated by Google

"Bu kitap, son 20 yılda mentalizasyon temelli teori ve pratikte biriken araştırma ve klinik bilgeliği anlaşılır bir dille ustaca bir araya getiriyor. Mentalizasyon temelli tedaviyi, transdiagnostik tedavi olarak kesin bir şekilde ortaya koyuyor. Mentalizasyon temelli terapiye önceden aşinalık gerektirmeyen bu mutlaka okunması gereken rehber, klinisyenlere hemen uygulanabilecek temel araçlar sunuyor. Okuyun! Değerini göreceksiniz!"

Carla Sharp, John ve Rebecca Moores Profesörü, Öğretim Görevlisi ve Araştırma Dekan Yardımcısı, CLASS Psikoloji Bölümü, Houston Üniversitesi

Cambridge Mentalizasyon Tabanlı Tedavi Rehberi (MBT), çığır açan bir rehber olmaya aday. Yazarlar, zihinsel işlemenin refahımızı nasıl etkilediğini incelemek için onlarca yıl harcadılar ve zihinselleştirme teorisi ve ilgili araştırmalar hakkındaki parlak düşünce netliklerini paylaştılar. Ayrıca, MBT'nin yol gösterici ilkeleri hakkında zengin, ayrıntılı ve pratik açıklamalar sunuyorlar ve zihinselleştirme kapasitelerini harekete geçirebilecek ve çeşitli klinik sorunlarda tedaviyi iyileştirebilecek etkili müdahaleleri açıklıyorlar. Bu kitap, klinik uygulamalarını geliştirmek için çalışan her düzeydeki psikoterapist için önemli fikirleri örneklendiriyor.

Shelley McMain, Kıdemli Bilim İnsanı, Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Merkezi (CAMH), Psikoterapi Bölümü Direktörü, Psikiyatri Bölümü, Toronto Üniversitesi

"MBT uygulayan herkesin mutlaka okuması gereken bir kitap. Bu rehber, parlak klinik, bilimsel ve kavramsal beyinlerin bir araya geldiği, MBT'nin bir "guru terapisi" değil, demokratik, hayat dolu ve coşkulu olduğunu açıkça gösteren bir zihin karışımı! 30 yıllık MBT eğitim deneyimlerini bir araya getiren bu rehber, çok çeşitli zihinsel sorunlarda ve klinik ortamlarda zihinselleştirmeyi nasıl güçlendireceğinize dair sihirli iksire dair içgörüler sunan çok sayıda ayrıntılı bireysel ve grup vaka açıklamasıyla oldukça öğretici.
MBT, tüm ortak faktörleri dahil ederek modern psikoterapi araştırmalarının önerilerini takip eder ve yine de klinisyenlere bozukluk kavramsallaştırması, hedefler, görevler ve değişim teorisi açısından ikna edici bir anlatı sunar. Bu kılavuzla MBT, güçlü teorik ve ampirik temellere ve klinisyenler için en önemlisi, kullanıcılar için çok net ve somut talimatlara sahip, bağımsız bir transdiagnostik tedavi haline geldiğini kanıtlıyor.

Svenja Taubner, Psikososyal Önleme Profesörü, Tıp Fakültesi Müdürü, Psikososyal Önleme Enstitüsü, Heidelberg Üniversitesi

MBT'nin cazibesi, net hipotezler ile kişinin bunları sürekli sorgulama konusundaki eleştirel yeteneği arasındaki dengedir. Dolayısıyla MBT, en iyi anlamıyla bir psikoterapi fabrikasıdır: yaratıcı, ilham verici ve arayüzle uyumlu; bilimsel kanıtlara odaklanan klinik uygulayıcılar ve klinik araştırmalara odaklanan araştırmacılar için.

Uygulama. Bu kitap, psikoterapinin hem pratiğini hem de teorisini büyük ölçüde ilerletecek bir katalizördür."

Martin Bohus, Psikosomatik Tıp ve Psikoterapi Profesörü, Heidelberg Üniversitesi; Merkez Ruh Sağlığı Enstitüsü, Mannheim, Almanya

Machine Translated by Google

Cambridge Rehberi
Zihinselleştirmeye Dayalı
Tedavi (MBT)

Anthony Bateman
Londra Üniversitesi Koleji ve Anna Freud Merkezi, Londra

Peter Fonagy
Londra Üniversitesi Koleji ve Anna Freud Merkezi, Londra

Chloe Campbell
Londra Üniversitesi Koleji ve Anna Freud Merkezi, Londra

Patrick Luyten
Leuven Üniversitesi ve Londra Üniversitesi Koleji

Martin Debbané
Cenevre Üniversitesi ve Londra Üniversitesi Koleji

CAMBRIDGE
UNIVERSITY PRESS

Machine Translated by Google



Shaftesbury Yolu, Cambridge CB2 8EA, Birleşik Krallık

One Liberty Plaza, 20. Kat, New York, NY 10006, ABD

477 Williamstown Yolu, Port Melbourne, VIC 3207, Avustralya

314–321, 3. Kat, Parsel 3, Splendor Forum, Jasola Bölge Merkezi,
Yeni Delhi – 110025, Hindistan

103 Penang Yolu, #05–06/07, Visioncrest Commercial, Singapur 238467

Cambridge University Press, Cambridge Üniversitesi'nin bir bölümü olan Cambridge University Press & Assessment'ın bir parçasıdır.

Üniversitemizin, eğitim, öğrenme ve araştırmayı uluslararası düzeyde en üst düzeyde mükemmellik seviyesine taşıyarak topluma katkıda bulunma misyonunu paylaşıyoruz.

www.cambridge.org
Bu başlık hakkında bilgi: www.cambridge.org/9781108816274

DOI: 10.1017/9781108896054

© Cambridge University Press & Assessment 2023 Bu

yayın telif hakkına tabidir. Yasal istisnalar ve ilgili toplu lisanslama sözleşmelerinin hükümleri saklı kalmak üzere, Cambridge University Press & Assessment'ın yazılı izni olmadan hiçbir bölümünün çoğaltılması yapılamaz.

İlk yayın tarihi 2023

Birleşik Krallık'ta TJ Books Limited, Padstow tarafından basılmıştır
Cornwall

Kongre Kütüphanesi Kataloglama-Yayın Verileri.
Bu kitabın Kataloglama-Yayınlama veri kaydı Kongre Kütüphanesi'nden edinilebilir ISBN 978-1-108-81627-4

Kapaklı Kitap

Cambridge Üniversitesi Yayınları ve Değerlendirmesi, bu yayında adı geçen harici veya üçüncü taraf internet sitelerinin URL'lerinin kalıcılığı veya doğruluğu konusunda hiçbir sorumluluk taşımaz ve bu web sitelerindeki herhangi bir içeriğin doğru veya uygun olduğunu veya kalacağını garanti etmez.

[Tıbbi uyarı:]

Bu kitabın hazırlanmasında, yayınlandığı tarihte kabul görmüş standartlar ve uygulamalarla uyumlu, doğru ve güncel bilgiler sağlamak için her türlü çaba gösterilmiştir. Vaka öyküleri gerçek vakalardan alınmış olsa da, ilgili kişilerin kimliklerini gizlemek için her türlü çaba gösterilmiştir. Bununla birlikte, yazarlar, editörler ve yayıncılar, burada yer alan bilgilerin tamamen hatasız olduğuna dair hiçbir garanti veremez; özellikle de klinik standartlar araştırma ve düzenlemeler yoluyla sürekli değiştiğinden. Bu nedenle yazarlar, editörler ve yayıncılar, bu kitapta yer alan materyalin kullanımından kaynaklanan doğrudan veya dolaylı zararlardan kaynaklanan her türlü sorumluluğu reddeder. Okuyucuların, kullanmayı planladıkları herhangi bir ilaç veya ekipmanın üreticisi tarafından sağlanan bilgilere dikkatlice dikkat etmeleri şiddetle tavsiye edilir.

Machine Translated by Google

İçindekiler

Önsöz ix
Dizi Editöründen Bir Not xiii
Teşekkürler xiv

Bölüm I Modelin Genel Görünümü

1 Zihinselleştirmenin ve
Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi 1

2 Destekleyici Teori
Mentalizasyon Tabanlı Tedavi 4

Bölüm II Zihinselleştirmeye Dayalı
Uygulamada Tedavi Modeli

3 Mentalizasyon Tabanlı Tedavi Nedir? 43

4 Klinik Süreci
Mentalizasyona Dayalı Tedavi:
Adım Adım Kılavuz 52

5 MBT Grubu (MBT-G) 136

Bölüm III Başvuru ve
Zihinsel Gelişim İçin Uyarlamalar
Sağlık Sunumları

6 Narsistik
Kişilik Bozukluğu 155

7 Antisosyal Kişilik Bozukluğu 174

8 Kaçıngan Kişilik Bozukluğu 203

9 Depresyon 230

10 Psikoz 253

11 Travma 277

12 Yeme Bozukluğu 298

Bölüm IV Uygulaması
Zihinselleştirmeye Dayalı
Farklı Tedavi
Nüfuslar ve
Farklı Ayarlar

13 Çocuklarla Çalışmak 319

14 Ergenlerle Çalışmak 328

15 Ailelerle Çalışmak 340

16 Çiftlerle Çalışmak 347

17 Diğerlerinde Zihinselleştirme
Ayarlar 353

18 Zihinselleştirme ve
Acil Bakım 364

Dizin 388

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Önsöz

Zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) uygulamasına ilişkin bir başka klinik kılavuzun gerekçelendirilmesi aramızda önemli tartışmalara ve düşüncelere yol açtı: "Son yirmi yılda bunların hepsi yeterince iyi ele alındı mı?"; "Söylenecek yeni bir şey var mı?"; "Yeni bir kitabı haklı çıkaracak kadar teorik, araştırma ve klinik değişiklik var mı?"
Açıkçası, bu kitabı yazma kararımız, son birkaç yılda hem MBT'nin temelini oluşturan teorik çerçevede hem de klinik pratikte uygulanmasında başka bir kitabı haklı çıkaracak kadar çok şeyin değiştiğine dair sonucumuzu kanıtlıyor. Bu, uzmanlar tarafından yazılmış bağımsız bölümlerden oluşan bir koleksiyon değil, çok yazarlı bir kitap. Amacımız, zihinselleştirme teorisinin tüm çeşitli yönlerini ve uygulamalarını tekrarlayıcı olmadan özetleyen, baştan sona tutarlı bir metin yazmaktı. Yeni materyali özetlerken, zihinselleştirme teorisini ve çeşitli ruh sağlığı sorunları ve bağlamlarında uygulanan klinik müdahaleleri, teori ve pratik uygulamaları hakkında çok az ön bilgisi olan ilgili okuyucunun anlayabileceği bir şekilde açıklamaya çalışıyoruz. Klinisyenlerin, müdahalelerini şekillendirmek için yanlarında taşıyabilecekleri bir çerçeveye ve bu çerçeveyi etkili klinik uygulamaya nasıl dönüştüreceklerine dair klinik örneklere ihtiyaçları vardır. Bu kitabın amacı da budur: bir MBT başlangıç paketi olmak!

Etkili zihinselleştirmenin, sosyal süreçleri ve bireysel dayanıklılığı destekleyen üst düzey bir zihinsel işleme sistemi olarak öneminin anlaşılması, gelişimsel kökenleri ve ruh sağlığı sorunlarındaki merkezi konumu -veya başka bir şekilde- hakkında giderek daha fazla araştırma yapılmasını teşvik etmiştir. Bu da, bireyin zihinselleştirmesini geliştirmek için düzenlenmiş genel bir müdahale modeli olan MBT'nin, zorlu kişilerarası ve sosyal ortamlarda insanların zihinselleştirme becerilerini yeniden inşa etmelerine nasıl yardımcı olunacağı konusunda daha da rafine hale gelmesine yol açmıştır. Klinik modelin ilk yinelemelerinin, güçlü zihinselleştirmeyi nasıl kolaylaştıracağımız konusunda son söz olduğunu hiçbir zaman düşünmedik ve bireylerin ilişkilerinde ve sosyal etkileşimlerinde dayanıklılık geliştirmelerine yardımcı olmak için transdiyagnostik yaklaşımımızı geliştirmeye devam ediyoruz. Nitekim, sonuç araştırmaları, MBT'nin çeşitli semptomatik alanlarda etkili olmasına rağmen, birçok hastanın sosyal uyum ve kişisel yaşam memnuniyeti sorunları yaşamaya devam ettiğini göstermektedir. Birçoğu, hem tedavinin sonunda hem de uzun vadede tatmin edici ilişkiler ve yaşam başarıları konusunda tam potansiyellerine ulaşamamaktadır. Tedavi yaklaşımımızın hedeflerini genişletmede ilerleme kaydettiğimizi düşünüyoruz, ancak MBT'nin etkinliğini geliştirmede kat etmemiz gereken çok yol olduğu açık. Bu kitap, bir bakıma geldiğimiz noktayı özetliyor.

Kitabın odak noktasını, daha önce karşılaştıklarından daha keskin ve karmaşık bir hastayla mücadele eden klinisyenler haline getirmeye çalıştık. Zihinselleştirme modeli, zihinsel sağlık sorunlarını gelişimsel olarak kavramsallaştırır ve kesinlikle farklı yollardan (genetik, bireysel, tarihsel, kültürel, toplumsal, çevresel, hem içsel hem de dışsal vb.) ortaya çıkar, ancak nihayetinde sosyal düşünme -yani zihinselleştirme- gibi benzersiz bir insan kapasitesinin tek bir hunisine daralır. Zihinselleştirme sorunları farklı nedenlerle ortaya çıkabilir ve bu sorunların tezahürü, bireyin içinde yaşadığı toplumsal bağlamın yanı sıra bireysel özellikleri ve geçmişi de yansıtacaktır. Gelişimsel psikopatoloji kavramı olan eşsonuçluluğun klinik açıdan büyük bir değeri vardır.

Machine Translated by Google

Sebepler karmaşık ve çok çeşitli olabilir, ancak önemli bir ortak aracıyı ele alan müdahale pragmatik bir tedavi fırsatı yaratır. Bu kitapta veya başka bir yerde, birden fazla zihinsel bozukluk biçimini tek bir nedene indirgemeye çalışmıyoruz. Ancak zihinsel bozukluklarda sözde eştanı oranının yüksek olması, birçok bozuklukta rol oynayabilecek ortak faktörleri belirlemeye çalışmamızı gerektiriyor ve bu da iyileştirmeye transdiagnostik bir yaklaşım sunabilir. Bu kitap, zihinselleştirmeyi bu ortak faktörlerden biri olarak ele alıyor. Zihinselleştirme, klinisyenin tek bir hastada kafa karıştırıcı bir sunum yelpazesiyle karşılaştığında hem genel hem de soruna özgü müdahaleler sunmasını destekleyen bir tedavi çerçevesi oluşturmasına olanak tanır. MBT'de genel ve özgül arasında doğru dengeyi kurup kurmadığımızdan emin değiliz; her ikisine de kesinlikle ihtiyaç var. Kalıcı ruh sağlığı sorunlarının, sosyal dünyaya uyum sağlama kapasitesinin eksikliğini ve bireyin erişebildiği bilgilere rağmen değişime karşı verimsiz bir direnci yansıttığı şeklindeki genel kavramsallaştırmamız, epistemik güven kavramına, yani insan zihninin sosyal etkiye açık veya kapalı olma yeteneğine dayanmaktadır. Epistemik teyakkuz doğal bir durum olabilir, ancak aşırı teyakkuz "duyup dinlememe" durumuna ve dolayısıyla başkaları tarafından sunulan sosyal bilgiyi i
Zihinselleştirme, epistemik güven oluşturmanın ve zihinsel bozukluğun kalıcılığını karakterize eden epistemik işlev bozukluğunu ortadan kaldırmanın anahtarı olabilir. Eğer öyleyse, zihinselleştirmenin bu kadar tanı ötesi bir şekilde nasıl yardımcı olduğunu ve çok çeşitli ruh sağlığı sorunları için bir müdahale olarak nasıl incelendiğini açıklayabilir. Gelişmiş sosyal anlayış, yalnızca kişinin kendisi ve başkalarıyla ilgili sosyal bilişteki zorlanmamış hataları düzeltmekle kalmaz, aynı zamanda kişiyi ilk etapta terapi odasından, ardından da hepimizin maruz kaldığı bağlanma ilişkilerinden -aile ilişkileri, iş ve toplum ilişkileri- edinilen yeni anlayışlara da açar.
Bunlar, kendimiz ve başkaları hakkındaki anlayışımızı sürekli ve tutarlı bir şekilde etkileyerek, kişilerarası ilişkilerde doğru yolda kalmamızı sağlar. Bu anlayış nispeten yeni olmakla birlikte, benimsenmesi nispeten kolay ve mevcut birçok psikolojik müdahale modelini geliştiren -ya da daha doğrusu onlardan yararlanan- genelci bir psikolojik terapi yaklaşımını savunma konusundaki güvenimizi artırmıştır. MBT'de yeni olan çok az şey olduğunu ve evrimsel mirasımızın bir parçası olan psikolojik ilkelerden yararlandığını söylemekten hoşlanırız. Yine de, bu ifadenin temel gerçeği, klinisyenler ve kişilerarası iyileşme süreçlerinin bu en dikkat çekici mekanizmasından -psikoterapi- faydalananlar için genel ve özel arasında doğru dengeyi bulma yönündeki bir başka girişimi temsil eden bir kitap daha üretmeye bizi teşvik etti.

Bu kitabın I. Bölümünde (1. ve 2. Bölümler), zihinselleştirme ve MBT'nin tarihini ele alıyor, güçlü zihinselleştirmeye katkıda bulunan temel gelişim süreçlerinden bazılarını özetliyor, sonuç araştırmalarını özetliyor ve çocukluk ve ergenlik döneminde işlerin neden ters gittiğini ele alıyoruz. II. Bölümde (3-5. Bölümler), MBT'de izlenen temel klinik ilkeler ortaya konuyor. Bu kitap boyunca, zihinselleştirme dünyasına yeni giren ve klinik pratiğin temellerini atmak isteyen klinisyenler için jargonu aşacak kadar günlük dil kullandığımızı umuyoruz. Terapötik yaklaşımımızın başlangıçta odaklandığı akıl sağlığı sorunu olan borderline kişilik bozukluğu (BPD) hastası Sarah'ın gelişimini, BPD için MBT uygulamasını adım adım açıklayarak takip ediyoruz. MBT'nin (3. Bölüm) temelini oluşturan ilkeler ve temel modelin tüm farklı aşamaları, bireysel (4. Bölüm) ve grup (5. Bölüm) seanslarında klinik pratikte nasıl kullanıldıkları gösterilmektedir. Sarah bir "prototip"tir; yani gerçek bir hasta olmaktan ziyade, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanısı almış birinin kurgusal bir bileşimidir.

Machine Translated by Google

Bu kitapta farklı ruh sağlığı görünümlerini tanımlamak için borderline, antisosyal, narsisistik ve kaçıngan kişilik bozukluğu vb. kategorileri kullansak da, bunu öncelikle önceki literatürle bağlantı kurmak için yapıyoruz. Zihinselleştirme yaklaşımının boyutsal bir sistemi izlediğini ve kategorizasyon sorununu aştığını vurguluyoruz. MBT, bir klinisyenin, bir tanı "kategorisini" oluşturan belirli tanımlayıcı özelliklerin varlığını veya yokluğunu belirlemek yerine, bireyin kişiliğini zihinselleştirmenin boyutsal alanları açısından değerlendirmesini gerektirir. Hastanın sosyal deneyiminde bozulmaya neden olabilecek boyutsal zihinselleştirme bileşenlerinin (dengesizliğinin) ayrıntıları, kişiselleştirilmiş bir değerlendirmenin merkezinde yer alır; hastanın formülasyonu kategorilerden kaçınır ve süreç ve işlev etrafında düzenlenir. Bu kişiselleştirilmiş yaklaşımın bölümler boyunca açık olmasını umuyoruz. Sarah, kendisi ve başkaları için sorun yaratan çeşitli deneyim ve davranışlara sahip olmasına rağmen, birçok hastamız gibi, duygularını ve başkalarına karşı tepkilerini yönetmek için çok çabalıyor ve değişmek için motive oluyor. Hedef odaklı zihinselleştirme, klinisyenin olaylara Sarah'nın bakış açısından bakmasını ve onlara şefkatle yanıt vermesini gerektirir; böylece Sarah, klinisyenin onu, kendisinin kendisini gördüğü gibi gördüğünü deneyimler. Bu, hasta-terapist ilişkisinde epistemik güven (terapistin aktardığı bilgiye duyulan güven) yaratır ve gözlemlediğimiz değişimin kalıcı olması ve Sarah'nın hayatındaki fırsatlardan yararlanabilmesi için bunu bir gereklilik olarak görüyoruz. Sarah, tipik bir MBT hastası olarak tasvir ediliyor; tedaviye orta derecede duyarlı.

Gruplar, MBT'nin önemli bir parçasıdır. Grubun amacı, kişinin başkalarıyla ve başkaları aracılığıyla kendini öğrenmesini desteklemektir ve MBT gruplarını diğer grup tedavilerinden ayıran bazı özel müdahaleler 5. Bölüm'de özetlenmiştir. Sarah grupta başlar ve kademeli olarak katılım göstermeye ve başkaları aracılığıyla kendini öğrenmeye başlar; bu süreç giderek daha güçlü ve etkili bir zihinselleştirmeye yol açar. Bir grupta başkaları aracılığıyla kendini öğrenme, MBT'de antisosyal kişilik bozukluğu (MBT-ASPD) için kullanılan temel formattır (Bölüm 7'de açıklanmıştır). Bu, MBT'nin diğer uyarlamalarıyla birlikte Bölüm III'te (Bölüm 6-12) ele alınmaktadır. Bu bölümlerde, tedavilerin BPD için orijinal modelden nasıl farklılaştığı, diğer kişilik güçlüklerine nasıl uygulandığı tartışılmaktadır. Modeli farklı bozukluklara uyarlarken, klinisyenler MBT'nin özündeki ilkeleri izler, karşılarındaki kişinin "bozukluğunu" tanımlamak yerine, zihinselleştirme sorunlarını tanımlayıp formüle eder ve müdahalelerini buna göre uyarlar. Yine, kişilik bozukluğu kategorilerini kullansak da, bu yalnızca okuyucuyu tartışma alanına bağlamak içindir. MBT klinisyeni nadiren "bozukluklar" ve "teşhis" ile ilgilenir, bunun yerine "kişilik işlevi"nin ardındaki kişinin zihinselleştirmenin boyutsal alanları açısından değerlendirilmesini sağlamaya çalışır. Zihinselleştirme perspektifinin sunduğu kişilerarası anlayış merceğinden, insanların yalnızca zihinsel bozukluklar veya kişilik bozuklukları olarak değil, düşündüklerini, hissettiklerini, dilediklerini ve arzuladıklarını görürüz. Zihinselleştirmenin gözlemlenmesi ve nazikçe geliştirilmesi, MBT klinisyeninin yaptığı her şeyin merkezindedir. Bir dereceye kadar, farklı bozukluk türlerinin etiketleri, bireyler olarak kendimiz ve diğer insanlar hakkında düşünme ve hissetme biçimimizde yaygın olarak gözlemlenen farklı kalıplara çevrilir ve bu, az ya da çok tüm hastalarımızı (ve cesaret edip söyleyelim, hepimizi) karakterize eder. Bu nedenle, kişilik işleyişinin narsisistik yönleri (MBT-NPD) (Bölüm 6) ve antisosyal yönleri (MBT-ASPD) için MBT uygulayan k (Bölüm 7) veya kaçınmacı, kaygı odaklı sosyal işlev özellikleri (MBT-AvPD) için (Bölüm 8) aynı temel prensipleri (Bölüm 3) ve müdahale modelini takip eder

Machine Translated by Google

MBT-BPD'de (Bölüm 4) özetlenmiştir, ancak MBT formatını ve müdahale sürecini bireyin zihinselleştirme formülasyonuna göre ayarlar. Genellikle "kişilik bozukluğu" tanımıyla özetlenen, daha istikrarlı ve daha yavaş değişen işlevsellik yönleri ile daha spesifik olarak tanımlanan ve tartışmalı olarak epizodik zihinsel bozukluklar arasında ikili bir ayrım görmüyoruz. Her ikisi de karakteristik zihinselleştirme başarısızlıklarını içerir ve MBT için terapötik fırsatlar sunar; bunlar sonraki bölümlerde ele alınacaktır. Depresyon (Bölüm 9) ve psikoz (Bölüm 10) gibi zihinsel durum bozukluklarının tedavisine yönelik yaklaşım, transdiyagnostik yaklaşımımızı daha da doğrular. Her bölüm, zihinselleştirme çerçevesini ve sorunlu alanların formülasyonunu özetlemekte ve ardından hastanın zihinsel işlevinin bu yapılandırmalarından doğal olarak ortaya çıkan müdahaleleri açıklamaktadır.

Bölüm 11'de, travma yaşamış bireyler için MBT tartışılmakta ve MBT-travma odaklı (MBT-TF) bir müdahale yaklaşımı açıklanmaktadır. Sınırda Kişilik Bozukluğu için orijinal versiyonunda MBT, çoğu hastanın önemli bir bağlanma travması geçmişine sahip olduğu gerçeğini hesaba katmıştır. Bu deneyimlerin sonuçları üzerinde çalışmak modele dahil edilmiştir. Veriler, travmanın hasta üzerindeki etkilerine yönelik bu genel klinik yaklaşımın bir dereceye kadar işe yaradığını göstermektedir; tanımlanabilir travma yaşayanların tedavi sonuçları, travma öyküsü bildirmeyenlerden daha kötü olmamıştır. Bununla birlikte, karmaşık travmanın bazı semptomlarının özel ilgiye ihtiyaç duyabileceği açıktır. Yine, ilk adım travmayı zihinselleştirici bir bakış açısıyla yeniden çerçevelemeyi gerektirir. Zihinselleştirme ve travma arasındaki ilişkinin anlaşılması, Bölüm 11'in ilk kısmında ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. Ardından, travmanın dört zihinselleştirici temasına (yalnız kalma, zihinsel izolasyon ve kaçınma, utanç ve epistemik uyanıklık) dayanarak MBT terapötik yaklaşımı (MBT-TF) tartışılmaktadır. Karmaşık travmaya yönelik bir yaklaşım için alışılmadık bir şekilde, MBT-TF, hastaların kendileriyle aynı deneyimleri yaşadığını düşündükleri diğer kişilerle paylaşımda bulunup onlardan daha fazla şey öğrenebilmeleri amacıyla grup formatında sunulur. Gruptaki hastalara destek olmak için bireysel seanslar eklenebilir.
Kısım III'ün son bölümü olan Bölüm 12, MBT'de gelişimsel olarak belirlenen zihinselleştirme sorunları, genetik yatkınlıklar, bağlanma ve çocukluk ve ergenlik dönemi zorlukları bağlamında ortaya çıkan durumlar olarak görülen yeme bozukluklarını ele almaktadır. Yeme bozukluklarıyla ilişkili semptom yelpazesinin, farklı sosyal öz düzenleme girişimleri olma işlevini paylaşabileceğini savunuyoruz. Bu önemlidir. Dolayısıyla, yeme bozuklukları için MBT'nin odak noktası, örneğin vücut ağırlığı ve şekli değil, işlevsiz ilişkiler, sosyal kaygılar ve bozuklukları sürdüren zihinselleştirme sorunlarıdır.

Bölüm IV'ü oluşturan bölümler, zihinselleştirmenin çocuklarla (Bölüm 13), ergenlerle (Bölüm 14), ailelerle (Bölüm 15) ve çiftlerle (Bölüm 16) ve çeşitli bağlamlarda (Bölüm 17) çalışmak için bir çerçeve olarak kullanımını ele almaktadır. Son olarak, Bölüm 18, acil durumlarda kriz durumlarında başvuranların genel değerlendirmesi ve bakımı için zihinselleştirmeyi kullanan bir hizmetin organizasyonunu ele almaktadır.

Anthony Bateman
Peter Fonagy
Chloe Campbell
Patrick Luyten
Martin Debbané

Machine Translated by Google

Dizi Editöründen Bir Not

Cambridge University Press Editörü Sarah Marsh ile ilk tanıştığım günü hatırlıyorum - sanki bir ömür önceymiş gibi geliyor. Haziran 2017'de Edinburgh'un merkezindeki bir kafede, kanıta dayalı Psikolojik Terapiler üzerine odaklanan bir kitap serisi oluşturma fikrini görüşmek üzere buluşmuştuk. Fikir basitti:

Kitaplar hem bir stajyer hem de uzman bir klinisyen için ilgi çekici olacaktı. Okuyucuların farklı teorik anlayış modelleri kullanarak psikolojik bir zorluğu kavramsallaştırmalarını, ancak bilgi yoğunluğu karşısında bunaltmamalarını sağlamak istedik. Kolayca okunabilen ve karmaşık kavramları yönetilebilir bir şekilde inceleyen bir kitap serisine ihtiyaç olduğunu gördük.

Bu yüzden Sarah bana Dizi Editörü olup olmayacağımı sorduğunda hayır diyemezdim. Dizi için ilk planları yaparken asla tahmin edemeyeceğimiz şey, yakında küresel bir pandemiyle karşı karşıya kalacağımızdı. Evimizden çıkıp çıkamayacağımızı veya çocuklarımızın okula gidip gidemeyeceğini bile bilmediğimiz günler oldu; dünya fiilen durmuştu. Yine de tüm bu kaos, belirsizlik ve korku içinde, etrafımdakilerin kararlılığını ve başarılarını gördüm. Ergenliğini "karantina" altında geçiren oğlum Patrick'in dayanıklılığına hayran kaldım. Şimdi onu ve dönüştüğü genç adamı izliyorum; sessiz bir özgüvenle dimdik yürüyor. Onun ve arkadaşlarının birlikte gülüp, çoğunun daha önce hafife aldığı bir şeyin, yani üniversitedeki özgürlüklerinin tadını çıkarmasını çok gururla izliyorum. Benzer şekilde, çoğu meşgul ve yorgun klinisyen olan bu kitapların birçok yazarının, değerli zamanlarını bu işe adamaya devam ettiğini gördüm; bu, çok zorlu bir dönemde inanılmaz bir başarıydı. Dünyanın dört bir yanından, akademik, klinik ve teorik dünyalarına beni davet ettiler. Hepsiyle çalışmak benim için bir onurdu. Bu serinin tüm yazarlarına ve yazarlarına, en karanlık günlerde bile gösterdikleri sıkı çalışma, kararlılık ve mizah anlayışları için kişisel olarak teşekkür etmek istiyorum. Tüm bilinmezliklere ve kaosa rağmen, yılmadan devam ettiler ve harika bir şey başardılar.

Sarah ve Cambridge'den Kim Ingram'a bana Dizi Editörü olma fırsatı verdikleri için teşekkür etmek istiyorum. Her dakikasından keyif aldım; tahmin ettiğimizden daha uzun ama muhteşem bir yolculuktu ve bunun için inanılmaz derecede minnettarım.
Sarah ve Kim artık benim arkadaşlarım; kelimenin tam anlamıyla küresel bir salgını birlikte yaşadık. Cambridge University Press ile birlikte ve iş birliği içinde çalışmak benim için büyük bir zevkti.

Patricia Graham, Dizi Editörü
Danışman Klinik Psikolog, NHS Lanarkshire, İngiltere

Machine Translated by Google

Teşekkürler

Bu kitap, uzun yıllar boyunca bize katlanan ve aslında kendilerine ait olan ve öyle kabul edilmesi gereken fikirler veren çevremizdeki herkese teşekkür etmeden tamamlanmış sayılmaz. Kendilerinden özür diliyor ve fikirlerini zihinselleştirme çerçevesine entegre etmemizin onlara bir nebze olsun adalet sağladığını umuyoruz. Bu kitabı yazmamız için bizi cesaretlendiren seri editörü Patricia Graham'a ve "neredeyse bitmiş" bir el yazmasını uzun bir süre sabırla bekleyen yayıncılara teşekkür ederiz. Son olarak, Anna Freud Merkezi ve University College London Klinik, Eğitim ve Sağlık Psikolojisi Araştırma Bölümü'ndeki meslektaşlarımızın el yazmasını netleştirme, düzenleme ve son haline getirme konusunda sağladıkları destek eşsizdi - teşekkür ederim.

Machine Translated by Google

Bölüm 1

Zihinselleştirmenin ve Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

Giriş Bir kişi,

partnerinin belirli bir bakışının işte zor bir gün geçirdiği anlamına geldiğini sezgisel olarak nasıl anlar? En iyi arkadaşlar nasıl tek bir cümle bile tamamlamadan birbirleriyle uzun diyaloglar kurabilirler? Binlerce yıldır filozoflar zihnin nasıl çalıştığını düşünmüş ve yirminci yüzyıl oyun yazarları, romancılar, şarkıcılar ve şairler, başka birinin zihninde olmanın nasıl bir şey olduğunu anlatan hikâyeler anlatmışlardır. Daha yakın zamanlarda ise psikologlar, zihnimizin nasıl çalıştığına dair anlayışımızı derinleştirmek için deneysel yöntemler kullanmışlardır. Ancak günlük yaşamımızda hepimiz zihin filozoflarıyız; neredeyse hepimiz "zihin alanımızın" önemli bir kısmını diğer insanların zihninde neler olup bittiğini merak etmeye ve kendi düşüncelerimizi veya duygularımızı takip etmeye ayırırız. Düşünceler üzerine düşünme alanını ele almak için kullanılan birkaç terim vardır: Zihinsel durum çıkarımı, Zihin Kuramı, kasıtlı duruş, yansıtıcı işleyiş ve zihinselleştirme. Bunların hepsi, fiziksel nesnelerin, hareket eden bedenlerin ve ifadeli yüzlerin ötesinde, arkasında veya onlardan farklı bir şeyi temsil etme yeteneğini ifade eder. Bu tür "zihinsel merak"ın sosyal etkileşim, kültür ve ahlak açısından oldukça önemli olduğunu giderek daha fazla fark ediyoruz; üstelik bunu yaparken siyaset, din ve teknoloji için de önemli olduğunu. Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi (MBT) dünyasında, bu kavrama ruh sağlığı sorunlarını anlamlandırmanın bir yolu olarak odaklandık ve bunu yeni bir psikoterapötik tedavi biçimi oluşturmak için kullandık.

Hepimiz zihinsel durumların ne olduğunu biliyoruz; bunlar niyetleri, inançları, bahaneyi, ironiyi ve bilgiyi kapsar; Alman filozof Franz Brentano bunların ortak noktasının bir şey hakkında olmak olduğunu belirlemiştir [1]. Bu tür zihinsel durumlar hakkındaki bir diğer şey ise "İnanıyorum ki..." gibi bir nitelendirme gerektirmeleridir. Bu uyarıya ihtiyaç duyarlar çünkü düşünceler fiziksel bir özden yoksundur ve başkaları tarafından görülemezler; ancak elbette, elle tutulamaz olmalarına rağmen, eylemi yönlendirme güçleri aracılığıyla çok gerçek sonuçlara sahip olabilirler. İnsan inançları, gözlemlenebilir büyük sonuçları olan davranışların belirleyicileridir; bu nedenle, ortaya çıktıkları ve yalnızca gevşek bir ilişkiye sahip oldukları fiziksel dünyadan çok daha büyük bir öneme sahiptirler. Bir örnek vermek gerekirse, büyücülük nedeniyle kazıkta yakılan son Avrupalı kurban, 1810'da Polonya'nın Reszel şehrinde bir kadındı. Üç yıl önce, şehirde hiçbir nedeni bulunamayan bir yangın çıkmıştı. Yıllardır cadılıkla suçlanan bir kadın suçlanıp işkence gördü ve suçu kabul etmemesine rağmen suçlu bulundu ve kazıkta yakılarak idam cezasına çarptırıldı. Dava Prusya mahkemesinin her kademesinde görüldü, hatta krala kadar ulaştı, ancak ceza onandı ve idam edildi. Yanlış inançların yaratabileceği korkunç etkiye dair daha birçok dramatik örnek var ve insanlık tarihi bunu gösteriyor.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirmenin yanlış gittiğinde ortaya çıkan sonuçların ciddiyetine bir kanıt olarak. Bu kitap, MBT'nin, insan zihninin bazen diğer insan zihinlerinin içeriğine olan sorunlu hayranlığı hakkında bildiklerimizi, zihinsel sağlık bozukluklarının tedavisini iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla nasıl kullanmaya çalıştığını anlatıyor. Bölüm I'de (bu bölüm ve Bölüm 2), zihinselleştirme hakkında biraz arka plan bilgisi, arkasındaki fikirler ve bunu destekleyen kanıtlar sunarak başlayacağız. Bu kitabın geri kalanının büyük kısmı oldukça pratiktir; MBT'ye ve farklı durumlarda ve farklı hasta gruplarına nasıl uygulandığına dair özlü bir genel bakış sunmayı hedefliyoruz. Ancak önce teorik bir genel bakış sunacağız.

"Zihin Kuramı" terimi, yarım yüzyıl önce ilk kez, insanların yanlış bir inançla hareket eden bir kahramanın eylemlerini (kendileri tarafından bilinmeyen, yerinden edilmiş bir nesneyi arayan) öngörme kapasitesini ifade etmek için kullanılmıştı. Zihin Kuramı sektörü hızla büyüdükçe, geniş bir deneysel tasarım ve felsefi kavramsallaştırma yelpazesi, "Zihin Kuramı'na sahip olma" (örneğin, Daniel Dennett'in "kasıtlı bir duruş sergileme" kavramı) gibi sığ bir bavula sıkıştırılmaya başlandı [2]. Zihin Kuramı, kavramı deneysel bir tasarımla birleştirdiği ve böylesine çok yönlü ve soyut bir etkinliği somutlaştırma riski taşıdığı için, iki farklı gelenekten gelen psikolog tarafından bağımsız olarak başka bir terim -zihinselleştirme- önerildi. Uta Frith, otizmin bilişsel bir açıklamasını sunarken bu terimi ortaya attı [3]. Peter Fonagy, borderline kişilik bozukluğu (BPD) tanısı almış hastaların yaşadığı kişilerarası zorlukları düşünürken bunu psikoanalitik bir bakış açısıyla başlattı; özellikle de, diğer insanların zihnindeki içerik hakkında düşünmenin o kadar itici ve korkutucu olduğu ki, bazı durumlarda imkansız hale geldiği biriyle çalışmanın klinik deneyimi [4].

Bu arada, klinik eğitim ve uygulama alanında meslektaşları ve akranları olan Anthony Bateman ve Peter Fonagy, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde BPD tanısı almış bireylere sunulan yardımın etkisizliğinin giderek daha fazla farkına vardılar ve bundan endişe duymaya başladılar. MBT'nin geliştirildiği 1990'lardaki tedavi incelemeleri, ABD'de tedavi için başvuran BPD'li hastaların %97'sinin ortalama altı terapistten ayakta tedavi gördüğünü gösterdi. Tedaviden 2 ila 3 yıl sonra ölçülen sonuçların analizi, bu tedavinin en iyi ihtimalle yalnızca marjinal olarak etkili olduğunu (bkz. [5]) ve çoğu hastanın iyileşmediğini, hatta kötüleştiğini gösterdi; bu da sağlanan psikososyal tedavilerin aslında hastaların iyileşme kapasitesini engellediğini düşündürmektedir. Michael Stone'un hastaların klasik takibinde, %66'lık bir iyileşme oranına ancak 20 yıl sonra ulaşılmıştır [6]. Tedavi yaklaşımları hakkında yeniden düşünme gerekliydi ve bu ihtiyacın bir kısmını karşılamak üzere 1990'larda BPD tedavisi için MBT geliştirildi. Belki de MBT, mevcut klinik seçeneklerdeki bu boşluğa bir yanıt olarak ortaya çıktığı için, her zaman utanmazca pragmatik bir yaklaşım olmuştur.

Kökeni psikodinamik psikoterapiye dayansa da, güçlü zihinselleştirmeyi geliştiren diğer modellerden mevcut teknikleri açıkça seçer ve zihinselleştirmeyi baltalama potansiyeli olan müdahalelerden özenle kaçınır; böylece terapinin olası zararlı etkilerini en aza indirir.

MBT, temel olarak, zihinselleştirmenin hepimizin sıklıkla uğraştığı karmaşık bir görev olduğu ve çoğu karmaşık beceride olduğu gibi, ne kadar uğraşırsak uğraşalım, genellikle başarısızlığa uğramanın kolay olduğu fikrinden beslenir. Bazı duygular karmaşıktır ve tanımlanması zordur; örneğin, kim aşkı tamamen anladığını söyleyebilir? Bu arada, yoğun duygular zihinselleştirmeyi sıklıkla bozar (bu konuda daha fazla bilgi için 2. Bölüm'e bakın), ancak duyguları anlamak zihinselleştirmenin temel görevlerinden biridir.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme, insanların genellikle zihinsel durumlarını açığa vurmak istememeleri ve bu nedenle gerçekte ne düşündükleri hakkında sahip olduğumuz kanıtların, ihtiyacımız olandan çok daha az olabilmesi nedeniyle daha da zorlaşır. İnsanların ne düşündüğü hakkında sıklıkla varsayımlarda bulunuruz -bazen de çılgınca olanlar-. Bazen zihinsel durumları davranışların potansiyel açıklamaları olarak varsayar ve bu teoriyi başkalarının bize tepkisini açıklamak için kullanırız (örneğin, "Geçmişte işlerini çok daha iyi açıkladıklarını duydum; oldukça endişeli olmalılar - bilirsiniz, belki de bize yaptıklarını açıklamak zorunda kalmaktan çekiniyorlardı"). Bu tür bir akıl yürütme oldukça basit olabilir, ancak durumlar daha karmaşık hale geldikçe ve daha fazla oyuncu dahil oldukça, bu düşünce çizgileri daha ayrıntılı hale gelir (örneğin, A benim B hakkında ne düşündüğümü düşünüyor ve B, A'nın C ile ilişkisini nasıl anlıyor?). Zihin okuma konusunda alçakgönüllülüğün günün düzeni olması gerektiğini öne sürmek için yanlış bir şekilde zihinselleştirmenin ne kadar kolay olduğuna dair bu örnekleri sunuyoruz. Aslında, zihinselleştirmenin zayıf olduğunun en açık göstergesi, bu tür karmaşıklıklarla karşı karşıya kalındığında aşırı kesinlik duygusuna kapılmak olabilir.

Sonuç Açıklamaları

Özetle, oldukça çelişkili bir şey söylüyormuşuz gibi görünüyor: Zihinselleştirmenin oldukça sıradan ve günlük bir süreç olduğu (hepimiz bunu yapıyoruz, her zaman ve daha önce kendimizi hiç "zihinselleştirici" olarak düşünmemiş olsak bile bunu yaptığımızı biliyoruz) ve yine de çok yönlü olduğu, ters gitmeye meyilli olduğu ve bazen dikkatli bir ilgi gerektirdiği.
Bu, insan bilincinin paradoksunun bir parçasıdır; doğası ve karmaşıklıkları, felsefe ve bilimin çözülememiş en büyük gizemlerinden birini oluşturur; ancak çoğu zaman bunu, sosyal dünyamızda yolumuzu bulmaya çalışırken komşumuzun neden bu kadar sinir bozucu olduğunu düşünmek veya önceden plan yapmak için kullanırız. 2. Bölüm'de, zihinselleştirmenin ne olduğunu ve bu konuda düşünmenin psikopatolojiyi anlamak için neden bu kadar faydalı olabileceğini daha ayrıntılı olarak açıklayacağız. Öncelikle, zihinselleştirmenin farklı yönlerini -veya boyutlarını- ele alacağız ve zihinselleştirme "çevrimdışı" olduğunda nasıl davranıp düşündüğümüzü ele alacağız.

Kaynaklar 1.

Brentano F. Deneysel Bir Bakış Açısıyla Psikoloji. Londra, İngiltere: Routledge, 1973/1874.

2. Dennett D. Kasıtlı Duruş. Cambridge, MA: MIT Yayınları, 1987.

3. Frith U. Otizm: Bilmeceyi Açıklamak. Oxford, İngiltere: Blackwell, 1989.

4. Fonagy P. Zihinsel durumlara tahammül etme üzerine: Sınırda hastalarda zihin kuramı. Boğa Anna Freud Merkezi 1989; 12: 91–115.

5. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu. Lancet 2004; 364: 453–61.

6. Stone MH. Sınırda Hastaların Kaderi: Başarılı Sonuçlar ve Psikiyatri Uygulamaları. New York, NY: The Guilford Press, 1990.

Machine Translated by Google

Bölüm 1

Zihinselleştirmenin ve Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

Giriş Bir kişi,

partnerinin belirli bir bakışının işte zor bir gün geçirdiği anlamına geldiğini sezgisel olarak nasıl anlar? En iyi arkadaşlar nasıl tek bir cümle bile tamamlamadan birbirleriyle uzun diyaloglar kurabilirler? Binlerce yıldır filozoflar zihnin nasıl çalıştığını düşünmüş ve yirminci yüzyıl oyun yazarları, romancılar, şarkıcılar ve şairler, başka birinin zihninde olmanın nasıl bir şey olduğunu anlatan hikâyeler anlatmışlardır. Daha yakın zamanlarda ise psikologlar, zihnimizin nasıl çalıştığına dair anlayışımızı derinleştirmek için deneysel yöntemler kullanmışlardır. Ancak günlük yaşamımızda hepimiz zihin filozoflarıyız; neredeyse hepimiz "zihin alanımızın" önemli bir kısmını diğer insanların zihninde neler olup bittiğini merak etmeye ve kendi düşüncelerimizi veya duygularımızı takip etmeye ayırırız. Düşünceler üzerine düşünme alanını ele almak için kullanılan birkaç terim vardır: Zihinsel durum çıkarımı, Zihin Kuramı, kasıtlı duruş, yansıtıcı işleyiş ve zihinselleştirme. Bunların hepsi, fiziksel nesnelerin, hareket eden bedenlerin ve ifadeli yüzlerin ötesinde, arkasında veya onlardan farklı bir şeyi temsil etme yeteneğini ifade eder. Bu tür "zihinsel merak"ın sosyal etkileşim, kültür ve ahlak açısından oldukça önemli olduğunu giderek daha fazla fark ediyoruz; üstelik bunu yaparken siyaset, din ve teknoloji için de önemli olduğunu. Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi (MBT) dünyasında, bu kavrama ruh sağlığı sorunlarını anlamlandırmanın bir yolu olarak odaklandık ve bunu yeni bir psikoterapötik tedavi biçimi oluşturmak için kullandık.

Hepimiz zihinsel durumların ne olduğunu biliyoruz; bunlar niyetleri, inançları, bahaneyi, ironiyi ve bilgiyi kapsar; Alman filozof Franz Brentano bunların ortak noktasının bir şey hakkında olmak olduğunu belirlemiştir [1]. Bu tür zihinsel durumlar hakkındaki bir diğer şey ise "İnanıyorum ki..." gibi bir nitelendirme gerektirmeleridir. Bu uyarıya ihtiyaç duyarlar çünkü düşünceler fiziksel bir özden yoksundur ve başkaları tarafından görülemezler; ancak elbette, elle tutulamaz olmalarına rağmen, eylemi yönlendirme güçleri aracılığıyla çok gerçek sonuçlara sahip olabilirler. İnsan inançları, gözlemlenebilir büyük sonuçları olan davranışların belirleyicileridir; bu nedenle, ortaya çıktıkları ve yalnızca gevşek bir ilişkiye sahip oldukları fiziksel dünyadan çok daha büyük bir öneme sahiptirler. Bir örnek vermek gerekirse, büyücülük nedeniyle kazıkta yakılan son Avrupalı kurban, 1810'da Polonya'nın Reszel şehrinde bir kadındı. Üç yıl önce, şehirde hiçbir nedeni bulunamayan bir yangın çıkmıştı. Yıllardır cadılıkla suçlanan bir kadın suçlanıp işkence gördü ve suçu kabul etmemesine rağmen suçlu bulundu ve kazıkta yakılarak idam cezasına çarptırıldı. Dava Prusya mahkemesinin her kademesinde görüldü, hatta krala kadar ulaştı, ancak ceza onandı ve idam edildi. Yanlış inançların yaratabileceği korkunç etkiye dair daha birçok dramatik örnek var ve insanlık tarihi bunu gösteriyor.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirmenin yanlış gittiğinde ortaya çıkan sonuçların ciddiyetine bir kanıt olarak. Bu kitap, MBT'nin, insan zihninin bazen diğer insan zihinlerinin içeriğine olan sorunlu hayranlığı hakkında bildiklerimizi, zihinsel sağlık bozukluklarının tedavisini iyileştirmeye yardımcı olmak amacıyla nasıl kullanmaya çalıştığını anlatıyor. Bölüm I'de (bu bölüm ve Bölüm 2), zihinselleştirme hakkında biraz arka plan bilgisi, arkasındaki fikirler ve bunu destekleyen kanıtlar sunarak başlayacağız. Bu kitabın geri kalanının büyük kısmı oldukça pratiktir; MBT'ye ve farklı durumlarda ve farklı hasta gruplarına nasıl uygulandığına dair özlü bir genel bakış sunmayı hedefliyoruz. Ancak önce teorik bir genel bakış sunacağız.

"Zihin Kuramı" terimi, yarım yüzyıl önce ilk kez, insanların yanlış bir inançla hareket eden bir kahramanın eylemlerini (kendileri tarafından bilinmeyen, yerinden edilmiş bir nesneyi arayan) öngörme kapasitesini ifade etmek için kullanılmıştı. Zihin Kuramı sektörü hızla büyüdükçe, geniş bir deneysel tasarım ve felsefi kavramsallaştırma yelpazesi, "Zihin Kuramı'na sahip olma" (örneğin, Daniel Dennett'in "kasıtlı bir duruş sergileme" kavramı) gibi sığ bir bavula sıkıştırılmaya başlandı [2]. Zihin Kuramı, kavramı deneysel bir tasarımla birleştirdiği ve böylesine çok yönlü ve soyut bir etkinliği somutlaştırma riski taşıdığı için, iki farklı gelenekten gelen psikolog tarafından bağımsız olarak başka bir terim -zihinselleştirme- önerildi. Uta Frith, otizmin bilişsel bir açıklamasını sunarken bu terimi ortaya attı [3]. Peter Fonagy, borderline kişilik bozukluğu (BPD) tanısı almış hastaların yaşadığı kişilerarası zorlukları düşünürken bunu psikoanalitik bir bakış açısıyla başlattı; özellikle de, diğer insanların zihnindeki içerik hakkında düşünmenin o kadar itici ve korkutucu olduğu ki, bazı durumlarda imkansız hale geldiği biriyle çalışmanın klinik deneyimi [4].

Bu arada, klinik eğitim ve uygulama alanında meslektaşları ve akranları olan Anthony Bateman ve Peter Fonagy, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde BPD tanısı almış bireylere sunulan yardımın etkisizliğinin giderek daha fazla farkına vardılar ve bundan endişe duymaya başladılar. MBT'nin geliştirildiği 1990'lardaki tedavi incelemeleri, ABD'de tedavi için başvuran BPD'li hastaların %97'sinin ortalama altı terapistten ayakta tedavi gördüğünü gösterdi. Tedaviden 2 ila 3 yıl sonra ölçülen sonuçların analizi, bu tedavinin en iyi ihtimalle yalnızca marjinal olarak etkili olduğunu (bkz. [5]) ve çoğu hastanın iyileşmediğini, hatta kötüleştiğini gösterdi; bu da sağlanan psikososyal tedavilerin aslında hastaların iyileşme kapasitesini engellediğini düşündürmektedir. Michael Stone'un hastaların klasik takibinde, %66'lık bir iyileşme oranına ancak 20 yıl sonra ulaşılmıştır [6]. Tedavi yaklaşımları hakkında yeniden düşünme gerekliydi ve bu ihtiyacın bir kısmını karşılamak üzere 1990'larda BPD tedavisi için MBT geliştirildi. Belki de MBT, mevcut klinik seçeneklerdeki bu boşluğa bir yanıt olarak ortaya çıktığı için, her zaman utanmazca pragmatik bir yaklaşım olmuştur.

Kökeni psikodinamik psikoterapiye dayansa da, güçlü zihinselleştirmeyi geliştiren diğer modellerden mevcut teknikleri açıkça seçer ve zihinselleştirmeyi baltalama potansiyeli olan müdahalelerden özenle kaçınır; böylece terapinin olası zararlı etkilerini en aza indirir.

MBT, temel olarak, zihinselleştirmenin hepimizin sıklıkla uğraştığı karmaşık bir görev olduğu ve çoğu karmaşık beceride olduğu gibi, ne kadar uğraşırsak uğraşalım, genellikle başarısızlığa uğramanın kolay olduğu fikrinden beslenir. Bazı duygular karmaşıktır ve tanımlanması zordur; örneğin, kim aşkı tamamen anladığını söyleyebilir? Bu arada, yoğun duygular zihinselleştirmeyi sıklıkla bozar (bu konuda daha fazla bilgi için 2. Bölüm'e bakın), ancak duyguları anlamak zihinselleştirmenin temel görevlerinden biridir.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme, insanların genellikle zihinsel durumlarını açığa vurmak istememeleri ve bu nedenle gerçekte ne düşündükleri hakkında sahip olduğumuz kanıtların, ihtiyacımız olandan çok daha az olabilmesi nedeniyle daha da zorlaşır. İnsanların ne düşündüğü hakkında sıklıkla varsayımlarda bulunuruz -bazen de çılgınca olanlar-. Bazen zihinsel durumları davranışların potansiyel açıklamaları olarak varsayar ve bu teoriyi başkalarının bize tepkisini açıklamak için kullanırız (örneğin, "Geçmişte işlerini çok daha iyi açıkladıklarını duydum; oldukça endişeli olmalılar - bilirsiniz, belki de bize yaptıklarını açıklamak zorunda kalmaktan çekiniyorlardı"). Bu tür bir akıl yürütme oldukça basit olabilir, ancak durumlar daha karmaşık hale geldikçe ve daha fazla oyuncu dahil oldukça, bu düşünce çizgileri daha ayrıntılı hale gelir (örneğin, A benim B hakkında ne düşündüğümü düşünüyor ve B, A'nın C ile ilişkisini nasıl anlıyor?). Zihin okuma konusunda alçakgönüllülüğün günün düzeni olması gerektiğini öne sürmek için yanlış bir şekilde zihinselleştirmenin ne kadar kolay olduğuna dair bu örnekleri sunuyoruz. Aslında, zihinselleştirmenin zayıf olduğunun en açık göstergesi, bu tür karmaşıklıklarla karşı karşıya kalındığında aşırı kesinlik duygusuna kapılmak olabilir.

Sonuç Açıklamaları

Özetle, oldukça çelişkili bir şey söylüyormuşuz gibi görünüyor: Zihinselleştirmenin oldukça sıradan ve günlük bir süreç olduğu (hepimiz bunu yapıyoruz, her zaman ve daha önce kendimizi hiç "zihinselleştirici" olarak düşünmemiş olsak bile bunu yaptığımızı biliyoruz) ve yine de çok yönlü olduğu, ters gitmeye meyilli olduğu ve bazen dikkatli bir ilgi gerektirdiği.
Bu, insan bilincinin paradoksunun bir parçasıdır; doğası ve karmaşıklıkları, felsefe ve bilimin çözülememiş en büyük gizemlerinden birini oluşturur; ancak çoğu zaman bunu, sosyal dünyamızda yolumuzu bulmaya çalışırken komşumuzun neden bu kadar sinir bozucu olduğunu düşünmek veya önceden plan yapmak için kullanırız. 2. Bölüm'de, zihinselleştirmenin ne olduğunu ve bu konuda düşünmenin psikopatolojiyi anlamak için neden bu kadar faydalı olabileceğini daha ayrıntılı olarak açıklayacağız. Öncelikle, zihinselleştirmenin farklı yönlerini -veya boyutlarını- ele alacağız ve zihinselleştirme "çevrimdışı" olduğunda nasıl davranıp düşündüğümüzü ele alacağız.

Kaynaklar 1.

Brentano F. Deneysel Bir Bakış Açısıyla Psikoloji. Londra, İngiltere: Routledge, 1973/1874.

2. Dennett D. Kasıtlı Duruş. Cambridge, MA: MIT Yayınları, 1987.

3. Frith U. Otizm: Bilmeceyi Açıklamak. Oxford, İngiltere: Blackwell, 1989.

4. Fonagy P. Zihinsel durumlara tahammül etme üzerine: Sınırda hastalarda zihin kuramı. Boğa Anna Freud Merkezi 1989; 12: 91–115.

5. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu. Lancet 2004; 364: 453–61.

6. Stone MH. Sınırda Hastaların Kaderi: Başarılı Sonuçlar ve Psikiyatri Uygulamaları. New York, NY: The Guilford Press, 1990.

Machine Translated by Google

Bölüm 2

Destekleyici Teori Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

Giriş

Zihinselleştirmenin, 1. Bölüm'de açıkladığımız gibi, oldukça zor ve ters gitmeye meyilli olduğu ve ters gittiğinde bize ciddi psikolojik sıkıntılar yaşatabileceği göz önüne alındığında, neden bunu bu kadar sık yapıyoruz? İnsanlar sosyal bir türdür ve hayatta kalmamızı desteklemek için doğal seçilim bize sosyal dünyamızın son derece karmaşık yapısıyla etkileşim kurmak ve onu yönetmek için gerekli araçları sağlamıştır. Diğer insanların düşüncelerini, niyetlerini ve zihinsel durumlarını anlamak, insan toplumlarının yaratılmasının ve gezegenimizdeki diğer türler üzerinde hakimiyet kurmamızın anahtarıdır. Sürekli olarak diğer insanların zihinlerinden düşünceler, duygular ve inançlar çıkarırız ve zihinsel yaşamımızın büyük bir kısmını sosyal bilgileri işleme göreviyle meşgul olarak geçiririz [1].

Birçok yazar ve araştırmacı, nispeten büyük sosyal gruplar halinde yaşamanın evrimsel avantajlarının, insanların birbirlerinin davranışlarını yorumlama, açıklama ve tahmin etme kapasitelerini geliştirmeleri ve bu kapasiteleri deneyimleri paylaşmak ve biriktirmek, planlamak ve iş birliği yapmak ve bireyler veya daha küçük grupların üyeleri olarak ulaşamayacakları ortak hedeflere ulaşmak için kullanmaları sayesinde mümkün olduğuna inanmaktadır [2–4]. Zihin Kuramı'nda yer alan nöron ağının aktivasyonu (veya inhibisyonu) ile gösterildiği gibi zihinselleştirmenin, başkalarının (zararlı olanlar dahil) ahlakını değerlendirmek, rakiplerin nasıl davranacağını tahmin etmek ve paylaşılan bir çevre (örneğin, borsa) hakkında özel bilgiye sahip olanlardan öğrenmek için kritik öneme sahip olduğuna dair bol miktarda kanıt sağlayan mükemmel nörobilimsel deneysel çalışmalar mevcuttur [5].

Zihinsel sağlık bozukluklarına karşı savunmasızlığın, zihinselleştirmenin getirdiği avantajların diğer yüzü olduğunu savunduk [6]. Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilere göre, beş kişiden yalnızca biri teşhis edilebilir bir zihinsel sağlık sorunu yaşamadan hayatını sürdürecektir [7]. Bu yaygınlık rakamlarına doğal seçilim perspektifinden bakıldığında, zihinsel bozukluğun altında yatan sinir sistemleri ne olursa olsun, hayatta kalmak için kritik öneme sahip başka işlevlere sahip olmaları gerektiği açıktır. Zihinsel bozukluğun belirleyici bir özelliği "vahşi hayal gücü" deneyimidir ve zihinselleştirme zorluklarının - hem kendimiz hem de başkaları için neler olup bittiğini hayal etmenin yararsız yollarına kapılma eğilimi - bir tür olarak insan hayal gücünün muazzam faydaları için ödediğimiz bedel olduğunu düşünüyoruz [6].

Zihinselleştirme Olmayan Modlar

Zihinselleştirme karmaşık ve çok yönlü bir süreçtir. Zihinselleştirme sırasında karşılaşılan farklı zihin durumlarını tanımlayan üç zihinselleştirme olmayan modu belirledik.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme, klinisyenlerin danışanın zihinselleştirmesinin zayıf olduğunu anlayıp fark etmelerine yardımcı olmak için etkisizdir. Bu modlara psişik eşdeğerlik, teleolojik mod ve taklit modu denir.

Psişik Eşdeğerlik Psişik

eşdeğerlik, düşündüğünüz şeyin herkesin düşündüğü şey olduğunu, açıkça doğru olduğunu ve dış gerçeklikle aynı olduğunu varsaymayı içeren bir düşünme biçimidir. Zihinsel olan, fiziksel olana eşdeğerdir. Küçük bir çocukta psişik eşdeğerliğe bir örnek, yatmadan önce karanlıkta yalnız kalma korkusunun, yatağın altında bir canavar olduğuna veya yemeye teşvik edildiği tatsız lahananın zehirli olduğuna dair gerçek bir dehşete dönüşmesinde görülebilir. Psişik eşdeğerlik durumundaki bir yetişkin, öfkeli ve üzgün hissediyorsa, etrafındaki diğer kişilerin de düşmanca ve öfkeli olduğunu varsayabilir; bu da potansiyel olarak, diğer kişinin varsayımlarından kaynaklanan davranışlarına tepki olarak düşmanca davrandığı yıkıcı bir kişilerarası döngü yaratır.

Teleolojik Mod

Teleolojik yaklaşımda, yalnızca zihinsel durumların davranışsal sonuçları ciddiye alınır. Zihinsel durumların kendileri de önemini yitirir. Yine, bunu küçük çocukların zihinselleştirme öncesi durumları açısından düşünürsek, yürümeye başlayan çocukların davranış biçimlerinde teleolojik bir kip görebiliriz: eylemler sözlerden daha güçlüdür, sevgiye hediyeler, öpücükler veya sarılmalar eşlik eder ve "kötü davranışlı" oyuncaklar fiziksel olarak cezalandırılır. Yetişkinlikte, bu kip, bir bireyin sevilmez veya değersiz olma hissinden kurtulmak için başkalarından fiziksel veya cinsel temas talep etmesiyle ortaya çıkabilir veya bunalmış veya öfkeli hissettiğinde şiddete veya kendine zarar vermeye yönelmesiyle kendini gösterebilir.

Taklit Modu Taklit

modunda, kişinin zihinsel durumlar hakkındaki düşünceleri ile dış gerçeklik arasında uygun bir bağlantı yoktur. Taklit modu kavramı, küçük çocukların oyunda zihinsel durumları kullanmaktan ve canlandırmaktan keyif aldıkları yolların gözlemlenmesine dayanmaktadır, ancak yalnızca oyunu fiziksel gerçeklikten açıkça ayırabildiklerinde. Bir yetişkin beceriksizce gerçek dünyadan katılarak numarayı bozduğunda, oyun bozulur. Yetişkinlerde, taklit modu, klinik çalışmalarda fark edilmesi önemli olan sözde zihinselleştirme olarak ortaya çıkabilir - oldukça ayrıntılı zihinselleştirme gibi görünebilir, zihinsel durumlar hakkında bolca tartışma ve görünürde düşünce içerir, ancak oldukça amaçsız, çelişkili veya anlamsız şekillerde. Birçoğumuz, olası eylem noktalarının sonsuza dek tartışıldığı, ancak gerçek bir ilerlemenin çok az olacağı duygusunun çöktüğü toplantılarda bulunduk.

Klinik çalışma tartışmalarımızda, zihinselleştirme çöküşünün farklı klinik senaryoları ve ifadeleriyle karşılaştığımızda bu üç moda tekrar değineceğiz. Bu farklı modların örtüşebileceğini ve aynı anda gözlemlenebileceğini de akılda tutmak önemlidir. Örneğin, bir düşünce psikolojik statünün ılımlılığı olmadan gerçek olarak deneyimlendiğinden, psişik eşdeğerlik durumunda ortaya çıkan sıkıntının teleolojik moda taşması nadir değildir. Örneğin, "Kendimi berbat hissediyorum; belli ki herkes benden nefret ediyor ve ben kötü bir insanım" düşüncesi, teleolojik modda "Ne kadar nefret dolu hissettiğimle başa çıkmak için kendime zarar vermem gerekiyor" düşüncesiyle tetiklenebilir ve birleşebilir.

Machine Translated by Google

Zihinsel Boyutlar

Zihinselleştirme ve zihinselleştirmeme süreçlerinin bu farklı biçimleri nasıl ve neden aldığını anlamamıza yardımcı olmak için, zihinselleştirmenin farklı nörobiyolojik süreçlerle desteklenen çeşitli sosyal-bilişsel aktivitelerden beslendiğini kabul etmeliyiz. Bunları dört zihinselleştirme boyutuna ayırdık (günlük anlamda boyutlu olmadıkları için bazen kutupluluk olarak da adlandırılırlar):

otomatik/kontrollü ben/
diğer

bilişsel/duygusal içsel/
dışsal.

Hepimiz, çevremizdeki değişikliklere ve düşüncelerimizdeki ayarlamalara tepki olarak bu boyutlar arasında ileri geri hareket ederiz. Örneğin, bazen kendi zihinsel durumlarımıza odaklanabilirken, bazen de başkalarının zihninde olduğunu düşündüğümüz şeylere daha fazla kapılabiliriz. Duygusal sıkıntı veya davranışsal zorluklar yaşayan bireylerin genellikle bir veya daha fazla boyutun bir kutbunda daha "takılıp kaldığını" görürüz. Bu boyutları burada kısaca açıklayacağız, ancak klinik süreçlere ilişkin açıklamalarımızda da bunlara değinerek, bunlar hakkında düşünmenin işimize nasıl yardımcı olabileceğini göstereceğiz.

Otomatik/Kontrollü Zihinselleştirme

Çoğu zaman, zihinselleştirmeyi oldukça otomatik bir şekilde gerçekleştiririz; olup bitenler hakkında açıkça veya derinlemesine düşünmeyi bırakmayız. Aslında, biri zihinselleştirmede aşırı derecede kontrol altında olduğunda, kişilerarası deneyim oldukça zorlu ve kendiliğinden olmayan bir çaba gibi hissedilebilir. 1. Bölümün başında verilen örneğe dönecek olursak, işten sonra bir partnerimiz, ev arkadaşımız veya arkadaşımızla karşılaştığımızda, tavırlarına oldukça anlık ve düşüncesiz bir şekilde tepki veririz. Ancak mutsuz, endişeli veya dalgın göründüklerini fark ettiğimizde, işleri biraz yavaşlatabilir ve onlar için neler olup bittiği hakkında daha bilinçli ve kontrollü bir şekilde düşünmeye başlayabiliriz; işte onları rahatsız eden belirli bir sorun var mıydı ve üzüntülerine yardımcı veya anlayışlı bir şekilde en iyi nasıl yanıt vermeliyiz? O anda, durumun gereklerine yanıt olarak, zihinselleştirmenin bu boyutunda, otomatikten kontrollüye doğru hareket ediyoruz.

Benlik/Başkası Zihinselleştirme

Geleneksel olarak, Zihin Kuramı, başkalarının zihinsel durumları hakkında düşünme biçimimize odaklanmıştır. Zihinselleştirme kuramı -ve burada kökenlerinin bir kısmını psikanalizden yansıtır- kendi zihinsel durumlarımızı anlama yeteneğimizin de hafife alınamayacağını varsayar. Kendi durumlarımız hakkında (örneğin, fiziksel duyumlarımız, içsel anlatı sesimiz, bilgimizin sınırlarının ne olduğuna dair bir anlayış) diğer insanlarınkinden çok daha fazla bilgiye sahip olsak da, eylemlerimizin nedenleri hakkında yargılarda bulunurken hâlâ önemli önyargılara ve önemli hatalara karşı savunmasızız [8–10] veya davranışlarımızın gerçek nedenlerini kendimize itiraf etmek istemeyebiliriz.

Etkili zihinselleştirme, başkalarının zihinsel durumlarının bizimkinden farklı olduğunun farkında olmamızı gerektirir. Ancak sosyal olarak yönlendirilen bir tür olduğumuz için, zihinselleştirme

Machine Translated by Google

Kendi ve diğerinin algıları sıklıkla birbirine karışır; örneğin, başka bir bakış açısının varlığının farkında olmak bile düşünmeyi yavaşlatır [11]. Nitekim, kendimiz veya başkaları hakkında düşünürken örtüşen sinir ağlarının aktive olduğuna dair kanıtlar vardır [12]. Bu sinirsel uyum, kendi zihinsel deneyimlerimizin (düşünceler, hisler ve anılar) başkasını anlamak için bir şablon oluşturma biçimini yansıtır [13,14], tıpkı başkalarının bizim hakkımızdaki düşüncelerini, hislerini ve düşüncelerini anlama çabasının (kişisel ikinci derece zihinselleştirme olarak adlandırdığımız) kendimize dair algımızı netleştirip ayrıntılandırabileceği gibi [15–17].

Klinik bir bakış açısından, benlik/öteki boyutunun "diğer" kutbunda takılıp kalma eğiliminde olan bir birey, başkalarının duygularına kapılmaya ve bir başkasının bakış açısına kapılmaya daha yatkın olabilir. Bu durum, onları bulaşıcı duygusal fırtınalara ve bazı durumlarda, başka bir kişinin zihinsel durumlarının kendilerine hükmetmesine izin verdikleri için sömürülmeye karşı savunmasız bırakabilir. Buna karşılık, başkalarını zihinselleştirme konusunda güçlü bir kapasiteye sahip ancak duygusal empati eksikliği olan bazı bireyler (bkz. bu bölüm: Bilişsel/Duygusal Zihinselleştirme), başkalarını kötüye kullanma veya sömürme eğiliminde olabilir. Bu arada, kendini zihinselleştirmeye aşırı odaklanmak, bir bireyi diğer insanların bakış açılarının düzenleyici etkilerine erişimden mahrum bırakabilir ve sosyal bağlarını zayıflatabilir.

Bilişsel/Duygusal Zihinselleştirme Bu

zihinselleştirme boyutu, bilişsel kutupta, kişinin kendisinde veya başkalarında zihinsel durumları tanımlama, etiketleme ve bunlar hakkında akıl yürütme becerisini kapsar. Karşı kutup olan duygusal zihinselleştirme ise, kişinin kendisinde veya başkalarında olup bitenlerle ilgili hislerle ilgilenir. Bir birey, bilişin sağladığı duyguların etiketlenmesi ve bağlamlandırılması olmadan duygusal uçta takılıp kalırsa, davranışlarına hakim olan bunaltıcı, düzensiz duygular yaşayabilir. Denge eksikliği ve duyguların bağlamlandırılmaması, felaketleştirmeye yol açabilir. Biliş, zihinselleştirmeye düşünme ve sorgulamayı eklerken, duyguların hakimiyeti, doğal olmayan bir tereddüt eksikliğine ve duygusal kanaatin inançlara ekleyebileceği fikirler hakkında belirli bir kesinliğe yol açar. Duyguların hakimiyeti, düşünülen her şeyin gerçekmiş gibi hissettirmesine ve alternatif görme biçimlerine karşı hoşgörüsüzlüğe yol açar.

Bilişsel kutupta takılıp kalmanın getirdiği kısıtlamaya da aynı şekilde aşinayız. Bu durumda, birey, duyguları gerçekten deneyimlemese bile, duyguları tanımlayabilir. Böylesi bir entelektüel anlayış, duyguların baskısına karşı faydalı bir koruma sağlayabilir; ancak, duygu deneyiminin yokluğunda, gerçeklikten kopukluk hissedilebilir, bir tür rol yapma kipi işlevi görebilir (bu bölümün önceki kısımlarında tartışılmıştır) ve gerçek empati eksikliği yaşanabilir.

İçsel/Dışsal Zihinselleştirme

İçsel/dışsal boyut, kişinin zihinsel durumlarını yüz ifadeleri gibi dışsal ipuçlarından çıkarsama olasılığını ifade eder; bu, kişinin içsel durumu hakkında hayal ettiğimiz şeylere dayanarak, yani bildiklerini, düşündüklerini veya inandıklarını düşünerek onun için neler olup bittiğini düşünmekten farklıdır. Yalnızca dışsal bir yönelim, kişiyi aşırı tetikte hale getirebilir, sürekli dışsal kanıtlar arayabilir ve görünüşe göre yargılayabilir. Tutumlar ve diğer içsel durumlar için kanıt dışarıdan gelmek zorundaysa, kişi kendi davranışları hakkında da buna bağlı bir inanç eksikliği yaşayacaktır.

Machine Translated by Google

Sezgiler ve aşırı bir dış güvence arama ihtiyacı. Benzer şekilde, örneğin, ne kadar huzursuz olduğumuzu fark edene kadar bazen ne kadar kaygılı hissettiğimizi fark etmekte zorluk çekebiliriz. Aşırı dışa odaklanma, içsel olanın ihmal edilmesine yol açabilir ve kişinin nasıl hissettiğine dair bir model oluşturmanın bir yolunun olmaması, bunaltıcı "bilmeme" ve hatta boşluk hissine yol açabilir. Bu boşluk, bireyi boşluğu doldurmak için yoğun deneyimler aramaya itebilir. Dışsal durumlara aşırı odaklanma, bireyin, bu eylemler kendisine yönelik olmasa bile, diğer insanların fiziksel eylemlerine ve davranışlarına karşı aşırı tepkisel olmasına da neden olabilir. Bunun nedeni, bireyin tepkisini diğer kişinin zihinsel durumuna dair tutarlı bir anlayışa dayandıramamasıdır; bu da, diğer kişinin eylemlerinin nedenleri hakkında bağlamlandırma ve hipotezler oluşturmayı gerektirir. Bu arada, içsel durumlara aşırı odaklanmak, dışsal gerçeklikte yeterli bir dayanak noktası olmaksızın bir başkasının zihin durumu hakkında yersiz çıkarımlara ve karmaşık varsayımlara yol açabilir; yani, bu bölümün başlarında tanımladığımız taklit moduna doğru bir eğilim.

Dört boyutun bu tanımının bazı yaygın zihinselleştirme zorluklarını yakalayacağını umuyoruz. İyi veya etkili zihinselleştirme, her boyutun kutupları arasında esnek bir "hareket" olduğunu ve zihinsel temsilleri işlerken bunlar arasında bir denge sağladığını varsayar. Bağlama ve konuya bağlı olarak, etkisiz zihinselleştirme oldukça farklı görünebilir. Hepimizin, her zihinselleştirme boyutunda nerede konumlandığımıza bağlı olarak farklı güçlü ve zayıf yönlerimiz vardır. Sık sık (muhtemelen faydasız bir şekilde!) zihinselleştirmede "çöküşlerden" veya "başarısızlıklardan" bahsetsek de, sanki zihinselleştirme tek bir süreçmiş ve öylece durmuş gibi, bu çöküşler bireyin farklı boyutlarda nasıl işlev gördüğüne bağlı olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilir.

Zihinselleştirmenin Gelişimsel Yönleri: Çocuk/Ergen/ Yetişkin Zihinselleştirme

gelişimsel bir başarıdır ve zihinselleştirme becerilerinin tamamı çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkar. Zihinselleştirmenin nasıl geliştiğini anlamanın iki faydası vardır. İlk sebep, çocuklar ve ergenlerle çalışırken, onlardan ne düzeyde bir zihinsel durum anlayışı bekleyebileceğimizi ve bireysel işlevselliklerinin gelişiminde hangi sorunların olabileceğini bilmenin faydalı olmasıdır. Gelişim boyunca giderek daha karmaşık zihinselleştirme becerilerinin nasıl ortaya çıktığını anlamanın faydalı olmasının ikinci sebebi ise, gelişimsel psikopatoloji perspektifinden bakıldığında, bir hastanın zayıflıklarını ve bunların işlevselliğini nasıl etkilediğini anlamamıza yardımcı olmasıdır.

Bu bölümün başlarında ele alınan zihinsel olmayan modlar, kısmen çocukların nasıl davrandıklarına dair dikkatli gözlemlerden ilham almıştır; küçük çocuğun "zehirli" lahanadan duyduğu korkunun gerçekliğini fark etmek veya küçük çocukların oyunlarında rol yapma modunun öncülünü anlamak gibi. Nitekim, daha önceki çalışmalarımızın bazılarında bu modları zihinsel olmayan modlar yerine zihinsel öncesi modlar olarak tanımlamıştık. Küçük çocuklardan ergenlere doğru gelişim sürecinde ilerledikçe, ergenlikteki zihinselleştirmenin artan ve istikrarsız deneyimine dair artan anlayışımız, bu yaşam evresinin zihinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkması açısından neden özellikle hassas bir dönem olduğunu açıklamaya yardımcı olur.

Bertram Malle, zihinselleştirmenin gelişimsel ortaya çıkışının "sosyal biliş ağacı" olarak tanımladığı şeyde faydalı bir özet sunmuştur [18]. "Ağacın" tabanında, yaşamın ilk 6 ayında, bebekler, diğerleriyle paylaşılan kapasiteler gösterirler

Machine Translated by Google

İnsan olmayan primatlar, biyolojik ve biyolojik olmayan etkenler arasında ayrım yapma gibi. Yüz okumaya karşı özel bir ilgi geliştirirler ve nesnelerin hedef odaklı olmayan hareketlerinin aksine, biyolojik etkenlerin hedefleri olduğunu tespit edebilirler. İlk yılın sonunda, başka bir kişinin bakışlarını takip edebilirler (yani, diğer insanların dikkatinin yönüne ilgi gösterirler), başkalarıyla sosyal olarak referans alabilirler (örneğin, bir bakıcıya "Bu yabancıdan mı yoksa yeni bir nesneden mi korkmalıyım?" diye sormak ister gibi bakabilirler) ve en önemlisi, paylaşılan sosyal ilgiye katılabilirler - birlikte şeylere bakma hissinden hoşlanırlar. 6 ay sonra, bebekler bir eylemin ardındaki niyeti tespit edebilir ve genellikle sosyal bağlantılar kurmak için başkalarını taklit edebilirler. Yaşamın ikinci ve üçüncü yılları arasında, kasıtlı taklit ve istek ve arzuları çıkarsama kapasitesiyle birlikte gerçek empati kapasitesi ortaya çıkar. Üçüncü ve dördüncü yıllarda çocuklar bilgiyi çıkarsamaya başlarlar (bu, Zihin Teorisi adlı bilinen yanlış inanç testinde test edilebilir) ve öz-bilgi ve öz-farkındalık göstermeye başlarlar.

İnsan olmayan primatlar da başkalarının ne istediği hakkında çıkarımlarda bulunabilirler, ancak yanlış inançlar çıkarımlarında bulunma yeteneklerine dair kanıtlar tartışmalıdır ve eğer bu yetenek mevcutsa, kesinlikle sağlam değildir.

Orta çocukluktan itibaren çocuk, başkalarına zihinsel durumlar atfetme konusunda giderek artan bir karmaşıklık geliştirir. Tartışmasız bir şekilde, bu yetenek genç yetişkinliğe kadar kademeli olarak gelişmeye devam eder. Örneğin, 7-9 yaşlarında çocuklar üçüncü ve dördüncü dereceden yanlış inançlarda ustalaşırlar (örneğin, "Eğer benim düşündüğümü düşünüyorsan, ... düşünüyorsun" [19]) ve eylemlere ilişkin giderek daha karmaşık açıklamalar geliştirirler [20]. "Ağacın" tepesinde, eylemi bir etkenin istikrarlı özellikleri açısından açıklamak yer alır (sözde özellik çıkarımı). Bu kapasite, çocuğun dünyayı "falanca kişinin nasıl biri olduğu" duygusuna dayanarak farklı davranış eğilimlerine sahip insanlarla dolu olarak görme biçimini yansıtır ve bu nedenle, başka bir kişinin eylemlerini örnekleyerek, yeni bir durumda davranışlarını tahmin etmemize yardımcı olacak genel bir resim oluşturabiliriz. Elbette bebekler bunu, bakıcılarına bağlandıkları ilk günlerden itibaren zihinsel olmayan süreçlerle örtük olarak (davranışsal olarak) yaparlar; ancak bu noktada bağlanma, temsil düzeyine geçer ve bağlanma figürlerinin beklenen zihinsel durumları açısından deneyimlenir.

Ergenliğin belirleyici bir özelliği, sosyal duyarlılıktaki artışla belirginleşen sosyal ilişkilerin artan önemidir [21]. Ergenlerin reddedilme deneyiminin ardından kötü ruh hali ve kaygı bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğuna [22] ve akranlarından daha az olumlu geri bildirim beklediklerine dair kanıtlar mevcuttur [23]. Zihinselleştirmede rol oynayan beyin bölgeleri ağı (özellikle medial prefrontal korteks), ergenlerde yetişkinlere kıyasla sosyal reddedilmeye daha duyarlıdır [24]; bu durum, zihinselleştirme ağının bölgeleri arasındaki işlevsel bağlantının daha güçlü olmasından kaynaklanabilir [25].

Çocukluk ve ergenlik döneminde zihinselleştirmenin gelişimine dair bu kısa inceleme iki noktayı vurgulamıştır. Birincisi, zihinselleştirme kapasitelerinin, birbiriyle bağlantılı birden fazla bileşenin ortaya çıkmasına dayandığı ve açık, içerik odaklı zihinsel durum atıflarının (tam teşekküllü zihinselleştirme olarak düşündüğümüz şeyin) oldukça geç geliştiğidir. Tekrarlanan ikinci bir tema, bu yeteneklerin ortaya çıkmasında benlik ve öteki arasındaki ilişkinin rolüyle ilgilidir. Tanımladığımız yetenekler tamamen bilişsel terimlerle kavramsallaştırılabilir, ancak zihinsel durum atıflarının içeriği, özellikle bir çocuğun tamamen bakıcılarına bağımlı olduğu ilk yıllarda, son derece ciddi olabilir ve yiyecek, koruma ve sıcaklığın mevcudiyetini veya tam tersini, yani risk, tehlike ve ölümü ima edebilir. Öz farkındalık ve öz düzenleme,

Machine Translated by Google

Çok sayıda zihinselleştirme becerisini farklılaştırma ve değiştirmede kritik bir rol oynar ve böylece sosyal yaşamı mümkün kılan önemli işlevler sağlar. Bu öz farkındalık ve öz düzenleme, benlik duygusunu oluşturan ilişkiler ve sosyal çevre tarafından desteklenir. Bir sonraki bölümde, bu gelişim süreçlerinin kişilerarası doğasını daha ayrıntılı olarak açıklayacağız.

Zihinselleştirmenin Ortaya Çıkışında Çevrenin Etkisi Gelişim

boyunca zihin
anlayışımızı nasıl ediniriz? Sinirbilim araştırmalarından elde edilen bulgular, zihinselleştirme yeteneğinin önceden programlanmış bir evrimsel adaptasyon olduğunu göstermektedir; önceki bölümde açıklanan artan sosyal biliş edinme süreci, normatif bir gelişimsel yörüngedir. Ancak, tam ve güçlü zihinselleştirmenin başarılması çevresel girdiye bağlıdır. Bunun iyi nedenleri vardır; tıpkı dil edinimi için önceden programlanmış olmamız, ancak belirli bir dili edinmemiz için programlanmamış olmamız gibi, zihinsel durumlar hakkında düşünmek ve konuşmak için farklı bir "dil" öğrenmeye açık olmamız gerekir. Zihinsel durumları, çevremizdekilerin onları nasıl çerçevelediğine göre anlamayı öğreniriz. Bebeklerin ve küçük çocukların istekleri ve duyguları vardır ve bakıcılar onların davranışlarını -yemek, yardım veya rahatlık ihtiyaçlarını- "okurlar" ve eylemler veya sözlü yanıtlar yoluyla sezgisel anlayışa dair kanıt sunarlar [26]. Bakıcılar, "Yoruldun, bu oyundan bıktın" veya "Ah, peşinde olduğun parlak gümüş folyoydu!" gibi tipik ifadelerle tahmin etmeye yatkındırlar. Farklı kültürler, bir çocuğun davranışsal tepkilerine verdikleri yorumlarda farklılık gösterir [27] ve aynı kültür içinde bile bakıcılar, varsayılan içsel durumların ifadelerine aynı etiketleri vermezler. Nasıl ifade edilirse edilsin, yürümeye başlayan çocuklar çevrelerindekilerden hızla içsel durum dilini edinirler. Başkalarının duygularını, tercihlerini, arzularını ve algılarını keşfetmeyi ve genellikle bunlar hakkında güvenle konuşmayı severler; bu da aile içinde artan empatiyi ama aynı zamanda örneğin alay etmeyi de içeren zengin bir iletişime olanak tanır [28]. Küçük çocukların sürekli soru sorması -kötü şöhretli ısrarcı "neden" soruları- bizim iddiamıza göre kısmen bilgi edinmekle ilgilidir, ancak daha temelde paylaşılan bir nesneye ortak dikkat sürecinden zevk almakla ilgilidir. Çocuklar zihinsel durum sözcüklerini ne kadar çok duyar ve zihinselleştirici konuşmaya ne kadar çok maruz kalırsa, yanlış inanç görevlerini başarıyla yorumlama becerileri de o kadar çok gelişme olasılığı yüksektir [28,29]. Bazı aileler çok fazla zihinsel durum konuşması yapar ve çocuklarının zihinselleştirme becerileri gelişmiştir, oysa diğerleri çok daha az yapar; ebeveynlerin ayrıntılı zihinselleştirici konuşma kullanımını kendi kendine bildirmeleri, Zihin Teorisini değerlendiren görevlerde daha yüksek puanlar öngörüyor gibi görünmektedir [30].

Küçük bir çocuk, bakım verenin nasıl hissettiğini doğru bir şekilde fark edip yansıttığı ve tepki verdiği erken deneyimler aracılığıyla önce kendi zihnine, sonra da diğer insanların zihnine dair bir algı geliştirir. Çocukların neler yaşadığına dair bu yorumlar ve tepkiler, kim olduklarına dair bir algı oluşturmalarına ve bir eylemlilik duygusu geliştirmelerine yardımcı olur; yani, kendilerini dünyada aktif bir varlık olarak görme, deneyimleri önemli olan, etrafındakilerin ilgisini çeken ve bir şeyler başarabilen biri olarak görme becerisi. Bakım verenin çocuğa hissettiklerini yansıtan tepkilerine "ikincil temsiller" denir. Etrafımızda "kim olduğumuzu" bizim için deşifre edip tasvir eden yetişkinlerin olması sayesinde, tutarlı bir benlik duygusu (bazen öz-temsil olarak da adlandırılır) geliştirebiliriz; bu anlamda benlik, sadece kendimizle ilgili olmaktan ziyade...

Machine Translated by Google

Bireysellik, özünde toplumsal bir yapıdır. Bu tür ikincil temsillerden yararlanmamış bireylerin öz temsilleri azalmış veya daha az tutarlı olabilir (bkz. bu bölüm: Yabancı Benlik); bunlar arasında, bu tür duyarlı bakıma maruz kalmış ancak karmaşık bir olası nedenler yelpazesi nedeniyle bundan yararlanamamış bireyler de olabilir.

Çocuğun gelişimi için zihinselleştirmenin önemine dair birçok kanıt mevcuttur. Ebeveyn zihinselleştirmesinin önemi ilk olarak, ebeveynlerin yansıtıcı işlev kapasitelerini inceleyen geniş kapsamlı bir ampirik çalışmada ortaya konmuştur. Bu çalışmada, bir ebeveynin hamilelik sırasında ölçülen kendi ebeveynleriyle olan çocukluk ilişkisini düşünme ve anlama becerisinin, bebeğinin bağlanma güvenliğini güçlü bir şekilde öngördüğü bulunmuştur [31].
Takip eden bir çalışma, doğum öncesi ebeveyn zihinselleştirmesinin, çocuklar genç yetişkinlere dönüştüğünde, 17 yıl sonra bile çocuğun yansıtıcı işlevinin bir yordayıcısı olmaya devam ettiğini buldu [32].
Bu ilk araştırmadan bu yana, bakım verenlerin zihinselleştirmesinin çocuklarının sonuçları üzerindeki etkileri üzerine çok sayıda çalışma yapıldı. Çocuk bağlanma sonuçları alanında, Zeegers ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analiz, ebeveyn zihinselleştirmesi, ebeveyn duyarlılığı ve bebek bağlanma sonuçları arasındaki ilişkileri inceledi. Bu meta-analiz, hem zihinselleştirmenin hem de duyarlılığın, birbirlerinin etkileri kontrol edildikten sonra bebek-ebeveyn bağlanması üzerinde önemli doğrudan etkileri olduğunu buldu; bu da ebeveyn zihinselleştirmesinin bebek-ebeveyn bağlanma güvenliğiyle doğrudan ilişkili olduğunu gösteriyor [33].

Ebeveyn zihinselleştirmesinin bağlanma güvenliği üzerindeki etkisine dair kanıtların yanı sıra, daha iyi ebeveyn zihinselleştirmesinin çocuklarda [34] ve ergenlerde [35,36] zihinselleştirmeyi desteklediğini gösteren giderek artan bir kanıt grubu da bulunmaktadır. Ebeveyn zihinselleştirmesi ile bebek bağlanması arasındaki ilişkiler genellikle küçük etki büyüklüklerini temsil ederken (Cohen'in d ¼ 0:20 olarak tanımlanır), ebeveyn ve bebek zihinselleştirmesi arasındaki ilişki genellikle daha güçlüdür ve orta ila büyük etki büyüklüklerini temsil eder (Cohen'in d ¼ 0:500:80).
Örneğin Rosso ve Airaldi, annelerin olumsuz ve karışık-kararsız zihinsel durumları zihinselleştirme yeteneği ile olumlu zihinsel durumları zihinselleştirme yeteneği arasında özellikle güçlü bir ilişki buldular ve ergenlik çağındaki çocuklarındaki buna karşılık gelen yetenek (r ¼ 0:400:50) [35].
Bu tür bulgular, bakım verenlerin zor ve duygusal olarak yüklü zihinsel durumlar üzerinde düşünme kapasitelerinin, zihinselleştirmenin nesiller arasında, ebeveynlerden çocuklarına aktarılması bağlamında özellikle önemli olduğunu göstermektedir.

Çocukluk döneminde zihinselleştirme ve zorluklar üzerine yapılan çalışmalar, bakım verenlerin zihinselleştirme kapasitelerinin çocuklarının zihinselleştirme kapasitelerinin gelişimindeki potansiyel rolüne dair en güçlü kanıtlardan bazılarını sağlamıştır. Özellikle erken dönemde yaşanan zorluklar ve karmaşık travmaların (yani, genellikle bağlanma/bakım verme bağlamında ihmal veya istismar içeren erken yaşamdaki olumsuz deneyimler) zihinselleştirmeyi ciddi şekilde bozma potansiyeline sahip olduğu gösterilmiştir. Bu bozulma, güçlü önyargılı zihinselleştirme, başkalarının zihinsel durumlarına karşı aşırı duyarlılık ve zihinselleştirmenin savunmacı bir şekilde engellenmesi veya bu özelliklerin bir kombinasyonu şeklinde belirgindir (incelemeler için bkz. Borelli ve ark. [37] ve Luyten ve Fonagy [38]). Aynı zamanda, bakım verenlerin yansıtıcı işlevlerinin, özellikle kendi travmatik deneyimleriyle ilgili yansıtıcı işlevlerinin (bkz. Bölüm 11) yüksek seviyelerinin, erken dönemde yaşanan zorluklar ve çocukluk sonuçları arasındaki ilişkide önemli bir tampon görevi görebileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır (Borelli ve ark. [37] tarafından incelenmiştir). Örneğin, cinsel istismar ve ihmal geçmişi olan ebeveynlerde travmayla ilişkili daha yüksek yansıtıcı işlevselliğin, bebek bağlanma bozukluğu riskinin daha düşük olmasıyla [39] ve kendi bebeklerinde çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalma riskinin önemli ölçüde daha düşük olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir [37]. Bu bulgular, özellikle klinik açıdan ilgi çekicidir çünkü

Machine Translated by Google

Hem önleme hem de müdahale çalışmaları, zihinselleştirmeyi kullanarak, savunmasız ebeveynlerle yürütülmektedir. Son olarak, çocuklukta bildirilen zihinselleştirme güçlükleri, duygu düzenleme ve kişilerarası sorunlar, içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları ve dikkat kontrolü, çaba gerektiren kontrol ve akademik başarıdaki güçlükler gibi sosyal-duygusal ve bilişsel sorunlarla ilişkilidir (incelemeler için bkz. Fonagy ve Luyten [40–42]).

Daha önceki çalışmalarımız zihinselleştirmenin gelişimini destekleme veya engellemede bağlanmanın rolünü yoğun bir şekilde vurgulama eğilimindeyken [43,44], daha yakın zamanda görüşlerimiz zihinselleştirmenin gelişiminde aile üyelerinin, akranların ve sosyoekonomik yoksunluk, sosyal izolasyon ve okul iklimi gibi daha geniş sosyokültürel faktörlerin rolü hakkında daha kapsamlı bir dizi değerlendirmeye dönüştü [45,4 Bu görüşe uygun olarak, aileye ve bireyi çevreleyen daha geniş sosyal bağlama odaklanan zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) ile ilgili müdahalelere dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalar, madde bağımlısı anneler ve bebekleri [47], evlat edinilmiş ve koruyucu ailede büyütülmüş çocuklar [48], kötü muamele riski yüksek çocuklara sahip, hizmet alamayan yoksul kentsel topluluklarda yaşayan anneler [49,50], borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan bir aile üyesine destek olan bireyler [51] ve okul tabanlı önleme ve müdahale programları [52] gibi çeşitli gruplarda MBT'nin etkililiğine dair kanıtlar sağlamıştır. Bu tür aile ve "sistem düzeyinde" müdahaleler, zihinselleştirmeyen sosyal ortamların (örneğin, yüksek suç ve şiddet oranlarına sahip mahalleler veya zorbalık kültürü olan okullar) oluşturma eğiliminde olduğu sorunları ele almada en etkili olabilir ve rekabetçi, düşmanca ve saldırgan istek ve eğilimlere karşı bir denge unsuru olarak zihinselleştirme iklimi yaratabilir.
Bireyin etrafındaki sosyal ağın, yaşamın günlük zorlukları içinde kaçınılmaz olarak yitirilen zihinselleştirmenin, yani hepimizin sürekli maruz kaldığı “mikro travmaların”, yeniden kazanılmasına destek olmaya hizmet ettiği görüşündeyiz.
Stresli anlarda başkalarıyla bağlantı kurmak, bu sorunlara karşı güçlü bir koruma sağlar çünkü deneyimle ilgili dengeli bir zihinselleştirme ve dolayısıyla dayanıklılık sağlar [53,54]. Birey veya aile etrafında zihinselleştirici bir iklim yaratmanın, özellikle çocuklar ve gençler için ve ailelerine/bakıcılarına destek sağlamak açısından önemli olduğunu düşünüyoruz (bunu amaçlayan zihinselleştirme temelli müdahaleler hakkında daha fazla tartışma için 15. ve 17. Bölümlere bakın). Bu görüşün önemli bir ek yönü, işlerinde karşılaştıkları birçok iç ve dış baskı ve kaygı göz önüne alındığında, ruh sağlığı profesyonelleri etrafında destekleyici bir zihinselleştirme sistemi sağlama ihtiyacını kabul etmesidir.

Yabancı Benlik

Yabancı benlik fikri, MBT'de, yüksek stres veya sıkıntı halindeyken, benlik algılarını o kadar korkmuş/ürkütücü ve tutarsız bulan ve "yabancı benlik" kavramının devreye girdiği bireylerin deneyimlerini anlatmak için kullandığımız bir şeydir. 14. ve 18. Bölümlerde göreceğimiz gibi, yabancı benlik özellikle bazı intihar eğilimleri, ciddi kendine zarar verme eylemleri, kişilerarası saldırganlık/şiddet ve diğer ruh sağlığı krizlerini anlamada faydalı olmuştur. Yabancı benlikten bahsettiğimizde, öz benlik, duyusal ve bilişsel psikolojik süreçlerdeki bozulmaların, bireyin kişisel eylemliliğinde çeşitli kayıp biçimleri deneyimlemesine yol açtığını kastediyoruz. Bedensel, bilişsel veya duygusal (kontrol)süzlükle ilişkili olabilen deneyimleri, "ben-olmayan" bir deneyimdir ve

Machine Translated by Google

Benlik deneyimini tutarlı bir şekilde bütünleştirememe - esasen, burada ve şimdi deneyimlenen benliğin parçaları yabancılaşmıştır. Bu temsilin, çocuğun bakıcının başarısız aynalamasına maruz kalmasının bir sonucu olarak, duyarsız veya ezici bir bakıcının içselleştirilmesinden kaynaklandığını düşünüyoruz. "Aynalama" ile, bakıcının bebeğin zihinsel durumlarını tanıdığı ve bu durumları bebeğe "belirgin" veya düzenlenmiş bir şekilde yansıtabildiği etkileşimleri kastediyoruz; bu, bebeğin duygularını anladığını ve onlarla empati kurduğunu, ancak bunlar tarafından ezilmediğini gösterir. Gelişimin ilerleyen dönemlerinde, düşmanca veya istismarcı bakım verme, benlik temsilinin bölünmüş bir parçasının -yabancı benliğin- etkinleştirilmesiyle yönetilir; bu, çocuğa, bu yabancı benliği kullanarak saldırganla (istismarcı bakıcı) özdeşleşerek kontrol edilemeyen bir sosyal çevre üzerinde bir dereceye kadar kontrol elde etme olanağı sunar; birey daha sonra benlik yapısı içinde işkenceci bir figüre ev sahipliği yapar. Bir bakıma, yabancı benlik temsilleri bireylerin benliklerindeki bozukluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir; yabancı benliğin ortaya çıkışı, bireyin yönetemediği veya düzenleyemediği yoğun duygusal deneyimlerden acil bir kurtuluş girişimidir. Bu savunma süreci geçici bir kontrol hissi sağlasa da, aynı zamanda akut bir parçalanma deneyimine ve içten içe işkence görme hissine de neden olur. Yabancı benlik, psikolojik bütünlüğe bir tehdittir ve genellikle yabancı benlik deneyiminden kaynaklanan duygusal baskıyla bağlantılı olarak kendine zarar verme ve intihar girişimleri gibi davranışlara yol açabilir. Daha da önemlisi, yabancı benlik temsilleriyle psikolojik temas, psikolojik benlik bütünlüğünü koruma girişimi olarak ortaya çıkan zihinsel bir sürecin ayırt edici özelliği olan ayrışmaya da yol açabilir. Yabancı benliğin klinik çalışmalardaki önemi 10. ve 12. Bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Önceki bölümde tanımladığımız gibi, benlik duygusu ve benlik duygusunun devam eden tutarlılığı, kısmen, ilk etapta erken yaşamımızda bakıcılarımız tarafından bize iletilen, kim olduğumuza dair ikincil temsiller temelinde inşa edilir. Yeterince iyi huylu, tutarlı veya doğru ikincil temsillerden mahrum kalmış veya bu ikincil temsilleri tanımakta ve içselleştirmekte zorluk çeken (muhtemelen bu tür temsillere maruz kalma eksikliğinden dolayı) bir birey, parçalanmış bir benlik yapısı (yani, yabancı bir benlik) geliştirmeye karşı özellikle savunmasız olabilir ve bu da daha sonra kaotik veya boş bir benlik deneyimi duygusuna yanıt olarak ortaya çıkar. İkincisi, bazen BPD'li bireyler tarafından "kara delik" olarak adlandırılır ve şaşırtıcı olmayan bir şekilde bunu varoluşlarını tehdit ettiği için korkutucu bulurlar.

Bağlanma ve MBT MBT,

bağlanma teorisi tarafından güçlü bir şekilde şekillendirilmiştir; zihinselleştirmenin gelişiminin bağlanma ilişkileri bağlamında ortaya çıktığı fikri her zaman düşüncemizin merkezinde yer almıştır ve araştırmalardan elde edilen kanıtlar, bağlanma, duygusal duyarlılık ve ebeveyn zihinselleştirme kapasiteleri arasında "gevşek bir bağlantı" olduğu görüşünü desteklemektedir [55]. MBT çalışmasında, bir hastanın bağlanma deneyimleri ve temsilleri, terapistin hastanın diğer insanların zihinsel durumları hakkında düşünürken karşılaştığı zorlukları anlamasında önemli bir rol oynayacaktır. Bununla birlikte, MBT uygulamasında, terapistin bağlanma uyarımının tedavinin şimdiki anındaki etkisini ve bu kadar güçlü duyguların deneyimlenmesinin etkili zihinselleştirmeyi nasıl engelleyebileceğini anlaması

Beyin görüntüleme çalışmaları, bağlanma sisteminin aktivasyonunun zihinselleştirmeyi destekleyen sinir sistemlerini engellediğini göstermiştir [56–58]. Travma,

Machine Translated by Google

Bağlanma sistemi ve bağlanma travması kronik hiperaktivasyona neden olabilir. Bu, bazı hastaların çok az stres altındayken veya hiç stres yaşamadıklarında zihinselleştirme yapabilmelerini açıklar; ancak bağlanmayla ilgili uyarılma, bu tür bir hiperaktivasyona yatkın bireylerde stres anlarında zihinselleştirmenin çökmesine neden olabilir. Bunun klinik çalışma için önemli sonuçları vardır. Düşünmeyi gerektiren herhangi bir müdahale -örneğin, hastadan bir düşünceyi açıklamasını veya ayrıntılandırmasını istemek- doğası gereği hastadan kontrollü zihinselleştirme yapmasını ister. Hastadan düşünmesi istenen konu, bağlanmayla ilgili bir uyarılma tetikliyorsa, böyle bir düşünsel aktiviteye girmesi çok zor olabilir. Bu, tarihsel olarak, BPD için dinamik terapinin neden genellikle etkisiz bulunduğunun nedenlerinden biri olabilir - geleneksel psikoterapötik yöntemler, hem terapist ve hasta arasındaki ilişkinin doğası hem de terapide araştırılan konu aracılığıyla bağlanma sistemini tetikler. Aslında hastadan, potansiyel olarak imkânsız bir görevi yerine getirmesi isteniyor: Zihinsel durumlar hakkında düzenlenmiş bir şekilde düşünmesi ve böyle bir düşünmeyi neredeyse imkânsız kılan koşullar altında kalması.

MBT zihinselleştirmeyle ilgili olsa da, MBT çalışması terapistin amansız bir zihinselleştirme saldırısı içermemelidir. Yüksek duygu durumunda olan, bağlanma sistemi alarm zillerini çalan ve zihinselleştirmesi "çevrimdışı" kalmış bir hastaya zihinselleştirmesi için daha fazla talepte bulunulmamalıdır; bu talepler ya görmezden gelinecek ya da duyarsız ve faydasız olarak değerlendirilecektir.
Aksine, terapistin uygun tepkisi hastanın o andaki duygularının farkına varması ve onaylamasıdır. Bunun nedenleri, bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanacak ve kişisel farkındalık duygusunun, ortak dikkat ve birlikte düşünme kapasitesini nasıl mümkün kıldığını açıklayacağız. İlk olarak, klinik deneyimlerimizin bu konudaki düşüncelerimizi nasıl yönlendirdiğini açıklayacağız.

Sınırda Kişilik Bozukluğu ve MBT

1. Bölüm'de de belirttiğimiz gibi, MBT ilk olarak, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanısı almış hastaların ne kadar azının ihtiyaç duydukları terapötik yardım ve desteği aldığının farkına varılması üzerine geliştirilmiştir. MBT, (a) bu hastaların klinik ihtiyaçlarını, gerçek yaşam deneyimlerini ve yaşadıkları zorlukları gerçekten ele alan ve (b) uzun yıllar süren yoğun bir eğitimden geçmeden geniş bir yelpazedeki ruh sağlığı çalışanlarının güvenilir bir şekilde uygulayabileceği kadar kullanışlı bir tedavi biçimine ihtiyaç duyulduğu bilinciyle, özellikle oluşturulmuştur.

Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) üzerine düşünmenin MBT gelişimini ne kadar etkilediği göz önüne alındığında, okuyucunun genel zihinselleştirme yaklaşımının bazı temel unsurlarını ve bu yaklaşımın gerekçesini anlamasına yardımcı olmak için Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) ile ilişkili zorlukların doğasına genel bir bakış sunmanın yararlı olacağına inanıyoruz. Sınırda Kişilik Bozukluğunun (BPD) en yaygın özelliklerinden biri, yoğun ve dengesiz duygusal tepkileri tetikleyebilen duygusal uyaranlara karşı aşırı duyarlılığı içeren duygusal düzensizliktir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan bireyler, sıkıntılarını azaltmaya yardımcı olacak başa çıkma stratejileri bulmakta zorlanabilirler ve duygusal düzensizlik genellikle kendine zarar verme davranışı (dürtüsel kendine zarar verme davranışları dahil), bilişsel bozukluklar (ayrışma dahil) ve kişilerarası sorunlar gibi dürtüsel semptomlarla birleşir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan bireyler sıklıkla yoğun bir ıstırap yaşarlar ve genel nüfusa göre intihar girişiminde bulunma olasılıkları 50 kat d

Stresle ilişkili ayrışma, BPD'li bireylerde yaygındır [60] ve kimlik duygusunu, epizodik hafızayı, algıyı ve bilinci etkileyebilir [61].

Machine Translated by Google

Bu tür temel sosyal-bilişsel süreçlerin doğası gereği savunmacı (yani kendini koruyucu) olarak anlaşılabilir; bununla, stresli içsel deneyimlere adaptasyonlar olarak, bu deneyimlerin kişi (veya derealizasyon veya duygusal uyuşma gibi beden) üzerindeki etkisini sınırlama işlevi gördüklerini kastediyoruz. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) semptomlarını, bireyin aksi takdirde bunaltıcı olacak öznel stres veya sıkıntı deneyimleriyle başa çıkmak için yaptığı anlaşılabilir zihinsel ayarlamalar olarak görüyoruz [62]. Bazen Sınırda Kişilik Bozukluğunda gözlemlenen dürtüsellik, dürtüsel saldırganlık olarak ortaya çıkar [63,64]. Saldırganlık, duygusal düzensizlikle yüksek düzeyde stres ve sıkıntıyla ilişkilidir [65], ancak aynı zamanda öfkenin yöneltildiği kişinin zihinsel durumuna yönelik bir dikkate almama özelliği de gösterir [66]. Saldırgan patlamalar, aşırı yeme, riskli cinsel davranış, madde bağımlılığı veya aniden bir ilişkiyi sonlandırma gibi bir dizi olumsuz davranış, bireyin bu eylemleri imkânsız (sosyal) bir duruma karşı kontrol edilemez ve kaçınılmaz tepkiler olarak algıladığı olumsuz duygusal bağlamlarda tetiklenebilir [67,68].

Kişilerarası bozuklukların, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilere yardım etme çalışmalarında merkezi bir rol oynadığı yaygın olarak düşünülmektedir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan bireylerin başkalarına güven geliştirmede zorluk çektiğine, sosyal dışlanma ve reddedilmeye karşı yüksek bir duyarlılığa sahip olduğuna ve ayrılma konusunda çözülmemiş çatışmalarla dolu uzun süreli, çatışmalı ve istikrarsız ilişki geçmişlerine sahip olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur [69,70]. Tedaviye başvuran bireylerin geçmişleri, genellikle sosyal ilişkilere güvenme konusundaki isteksizliklerini yeterince açıklamaktadır [71,72]. Kişilerarası bozuklukların, daha önceki gelişimsel sorunları yönetme girişimleri (örneğin, aktarım odaklı psikoterapide olduğu gibi) olarak mı yoksa diğer zorluklardan mı kaynaklandığı (diyalektik davranış terapisinde kavramsallaştırıldığı gibi) tartışma konusu olmaya devam etmektedir, ancak bir klinisyenin pragmatik bakış açısından, hem duyguların kendileri hem de ilişkiler üzerindeki etkileri ele alınmalıdır.

Zihinselleştirme ve Sınırda Kişilik

Bozukluğu (BPD) Giderek artan bir literatür, zihinselleştirme güçlüklerinin Sınırda Kişilik Bozukluğunun (BPD) içsel bir yönü olduğunu ve bu tanıya sahip bireylerde karakteristik olarak görülen kişilerarası ilişkilerde bozulma, duygulanım düzensizliği ve dürtüselliğe yol açabileceğini öne sürmektedir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilerde görülen zihinselleştirme güçlükleri, bu bölümün önceki kısımlarında ayrıntılı olarak açıklanan dört zihinselleştirme boyutunun tamamını kapsayabilir.

Otomatik/kontrollü zihinselleştirmeyle ilişkili olarak, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) ile ilişkili düzensizlik ve dürtüsellik, otomatik zihinselleştirmeye yönelik bir eğilimi yansıtır. Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda yansıtıcı zihinselleştirmenin başarısızlığının belki de ilk göstergesi olan bu çalışmada, Fonagy ve arkadaşları, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının bağlanma ilişkileri bağlamında kendi ve başkalarının zihinsel durumları üzerine düşünme becerilerinin önemli ölçüde azaldığını göstermiştir [73]; yansıtıcı işlevdeki bu eksikliğin psikoterapiyle tersine çevrilebildiği gösterilmiştir [74]. Yansıtıcı işlevle ilgili bulgular, nispeten büyük iki çalışmada [75,76] tekrarlanmış ve yakın tarihli bir meta-analizde [77] doğrulanmıştır.

Bir dizi çalışma, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının, şu anda muhtemelen bu zihinselleştirme alanının en geçerli ve en güvenilir ölçüsü olan Sosyal Biliş Değerlendirmesi İçin Film (MASC) ile test edildiklerinde zihinselleştirme bozuklukları gösterdiğini göstermiştir [78–80]. MASC, katılımcıların ilişkiler içeren günlük yaşam senaryolarında etkileşim halindeyken karakterlerin zihinsel durumlarını tanımalarını gerektiren, video tabanlı bir zihinselleştirme testidir. Kişilerarası durumların yanlış yorumlanması

Machine Translated by Google

Sınırlı bir yansıtma kapasitesi nedeniyle sosyal etkileşimlerde aşırı veya uygunsuz duygulara neden olabilir [81], özellikle de dışa dönük sosyal bilişe aşırı vurgu yapılıyorsa.

Benlik/diğerini zihinselleştirme boyutu, Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda (BPD) sıklıkla başkalarının zihinsel durumlarına aşırı odaklanma olarak ortaya çıkabilir. MBT modelinde, benlik bilgisi ve diğerini bilme birbirini tamamlayıcı ancak birbirine bağımlıdır. Kendimiz hakkında başkalarından öğreniriz ve bu öz-bilgi, kendimizi başkasının yerine koymamıza yardımcı olur. Zihinselleştirme sorunlarının, öz-bilgide azalma ve istikrarsız öz-tasarımlar olarak ortaya çıkmasını bekleriz. Benliği zihinselleştirmenin bir diğer alanı da kişinin kendi eylemleri üzerinde bir sahiplik duygusu yaratmadaki rolüdür. Çeşitli çalışmalar, Sınırda Kişilik Bozukluğu'na (BPD) sahip kişilerde, BPD'si olmayanlara göre eylemlilik deneyiminin azalmış olabileceğini öne sürmektedir [82–84]. Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda (BPD) benlik-diğeri farklılaşmasıyla ilgili zorluklara dair yeni kanıtlar ortaya çıkmaktadır [85]; örneğin, Kauçuk El Yanılsaması'na daha fazla yatkınlık gözlemleri [82,86] ve derecelendirilmiş, dönüştürülmüş benlik imgelerinden benliği tanımlamada kafa karışıklığı [87]. Çeşitli araştırmalar, BPD'li kişilerin olumlu öz niteliklerinden ziyade olumsuz öz niteliklerini tanıma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir; bu da öz kavramlarında daha fazla olumsuzluğa doğru bir çarpıtma olduğunu düşündürmektedir [88–91]. Ancak bu çalışmalar, öz kavramının yapısal karmaşıklığıyla ilgili olarak daha az net bir tablo sunmuştur. Ergenler ve genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışma, BPD'li hastaların daha fazla niteliği öz ilişkili olarak onayladığını ve bunun daha dağınık bir öz algıya işaret ettiğini bildirmiştir [88]; yetişkinler üzerinde yapılan başka bir çalışma ise bu gözlemi yansıtmamıştır [90]. Bu çalışmaların bulgularındaki farklılıklar, yeni ortaya çıkan BPD'li ergenlerin yaşla birlikte azalması muhtemel olan hipermentalizasyon eğilimini yansıtabilir [92]. BPD'de benliğin daha fazla öne çıkmasıyla uyumlu olarak, bellek çalışmaları, BPD'li bireylerin duygusal değerlerden etkilenmeden öz-ilişkili sosyal olayları daha iyi hatırladığını göstermektedir [93]. "Zihin dalgınlığı" paradigması, BPD'li bireylerde benlikle ilgili düşüncelerin daha fazla dalgalandığını ve daha aşırı olduğunu öne sürmüştür [91].

Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda zihinselleştirmenin içsel/dışsal boyutuyla ilgili kanıtlar karmaşıktır. Bazı çalışmalarda Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip bireylerde statik yüz uyarıcıları için duygu tanıma doğruluğu azalmış gibi görünse de [94,95], bazılarında böyle bir durum söz konusu değildir [96–98]. Benzer şekilde, bazı çalışmalarda Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip hastaların duygusal ifadeler içeren yüzleri çözümlemelerinin Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip olmayan bireylere göre daha uzun sürdüğü bildirilirken [98], diğer çalışmalarda bu fark bulunamamıştır [99,100] ve bir meta-analiz Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip bireylerde duygusal yüz işleme hızında güvenilir bir şekilde tanımlanabilir bir eksikliğin olmadığını doğrulamıştır [101]. Ayrıca, kısa duygu uyandırma videolarına karşı yüz tepkisi konusunda da karmaşık bulgular mevcuttur. Bir çalışmada Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip bireylerde tepkiselliğin azaldığı bildirilmiştir (etki büyüklüğü ¼ –0,67) [102], bir başka çalışmada ise yalnızca olumlu duygulara karşı tepkiselliğin azaldığı görülmüş ve ayrıca Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip bireylerin sosyal dışlanmaya tepki olarak Sınırda Kişilik Bozukluğu'na sahip olmayan bireylere göre daha olumsuz ve karmaşık yüz ifadeleri sergiledikleri bildirilmiştir [103]. Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda yüz mimiklerinin arttığına dair kanıtlar mevcuttur. Katılımcıların dinamik yüz ifadelerine tepki olarak yüz kaslarının aktivitesinin kaydedildiği bir görevde, Sınırda Kişilik Bozukluğu hastaları öfkeli, üzgün ve iğrenmiş yüz ifadelerine karşı gelişmiş tepkiler, mutlu ve şaşırmış yüz ifadelerine karşı ise zayıf tepkiler gösterdi [104]. Bu bulgu, olumsuz sosyal sinyallere abartılı, olumlu sinyallere ise zayıf tepkilerle ifade edilen, başkalarının duygusal durumlarına karşı genel olmaktan ziyade belirli bir aşırı duyarlılığı göstermektedir. Bazı çalışmalar ayrıca, Sınırda Kişilik Bozukluğu hastalarının olumsuz yüzlere daha hızlı dikkat kesildiği ve onlara daha fazla zaman ayırdığı güçlü bir olumsuz atıf yanlılığı tespit etmiştir [1

Machine Translated by Google

Sınırda Kişilik Bozukluğu'nda zihinsel durum ayrımcılığını inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğu, çok sayıda ölçümde orta düzeyde bir etki bildirmiştir. Bu ölçümlerin en öne çıkanı, hem zihin okuma için bildirilen en büyük avantajı [106,107] hem de Sınırda Kişilik Bozukluğu olanlarda en büyük eksiklikleri [108,109] ortaya koyan "Gözlerden Zihni Okuma" testidir. Hanegraaf ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analiz, çalışmalar arasında önemli ve anlamlı bir heterojenlik olduğunu ortaya koymuştur (Q ¼ 151:55, p < 0:0001).
[101]. Bununla birlikte, bu kapsamlı meta-analiz, BPD'li kişilerin zihinsel durum ayrımcılığında diğer klinik popülasyonlardaki kişilere kıyasla daha zayıf olma eğiliminde olduklarına dair kapsamlı ve sağlam kanıtlar sunmaktadır; bu kişiler arasında diğer kişilik bozuklukları (C kümesi, kaçınmacı ve narsistik kişilik bozuklukları) ve majör depresyonu olanlar da yer almaktadır.
Bu, MBT yaklaşımına deneysel destek sağlıyor ve Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanısı almış hastalarla yürüttüğümüz terapötik çalışmalarda zihinselleştirmeye odaklanmamızı haklı çıkarıyor. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD), kişilerarası etkileşimler sırasında, yüz ifadeleri, dil ve bakıcı-bebek davranışları aracılığıyla ve başkalarının sosyal sinyallerini yorumlarken en uygun sosyal sinyalleri seçme ve gösterme konusunda zorluklarla ilişkilendirilme eğilimindedir.

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) için tanı kriterlerinin reddedilme duyarlılığını da içermesi göz önüne alındığında, sosyal dışlanma üzerine yapılan deneysel çalışmalarda, bu tanıya sahip bireylerin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olmayan kontrol katılımcılarına kıyasla daha şiddetli dışlanma deneyimleri bildirdikleri bulunmuştur; aslında, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının sosyal katılım koşullarında bile dışlanma duyguları bildirme olasılıkları daha yüksektir (örneğin, [110]). Reddedilme duyarlılığının sosyal-bilişsel faktörler (belirsizliğe tolerans, çaba gerektiren kontrol) ve bağlanma ile ilgili faktörler (bağlanma kaygısı, aidiyet duygusu, öz eleştiri) tarafından yönlendirildiğine dair kanıtlar r
[111,112]. Hanegraaf ve ark. tarafından yapılan meta-analizde, BPD hastalarının sosyal anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk veya intihar dışı kendine zarar verme bozukluğu olan bireylere kıyasla kendilerini daha fazla dışlanmış hissetme eğiliminde oldukları bulunmuştur [101]. Zihinselleştirmedeki başarısızlık ve sosyal etkileşimlerden olumsuz sonuçlar beklentisi, BPD'li bireyleri bu tür etkileşimleri reddedilme örnekleri olarak yanlış yorumlamaya karşı savunmasız bırakmaktadır.

Genişletilmiş Mercek: Psikopatolojide Zihinselleştirme Sınırda Kişilik Bozukluğu

(BPD) olan bireylerin karşılaştığı zihinselleştirme zorluklarının açıklamasının, MBT yaklaşımının gerekçesini iyi bir şekilde anlamanıza yardımcı olduğunu umuyoruz. Şimdi, bu düşüncenin diğer kişilik bozukluklarından anksiyete ve depresyona ve psikoza kadar uzanan diğer ruh sağlığı bozukluklarının psikolojik tedavisine nasıl ve neden katkıda bulunabileceğini açıklayacağız. MBT'nin bu genişleyen uygulaması, zihinselleştirme güçlüklerinin birçok ruh sağlığı sorunu türünde yaygın olduğu görüşüne dayanmaktadır.

Zihinsel bozukluklarda genel psikopatoloji faktörü veya "p faktörü" olarak adlandırılan konu etrafında canlı ve büyüyen bir araştırma grubu bulunmaktadır. Bu, birçok örtüşen zihinsel sağlık tanısını, ortak bir kırılganlık faktörünü paylaşan ve daha sonra bireysel koşullar ve genetik eğilimlerle etkileşime girerek belirli bir semptom kümesi olarak kendini gösteren bir anlayışla anlamanın daha faydalı olabileceği fikridir. Oldukça kaba bir örnek vermek gerekirse, ergenlik çağındaki erkek çocukların davranış bozukluğu gibi dışsallaştırıcı semptomlar gösterme olasılığı istatistiksel olarak daha yüksekken, ergenlik çağındaki kız çocuklarının anksiyete veya depresyon gibi içselleştirici semptomlar geliştirme olasılığı daha yüksektir. Dahası, davranış bozukluğu olan ergen bir erkek çocuk, devam eden davranış sorunlarıyla birlikte veya onlarsız, yetişkinlikte depresyon ve anksiyete yaşayabilir. Dolayısıyla, farklı popülasyonlarda veya tek bir bireyin yaşam seyri boyunca, ortaya çıkan bir dizi deneyim ve davranış olacaktır.

Machine Translated by Google

Hem dışsal davranış hem de duygusal deneyim açısından oldukça farklıdır, ancak p faktörü etrafındaki düşünceye göre, tüm bu farklı semptomlara yol açan temel kırılganlık aynı kalır; yalnızca farklı sosyal koşulların ve genetik faktörlerin bir kombinasyonu sonucunda farklı kişilerde farklı şekilde ortaya çıkarlar. Bu fikre itibar kazandırmak için çeşitli nedenler vardır; örneğin, insanların yaşadığı çok sayıda eşzamanlı ve genellikle örtüşen zorluğu nasıl anlamlandırırız? Davranışsal genetik ve moleküler biyolojiden elde edilen bulgular da ortak bir temel faktör olduğu argümanıyla tutarlıdır. Aileler ve ikizler üzerinde yapılan çalışmalar, genetik riskin belirli bozukluklara özgü olmadığını, ancak büyük ölçüde tanılar arası bir kırılganlık faktörü olduğunu gösterme eğilimindedir [113–116]. Benzer şekilde, bir milyondan fazla katılımcısı olan 17 zihinsel bozukluğu inceleyen bir genom çalışması, genomik belirteçler açısından zihinsel bozuklukların ortak varyans risklerini paylaştığını bulmuştur [117].

Tek bir ortak faktörün kırılganlığa zemin hazırlayabileceği olasılığı argümanı, semptom ve teşhislerin iki faktörlü modellemesini kullanan nüfus çalışmalarından da kaynaklanmaktadır. İki faktörlü modelleme, geniş bir yelpazedeki farklı değişkenlerin (bu durumda semptomlar ve tanılar) ortak olabileceği olası genel bir faktörün araştırılmasını içerir. Bu alandaki çalışmalar, semptom kümeleri (içselleştirici, dışsallaştırıcı ve psikoz) ve bireysel ruhsal bozukluklar (örneğin şizofreni, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon) ile birlikte genel bir psikopatoloji faktörünün var olduğu varsayıldığında psikiyatrik bozuklukların daha ikna edici bir şekilde açıklanabileceğini ortaya koymuştur [118–120]. Çocuk, ergen ve yetişkin örneklemleriyle yapılan çok sayıda çalışma, p faktörünün, görünür semptomlar aracılığıyla belirtildiği gibi her türlü psikopatolojiye yönelik temel bir eğilimi yansıttığını göstermektedir [121–123].

p faktörüne yapılan vurgu, bu faktörün yararlı bir istatistiksel yapıdan başka ne olduğu sorusunu akıllara getiriyor. Birçok çalışma, tüm zihinsel bozuklukların beynin yalnızca bir veya iki bölümündeki -prefrontal korteks ve belki de limbik bölgelerdeki- işlev bozukluğundan kaynaklandığını öne sürüyor [124,125]. Bir bireyi zihinsel bozukluk riski altına sokan beynin başka birçok bölgesi olabilir ve hatta büyük olasılıkla vardır.
Aslında, bu sorunlara beynin belirli bölümlerinin yapısından ziyade, farklı bölgeler arasındaki bağlantıların neden olduğu giderek daha olası hale geliyor [126]. Dolayısıyla, genel psikopatoloji veya p faktörü veya belki de en doğrusu, beyin düzeyindeki zihinsel bozukluk riski, beyin korteksindeki düzensiz bağlantılarla ilgili olabilir. Bu hipotez, psikopatolojinin, lokalize beyin bölgelerinden ziyade beyin ağlarının bir işlev bozukluğu olarak görülmesinin daha doğru olduğu yönündeki artan fikir birliğiyle tutarlıdır [127].
9-10 yaşlarındaki 6593 çocukta yüksek kaliteli dinlenme durumu beyin taramalarının elde edildiği bir çalışma, yüksek bir p faktörünün varsayılan mod ağı (DMN) içindeki bağlantının azalması ve DMN ile çoklu kontrol ağları arasındaki bağlantının artmasıyla ilişkili olduğunu bulmuştur [128]. DMN, zihin herhangi bir belirli bilişsel görevle meşgul olmadığında, yani bir kişi "zihin dalgınlığında" olduğunda aktiftir. DMN, zihinselleştirmeyle ilgili beyin bölgeleri ağıyla örtüşür ve ötesine uzanır. Bir çalışma, sosyal bilişle ilgili bir dizi görevin (yani, diğer kişilerin zihinsel durumları hakkında akıl yürütme) DMN'yi aktive ettiğini göstermiştir [129]. DMN, hayal kurma, başkalarının bakış açılarını hayal etme, geleceği hayal etme ve otobiyografik anıları hatırlama gibi düşünce süreçlerinde aktive olur [130] ve genellikle zihinselleştirmeye hizmet ettiği kabul edilir. Başka bir deyişle, yüksek p faktörü ile ölçülen psikopatolojiye karşı duyarlılık, zihinselleştirme süreçlerinde rol oynayan sinir ağındaki bağlantı anomalileriyle ilişkilidir.

Machine Translated by Google

Nörobilim araştırmaları, çoğu ruh sağlığı bozukluğunda birbiriyle ilişkili iki temel işlev alanını tutarlı bir şekilde ortaya koymuştur. Bunlardan ilki, duygusal düzensizliktir.
Kötü yönetilen duygular, amaçlı aktiviteye müdahale eder [131]. Duygularını iyi düzenleyen kişiler, duyguyu tetikleyen belirli bir durumun riskleri hakkında doğru bir fikre sahiptir ve dikkatlerini bununla başa çıkmak için yapmaları gerekenlere yönlendirebilir, dikkatlerini odaklanmak için kullanabilir, ancak odaklanmanın yardımcı olma olasılığı düşükse dikkatlerini dağıtabilir ve eylemlerinin sonuçları ortaya çıktıkça riskleri yeniden değerlendirebilirler [132]. Duygusal düzensizliğin neredeyse her psikiyatrik tanı durumunun bir özelliği olduğu gösterilmiştir [133]. Araştırmacılar, duygu düzenlemesindeki bir zayıflığın arka planda gerçekleşen duygusal deneyimi güçlendirebileceğine, çocukların sosyal durumları görme ve deneyimleme biçiminde bozulmalara neden olabileceğine ve yalnızca kişinin yoğun bir duyguyu öngörmesi ve deneyimlemesi nedeniyle yoğun duygusal tepkilere yol açabileceğine inanmaktadır. Uygunsuz duygular yaratabilir ve bazen hoş olmayan yoğun duygulardan kaçınmak için dramatik eylemlere yol açabilir.

Zihinsel bozuklukla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilen ikinci genel alan, yönetici işlevdir [134]. Yönetici işlev, düşünceyi kontrol etme ve genel olarak belirli bir görevle ilgili bilgileri uygun yöne yönlendirme kapasitesidir; öz düzenleme, karar verme, eylemlerin sıralanması, planlama, önceliklendirme ve yeni görevlerde gezinmeyi içerir [135]. Bu bilişsel süreçlerin sağlıklı işleyiş için gerekli olduğu düşünülmektedir. Yönetici işlev kalitesinin p faktörünü etkilediği düşünülmektedir.

Yüksek p faktörü puanına sahip bireyler, yani yüksek düzeyde kalıcı psikolojik sıkıntıya sahip olanlar, zorlu sosyal etkileşimlere karşı aşırı duyarlıdırlar ve başkalarının eylemlerinin nedenlerini güvenilir bir şekilde yorumlamakta ve potansiyel olarak üzücü deneyim anılarını akıllarından çıkarmakta zorlanırlar. Bu durum onları duygusal fırtınalara karşı savunmasız bırakır.

Zihinselleştirmenin rolüne geri dönersek, zihinselleştirmenin yönetici işlevi ve duygu düzenlemesini desteklediğini, hem duygusal düzensizliğin hem de zayıf yönetici işlevin (psikopatolojiyle güvenilir bir şekilde ilişkilendirilen iki alan) zayıf zihinselleştirmeyle ilişkili olduğunu görebiliriz. Burada zihinselleştirmeyle ilgili neden ve sonucun nerede yattığını bilmiyoruz; pragmatik bir klinik bakış açısından, zihinselleştirme sorunlarının duygusal düzensizliğin ve yönetici işlevlerdeki başarısızlıkların sonucu mu yoksa nedeni mi olduğu bir tür "tavuk-yumurta" meselesi olabilir. Klinik açıdan sorun, tüm bu süreçlerin birbiriyle yakından bağlantılı olmasıdır. Hem kişinin kendisinde hem de başkalarında zihinsel durumlar hakkında düşünme kapasitesinin yeniden kazanılması, duygu düzenlemesini ve daha koruyucu bir yönetici işlevi mümkün kılmak için kritik olabilir; bu, MBT yaklaşımlarının çeşitli ruh sağlığı bozukluklarına uygulanmasının gerekçesini sağlar. Bir sonraki bölümde, zihinselleştirmenin sağlıklı işleyiş için neden bu kadar büyük bir öneme sahip olduğunu düşündüğümüzü açıklayacağız.

Zihinselleştirme, Sosyal Öğrenme ve Epistemik Güven Zihinselleştirme teorisinin
önemli bir parçası olan epistemik güveni, “sosyal çevrenin nasıl işlediği ve bu çevrede en iyi şekilde nasıl hareket edileceği hakkındaki kişilerarası iletilen bilginin gerçekliğine ve kişisel önemine duyulan güven” olarak tanımladık (Fonagy ve diğerleri [136], s. 177).
Zihinselleştirmenin, bireylerin başkalarına epistemik güven duyma konusunda bir pozisyon almalarını sağlamada belirli bir işlevi olduğunu savunduk; bu, eğer başkalarından dünya hakkında öğrenme fırsatlarından tam olarak yararlanacaklarsa hayati önem taşıyan bir şeydir.

Machine Translated by Google

Genel ve sosyal dünya, özellikle de kendileri. Zihinselleştirmedeki kesintilerin sosyal işlevsellik için neden bu kadar zararlı göründüğünün [6] ve uzun vadeli herhangi bir zihinsel bozukluğa karşı hassasiyetle neden bu kadar yakından bağlantılı olduğunun ve neden p faktörüyle [128] ilişkili göründüğünün nedenlerinden birinin bu olduğunu öne sürüyoruz. İnsanların içinde yaşadığı sosyal olarak karmaşık ağlarda hayatta kalabilmek için başkalarından öğrenebilmeliyiz [137]. Hayatta kalmak için ihtiyaç duyduğumuz becerileri öğrenirken uzmanları gözlemler ve dinleriz, başkalarını taklit ederek cezalardan kaçınır ve ödüller kazanırız, başkalarının deneyimlerini ve görüşlerini hesaba katarak karmaşık stratejik kararlar alırız ve tüm bunlar boyunca sosyal etkileşimler yoluyla kendimiz hakkında bir şeyler öğreniriz. Başkalarından verimli bir şekilde öğrenmek, insan varoluşunun temel bir parçasıdır. Ebeveynlerden çocuklara ve akranlar arasında bilgi aktarımı, uyarlanabilir kültürel öğrenmenin temel bir mekanizmasını oluşturur, ancak aynı zamanda antisosyal eylemler, abartılı kaçınma ve kaygı gibi uyumsuz davranışlara da neden olabilir [138].

Zihinselleştirmenin gelişimi, epistemik güven ve sosyal öğrenmeye açıklıkla, yani başkalarının bize öğretmek istediklerini anlamaya çalışarak onlardan öğrenme becerisiyle yakından ilişkilidir. İnsan yavruları, bir modelin amacını çıkarsamayı ve başarılı (ama başarısız olmayan) eylemleri kopyalamayı hızla öğrenirler, ancak insan olmayan primatlar bu yeteneği insanlardan daha erken edinirler. İnsanlar öğrenmeye biraz farklı bir yaklaşım benimser. 3 yaşına geldiklerinde çocuklar aşırı taklit adı verilen bir davranış sergilemeye başlarlar. Bununla, küçük çocukların gereksiz yere karmaşık olan ve daha işlevsel bir amacı yokmuş gibi görünen davranışları, eğer "doğru" bir şeymiş gibi görünüyorlarsa, kolayca öğrenip kopyaladıkları kastedilmektedir (basit bir örnek, daha hızlı ve daha verimli bir yöntem olan elleri kullanmak yerine kaşıkla yemeyi öğrenmek olabilir) [139]. Küçük çocuklar bir süreliğine, etkileşimde bulundukları insanların çoğunluğunun davranışlarını seçmeden ve düşünmeden kopyalamaya ve inançlarını edinmeye eğilimlidirler [140] ve bir kişinin bir görevi tamamlama konusundaki hem başarısız hem de başarılı girişimlerini kopyalarlar [141]; bu, insan olmayan primatların yaptığı gözlemlenmemiş bir şeydir [142]. Bunun nedenleri, örneğin çocuğun kaşık kullanmayı öğrendiğinde öğrendiği şeyin karmaşık olmasıdır. Sadece yiyecekleri nasıl parçalayıp ağızlarına götüreceklerini öğrenmiyorlar [143]. Aslında çoğu küçük çocuk yemek yerken ellerini kullanmayı daha kolay bulur; ancak kaşığı doğru kullanmayı öğrenmek, bebeklerin içine doğdukları devasa kültürel ve sosyal bilgi okyanusunun sadece küçük bir örneğidir. Güvenilir büyüklerin kaşıkların doğru yemek yeme yöntemi olduğunu göstermesine güvenmek ve kaşıkları nasıl kullanacağını taklit etmek, küçük çocuğun dünyada yolunu bulmayı öğrenmede atmaya başladığı küçük adımlara bir örnektir. Nispeten verimsiz rutinler, sıklıkla çocuğun topluluğunun üyeleri tarafından paylaşılan kültürel bilginin bir parçası olarak sosyal olarak aktarılır [142]. Bu nedenle bu tür rutinleri edinmek, çocukların kendi kültürel gruplarının üyeleri olmalarını sağlayan önemli bir gelişimsel görevdir. "Aşırı taklit" terimi, çocukların yapmamaları gereken zamanlarda bilgili yetişkinleri taklit ettikleri anlamına gelmez.

Bilakis, bilişsel olarak anlaşılmaz eylemleri aşırı taklit etme eğilimi, doğal seçilim yoluyla tespit edilmiş, muhtemelen kültürel bir öğrenme stratejisidir ve öğrenen için anlaşılmaz olmalarına rağmen, kültürel olarak alakalı oldukları için tam olarak anlaşılmayan şeyleri yapmayı öğrenmenin faydalı olduğu varsayımına dayanır [144]. Okul öncesi çocukların yeni davranışları ayrıntılı bir şekilde taklit etmesi, yeni beceriler, alışılmadık sosyal normlar ve ritüeller öğrenmeye ve dolayısıyla toplum üyeleriyle ilişki kurmaya açık olmayı temsil edebilir [145].

Zihinselleştirme ortaya çıktıkça aşırı taklit azalır, ancak kültürün ve insanların öğrenme biçiminin bir parçası olmaya devam eder, çünkü nedenselliğe dair kapsamlı bir anlayış, fiziksel dünyayla ilişkili olarak bile insanların ötesindedir. Aşırı taklit etme yatkınlığı yetişkinliğe kadar devam eder [146] ve sosyal bağlam tarafından güçlendirilir [147,148].

Machine Translated by Google

Sosyal öğrenmeye dair bu açıklama, zihinselleştirme ve MBT hakkındaki düşüncelerimiz için önemlidir çünkü başkalarından öğrenebilmek için öğrenmenin ve onlara güvenmenin, yani epistemik güvenin zihinselleştirmeyle mümkün olduğunu öne sürüyoruz. Başka bir yerde şöyle demiştik: "Anlaşıldığımı hissedersem, beni anlayan, güvenilir bir potansiyel işbirlikçi olduğunu düşündüğüm kişiden öğrenmeye meyilli olurum. Bu, kendim hakkında öğrenmenin yanı sıra başkaları ve içinde yaşadığım dünya hakkında da öğrenmeyi içerir" (Fonagy ve ark. [6], s. 7). Bu sürecin sonucu, epistemik eşleştirme dediğimiz şeydir. Bu oldukça basit bir önerme gibi görünse de, bu süreçte birkaç zihinselleştirme aşaması yer alır. Dinleyicinin (a) eşleşmeyi ilk etapta fark edebilecek kadar tutarlı bir benlik algısına sahip olması, (b) iletişimcinin kendisine anlattığı kendi imajını tanıması (iletişimcinin dinleyiciye dair kendi algısını bir şekilde ifade ettiği bir durumda) ve (c) kendi öz algısı ile iletişimcinin kendisini tanımlama biçimi arasındaki benzerlik veya farklılıkları değerlendirmesi gerekir. Ayrıca, süreç iletişimcinin dinleyiciyi iyi anlayacak kadar iyi bir şekilde zihinselleştirmesini gerektirir. Dolayısıyla, sosyal bir süreç olarak epistemik güven, hem di

Epistemik bir eşleşmede meydana gelen ortak zihinselleştirme elde edildiğinde, "biz-kipi" olarak adlandırılan belirli bir öznel sosyal biliş deneyimi üretilir. Biz-kipi, başka biriyle birlikte olma deneyimini tanımlayan ve kasıtlı durumların ortak bir amaçla paylaşıldığı zihinsel bir durumdur [149,150]. Biz-kipi güveni tetikler ve bu da güvenilir kaynaktan öğrenme potansiyelini tetikler. MBT'de zihinselleştirmeyi yeniden canlandırma görevi, sosyal işleyişin altında yatan sosyal öğrenmeyi mümkün kılmak için hayati önem taşıyan biz-kipini ve epistemik eşleşmeyi deneyimleme olasılığını (yeniden) açmak için üstlenilir. Ek olarak, biz-kipinin, paylaşılan kasıtlılığın yarattığı "ortaklık" veya epistemik bağlantı duygusundan kaynaklanan hem faillik hem de aidiyet duygularını üreten ilişkisel bir yönü vardır. Biz-kipinin bir tür zihinlerin birleşmesi olmadığını belirtmek önemlidir. Tam faillik duygusuyla benlik önemli olmaya devam etmektedir; Aslında, ortak bir amaç uğruna kendini geçici olarak altüst eden güçlü bir benliğin yokluğunda, biz-moduna erişim yalnızca yanıltıcı olabilir ve öz-çarpıtma yoluyla elde edilebilir. Biz-mod, ayrı zihinsel durumların farkındalığından vazgeçmek veya bir tür psişik kaynaşma değildir. Daha ziyade, başkalarının "kendimiz kadar gerçek" ayrı "aracılar veya kişiler" (Tomasello [151], s. 56) olduğu ve onlarla anlık olarak dünyaya dair bir görüşü, bir hırsı, bir planı veya bireysel bakış açımızın ötesinde bir anlayışı paylaştığımız fikrini akılda tutmayı içerir. Gerçekten de, biz-modunun faydaları, ayrı zihinlerin ortak bir nesneye odaklanmak için bir araya gelmesinden kaynaklanır; ortak dikkat, tek bir zihnin getiremeyeceği yeni bilgi ve bakış açıları getirir [4]. Sonraki bölümlerde, epistemik güven ve biz-modunu deneyimlemedeki kesintilerin psikopatolojinin gelişiminde nasıl rol oynadığını daha ayrıntılı olarak açıklayaca

Sınırda Kişilik Bozukluğuna Güven

Sınırda Kişilik Bozukluğunun Temel Özelliği Olarak Güvensizlik

Kişilik bozukluğu tanısı almış 288 bireyde temel işlevsiz inançların incelenmesi, 126 maddelik bir ölçekte BPD tanısı almış bireyleri diğer kişilik bozuklukları olan bireylerden en iyi şekilde ayıran maddenin

Machine Translated by Google

Kişilik İnanç Anketi "Başkalarına güvenemem" şeklindeydi[152]. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarını, duygudurum bozukluğu (duygudurum bozukluğu) hastalarını ve akıl sağlığı tanısı olmayan kontrol katılımcılarını karşılaştıran başka bir çalışmada, bir kişi ile diğeri arasındaki kişilerarası güveni ölçen farklı bir öz değerlendirme aracı olan Güven Senaryosu Anketi kullanılmış ve Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının diğer iki gruptan önemli ölçüde daha düşük puan aldığı bildirilmiştir [153]. Bu güçlü bulgular, Sınırda Kişilik Bozukluğu'ndaki güven sorunlarına hem davranışsal hem de gelişimsel bir odaklanmanın yanı sıra, bozukluğun diğer sosyal ve duygusal yönleri üzerindeki etkilerinin de dikkate alınmasını haklı çıkarmaktadır.

Güvensizliğin BPD'nin çok önemli bir özelliği olduğu göz önüne alındığında, bu bozukluğa sahip bireylerin tanımadıkları yüzleri daha az güvenilir olarak derecelendirmeleri ve bu derecelendirmeleri yapmalarının daha uzun sürmesi [154] ve yüzlerde daha az güvenilirlik ve yaklaşılabilirlik tespit etmeleri [155] şaşırtıcı değildir. Daha yakın tarihli bir çalışma, eşleştirilmiş bir kontrol grubuna göre daha önyargılı güvenilirlik ve yüz ifadelerini ayırt etmede daha az yetenek gösteren BPD hastaları arasında güvenilmezlik önyargısını tekrarladı [156]. BPD grubu ayrıca, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında belirsiz güvenilirliği değerlendirirken daha yavaş tepki süreleri sergiledi. Dahası, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak değerlendirilen BPD hastalarının güvenilirlik derecelendirmeleri sırasındaki sinirsel aktivasyonu, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ön insula ve lateral prefrontal kortekste daha az aktivite gösterdi. Aktivitedeki bu azalma, hem BPD hastaları hem de kontrol grubu tarafından gösterilen güvenilirlik önyargısı ve bozulmuş ayırt edilebilirlik derecesiyle orantılıydı.

Epistemik Güvensizliğin Gelişimi Çocukluk çağı

olumsuzluklarının sonuçlarından birinin, epistemik güvensizliğin oluşmasına yol açabileceğini ileri sürüyoruz; yani, niyetlerin yanlış atfedilmesi ve başka bir kişinin eylemlerinin ardında kötü niyetli saiklerin varsayılması. Campbell ve meslektaşları yakın zamanda, epistemik güvenin öz bildirim özelliği ölçüsü üzerine, epistemik güven, güvensizlik ve safdillik (ayırt etme yeteneği eksikliğinin bir göstergesi) olmak üzere üç boyutu birbirinden ayıran bir çalışma yayınladılar [157]. Çalışma, güvensizliğin ve artan safdilliğin, çocukluk çağı olumsuzlukları geçmişi olan bireyleri karakterize ettiğini buldu. Bu bireyler için, çocuklukta ihmalden sonra oluşan bağlanma travmasının, herhangi bir sosyal etkileşimde kendileri (ister dinleyici ister iletişimci olarak) ve diğerleri arasında yakın bir iletişim kopması beklentisi yarattığını ileri sürüyoruz. Bir bireyin, güvenilmez veya kötü niyetli bilgilerin iletişimine tekrar tekrar maruz kalma geçmişi varsa, bu iletişimleri reddetmeyi öğrenebilir [158,159].

Orme ve ark., ergenlerden oluşan bir örneklemde, hastaneye yatıştan tedaviye ve taburculuğa kadar BPD semptomlarını gözlemlemiş ve hastaneye yatış anındaki BPD semptomları ile katılımcıların ebeveynlerine olan güvenleri arasında anlamlı bir negatif korelasyon olduğunu bildirmiştir [160]. Bulgular, ebeveynlere duyulan düşük düzeydeki güvenin, bireyin ergenlik ve yetişkinlik döneminde istikrarlı ve katı, işlevsiz inançlar geliştirmesine ve genel olarak başkalarına karşı güvensiz eğilimler geliştirmesine yol açabileceği varsayımını desteklemektedir.

Kişilerarası güveni parasal olarak ölçme eğiliminde olan nöroekonomik görevlerin sosyal bağlamı, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının performansını etkiliyor gibi görünmektedir. Bir çalışma, majör depresif bozukluk veya Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının performansını iki bağlamda karşılaştırmıştır: sosyal etkileşim ve bilgisayara karşı oynama [161]. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları daha tutarsız davranmış, değişken ve öngörülemeyen tepkiler göstermişlerdir, ancak bu yalnızca sosyal etkileşimleri içeren durumlarda görülmüştür. Sosyal durumlara maruz ka

Machine Translated by Google

Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD), karşı tarafı tehdit edici olarak algılamaya yatkınlık göstermiş ve bu algı, güvenilen kişilere karşı güvensiz davranışları tetiklemiştir. Sosyal etkileşimler, zihinselleştirme sistemini tetikleyerek karşı taraf hakkında kişilerarası davranış beklentilerini ortaya çıkarmıştır; bu da, bu çalışmada BPD hastalarının tutarsız davranışlarını açıklayabilir.

Ebert ve arkadaşları, nöropeptit oksitosinin potansiyel aracılık rolüyle ilgili bulguları takip ettiler [162], burada anormallikler daha düşük kişilerarası güvenle ilişkilendirilmiştir [163]. Sınırda kişilik bozukluğu hastaları ve kontrolleri rastgele oksitosin veya plasebo alacak şekilde atandılar ve ardından bir güven oyunu oynamaya davet edildiler. Bu oyunda, sabit sayıda puanı olan (örneğin 20) bir yatırımcı vardır ve yatırımcıdan istediği puanı, puanları kendisi adına koruyacak bir mütevelliye vermesi istenir. Mütevelli, puanları otomatik olarak üç katına çıkarır ve ardından yatırımcıya ne kadar puan geri vereceğine karar vermek zorundadır.
Yani yatırımcı 10 puan verirse, mütevelli heyeti oynayabileceği 30 puana sahip olur ve örneğin yarısını geri verebilir, yatırımcıya oyunun başlangıcından 10 puan ve 15 puan daha bırakırken, mütevelli heyeti şimdi 15 puana sahip olur. Daha sonra bir tur daha gerçekleşir. Bu oyunda çok fazla zihinselleştirme gerekir. Partnerler arasındaki borç verme/verme davranışının altında yatan niyetler ve nedenler anlam kazanır ve bir sonraki turda etkileşimsel tutumları belirler; bir kişinin davranışı (kaç puan verdikleri) diğerinin zihnini etkiler, bu da daha sonra onların davranışlarını belirler, vb. Bu çalışma, Sınırda Kişilik Bozukluğu olmayan kişilerden oluşan kontrol grubunda, oksitosin veya plasebo verilip verilmediğine bakılmaksızın, çocukluk çağı travma puanları ve güven davranışı arasında bir korelasyon bulamamıştır. Çocukluk çağı ihmali geçmişi olan Sınırda Kişilik Bozukluğu hastaları daha sınırlı güvenme davranışı göstermiş ve mütevelli heyetine daha az para vermiştir, ancak yalnızca kişilerarası ilişkisel deneyimi etkinleştiren oksitosin koşulunda. Erken ebeveyn ihmali öyküsü olan BPD hastalarında artan oksitosin seviyelerinin güven davranışlarını azalttığı görülmektedir. Oksitosinin genel olarak sosyal uyaranları daha belirgin hale getirdiğini varsayarsak [164], bu da sosyal zorluk öyküsü olan bireyler üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir.

Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan bireylerde yüksek düzeydeki güvensizliğin gelişimsel kökenlerine dair bu bulgular ve varsayımlar, reddedilme duyarlılıklarıyla ilişkilendirilebilir. Reddedilme deneyimi, güvensizlik eğilimlerini açıklayabilir. Klinik olmayan bir popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada, tanıdık olmayan yüzlerden gelen güven duygusunun yüz ifadesiyle değerlendirilmesi ile BPD özellikleri arasında negatif bir korelasyon olduğuna dair kanıtlar mevcuttur ve bu durum reddedilme duyarlılığıyla açıklanmaktadır [165]. Reddedilme duyarlılığının, özellikle duygusal yönü (kaygı ve öfke) [111, 112], güvensizlik ve Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) arasındaki ilişkide aracılık rolü oynaması muhtemeldir [166].

Duygusal uyarılmanın tetiklenmesinin kişilerarası güveni azaltması beklenir. Masland ve Hooley, olumsuz, nötr veya olumlu görsellere baktıkları bir duygusal hazırlama paradigmasını tamamladıktan sonra, daha yüksek veya daha düşük sayıda BPD tanımlayıcı semptomu olan klinik olmayan yetişkin gruplarını inceledi [167]. Daha yüksek sayıda BPD semptomu olan katılımcılar daha az güven dolu değerlendirmeler yaptı. Olumsuz hazırlama görsellerinin yüksek BPD grubunda, düşük BPD grubuna göre daha büyük bir etkisi vardı; bu da olumsuz duygusal durumların güven değerlendirme performansı üzerindeki etkisinin daha fazla BPD semptomu olan bireylerde daha güçlü olduğunu göstermektedir.

Bir araştırma, BPD'li bireyleri içeren romantik ilişkilerdeki kişilerarası güveni, kontrolleri içeren romantik ilişkilerdeki güvene kıyasla incelemiştir [168].
Yazarlar, kadınlara teşhis konulan heteroseksüel çiftlere şu soruları sordu:

Machine Translated by Google

Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) ve psikiyatrik geçmişi olmayan kontrol çiftleri, üç konuyu tartışmak üzere bir araya geldi: nötr (favori filmler), kişisel (kişisel korkular) ve ilişkiyi tehdit eden (partnerlerinden ayrılmalarının olası nedenleri). Her tartışmanın ardından katılımcılar partnerlerinin güvenilirliğini değerlendirdi. Yazarlar, özellikle ilişkiyi tehdit eden tartışmalardan sonra, BPD çiftlerinde partnerlerinin güvenilirliğinin kontrol çiftlerine göre daha düşük bir değerlendirmeye tabi tutulmasını beklediler. Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan kadınlar, kişisel veya ilişkiyi tehdit eden tartışmalardan sonra partnerlerine karşı daha düşük bir güven ifade ederken, nötr tartışmalardan sonra aynı güveni göstermediler. Bu bulgular, duygusal uyarılmanın BPD'li bireylerde zihinselleştirme üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu varsayımıyla örtüşmektedir [169].

Zihinselleştirme ve Sosyal Reddetme

Tekrarlanan ve şiddetli olduğunda sosyal reddedilme, neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukların gelişiminde rol oynar [170]. Sosyal anksiyete bozukluğu, majör depresyon, BPD, kaçınmacı kişilik bozukluğu, adet öncesi disforik bozukluk, bulimia nervoza, beden dismorfik bozukluğu, akut intihar düşüncesi ve madde/alkol kullanım bozukluklarının tanısında kriter olarak olağandışı tepkisellik ve sosyal reddedilmeye karşı duyarlılık kullanılır, ancak reddedilmeye karşı özgül davranışsal, duygusal ve sinirsel tepkiler bu bozukluklar arasında farklılık gösterebilir [71]. Sosyal reddedilme veya kabul, zihinselleştirmeye bağlı olan ve birçok ruh hali, anksiyete ve kişilik bozukluğunun merkezinde yer alan öz algıyla doğrudan bağlantılıdır.

Reddedilmiş hissetmek, zihinselleştirmeyle etkileşime girer. Bizi kasıtlı olarak görmezden geliyormuş gibi görünen birinin aslında alışılmadık derecede utangaç olduğunu bilirsek, bizimle göz temasından neden kaçındığını yeniden düşünebilir ve kendimizi daha az reddedilmiş hissedebiliriz, çünkü reddedilme genellikle diğer kişinin bizim hakkımızda nasıl düşündüğünü ve hissettiğini düşündüğümüzle ilgilidir. Aslında tarafsız olan tepkileri mesafeli, soğuk veya ilgisiz olarak aşırı yorumlamak, "Neden benden hoşlanmıyorlar?" diye sormamıza yol açabilir. Reddedilmenin birçok örneği, karşımızdaki kişinin düşüncelerinin, duygularının veya niyetlerinin nasıl algılandığıyla bağlantılıdır.

Sosyal reddedilme, sürekli olarak sosyal sıkıntı duygularını ortaya çıkaran Cyberball paradigmasının (sanal top atma oyunu) dışlanma koşulunda araştırılmıştır.
Burada reddedilme, katılımcıların, katılımcıya yabancı olduğu varsayılan iki oyuncuya ait sanal bir topun kendilerine verilmediğini gözlemlemelerinden oluşur. Sosyal reddedilme deneyiminin yoğunluğu o kadar yüksektir ki, Eisenberger ve Lieberman, sosyal sinyal sisteminin fiziksel acıyı algılamada rol oynayan sinir sistemine (dorsal anterior singulat korteks ve anterior insula) bağlı olabileceğini öne sürmüşlerdir [171, 172]. Duygusal acı sinyali, paylaşılan kaynaklara, desteğe ve faydalı sosyal ilişkilere erişimi tehlikeye atabilecek kopuk sosyal bağların ciddi riskini göstermektedir.

Sahi ve Eisenberger, sosyal reddedilmenin sinirsel temellerinin, dorsomedial ve ventromedial prefrontal korteks ve precuneus'un genellikle Cyberball ve diğer reddedilme paradigmalarının dışlama aşamasında aktif olduğu bulgularına dayanarak, zihinselleştirme sinir ağının aktivasyonunu gerektirdiğini öne sürmüşlerdir [173]. Ayrıca, öz-bilinçli duyguların ve sosyal reddedilme korkusunun erken çocukluk döneminde ortaya çıktığını ve bunun artan zihinselleştirme yeterliliği ve zihinselleştirme ağlarının olgunlaşmasıyla ilişkili olduğunu savunmaktadırlar. Ergenlerin karakteristik hiperzihinselleşmesi, bu yaşta zihinselleştirme ağının daha fazla tepki vermesinden kaynaklanan sosyal reddedilmeye karşı artan hassasiyetlerinden sorumlu olabilir. Akran kabulüne ve reddine karşı sinirsel tepkiler

Machine Translated by Google

Sosyal açıdan kaygılı erken ergenlik dönemindeki bireylerde, daha büyük ergenlik dönemindeki bireylere [175] veya yetişkinlere [176] göre daha fazla sosyal kaygı vardır. Sahi ve Eisenberger [173], şizofreni hastalarının [177] ve otizmli bireylerin [178] sosyal reddedilmeye karşı anormal tepkilerini aracılık eden zihinselleştirilmiş anomaliler için bir dava açsa da, bu kesin bir sonuç değildir.

Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) tanısı almış ve sosyal reddedilmeye atipik tepki veren bireylerde zihinselleştirme anomalilerinin varlığını destekleyen daha iyi kanıtlar vardır. Önemli sayıda çalışma reddedilme duyarlılığını Sınırda Kişilik Bozukluğu'na (BPD) bağlamıştır (örneğin, [179–181]). 28 Cyberball çalışmasının yer aldığı geniş bir meta-analiz, Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan bireylerin reddedilmeyi beklemeye yönelik güçlü bir eğilime sahip olduğunu doğrulamıştır [182]. Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) tanısı almış bireyler, hem Cyberball'un dışlanma koşulunda (topu başkaları kadar sık almadıklarında) hem de dahil edilme koşulunda (topu daha sık aldıklarında) kontrol gruplarına kıyasla daha az top atışı aldıklarını algıladılar. Ayrıca, reddedilmeye maruz kaldıktan sonra daha genel olumsuz bir duygulanım gösterdiler ve sosyal katılımın ardından daha da büyük bir etki gösterdiler. Özellikle, katılımcıların dışlandığı bir durumda sosyal katılıma verilen tepki, Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan bireyleri tipik kontrollerden ayırdı. Zihinselleştirme teorisi, bu etkiyi, başkalarının niyetleri konusunda aşırı uyanıklığın altında yatan yaygın, önceden var olan bir reddetme önyargısının üstesinden gelememenin ve kabul bağlamında bir tutum değişikliğini zihinselleştirememenin bir parçası olarak anlayacaktır. Bu hipotezle tutarlı kanıtlar, BPD'li bireylerin olumlu sosyal geri bildirimi işlemede engellendiği, ancak olumsuz geri bildirimi kontrollerden daha iyi entegre ettiği [183], kendisiyle ilgili takdir edici cümleleri okuduktan sonra gurur ve mutluluk gibi olumlu duygularda azalma yaşadığı [184] ve olumsuz, ancak olumlu olmayan sosyal geri bildirime yanıt olarak sosyal beklentilerini değiştirdiği [185] bulgularını içerir. Bu gözlemler, terapistin genellikle hastanın koşulsuz kabulüne ve terapötik katılımı artırmayı amaçlayan müdahalelerine yanıt olarak olumlu bir tepki beklemesi ve yalnızca hastanın kabul edilme deneyimi karşısındaki kafa karışıklığından kaynaklanan kızgınlık ve daha da derin bir şüpheyle karşılaşması nedeniyle klinik bir bakış açısından kritik öneme sahiptir.

Travma ve Zihinselleştirme

Zihinselleştirme modeli, travmanın psikolojik sonuçlarının anlaşılmasından (bkz. Bölüm 11) ortaya çıkmıştır ve çocukluk çağı zorluklarının olası bir sonucunun kaygı kaynaklı sınırlı bir zihinselleştirme kapasitesi olduğu varsayımıyla oluşturulmuştur. Bir çocuğun, kendisine gerçek bir tehdit oluşturan bir bireyin zihinsel durumlarını anlama korkusu anlaşılabilir ve bu korkunun diğer zihinlere genellenmesi beklenebilir [186]. Zihinselleştirmedeki sınırlamaların genellikle travma deneyimiyle, özellikle de travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkili olduğunu öne süren önemli kanıtlar birikmiştir. Zihinselleştirmedeki farklılıklar, duygusal zekâ testlerinde [187], empati ve şefkat testlerinde [188,189] ve özellikle bilişsel zihinselleştirmeyi ölçmek için geliştirilen testlerde, örneğin Sahte Pas testi ve Garip Hikayeler görevinde [190,191] gösterilmiştir. Teorik yaklaşımımız, zihinsel durumlara ilişkin içsel ipuçlarına karşı bir önyargı (zihinsel durum anlayışı) öngörürken, zihinsel durumların dışsal göstergelerine (gözlemler) karşı potansiyel bir aşırı duyarlılık öngörüyor ve bu da dışsal olanın "arkasına bakma" şeklindeki savunmacı kaçınmayı dengeliyor. Bu öngörüyle uyumlu olarak, travma öyküsü olan hastaların duygu tanıma testlerinde hiç veya çok az eksiklik gösterdiği görülmektedir [192–194].

Çocukluk çağı travmasıyla ilgili varsayımımız MBT'nin psikanalitik tarihine dayanmaktadır, ancak bu tarihin nadir bir yönü modern psikiyatri tarafından da paylaşılmaktadır. Anna Freud ve

Machine Translated by Google

İkinci Dünya Savaşı sırasında Londra'nın bombalanmasına çocukların tepkilerini gözlemleyen Dorothy Burlingham, bir çocuğun içinde bulunduğu nesnel tehlikenin, annenin kaygı düzeyine kıyasla fobik bir tepkiyi daha az tahmin edici gibi göründüğünü belirtti [195]. Bu gözlemler, sosyal referanslama bağlamında çocukların dolaylı öğrenmesine [196,197] ve özellikle yüz yoluyla iletilen, risk ve tehlike hakkında duygusal bilgi edinmenin diğer ilgili yollarına [198–200] olan önemli ilginin öncesine dayanıyordu.

Travmaya yönelik gelişimsel yaklaşımımızda, olumsuzlukların, kişinin zihninin yalnız olduğu hissiyle birleştiğinde travmatik hale geldiğini öne sürdük. Normalde, erişilebilir bir başka zihin, kişinin korkutucu ve bunaltıcı bir deneyimi çerçevelemesini sağlayan sosyal referansı sağlar [186]. Son deneysel çalışmalar bu görüşe güçlü bir destek sağlamıştır. Koşullandırma üzerine yapılan bir çalışma, dolaylı güvenlik öğreniminin (katılımcıların sakin görünen bir göstericinin güvenliği modellemesini izlemesi), bir model mevcut olmadığında geleneksel doğrudan güvenlik öğrenimi eğitimine kıyasla koşullu bir tehdit tepkisinin daha iyi azaltılmasına yol açtığını bulmuştur [201]. Bu gözlem, zihnin, bağlanma figürü gibi başka bir kişinin mevcudiyeti üzerinden tehdit tepkisini değerlendirmek üzere sosyal olarak erişilebilir etkenlere uyum sağlayacak şekilde programlandığını göstermektedir.

Üç İletişim Sistemi Bu bölümde şimdiye kadar ele aldığımız teorinin klinik çıkarımlarından bazılarını ortaya koyarken, etkili terapötik yardımla ilişkili üç "iletişim sistemi" olduğu fikrini geliştirdik [202]. Bu iletişim sistemleri yalnızca MBT için geçerli değildir; aksine, anlamlı psikoterapötik yardımın her biçiminin, kişinin kendisi ve diğer insanlarla ilişkileri hakkında yeni öğrenme biçimlerinin iletilmesini, içselleştirilmesini ve (yeniden) uygulanmasını içerdiğini öne sürüyoruz.

İletişim Sistemi 1: İçeriğin Öğretilmesi ve Öğrenilmesi Tüm farklı terapötik okullar, klinisyen hastaya, hasta için anlamlı ve tanınmış ve anlaşılmış hissettiren bir zihin anlama modeli ilettiğinde ilk iletişim sistemini harekete geçirir. Bu şekilde bağımsız bir etken olarak tanınma deneyimi, hastanın epistemik uyanıklığını azaltır ve onu sosyal öğrenmeye açık hale getirmeye başlar. Klinisyenin hastayı zihinselleştirme kapasitesi bu sistem için çok önemlidir, çünkü klinisyenin terapötik modelini hasta tarafından anlamlı olarak deneyimlenecek bir şekilde uygulamasını ve iletmesini gerektirir ve bu da epistemik bir eşleşme yaratır. MBT'nin ilk aşamaları, özellikle MBT-Giriş grubu (bkz. Bölüm 4), bu iletişim sisteminin önemini kanıtlar ve klinisyenin zihinselleştirmeyi hastaların kendileri ve başkaları hakkındaki düşünceleriyle ilişkilendirme becerisi, tedaviye katılım için anahtardır. Bu, hastaların kendilerini yeniden düşünmelerinin ve kendilerini farklı bir ışık altında görmelerinin başlangıcıdır.

İletişim Sistemi 2: Zihinselleştirmenin Yeniden Ortaya Çıkışı

Hasta, daha önce epistemik bozulmalarla bozulmuş bağlamlarda sosyal iletişime yeniden açık olduğunda, klinisyenin zihnine ve düşünce ve duygu kullanımına artan bir ilgi gösterir; bu da hastanın zihinselleştirme kapasitesini uyarır ve güçlendirir: "Bu kişi beni şu an nasıl görüyor?" Klinisyenin bilgisiz duruşu ve hastanın deneyimine özenle odaklanması bu süreci başlatır.

Machine Translated by Google

Hastada zihinselleştirmenin ortaya çıkması, zihinsel durumlara ilişkin merakın ve daha fazla epistemik açıklık yoluyla sosyal öğrenmenin terapötik ilişki içinde birbirini desteklediği bir "erdemli döngü"ye yol açar.

İletişim Sistemi 3: Sosyal Öğrenmeyi Daha Geniş Bir Çevrede Uygulamak Başka bir kişi tarafından

zihinselleştirilmek, hastayı geçici veya uzun vadeli sosyal izolasyon durumundan kurtarır ve öğrenme kapasitesini (yeniden) harekete geçirir. Bu, hastanın terapi dışındaki ilişkiler bağlamında gelişmesini sağlar. Bu görüş, terapinin başarısının anahtarının yalnızca terapinin içeriği ve teknikleri veya tedavi sürecinde edinilen içgörü olmadığını; belki de öncelikle hastanın sosyal öğrenme ve zihinsel durumlar hakkında düşünme kapasitesinin, çevresini farklı bir şekilde "kullanabildikçe" işlevselliğini iyileştirdiğini ima eder. Bir diğer çıkarım da elbette, gerektiğinde veya uygun olduğunda hastanın sosyal çevresi düzeyinde müdahaleye ihtiyaç duyulabileceğidir.

Üç iletişim sistemini düzgün ve sayısal olarak doğrusal bir dizi olarak tanımlamış olsak da, aslında -özellikle oldukça uzun süreli tedavi gören hastalar için- süreç daha az doğrusal ve basittir. Tedavi boyunca kaçınılmaz kesintiler, kopmalar ve onarım çalışmaları yaşanır; bu, farklı iletişim sistemlerinin etkinleştirilmesini veya aynı anda birden fazla sistemin örtüşen şekilde etkinleştirilmesini içerebilir. Bir örnek, terapi dışında yakın bir kişisel ilişkide bir hastanın geri çevrilmesi olabilir; bu da yoğun bir sıkıntı hissi yaratır ve bu bölümde daha önce açıklanan zihinsel olmayan modlardan bir veya daha fazlasının ortaya çıkmasını tetikler. Böyle bir zihin durumunda, hasta klinisyenin söylediği her şeyi anlamsız, yararsız veya kışkırtıcı olarak görebilir; iletişim bozulur ve hastanın sosyal öğrenmeyi benimseyeceği veya uygulayacağı beklentisi muhtemelen boşa çıkar. Bu durumda, klinisyenin hastanın zihin durumunun anlaşıldığı ve tanındığı, düşünme ve öğrenme kapasitesinin nazikçe yeniden kazandırıldığı ilk iletişim sistemine geri dönmesi gerekir.

MBT Üzerine Ampirik Araştırmaların Özeti 2020 yılında yapılan

bir Cochrane İncelemesi, MBT'yi, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tedavisi için makul bir kanıt temeli olan iki terapiden biri (diğeri diyalektik davranış terapisi) olarak tanımlamıştır [203]. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanısı almış yetişkin hastalar için uzmanlaşmış psikoterapilerle uzmanlaşmamış psikoterapileri karşılaştıran 33 randomize kontrollü çalışmayı (RCT) içeren bir meta-analiz, MBT'nin Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarında etkililiğini desteklemiştir [204].
Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) için psikolojik tedavilere dair 87 çalışmayı kapsayan başka bir meta-analiz, MBT'nin (şema terapisi ve azaltılmış diyalektik davranış terapisi ile birlikte) ortalamadan daha yüksek etki büyüklükleriyle, olağan tedaviye (TAU) kıyasla ilişkili olduğunu ve TAU'nun ortalamadan daha düşük etki büyüklükleriyle ilişkili olduğunu bulmuştur [205]. RCT'ler üzerinde yapılan bir inceleme, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) için MBT'nin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) semptomları, eğitim düzeyi ve kişilerarası işlevsellik dahil olmak üzere bir dizi sonuç ölçütü üzerinde orta ila büyük veya çok büyük etki büyüklükleriyle ilişkili olma eğiliminde olduğunu bulmuştur [206]. Benzer şekilde sistematik bir inceleme de MBT'nin Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) semptom şiddetinde, komorbid semptom şiddetinde ve yaşam kalitesinde önemli iyileşmelerle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır [207].

Machine Translated by Google

Bateman ve Fonagy, MBT'nin Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tedavisi olarak etkinliğini bir dizi RCT'de test etti. MBT'nin bir günlük hastane programı, 8 yıllık bir takip çalışmasıyla sonuçlanan sonuç çalışmalarında araştırıldı; bu, bugüne kadar BPD tedavisi için yürütülen en uzun takip çalışmasıdır [208]. TAU ile karşılaştırıldığında, MBT intihar girişimlerinde, acil servis ziyaretlerinde, yatarak tedavi başvurularında, ilaç ve ayakta tedavi kullanımında ve dürtüsellikte azalmalar sağladı. MBT grubunda, TAU grubuna göre çok daha az hasta, takipte Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) kriterlerini karşıladı (%13'e karşı %87). MBT grubundaki hastalar ayrıca kişilerarası ve mesleki işlevsellikte daha büyük iyileşmeler gösterdi.

18 aylık tedavi döneminin sonunda, yoğun ayakta tedavi MBT programının, yapılandırılmış klinik yönetimden daha etkili olduğu bulundu [209], özellikle iki kişilik bozukluğu tanısı konmuş hastalarda [210].

TAU ile karşılaştırıldığında, ayaktan MBT tedavisi daha düşük intihar davranışı ve intihar dışı kendine zarar verme oranları ve daha az hastane yatışı ile sonuçlandı. İntihar davranışlarından, ciddi kendine zarar verme davranışlarından ve hastaneye yatıştan arınmış 6 aylık dönemlerin birincil sonuç ölçütü, yapılandırılmış klinik yönetim grubunda %0'dan %43'e ve MBT grubunda %73'e kadar iyileşmeler gösterdi. Ek olarak, MBT grubu iyileşmiş sosyal uyum ve azalmış depresyon, semptom sıkıntısı ve kişilerarası sıkıntı gösterdi [209]. Bu çalışmanın 8 yıllık takibi, katılmayı kabul eden örneklemin %73'ünden, MBT grubundaki hastaların önemli ölçüde daha yüksek bir oranının (%74, yapılandırılmış klinik yönetim kontrol grubundaki %51 ile karşılaştırıldığında) iyileşme için birincil kriterleri hâlâ karşıladığını buldu [211]. Son olarak, eş zamanlı BPD ve antisosyal kişilik bozukluğu için MBT'ye ilişkin bir RCT, MBT'nin düşmanlık, paranoya, öfke ve kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerinin sıklığı gibi semptomları azaltmada etkili olduğunu ve olumsuz ruh hali, genel psikiyatrik semptomlar, kişilerarası sorunlar ve sosyal uyumda iyileşmeler sağladığını bulmuştur [212].

Danimarka'da, BPD'li hastalarda MBT'nin daha az yoğun manuel destekleyici grup terapisine kıyasla etkinliğini araştıran bir RCT, MBT'nin klinisyen derecelendirmeli Genel İşlevsellik Değerlendirmesi açısından daha iyi sonuçlar elde ettiğini buldu [213]. Bu sonuçlar 18 ay sonra da devam etti [214]. Danimarka'da yapılan ikinci bir çalışmada, kısmi hastaneye yatış ve ardından grup MBT ile tedavi edilen hastalar, tedaviden sonra Genel İşlevsellik Değerlendirmesi, hastaneye yatışlar ve mesleki durum dahil olmak üzere bir dizi ölçütte önemli iyileşmeler gösterdi (ortalama süre 2 yıl) ve 2 yıllık takipte daha fazla iyileşme görüldü [215]. Hollanda'da, BPD'li hastalarda gündüz hastanesi MBT'sini uzman TAU ile karşılaştıran çok merkezli bir RCT, her iki tedavi biçiminin de etkili olduğunu buldu, ancak MBT programı, önemli ölçüde daha düşük erken terk oranıyla (MBT için %9'a karşı TAU için %34) gösterilen daha yüksek hasta kabul edilebilirliği ile ilişkilendirildi [216].

Hollanda'da yapılan bir başka çalışmada, şiddetli BPD'li 45 hastada 18 aylık manuel MBT programının etkinliği araştırılmıştır [217]. Hastalar semptom sıkıntısı, sosyal ve kişilerarası işlevsellik, kişilik patolojisi ve işlevselliğinde önemli olumlu değişiklikler göstermiş ve etki büyüklükleri orta ila büyük olmuştur; ancak bu çalışmada bir kontrol grubu kullanılmadığı unutulmamalıdır. Norveç'te psikodinamik grup temelli tedavi ve MBT'yi karşılaştıran doğalcı uzunlamasına bir çalışma, BPD'nin daha yüksek klinik şiddetinin grup temelli tedavide daha kötü sonuçlarla ilişkili olduğunu, ancak MBT grubunda tedavi sonucu üzerinde önemli bir etkisinin olmadığını bulmuştur [218]. Bu gözlem, Bateman ve Fonagy'nin MBT'nin özellikle şiddetli BPD'li hastalar için uygun olabileceği bulgusunu desteklemektedir [210].

Machine Translated by Google

Bir RCT, yeme bozuklukları için bir MBT formu ile yeme bozuklukları ve BPD semptomları olan hastalar için uzman destekli klinik tedaviyi karşılaştırmıştır. Bu çalışmada yüksek bir kayıp oranı gözlenmiş ve randomizasyona uygun 68 katılımcıdan yalnızca 15'i (%22) 18 aylık takibi tamamlamıştır; bu da sonuçların yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Ancak MBT, Yeme Bozukluğu Muayenesi ile değerlendirilen hastaların vücut şekli ve kilosu hakkındaki endişelerinde daha fazla azalma ile ilişkilendirilmiştir [219].

Ergenler için MBT'nin (MBT-A) (ayrıca Bölüm 14'e bakınız) bir RCT'sinde, ruh sağlığı hizmetlerine başvuran ve önceki ay kendine zarar verme davranışında bulunan 80 ergen, MBT veya TAU'ya randomize edildi; %97'sine depresyon teşhisi kondu ve %73'ü Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) kriterlerini karşıladı. 12 aylık tedavinin sonunda, MBT-A'nın kendine zarar vermeyi ve depresyon belirtilerini azaltmada TAU'dan daha başarılı olduğu bulundu. Öz bildirim temelinde, iyileşme oranı MBT-A için %44 ve TAU için %17 iken, görüşme değerlendirmesi temelinde iyileşme oranları sırasıyla %57 ve %32 idi.

MBT-A grubunda depresif semptomlarda ve BPD tanıları ve özelliklerinde daha büyük bir azalma görüldü. Her iki grup da Risk Alma ve Kendine Zarar Verme Envanteri puanlarına göre, hem doğrusal hem de ikinci dereceden bir örüntü izleyerek kendine zarar verme ve risk alma davranışlarında önemli azalmalar gösterdi. Grup × zaman etkileşimi terimi hem kendine zarar verme hem de risk alma için anlamlıydı ve bu, doğrusal azalmanın MBT-A grubunda her iki değişkende de önemli ölçüde daha fazla olduğunu gösteriyordu. 12 ayda, kendine zarar verme puanları MBT-A grubunda önemli ölçüde daha düşüktü [220]. Bununla birlikte, ergenlerde kendine zarar verme tedavilerine ilişkin yakın tarihli bir Cochrane İncelemesi, MBT-A için etkililik açısından daha fazla kanıta ihtiyaç duyulduğunu öne sürmüştür [221].

Danimarka'da 12 ay boyunca yapılandırılmış mentalizasyon temelli grup terapisine katılan 34 BPD'li kız ergenin katıldığı kontrolsüz bir pilot çalışma, çalışmayı tamamlayan 25 ergenin 23'ünde BPD semptomlarında, depresyonda, kendine zarar vermede, akran ve ebeveyn bağlanmasında, mentalizasyonda ve genel psikopatolojide iyileşmeler görüldüğünü ortaya koymuştur. Akranlara ve ebeveynlere duyulan güvenin artması, mentalizasyon kapasitesinin iyileşmesiyle birlikte sınırda semptomlarda daha fazla azalma ile ilişkilendirilmiş olup, tedavinin etkililiği için aday bir mekanizmaya işaret etmektedir [222]. Bu pilot çalışmaya dayanarak, ayakta tedavi gören 112 BPD'li ergen için grup MBT'yi TAU (bireysel destekleyici bakım içeren) ile karşılaştırmak üzere bir RCT geliştirilmiştir; bu çalışma her iki tedavinin de benzer etkililiğe sahip olduğunu bulmuştur. Yazarlar, grup MBT'nin erken aşama müdahalesi olarak daha iyi gösterilebileceğini ve bireysel seansları da içeren bir grup MBT programının test edilmesi gerektiğini öne sürmektedir [223]. Son olarak, kişilik patolojisi semptomları gösteren 118 ergenlik çağındaki hastada MBT üzerine yapılan doğalcı, çok bilgilendirici bir çalışma, katılımcıların genel ve kişilik patolojisi ölçümlerinde ve sağlıkla ilgili ve genel yaşam kalitesi açısından iyileşme gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu iyileşmeler, özellikle içselleştirme alanlarında, klinik olarak önemli olduğu kadar istatistiksel olarak da anlamlıydı [224].

Sonuç Bu kitabın II. Bölümünde,
gelişimsel ve kanıta dayalı bu teorinin klinik uygulamaya aktarılmasını ele alacağız. Özetle, asıl soru, hastaların yaşamlarında yapıcı kişisel ve sosyal işlevselliğe katkıda bulunacak güçlü ve etkili zihinselleştirmeler geliştirmelerine nasıl yardımcı olunacağıdır. Özellikle bağlanma süreçleri etkinleştirildiğinde daha iyi zihinselleştirme, sosyal dünyada epistemik öğrenmeyi besler ve

Machine Translated by Google

Zaman içinde kişisel değişime olanak tanır. MBT, bu değişim yolunu teşvik etmek üzere tasarlanmıştır ve hastanın günlük yaşamında zihinselleştirme becerilerini öğrenmesine ve uygulamasına yardımcı olmak için zaman içinde sistematik olarak uygulanan, tutarlı bir müdahale seti olarak düzenlenmiştir. Bu müdahaleler, bağlanma kaygısı ve diğer stres faktörlerinin zihinselleştirmenin istikrarını ve etkili kullanımını nasıl baltalayabileceğini de hesaba katar.

Referanslar 1.

Meyer ML, Davachi L, Ochsner KN, Dr. Lieberman. Temerrüde düştüğüne dair kanıt Dinlenme sırasında ağ bağlantısı sosyal bilgileri pekiştirir. Cereb Cortex 2019; 29: 1910–20.

2. Bloom P. Din doğaldır. Dev Sci 2007; 10: 147–51.

3. Dunbar RI, Shultz S. Sosyal beyindeki evrim. Bilim 2007; 317: 1344–7.

4. Tomasello M. İnsan Olmak: Bir Ontojeni Teorisi. Cambridge, MA: Harvard Üniversitesi Yayınları Belknap Yayınları, 2019.

5. Park BK, Kim M, Young L. An doğru ile "taraflı" arasındaki inceleme Ahlaki ekonomik karar almada zihinselleştirme. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 537–53.

6. Fonagy P, Campbell C, Constantinou M ve diğerleri. Kültür ve psikopatoloji: Sosyal öğrenmenin rolünü yeniden değerlendirme girişimi. Dev Psychopathol 2022; 34: 1205–20.

7. Schaefer JD, Caspi A, Belsky DW ve diğerleri. Kalıcı ruh sağlığı: yaygınlık ve tahmin. J Abnorm Psychol 2017; 126: 212–24.

8. Nisbett RE, Ross L. İnsan Arayüzü: Sosyal Yargılama Stratejileri ve Eksiklikleri. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.

9. Nisbett RE, Wilson TD. Bildiğimizden fazlasını anlatmak: Zihinsel süreçler hakkında sözlü raporlar. Psychol Rev 1977; 84: 231–59.

10. Johansson P, Hall L, Sikstrom S, Olsson A. Basit bir karar görevinde niyet ve sonuç arasındaki uyumsuzlukları tespit edememe. Science 2005; 310: 116–9.

11. Samson D, Apperly IA, Braithwaite JJ ve diğerleri. Başkalarının gördüklerini kendi bakış açılarıyla görmek: Başkalarının ne gördüklerinin hızlı ve istemsizce hesaplanmasına dair kanıtlar. J Exp Psychol Hum Percept Perform 2010; 36: 1255–66.

12. Beeney JE, Hallquist MN, Ellison WD, Levy KN. Sınırda kişilik bozukluğunda benlik-diğeri bozukluğu: sinirsel, öz bildirim ve performansa dayalı kanıtlar. Personal Disord 2016; 7: 28–39.

13. Bradford EE, Jentzsch I, Gomez JC. Kendiliğinden sosyal bilişe: Zihin Kuramı mekanizmaları ve bunların sosyal bilişe olan ilişkisi Yönetici İşlevler. Biliş 2015; 138: 21–34.

14. Gordon RM. Simülasyon, öngörücü Kodlama ve paylaşılan dünya. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 237–56.

15. Cooley CH. İnsan Doğası ve Toplumsal Düzen, gözden geçirilmiş baskı. New York, NY: Shocken Books, 1964/1902.

16. Mead GH. Zihin, Benlik ve Toplum. Chicago, IL: Chicago Üniversitesi Yayınları, 1934.

17. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Normal ergenlik ve ergenlik çöküşünde gelişimsel sorunlar. İçinde: Duygu Düzenleme, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York, NY: Other Press LLC, 2002; 317–40.

18. Malle BF. Sosyal biliş ağacı: hiyerarşik olarak organize edilmiş zihinselleştirme kapasiteleri. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 337–70.

19. Osterhaus C, Koerber S, Sodian B. Gelişmiş Zihin Kuramı görevlerinin ölçeklendirilmesi. Child Dev 2016; 87: 1971–91.

Machine Translated by Google

20. Atance CM, Metcalf JL, Martin-Ordas G, Walker CL. Küçük çocukların nedensel açıklamaları, eylem sonrası ilişkisel bilgilerden etkilenmektedir. Dev Psychol 2014; 50: 2675–85.

21. Somerville LH. Ergen beyni üzerine özel sayı: Sosyal değerlendirmeye duyarlılık. Curr Dir Psychol Sci 2013; 22: 121–7.

22. Sebastian C, Viding E, Williams KD, Blakemore SJ. Sosyal beyin gelişimi ve ergenlikte dışlanmanın duygusal sonuçları. Brain Cogn 2010; 72: 134–45.

23. Moor BG, Guroglu B, Op de Macks ZA ve diğerleri. Sosyal dışlanma ve dışlayıcıların cezalandırılması: sinirsel ilişkiler ve gelişimsel yörüngeler. Neuroimage 2012; 59: 708–17.

24. Sebastian CL, Tan GC, Roiser JP ve diğerleri. Sosyal reddedilmeye verilen tepkilerin sinirsel temelleri üzerindeki gelişimsel etkiler: Sosyal sinirbilimin eğitime etkileri. Neuroimage 2011; 57: 686–94.

25. Burnett S, Blakemore SJ. İşlevsel Ergenlerde ve yetişkinlerde sosyal duygu görevi sırasında bağlantı. J Neurosci 2009; 29: 1294–301.

26. de Villiers JG. Zihin teorisinde dilin rolü(leri). Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 423–48.

27. Aival-Naveh E, Rothschild-Yakar L, Kurman J. Kültürü akılda tutmak: Zihinselleştirmenin kültürlerarası bir bakış açısıyla sistematik bir incelemesi ve ilk kavramsallaştırması. Klinik Psikoloji: Bilimsel Uygulama 2019; 26: e12300.

28. Dunn J, Brophy M. İletişim Çocukların zihin anlayışındaki ilişkiler ve bireysel farklılıklar. Astington JW, Baird JA, editörler. Zihin Kuramı İçin Dillerin Önemi. New York, NY: Oxford University Press, 2005; 50–69.

29. Meins E, Fernyhough C, Arnott B ve diğerleri. Zihin-zihinsellik ve zihin teorisi: dilin ve düşüncenin aracı rolleri Perspektifsel sembolik oyun. Child Dev 2013; 84: 1777–90.

30. Ebert S, Peterson C, Slaughter V, Weinert S. Ebeveynlerin zihinsel durumu, dil, aile sosyoekonomik durumu ve okul öncesi çocukların zihin kuramı gelişimi arasındaki bağlantılar. Cogn Dev 2017; 44: 32–48.

31. Fonagy P, Steele M, Moran GS ve diğerleri. Çocuk odasındaki hayaletin ölçülmesi: Anna Freud Merkezi/University College London ebeveyn-çocuk çalışmasının temel bulgularının özeti. Bull Anna Freud Merkezi 1991; 14: 115–31.

32. Steele H, Perez A, Segal F, Steele M. Anne-Yetişkin Bağlanma Görüşmesi Hamilelik sırasında toplanan (AAI), ilk doğan çocuklarının 17 yıl sonraki AAI'larındaki yansıtıcı işleyişi öngörüyor. Int J Dev Sci 2016; 10: 117–24.

33. Zeegers MAJ, Colonnesi C, Stams GJM, Meins E. Zihin önemlidir: Ebeveyn zihinselleştirmesi ve duyarlılığının bebek-ebeveyn bağlanmasının yordayıcıları olarak ele alındığı bir meta-analiz. Psikolojik Bülten 2017; 143: 1245–72.

34. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R ve diğerleri. Anne zihninin farkında olması ve bağlanma güvenliği, zihin kuramı anlayışının belirleyicileri olarak. Child Dev 2002; 73: 1715–26.

35. Rosso AM, Airaldi C. Yansıtıcı işleyişin kuşaklar arası aktarımı. Ön Psikoloji 2016; 7: 1903.

36. Rosso AM, Viterbori P, Scopesi AM. Annenin yansıtıcı işlevi ve bağlanma güvenliği, ergenlik öncesi zihinselleştirmeyle ilişkili midir? Front Psychol 2015; 6: 1134.

37. Borelli JL, Cohen C, Pettit C ve diğerleri. Anne ve çocuk cinsel istismarı geçmişi: Çocukların uyumu ve anne travması-yansıtıcı işlevselliğinin kuşaklar arası incelenmesi. Front Psychol 2019; 10: 1062.

38. Luyten P, Fonagy P. Zihinselleştirme ve travma. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Yayınları, 2019; 79–99.

Machine Translated by Google

39. Berthelot N, Ensink K, Bernazzani O ve ark. İstismara uğramış ve ihmal edilmiş annelerde kuşaklar arası bağlanma aktarımı: Travmaya özgü yansıtıcı işlevin rolü. Bebek Ruh Sağlığı Dergisi 2015; 36: 200–12.

40. Fonagy P, Luyten P. Sınırda kişilik bozukluğunun gelişimine dair çok düzeyli bir bakış açısı. Cicchetti D, ed. Gelişimsel Psikopatoloji. Cilt 3: Uyumsuzluk ve Psikopatoloji, 3. baskı. New York, NY: John Wiley & Sons, 2016; 726–92.

41. Fonagy P, Luyten P. Gençlerde davranış sorunları ve RDoC yaklaşımı: gelişimsel, evrimsel temelli bir bakış açısı. Klinik Psikoloji Dergisi 2018; 64: 57–76.

42. Luyten P, Fonagy P. Depresyonun stres-ödül-zihinselleştirme modeli: Araştırma Alanı Kriterleri (RDoC) yaklaşımına dayalı çocuk ve ergen depresif bozukluğuna yönelik bütünleyici bir gelişimsel kademeli yaklaşım. Clin Psychol Rev 2018; 64: 87–98.

43. Fonagy P. Bağlanma ve sınırda kişilik bozukluğu. J Am Psychoanal Assoc 2000; 48: 1129–46.

44. Fonagy P, Steele M, Steele H ve diğerleri. Zihinsel durumları anlama kapasitesi: Ebeveyn ve çocuktaki yansıtıcı benlik ve bağlanma güvenliği açısından önemi. Bebek Ruh Sağlığı Dergisi 1991; 12: 201–18.

45. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Fikrimizi değiştirdiğimiz konular: Bölüm 1. Dayanıklılığın bir sınırlaması olarak sınırda kişilik bozukluğu. Sınırda Kişisel Bozukluk Duygu Düzensizliği 2017; 4:11.

46. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Fikrimizi değiştirdiğimiz konular: Bölüm 2. Sınırda kişilik bozukluğu, epistemik güven ve sosyal iletişimin gelişimsel önemi. Sınırda Kişilik Bozukluğu Disord Emot Disregul 2017; 4:9.

47. Suchman NE, DeCoste C, Borelli JL, McMahon TJ. Anne bağlanma temsillerindeki iyileşme, daha fazla anne duyarlılığını, çocuk bağlanma güvenliğini ve daha düşük bağlanma oranlarını öngörüyor mu? Madde kullanımına tekrar başlama? İçten Dışa Annelik tedavi mekanizmalarının ikinci bir testi. J Subst Abuse Treat 2018; 85: 21–30.

48. Redfern S, Wood S, Lassri D ve diğerleri. Yansıtıcı Yetiştirme Programı: Yeni bir yaklaşımın arka planı ve gelişimi. Adopt Foster 2018; 42: 234–48.

49. Slade A, Holland ML, Ordway MR ve diğerleri. Bebek Bakımı®: bağlanma temelli, disiplinlerarası ev ziyareti programında ebeveynlerin yansıtıcı işlevlerini ve bebek bağlanmasını geliştirmek. Dev Psikopat 2020; 32: 123–37.

50. Byrne G, Sleed M, Midgley N ve diğerleri. Fener Ebeveynlik Programı: Zihinselleştirmeye dayalı tedavinin tanımı ve pilot değerlendirmesi Çocuk istismarı. Klinik Çocuk Psikolojisi Psikiyatri 2019; 24: 680–93.

51. Bateman A, Fonagy P. Rastgele bir Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin aileleri için zihinselleştirmeye dayalı bir müdahalenin (MBT-FACTS) kontrollü denemesi. Personal Disord 2019; 10: 70–79.

52. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM ve diğerleri. Kümelenmiş randomize kontrollü Çocuk odaklı psikiyatrik konsültasyon ve saldırganlığı azaltmak için okul sistemlerine odaklı müdahalenin denenmesi. J Child Psychol Psychiatry 2009; 50: 607–16.

53. Fonagy P, Allison E, Campbell C. Zihinselleştirme, dayanıklılık ve epistemik güven. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 63–77.

54. Fonagy P, Steele M, Steele H ve diğerleri. Emanuel Miller Anma Konferansı 1992. Dayanıklılığın teorisi ve pratiği. J Child Psychol Psychiatry 1994; 35: 231–57.

55. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. Psikopatolojiye zihinselleştirici yaklaşım: son durum ve gelecekteki yönelimler. Annu Rev Clin Psychol 2020; 16: 297–325.

Machine Translated by Google

56. Bartels A, Zeki S. Anne sevgisi ve romantik aşkın sinirsel ilişkileri. Neuroimage 2004; 21: 1155–66.

57. Zeki S, Romaya JP. Nefretin sinirsel ilişkileri. PLoS One 2008; 3: e3556.

58. Nolte T, Bolling DZ, Hudac CM ve diğerleri. Bağlanmayla ilgili stresin sosyal ilişkiler üzerindeki etkisinin altında yatan beyin mekanizmaları biliş. Front Hum Neurosci 2013; 7: 816.

59. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Sınırda kişilik bozukluğunda intihar: bir meta-analiz. Nord J Psikiyatri 2005; 59: 319–24.

60. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda ayrışma: detaylı bir bakış. J Trauma Dissociation 2009; 10: 346–67.

61. Miller CE, Townsend ML, Grenyer BFS. Sınırda kişilik bozukluğunda kronik boşluk duygularının anlaşılması: nitel bir çalışma. Sınırda Kişilik Bozukluğu Duygu Bozukluğu Düzensizlik 2021; 8: 24.

62. Vermetten E, Spiegel D. Travma ve Ayrışma: Sınırda kişilik bozukluğu için çıkarımlar. Curr Psikiyatri Dergisi 2014; 16: 434.

63. Ende G, Cackowski S, Van Eijk J ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (ADHD) olan kadınlarda dürtüsellik ve saldırganlığın ACC glutamat ve GABA konsantrasyonları ile ilişkisi. Nöropsikofarmakoloji 2016; 41: 410–18.

64. Sebastian A, Jung P, Krause-Utz A ve diğerleri. Dürtü kontrolünün frontal işlev bozuklukları – borderline kişilik bozukluğu ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda sistematik bir inceleme. Front Hum Neurosci 2014; 8: 698.

65. Krause-Utz A, Keibel-Mauchnik J, Ebner-Priemer U ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda klasik koşullanma: bir fMRI çalışması. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2016; 266: 291–305.

66. Bateman A, Bolton R, Fonagy P. Antisosyal kişilik bozukluğu: Zihinselleştirme çerçevesi. Focus 2013; 11: 178–86.

67. Cackowski S, Reitz AC, Ende G ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda stresin dürtüselliğin farklı bileşenleri üzerindeki etkisi. Psychol Med 2014; 44: 3329–40.

68. Jacob GA, Zvonik K, Kamphausen S ve diğerleri. Sınırda bozukluk olan kadınlarda motor tepki inhibisyonunun duygusal modülasyonu Kişilik bozukluğu: bir fMRI çalışması. J Psychiatry Neurosci 2013; 38: 164–72.

69. Lis S, Bohus M. Sınırda kişilik bozukluğunda sosyal etkileşim. Curr Psikiyatri Dergisi 2013; 15: 338.

70. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda işbirliğinin bozulması ve onarımı. Bilim 2008; 321: 806–10.

71.Reinhard MA, Dewald-Kaufmann J, Wustenberg T ve ark. Sosyal dışlanma ve psikopatolojinin kısır döngüsü: Psikiyatrik bozukluklarda deneysel dışlanma araştırmalarının sistematik bir incelemesi. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020; 270: 521–32.

72. Jowett S, Karatzias T, Albert I. Çoklu ve kişilerarası travma, hem travma sonrası stres bozukluğu hem de borderline kişilik bozukluğu için risk faktörleridir: Eşlik eden travma sonrası stres bozukluğu/borderline kişilik bozukluğu grupları ile tek kişilik bozukluk grupları arasındaki travmatik geçmişler ve klinik özellikler üzerine sistematik bir inceleme.

Psikoloji Psikoterapi 2020; 93: 621–38.

73. Fonagy P, Leigh T, Steele M ve diğerleri. Bağlanma durumu, psikiyatrik sınıflandırma ve psikoterapiye yanıt arasındaki ilişki. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 22–31.

74. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu için aktarım odaklı psikoterapiye yönelik randomize kontrollü bir çalışmada bağlanma kalıplarında ve yansıtıcı işlevde değişim. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 1027–40.

75. Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta ND ve diğerleri. Kişilik organizasyonu, yansıtıcı işlev ve psikiyatrik sınıflandırma arasındaki ilişki

Machine Translated by Google

borderline kişilik bozukluğunda.
Psikanalitik Psikoloji 2010; 27: 395–409.

76. Gullestad FS, Johansen MS, Høglend P ve diğerleri. Kişilik bozuklukları için randomize klinik bir çalışmadan elde edilen bulgular: Tedavi etkilerinin bir düzenleyicisi olarak zihinselleştirme. Psychother Res 2013; 23: 674–89.

77. Bora E. Sınırda kişilik bozukluğunda zihin kuramı ve 'zihinselleştirme' üzerine bir meta-analiz: Gerçek bir nöro-sosyal-bilişsel mi yoksa meta-sosyal-bilişsel bozukluk mu? Psychol Med 2021; 51: 2541–51.

78. Preissler S, Dziobek I, Ritter K ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda sosyal biliş: Başkalarının duygularını, düşüncelerini ve niyetlerini tanımada bozukluk olduğuna dair kanıtlar. Front Behav Neurosci 2010; 4: 182.

79. Ritter K, Dziobek I, Preissler S ve diğerleri. Narsistik kişilik bozukluğu olan hastalarda empati eksikliği. Psikiyatri Araştırması 2011; 187: 241–7.

80. Sharp C, Pane H, Ha C ve diğerleri. Sınırda kişilik özelliklerine sahip ergenlerde zihin teorisi ve duygu düzenleme güçlükleri. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 563–73.

81. Dziobek I, Preissler S, Grozdanovic Z ve diğerleri. Değişmiş nöronal korelasyonlar Sınırda kişilik bozukluğunda empati ve sosyal biliş. Nörogörüntü 2011; 57: 539–48.

82. Bekrater-Bodmann R, Chung BY, Foell J ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda beden esnekliği: ayrışmaya bir bağlantı. Compr Psychiatry 2016; 69: 36–44.

83. Pavony MT, Lenzenweger MF. Somatosensoriyel işleme ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri: propriosepsiyon ve eksteroseptif duyarlılığın sinyal algılama analizi. J Personal Disord 2013; 27: 208–21.

84. Pavony MT, Lenzenweger MF. Somatosensoriyel işleme ve borderline kişilik bozukluğu: Ağrı algısı ve propriosepsiyon ve eksteroseptif duyuların sinyal algılama analizi duyarlılık. Kişisel Bozukluk 2014; 5: 164–71.

85. De Meulemeester C, Lowyck B, Luyten P. Sınırda kişilik bozukluğunda öz-öteki ayrımındaki bozuklukların rolü: Son kanıtlara ilişkin anlatısal bir inceleme. Neurosci Biobehav Rev 2021; 127: 242–54.

86. Neustadter ES, Fineberg SK, Leavitt J ve ark. Sınırda kişilik bozukluğunda indüklenen yanıltıcı beden sahipliği. Neurosci Conscious 2019; 2019: niz017.

87. De Meulemeester C, Lowyck B, Panagiotopoulou E ve ark. Benlik-öteki ayrımı ve sınırda kişilik bozukluğu özellikleri: Benlik-öteki yüz değiştirme görevinde benmerkezci ve benmerkezci önyargıya dair kanıtlar. Personal Disord 2021; 12: 377–88.

88. Auerbach RP, Tarlow N, Bondy E ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu olan genç kızlarda öz-referanslı işleme sırasında elektrokortikal tepki. Biol Psikiyatri Cogn Neurosci Neuroimaging 2016; 1: 335–44.

89. Beeney JE, Stepp SD, Hallquist MN ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda bağlanma ve sosyal biliş: Antisosyal ve kaçınmacı kişilik bozukluklarıyla ilişkili özgüllük. Personal Disord 2015; 6: 207–15.

90. Vater A, Schroder-Abe M, Weissgerber S ve diğerleri. Öz-kavram yapısı ve borderline kişilik bozukluğu: Negatif bölümlendirmeye dair kanıtlar. J Behav Ther Exp Psikiyatri 2015; 46: 50–58.

91. Kanske P, Schulze L, Dziobek I ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda dolaşan zihin: Kendi ve başkalarıyla ilgili düşüncelerde istikrarsızlık. Psikiyatri Araştırması 2016; 242: 302–10.

92. Sharp C, Ha C, Carbone C ve diğerleri. Ergen hastalarda hipermentalizasyon: Tedavi etkileri ve borderline özellikler ile ilişkisi. J Personal Disord 2013; 27: 3–18.

93. Winter D, Koplin K, Schmahl C ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda sosyal olayların değerlendirilmesi ve hafızası: etkiler

Machine Translated by Google

değerlik ve öz-referanslı bağlam.
Psikiyatri Araştırması 2016; 240: 19–25.

94. Ritzl A, Csukly G, Balazs K, Egerhazi A.
Sınırda, narsistik ve histrionik kişilik bozukluklarında yüz ifadesi tanıma eksiklikleri ve aleksitimi.
Psikiyatri Araştırması 2018; 270: 154–9.

95. Lowyck B, Luyten P, Vanwalleghem D ve diğerleri.
Yüzde ne var? Dinamik olarak değişen yüz ifadelerine dayalı sınırda kişilik bozukluğunda zihinselleştirme.
Kişisel Bozukluk 2016; 7: 72–9.

96. Bertsch K, Krauch M, Stopfer K ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğunda kişilerarası tehdit duyarlılığı: göz izleme çalışması. J Pers Disord 2017; 31: 647–70.

97. Fenske S, Lis S, Liebke L ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda duygu tanıma: duygusal bilginin etkileri
Olumsuz önyargı üzerine. Sınırda Kişilik Bozukluğu Duygu Bozukluğu 2015; 2: 10.

98. Bertsch K, Gamer M, Schmidt B ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğu olan kadınlarda oksitosin ve sosyal tehdit aşırı duyarlılığının azaltılması. Am J Psychiatry 2013; 170: 1169–77.

99. Kobeleva X, Seidel EM, Kohler C ve diğerleri.
Davranışsal engellemenin açık ve örtük ölçümlerinin ayrıştırılması ve
borderline kişilik bozukluğunda
aktivasyon sistemi. Psikiyatri Araştırma 2014; 218: 134–42.

100. Dyck M, Habel U, Slodczyk J ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğunda hızlı duygu ayrımcılığında olumsuz önyargı. Psychol Med 2009; 39: 855–64.

101. Hanegraaf L, van Baal S, Hohwy J,
Verdejo-Garcia A. Sınırda kişilik ve madde kullanım bozukluklarında 'Sosyal Süreçler için Sistemler'in sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. Neurosci Biobehav Rev 2021;
127: 572–92.

102. Renneberg B, Heyn K, Gebhard R, Bachmann S. Sınırda kişilik bozukluğu ve depresyonda duyguların yüz ifadesi. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36: 183–96.

103. Staebler K, Renneberg B, Stopsack M ve diğerleri. Yüzdeki duygusal ifade
sınırda sosyal dışlanmaya tepki
Kişilik bozukluğu. Psychol Med 2011; 41: 1929–38.

104. Matzke B, Herpertz SC, Berger C ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğunda duygu tanıma sırasındaki yüz tepkileri: yüz elektromiyografi çalışması.
Psikopatoloji 2014; 47: 101–10.

105. Schulze L, Schmahl C, Niedtfeld I. Sınırda kişilik bozukluğunda bozulmuş duygu
işlemenin sinirsel ilişkileri: çok modlu bir meta-analiz.
Biol Psikiyatri 2016; 79: 97–106.

106. Fertuck EA, Jekal A, Song I ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında gelişmiş 'Gözlerden Zihni Okuma'. Psychol Med 2009; 39: 1979–88.

107. Frick C, Lang S, Kotchoubey B ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğunda zihin okuma sırasında aşırı duyarlılık. PLoS One 2012; 7: e41650.

108. Berenson KR, Dochat C, Martin CG ve diğerleri.
Sınırda kişilik bozukluğunda zihinsel
durumların ve kişilerarası işlevselliğin belirlenmesi. Personal Disord 2018; 9: 172–81.

109. Anupama V, Bhola P, Thirthalli J, Mehta UM. Sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde sosyal biliş eksikliklerinin örüntüsü. Asian J Psychiatr 2018; 33: 105–12.

110. Brown RC, Plener PL, Groen G ve diğerleri.
Ergenlerde sosyal dışlanma ve dahil edilmenin farklı sinirsel işlenmesi
İntihar dışı kendine zarar verme davranışı gösteren ve borderline kişilik bozukluğu olan genç yetişkinler. Front Psikiyatri 2017; 8: 267.

111. Sato M, Fonagy P, Luyten P. Reddedilme duyarlılığı ve sınırda kişilik bozukluğu özellikleri: bir aracılık modeli
çaba gerektiren kontrol ve hoşgörüsüzlük belirsizlik. Psikiyatri Araştırmaları 2018; 269: 50–55.

112. Sato M, Fonagy P, Luyten P. Reddedilme duyarlılığı ve sınırda kişilik bozukluğu özellikleri: bağlanma kaygısı, ait olma ihtiyacı ve öz eleştirinin aracı rolleri. J Pers Disord 2020; 34:
273–88.

Machine Translated by Google

113. Franic S, Dolan CV, Borsboom D ve diğerleri. Üç buçuk faktörlü model? CBCL/6-18 içselleştirme gruplamasının genetik ve çevresel yapısı. Behav Genet 2014; 44: 254–68.

114. Lahey BB, Van Hulle CA, Singh AL ve diğerleri. Yaygın çocuk ve ergen psikopatolojisi biçimlerinin üst düzey genetik ve çevresel yapısı. Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 181–9.

115. Pettersson E, Anckarsater H, Gillberg C, Lichtenstein P. Farklı Nörogelişimsel semptomların ortak bir genetik etiyolojisi vardır. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 1356–65.

116. Pettersson E, Larsson H, Lichtenstein P. Yaygın psikiyatrik bozukluklar aynı genetik kökene sahiptir: İsveç nüfusunda çok değişkenli kardeş çalışması. Mol Psikiyatri 2016; 21: 717–21.

117. Anttila V, Bulik-Sullivan B, Finucane HK ve diğerleri. Yaygın beyin bozukluklarında paylaşılan kalıtımın analizi. Science 2018; 360: eaap8757.

118. Caspi A, Moffitt TE. Hepimiz birimiz için, birimiz hepimiz için: Tek boyutlu ruhsal bozukluklar. Am J Psychiatry 2018; 175: 831–44.

119. Caspi A, Houts RM, Belsky DW ve diğerleri. P faktörü: Psikiyatrik bozuklukların yapısındaki genel bir psikopatoloji faktörü mü? Clin Psychol Sci 2014; 2: 119–37.

120. Lahey BB, Applegate B, Hakes JK ve diğerleri. Yetişkinlikte yaygın psikopatolojinin genel bir faktörü var mıdır? J Anormal Psychol 2012; 121: 971–7.

121. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ ve diğerleri. Psikopatolojinin genel faktörünün geçerliliği ve faydası. Dünya Psikiyatri 2017; 16: 142–4.

122. Smith GT, Atkinson EA, Davis HA ve diğerleri. Psikopatolojinin genel faktörü. Annu Rev Klinik Psikoloji 2020; 16: 75–98.

123. Patalay P, Fonagy P, Deighton J ve diğerleri. Erken ergenlikte genel bir psikopatoloji faktörü. Br J Psychiatry 2015; 207: 15–22.

124. Macdonald AN, Goines KB, Novacek DM, Walker EF. Transdiagnostik ve ontogenik bir bakış açısıyla komorbiditenin prefrontal mekanizmaları. Dev Psychopathol 2016; 28: 1147–75.

125. Wise T, Radua J, Via E ve diğerleri. Majör depresyon ve bipolar bozuklukta gri madde hacmindeki değişimin ortak ve belirgin örüntüleri: voksel tabanlı meta-analizden elde edilen kanıtlar. Mol Psikiyatri 2017; 22: 1455–63.

126. Hinton KE, Lahey BB, Villalta-Gil V ve diğerleri. Beyaz cevher mikro yapısı korelasyonları Psikopatolojinin genel ve özel ikinci derece faktörleri. Neuroimage Clin 2019; 22: 101705.

127. Protzner AB, An S, Jirsa V. Ağı Sanal beyin kullanılarak nöropsikiyatrik bozukluklarda modülasyon. Diwadkar VA, Eickhoff SB, editörler. Nöropsikiyatrik Hastalıklarda Beyin Ağı İşlev Bozukluğu. Cham, İsviçre: Springer Nature Switzerland AG, 2021; 153–70.

128. Sripada C, Angstadt M, Taxali A ve diğerleri. 9 ve 10 yaşlarındaki çocuklarda psikopatoloji genel faktörüyle ilişkili beyin bağlantısında yaygın zayıflatıcı değişiklikler. Transl Psikiyatri 2021; 11: 575.

129. Jack AI, Dawson AJ, Begany KL ve diğerleri. fMRI, sosyal ve fiziksel bilişsel alanlar arasında karşılıklı inhibisyonu ortaya koymaktadır. Neuroimage 2013; 66: 385–401.

130. Ekhtiari H, Paulus M. Önsöz: Bağımlılık tıbbında nörobilim: Önlemeden rehabilitasyona. Prog Brain Res 2016; 224: xxv–xxvi.

131. Beauchaine TP. Gelecekteki yönler Duygu düzensizliği ve gençlik psikopatolojisi. J Clin Child Adolesc Psychol 2015; 44: 875–96.

132. Gross JJ. Duygu düzenleme: kavramsal ve ampirik temeller. Gross JJ, ed. Duygu Düzenleme El Kitabı, 2. baskı. New York, NY: The Guilford Press, 2014; 3–20.

133. Beauchaine TP, Cicchetti D. Duygu Düzensizlik ve ortaya çıkan psikopatoloji: transdiagnostik, transdisipliner bir bakış açısı. Dev Psychopathol 2019; 31: 799–804.

Machine Translated by Google

134. McTeague LM, Huemer J, Carreon DM ve diğerleri. Psikiyatrik bozukluklar genelinde bilişsel kontrolde yaygın sinir devresi bozulmalarının belirlenmesi. Am J Psychiatry 2017; 174: 676–85.

135. Banich MT. Yönetici işlevi: Bütünleşik bir hesap arayın. Curr Dir Psychol Sci 2009; 18: 89–94.

136. Fonagy P, Campbell C, Bateman A. Grup terapisinde zihinselleştirme, bağlanma ve epistemik güven. Int J Group Psychother 2017; 67: 176–201.

137. Masten CL, Morelli SA, Eisenberger NI. 'Sosyal acı'ya yönelik empati ve sonrasındaki sosyal davranışın fMRI araştırması. Neuroimage 2011; 55: 381–8.

138. Espinosa L, Golkar A, Olsson A. Değer temelli dolaylı öğrenmede zihinselleştirme. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 517–36.

139. Hoehl S, Keupp S, Schleihauf H ve diğerleri. 'Aşırı taklit': On yıllık bir araştırmanın gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi. Dev Rev 2019; 51: 90–108.

140. Lyons DE, Damrosch DH, Lin JK ve diğerleri. Eser kültürünün aktarımında aşırı taklidin kapsamı ve sınırları. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2011; 366: 1158–67.

141. Huang CT, Heyes C, Charman T. Okul öncesi çocukların "başarısız girişimlerin" davranışsal yeniden canlandırılması: niyet okuma, öykünme ve taklit etme rolleri. Cogn Dev 2006; 21: 36–45.

142. Clay Z, Tennie C. Aşırı taklit bir Yalnızca insanlara özgü bir olgu mu? Bonobolarla karşılaştırıldığında insan çocuklarından elde edilen bilgiler. Child Dev 2018; 89: 1535–44.

143. Gergely G, Csibra G. Sylvia'nın tarifi: insan kültürü, taklit ve pedagoji. İçinde: Enfield NJ, Levinson SC, editörler. İnsan Sosyalliğinin Kökleri: Kültür, Biliş ve İnsan Etkileşimi. Londra: Berg Press, 2006; 229–55.

144. Altınok N, Hernik M, Király I, Gergely G. Birden fazla sosyal modelden gelen bilgileri entegre ederek yeni araçların verimsiz ve verimsiz varyantlarını elde etmek Okul öncesi çocuklarda. J Exp Child Psychol 2020; 195: 104847.

145. Nielsen M. Birikimli kültür ve ritüel davranışın sosyal tutkalı. Çocuk Gelişim Perspektifi 2018; 12: 264.

146. Flynn E, Smith K. Araştırma kültürel edinim mekanizmaları. Soc Psychol 2012; 43: 185–95.

147. Gruber T, Deschenaux A, Frick A, Clement F. Grup üyeliği, sosyal kimliği, Çocuklarda sosyal öğrenme veya aşırı taklit. Child Dev 2019; 90: 728–45.

148. Marsh LE, Ropar D, Hamilton AFC. Beni mi izliyorsun? Aşırı taklitte izleyici ve nesne yeniliğinin rolü. J Exp Child Psychol 2019; 180: 123–30.

149. Gallotti M, Frith CD. Biz-modunda sosyal biliş. Trends Cogn Sci 2013; 17: 160–65.

150. Higgins J. Biz-modunda başkalarıyla biliş: 'birinci şahıs çoğul' sosyal bilişin savunulması. Rev Philos Psychol 2020; 12: 803–24.

151. Tomasello M. İnsan Ahlakının Doğal Tarihi. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2016.

152. Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Sınırda kişilik bozukluğunda işlevsiz inançların değerlendirilmesi. Behav Res Ther 2002; 40: 1231–40.

153. Botsford J, Schulze L, Bohlander J, Renneberg B. Kişilerarası güven: Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda öz bildirim envanterinin geliştirilmesi ve doğrulanması ve klinik uygulaması. J Pers Disord 2021; 35: 447–68.

154. Fertuck EA, Grinband J, Stanley B. Sınırda kişilik bozukluğunda yüz güven değerlendirmesinin olumsuz önyargısı. Psikiyatri Araştırması 2013; 207: 195–202.

155. Nicol K, Pope M, Sprengelmeyer R ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda sosyal yargı. PLoS One 2013; 8: e73440.

156. Fertuck EA, Grinband J, Mann JJ ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda güvenilirlik değerlendirme eksiklikleri prefrontal korteksle ilişkilidir, değil

Machine Translated by Google

amigdala, bozukluk. Neuroimage Clin 2019; 21: 101616.

157. Campbell C, Tanzer M, Saunders R ve diğerleri. Epistemik güvenin öz bildirim ölçümünün geliştirilmesi ve doğrulanması. PLoS One 2021; 16: e0250264.

158. Mascaro O, Sperber D. Ahlaki, Çocukların aldatmaya karşı uyanıklığının epistemik ve zihin okuma bileşenleri. Biliş 2009; 112: 367–80.

159. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemik taşlaşma ve epistemik güvenin yeniden tesisi: Sınırda kişilik bozukluğunun ve psikososyal tedavisinin yeni bir kavramsallaştırılması. J Pers Disord 2015; 29: 575–609.

160. Orme W, Bowersox L, Vanwoerden S ve ark. Ergenlik çağındaki bir hasta grubunda epistemik güven ile sınırda patoloji arasındaki ilişki. Sınırda Kişisel Bozukluk Duygu Bozukluğu 2019; 6: 13.

161. Preuss N, Brandle LS, Hager OM ve diğerleri. Sınırda Kişilik Bozukluğu olan hastalarda tutarsızlık ve sosyal karar verme. Psikiyatri Araştırması 2016; 243: 115–22.

162. Ebert A, Kolb M, Heller J ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda kişilerarası güvenin intranazal oksitosin ve çocukluk çağı travması ile modülasyonu. Soc Neurosci 2013; 8: 305–13.

163. Theodoridou A, Rowe AC, Penton-Voak IS, Rogers PJ. Oksitosin ve sosyal algı: Oksitosin, algılanan yüz güvenirliğini ve çekiciliğini artırır.

Horm Davranışı 2009; 56: 128–32.

164. Shamay-Tsoory SG, Abu-Akel A. Oksitosinin sosyal öneme sahip olma hipotezi. Biol Psikiyatri 2016; 79: 194–202.

165. Miano A, Fertuck EA, Arntz A, Stanley B. Reddedilme duyarlılığı, borderline kişilik bozukluğu özellikleri ile yüz güven değerlendirmesi arasında bir aracıdır. J Pers Disord 2013; 27: 442–56.

166. Preti E, Casini E, Richetin J ve diğerleri. Reddedilme duyarlılığının bilişsel ve duygusal bileşenleri: Ergenlerin öz- ve duygusal gelişimine bağımsız katkılar

Kişilerarası işlevsellik. Değerlendirme 2020; 27: 1230–41.

167. Masland SR, Hooley JM. Güven kolayca oluşmadığında: Olumsuz duygusal bilgiler, sınırda kişilik özelliklerine sahip bireyler için güvenilirlik değerlendirmelerini gereksiz yere etkiler. J Pers Disord 2020; 34: 394–409.

168. Miano A, Fertuck EA, Roepke S, Dziobek I. Sınırda kişilik bozukluğunda romantik ilişki işlev bozukluğu - güvenilirlik algısına doğalcı bir yaklaşım. Personal Disord 2017; 8: 281–6.

169. Fonagy P, Luyten P. Sınırda kişilik bozukluğunun anlaşılması ve tedavisine yönelik gelişimsel, zihinselleştirmeye dayalı bir yaklaşım. Dev Psychopathol 2009; 21: 1355–81.

170. Hsu DT, Jarcho JM. "Sırada Psikiyatri: Reddedilme duyarlılığı ve sosyal beyin." Nöropsikofarmakoloji 2021; 46: 239–40.

171. Eisenberger NI, Lieberman MD. Neden? Reddedilme acıtır: Fiziksel ve sosyal acıya karşı ortak bir sinirsel alarm sistemi. Trendler Bilişsel Bilim 2004; 8: 294–300.

172. Eisenberger NI. Sosyal acı Bağlantısızlık: Fiziksel ve sosyal acının ortak sinirsel temellerinin incelenmesi. Nat Rev Neurosci 2012; 13: 421–34.

173. Sahi RS, Eisenberger NI. Neden benden hoşlanmıyorsun? Zihinselleştirme ağının sosyal reddedilmedeki rolü. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 613–28.

174. Vijayakumar N, Cheng TW, Pfeifer JH. Sosyal dışlanmanın sinirsel ilişkileri

Yaşlar arası: Fonksiyonel MRI çalışmalarının koordinat tabanlı meta-analizi. Nörogörüntü 2017; 153: 359–68.

175. Smith AR, Nelson EE, Kircanski K ve diğerleri. Ergenlik döneminde sosyal kaygı ve yaş, sosyal değerlendirmeye verilen sinirsel tepkiyle ilişkilidir. Dev Cogn Neurosci 2020; 42: 100768.

176. Jarcho JM, Tanofsky-Kraff M, Nelson EE ve diğerleri. Aşırı kilolu kızlarda beklenen akran değerlendirmesi ve laboratuvar öğün alımı sırasında sinirsel aktivasyon ve

Machine Translated by Google

Kontrol kaybı olmadan yemek yeme.
Nörogörüntü 2015; 108: 343–53.

177. Gradin VB, Waiter G, Kumar P ve diğerleri.
Şizofrenide sosyal dışlanmaya karşı anormal sinirsel tepkiler. PLoS One 2012; 7: e42608.

178. Sebastian C, Blakemore SJ, Charman T.
Ergenlerde dışlanmaya karşı tepkiler otizm spektrum bozuklukları. J Autism Dev Disord 2009; 39: 1122–30.

179. Feldman S, Downey G. Reddetme
Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalmanın yetişkin bağlanma davranışı üzerindeki etkisinin aracısı olarak duyarlılık. Dev Psychopathol 1994; 6: 231–47.

180. Gao S, Assink M, Cipriani A, Lin K.
Reddedilme duyarlılığı ile ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiler: bir meta-Analitik inceleme. Clin Psychol Rev 2017; 57: 59–74.

181. Zhang W, Hu N, Ding X, Li J.
Reddedilme duyarlılığı ile sınırda kişilik özellikleri arasındaki ilişki: bir meta-analiz. Adv Psychol Sci 2021; 29: 1179–94.

182. Cavicchioli M, Maffei C. Sınırda kişilik
bozukluğunda reddedilme duyarlılığı ve bilişsel-duygusal kişilik sistemi: meta-analitik bir inceleme. Personal Disord 2020; 11: 1–12.

183. Korn CW, La Rosee L, Heekeren HR,
Roepke S. Sınırda kişilik bozukluğunda sosyal geri bildirim işleme. Psychol Med 2016; 46: 575–87.

184. Reichenberger J, Eibl JJ, Pfaltz MC ve diğerleri.
Beni övme, kovalama: Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda olumlu ve olumsuz sosyal değerlendirme videolarına karşı duygusal tepki. J Pers Disord 2017; 31: 75–89.

185. Liebke L, Koppe G, Bungert M ve diğerleri.
Sosyal olarak kabul görme zorlukları: Sınırda kişilik bozukluğu üzerine deneysel bir çalışma. J Abnorm Psychol 2018; 127: 670–82.

186. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW.
Bağlanma travmasının tedavisinde zihinselleştirmenin rolü. Vermetten E, Lanius R, editörler.
Gizli Salgın: Erken Yaşam Travmasının Sağlık ve Hastalık Üzerindeki Etkisi. Yeni York, NY: Cambridge University Press, 2010; 247–56.

187. Janke K, Driessen M, Behnia B ve diğerleri.
Travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda ve sağlıklı kontrollerde duygusal zeka.
Psikiyatri Araştırması 2018; 264: 290–96.

188. Palgi S, Klein E, Shamay-Tsoory SG.
Oksitosin, PTSD hastalarında kadınlara karşı şefkati artırıyor.
Psikonöroendokrinoloji 2016; 64: 143–9.

189. Mazza M, Tempesta D, Pino MC ve diğerleri.
Travma sonrası stres bozukluğunda bilişsel ve duygusal empatiyle ilişkili sinirsel aktivite. Behav Brain Res 2015; 282: 37–45.

190. Nietlisbach G, Maercker A, Rossler W,
Haker H. Travma sonrası stres bozukluğunda empatik yetenekler bozuluyor mu? Psychol Rep 2010; 106: 832–44.

191. Mazza M, Giusti L, Albanese A ve diğerleri.
An- saldırısı sonrası travma sonrası stres bozukluğu yaşayan askeri polis memurlarında sosyal biliş bozuklukları
Irak'ta Nasiriyah 2006. Psikiyatri Araştırması 2012; 198: 248–52.

192. Nazarov A, Frewen P, Oremus C ve diğerleri.
Çocukluk çağı istismarına bağlı travma sonrası stres bozukluğu olan kadınlarda duygusal prozodinin anlaşılması. Acta
Psikiyatri Taraması 2015; 131: 342–9.

193. Passardi S, Peyk P, Rufer M ve ark.
Olumlu duyguların tanınmasında bozukluk olan bireylerde
travma sonrası stres bozukluğu, kümülatif travmatik maruziyet ve dissosiyasyon.
Psikoterapi Psikosom 2018; 87: 118–20.

194. Bell CJ, Colhoun HC, Frampton CM ve diğerleri.
Deprem beyni: Yüz ifadelerinin tanınmasında ve yanlış sınıflandırılmasında meydana gelen değişiklikler travma maruziyetiyle ilişkilidir ancak travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkili değildir. Front Psikiyatri 2017; 8: 278.

195. Freud A, Burlingham DT. Anna Freud'un Yazıları. Cilt 3. Ailesi Olmayan Bebekler: Hampstead Kreşleri Hakkında Raporlar, 1939-1945. New York, NY: International Universities Press, 1973.

Machine Translated by Google

196. Klinnert MD, Campos JJ, Sorce JF ve diğerleri. Duygular davranış düzenlemeleri olarak: Bebeklikte sosyal referanslama. Plutchhik R, Kellerman H, editörler. Duygu: Teori, Araştırma ve Deneyim. New York, NY: Academic Press, 1983; 57–86.

197. Sorce JF, Emde RN, Campos J, Klinnert MD. Anne duygusal sinyali: 1 yaşındaki çocukların görsel uçurum davranışı üzerindeki etkisi. Dev Psychol 1985; 21: 195–200.

198. Askew C, Field AP. Çocuklukta dolaylı öğrenme ve korkuların gelişimi. Behav Res Ther 2007; 45: 2616–27.

199. Debiec J, Olsson A. Sosyal korku öğrenimi: hayvan modellerinden insan işlevine. Trendler Bilişsel Bilim 2017; 21: 546–55.

200. Olsson A, Knapska E, Lindstrom B. Sosyal öğrenmenin sinirsel ve hesaplamalı sistemleri. Nat Rev Neurosci 2020; 21: 197–212.

201. Golkar A, Haaker J, Selbing I, Olsson A. Vekâlet yoluyla yok olma öğreniminin sinirsel sinyalleri. Soc Cogn Affect Neurosci 2016; 11: 1541–9.

202. Bateman A, Campbell C, Luyten P, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde yaygın faktörlere yönelik zihinselleştirme temelli bir yaklaşım. Curr Opin Psychol 2018; 21: 44–9.

203. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA ve ark. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler için psikolojik terapiler. Cochrane Veritabanı Syst Rev 2020; 5: CD012955.

204. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda psikoterapilerin etkinliği: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. JAMA Psikiyatri 2017; 74: 319–28.

205. Rameckers SA, Verhoef REJ, Grasman R ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu için psikolojik tedavilerin etkinliği ve tedavi sonuçlarının öngörücüleri: tüm tasarım türlerinden elde edilen verilerin çok değişkenli çok düzeyli meta-analizi. J Clin Med 2021; 10: 5622.

206. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Zihinselleştirmeye dayalı tedavi Kişilik bozuklukları: etkinlik, etkililik ve yeni gelişmeler. Curr Psikiyatri Temsilcisi 2019; 21: 25.

207. Vogt KS, Norman P. Zihinselleştirme temelli terapi, sınırda kişilik bozukluğunun semptomlarını tedavi etmede etkili midir? Sistematik bir inceleme. Psychol Psychother 2019; 92: 441–64.

208. Bateman A, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu tedavisi gören hastaların 8 yıllık takibi: Mentalizasyona dayalı tedavi her zamanki tedaviye karşı. Am J Psychiatry 2008; 165: 631–8.

209. Bateman A, Fonagy P. Ayakta tedavi temelli mentalizasyona dayalı tedavinin randomize kontrollü denemesi Sınırda kişilik bozukluğu için yapılandırılmış klinik tedavi. Am J Psychiatry 2009; 166: 1355–64.

210. Bateman A, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu için zihinselleştirme temelli tedavinin sonuçları üzerinde klinik şiddetin etkisi. Br J Psychiatry 2013; 203: 221–7.

211. Bateman A, Constantinou MP, Fonagy P, Holzer S. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde zihinselleştirme temelli tedavi ile yapılandırılmış klinik yönetimin sekiz yıllık prospektif takibi. Personal Disord 2021; 12: 291–9.

212. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N ve diğerleri. Mentalizasyona dayalı tedavinin randomize kontrollü bir denemesi Eşlik eden borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar için yapılandırılmış klinik yönetim. BMC Psikiyatri 2016; 16: 304.

213. Jørgensen CR, Freund C, Boye R ve diğerleri. Zihinselleştirmeye dayalı ve Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda destekleyici psikoterapi: rastgele bir çalışma. Acta Psychiatr Scand 2013; 127: 305–17.

214. Jørgensen CR, Bøye R, Andersen D ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunun zihinselleştirme temelli terapisi ve destekleyici grup tedavisinin tedaviden on sekiz ay sonra yapılan doğal takip çalışması: klinik

Machine Translated by Google

Sonuçlar ve işleyiş. Nord Psychol 2014; 66: 254–73.

215. Petersen B, Toft J, Christensen NB ve diğerleri. Kişilik bozukluğu olan hastalar için günlük hastane tedavisini takiben uygulanan zihinselleştirme odaklı grup terapisinin 2 yıllık takibi. Personal Ment Health 2010; 4: 294–301.

216. Laurenssen EMP, Luyten P, Kikkert MJ ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda günlük hastane mentalizasyon temelli tedavi v. her zamanki uzman tedavisi: randomize kontrollü çalışma.

Psychol Med 2018; 48: 2522–9.

217. Bales D, Bateman A. Kısmi hastane yatış ortamları. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı. Arlington, VA: Amerikan Psikiyatri Yayınları, 2012; 197–226.

218. Kvarstein EH, Pedersen G, Folmo E ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda mentalizasyon temelli tedavi veya psikodinamik tedavi programları – klinik şiddetin etkisi.

Psikoloji Psikoterapi 2019; 92: 91–111.

219. Robinson P, Hellier J, Barrett B ve diğerleri. Yeme bozuklukları için zihinselleştirmeye dayalı tedaviyi (MBT-ED) karşılaştıran NOURISHED randomize kontrollü çalışma

Yeme bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu belirtileri gösteren hastalar için uzman destekleyici klinik yönetim (SSCM-ED) ile. Denemeler 2016; 17: 549.

220. Rossouw TI, Fonagy P. Ergenlerde kendine zarar verme davranışına yönelik zihinselleştirme temelli tedavi: rastgele kontrollü bir çalışma deneme. J Am Acad Çocuk Ergen Psikiyatrisi 2012; 51: 1304–13.

221. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G ve diğerleri. Çocuk ve ergenlerde kendine zarar verme davranışına yönelik müdahaleler. Cochrane Veritabanı Sistem Rev 2021; 3: CD013667.

222. Bo S, Sharp C, Beck E ve diğerleri. Zihinselleştirme için sonuçların ilk ampirik değerlendirmesi- Sınırda kişilik bozukluğu olan ergenler için grup terapisine dayalı. Personal Disord 2017; 8: 396–401.

223. Beck E, Bo S, Jorgensen MS ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu olan ergenler için gruplar halinde zihinselleştirmeye dayalı tedavi Kişilik bozukluğu: rastgele kontrollü bir çalışma. J Child Psychol Psychiatry 2020; 61: 594–604.

224. Jørgensen MS, Storebø OJ, Bo S ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğu olan ergenlerde gruplar halinde mentalizasyona dayalı tedavi: Randomize kontrollü bir çalışmanın 3 ve 12 aylık takibi. Avrupa Çocuk Ergen Psikiyatrisi 2021; 30: 699–710.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Bölüm 3

Mentalizasyon Tabanlı Tedavi Nedir?

Giriş Zihninize

dair kendi deneyiminiz ile bir başkasının sizin için neler olup bittiğine dair bakış açısı arasındaki farkın farkına varmak, zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) çalışmalarının temel odak noktasıdır. Mevcut zihin deneyiminizin alternatif bir bakış açısıyla (örneğin, terapi sırasında klinisyen tarafından sunulan bakış açısı) bütünleştirilmesi, bir değişim sürecinin temelidir. Davranışı, kendi ve diğerindeki ilişkili zihinsel durumlar açısından anlama kapasitesi (zihinselleştirme kapasitesi), bu bakış açılarının bütünleştirilmesinin sağlanması için elzemdir. Büyük psikolojik sorunları olmayan çoğu insan, bir terapist tarafından sunulan alternatif bir bakış açısını üretken bir şekilde kullanma konusunda nispeten güçlü bir konumda olsa da, kendi ve başkalarının zihin anlayışlarını etkisiz bir şekilde kullanan bireylerin geleneksel (özellikle içgörü odaklı) psikolojik terapilerden fayda görme olasılığı düşüktür. 2. Bölüm'de, borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan bireylerin kendi ve başkalarının zihinlerine dair yetersiz bir modele sahip olduklarına dair kanıtları inceledik. Ancak, bu bireylerdeki etkisiz zihinselleştirme anlayışımız, kalıcı bir eksiklik olduğu yönünde değil, daha ziyade bazı bireylerde ihmal ve travma gibi destekleyici olmayan erken dönem deneyimleriyle birleşen genetik riskin, özellikle kişilerarası etkileşimler ve bağlanma aktivasyonuyla ilişkili olanlar olmak üzere, yüksek duygu durumlarında zihinselleştirme kaybına karşı bir kırılganlık yaratabileceği yönündedir. Bu kırılganlığa sahip bireyler, kendilerinin ve başkalarının zihin durumları hakkında şematik, katı ve bazen aşırı fikirler sergilerler; bu da onları güçlü duygusal fırtınalara ve görünüşte dürtüsel eylemlere karşı savunmasız hale getirir ve duygu düzenlemesi de dahil olmak üzere davranış düzenlemesinde derin sorunlar yaratabilir. Bir bireyin kendi öznelliği hakkındaki algısı ne kadar zayıfsa, zihninin çalışma şekline dair kendi algılarının geçerliliğini bir "zihin uzmanı", yani bir terapist veya başka bir klinisyen tarafından sunulan algıyla karşılaştırması o kadar zorlaşır. Psikoterapi sırasında kendilerine tutarlı ve büyük olasılıkla doğru bir zihinsel işlev görüşü sunulduğunda, kendilerine sunulan tabloyu kendi oluşturdukları modelle karşılaştıramazlar; Bu, terapistin alternatif bakış açılarını çoğu zaman eleştirel bir bakış açısıyla kabul ettikleri veya tamamen reddettikleri anlamına gelir. Tüm bunlar, ister psikodinamik ister bilişsel olsun, "günlük" psikolojik müdahalelerin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarına yardımcı olmak için değiştirilmesi gerektiği anlamına gelir. Bu ihtiyacın farkına varmak, MBT'nin geliştirilmesi ve uygulanmasının ardındaki düşüncemizin merkezinde yer almıştır ve bu bölümün geri kalanında özetlenmiştir. Model hakkında daha fazla ayrıntı önceki yayınlarda bulunabilir [1,2].

Machine Translated by Google

MBT'nin temel amacı, bağlanma ilişkileri bağlamında zihinselleştirme kapasitesinin yeniden kazanılmasıdır. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları kişilerarası bağlamlarda hassastır ve özellikle zayıf örgütlenmiş bağlanma sistemleri uyarıldığında ilişkilerde zihinsel durum farkındalığının bozulmasına karşı savunmasızdırlar; bağlanma tetiklendiğinde zihinselleştirme de savunmasız hale gelir. Bunu, doğası gereği ilişkisel olan psikoterapiyle birleştirdiğinizde, potansiyel olarak toksik bir karışım ortaya çıkar. Sonuç olarak, MBT, zihinselleştirmeyi teşvik eden bir dizi müdahale ve zihinselleştirmeyi zayıflatarak zarar verebilecek müdahalelerden aktif olarak kaçınma ile tanımlanır.
MBT klinisyeni, bağlanma uyarımı ve ilişkisel keşif ile destekleyici zihinselleştirme gücünü dengeleyerek potansiyel olarak fırtınalı bir geçişi aşar. Bu iki unsur, birbirlerine karşı değil, birlikte çalışacak şekilde dengelenmezse, BPD hastaları kişilerarası ilişkilerde etkili bir şekilde işlev görme kapasitesini geliştirmekte zorlanırlar; bu da zorluklarının temelinde yatan eksikliktir.
Tedavi, hastanın bağlanma sistemini duygusal olarak aşırı uyararak çok fazla olumsuz (iatrojenik) etki yaratmadan zihinselleştirme kapasitesini artırabiliyorsa etkili olabilir.

Muayene odasındaki uyarılma düzeyini yönetmek klinisyenin sorumluluğundadır. Aşırı bağımlılığı veya ikircikli bağlanmayı teşvik etmeden olumlu bir terapötik ittifakın gelişmesi için hasta-hekim ilişkisine dikkatli bir şekilde dikkat edilmesi gerekir.
Bir rehber olarak, ilişkinin daha karmaşık yönlerine odaklanan müdahaleler (zihin durumlarının ayrıntısı ve anlaşılmasının araştırılması için bir zorunluluktur) yalnızca hastanın bağlanma sistemi aşırı uyarılmadığında kullanılmalıdır. İşler ters gitmeye başlarsa (örneğin, hasta giderek daha fazla uyarılır ve rahatsız olursa), klinisyen etkileşimi tekrar gözden geçirmeli ve klinisyene, bir hatadan kendisinin mi sorumlu olduğunu yoksa ortaya çıkan sorunun başka bir nedeninin mi olduğunu açıkça sormalıdır. Alternatif bakış açıları sunmak çok önemlidir, ancak hastanın bunları reddetmesine izin vermek de aynı derecede önemlidir; aynı zamanda, herhangi biri göz ardı edilmeden önce tüm bakış açılarının keşfedildiğinden emin olmak da önemlidir. Kendi bakış açılarını yeniden değerlendirebilen (hastanın zihni tarafından kendi zihni değiştirilmiş olan) klinisyen, zihinselleştirmeyi teşvik edecektir.

MBT'deki psikoterapi paradoksunu özetlemek gerekirse, herhangi bir Sınırda Kişilik Bozukluğu tedavisi, hastanın kendi zihin durumları ve başkalarının zihin durumları hakkındaki inançlarını düşünmesini, doğruluğunu değerlendirmesini ve potansiyel olarak değiştirmesini isterken, klinisyene bağlanmayı teşvik etmelidir. Etkili tedavi, bu bileşenleri giderek artan karmaşıklık ortamında ciddi yan etkilere neden olmadan dengelemeyi gerektirir. Bunu yapmak için MBT klinisyeninin bir dizi ilkeye uyması gerekir.

İlke Odaklı Bir Müdahale Olarak MBT

Herhangi bir tedavide, klinisyenin hastanın öznelliğine olan güçlü bağlılığının içsel bir değeri vardır. MBT klinik uygulamasının özünde, hastanın öznel gerçekliğine sürekli odaklanma ve klinisyenin dünyayı hastanın bakış açısından kavramak için çalıştığını iletme yönündeki sürekli çabası yer alır.
Bu odaklanmayı sürdürmek için klinisyenler, yapılandırılmış bir müdahale süreci içinde bir dizi ilkeyi izleyerek MBT'yi uygularlar. Bu ilkeler özetlenmiştir.
Kutu 3.1'de.

Machine Translated by Google

Kutu 3.1 MBT İlkeleri.

Duygular ve Zihinselleştirme

Kaygıyı yönetin ve bağlanma kaygısını azaltın.

Dengeli zihinselleştirme: Zihinselleştirme istikrarlıysa duygusal zihinselleştirmeyi takip edin, aksi takdirde zıt hareketler kullanın.

İlişkisel süreci etkinleştirin: Zihinsel/bağlanma sistemlerinin deaktivasyonu ve hiperaktivasyonu ile çalışın.

Klinikçinin Duyarlılığı

Hastanın ve kendi tepki ve reaksiyonlarınıza uyum sağlayın.

Empatik doğrulama ilk müdahaledir: Seansların ilk adımı olarak hastanın zihinsel durumuna ilişkin koşullu ve belirgin bir yanıt önerilir.

Baskın bir temadan baskın olmayan bir duygusal temaya (genellikle ilişkisel etkileşim) geçin.

Zihinsel Odaklanma: Yapılması ve

Yapılmaması Gerekenler Güncel zihinselleştirmeyi izleyin; süreç ve içerik.

Düşük zihinselleştirmeye katılmayın; örneğin, hastaya, düşük zihinselleştirmede işlenen içeriği ayrıntılandırarak zihinselleştirme yapıyormuş gibi yanıt vermeyin, ancak önce zihinselleştirmeyi yeniden başlatın.

Hastanın zihinselleştirmesini ele geçirmeyin; örneğin, onların düşük zihinselleştirmesini kendi yüksek zihinselleştirmenizle karşılamayın veya onların düşük zihinselleştirmesini zihinselleştirmeyin.

Hastanın zihninin sizin zihniniz gibi çalıştığını varsaymayın.

Kaygıyı Yönetin

MBT klinisyenlerinin tedavide izlediği ilk ilke, kaygıyı zihinselleştirmenin herhangi bir boyutunu engellemek veya dengesizleştirmek yerine teşvik edecek bir aralıkta tutmaktır. Zihinselleştirme ve kaygı etkileşim halindedir ve bağlanma kaygısı ile zihinselleştirmenin niteliği arasında özellikle güçlü bir ilişki vardır. Zihinselleştirme başlangıçta artan kaygı ile iyileşir, ancak etkili zihinselleştirme şansının hızla azaldığı, kaygının kontrolden çıktığı ve savaş ya da kaç tepkisini tetikleme olasılığının yüksek olduğu bir eşik noktasına ulaşılır. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları bu eşik noktasına özellikle hızlı ve çok çeşitli koşullarda ulaşabilirler, ancak öncelikle kişilerarası ve sosyal zorluklar sunan koşullarda. Seanslarda artan kaygı, nedeni ne olursa olsun, hastanın zihinselleştirmesinin zayıflatılmak yerine desteklenmesini sağlamak için büyük bir özenle tedavi edilir. Tersi durum -yetersiz kaygı- da klinisyen için bir tehlikedir, çünkü hastanın bağlanma/zihinselleştirme sistemi üretken bir şekilde uyarılmaz ve bu da kopuk hastanın duygularını nasıl yöneteceğini, ilişkilerde zihinselleştirmeyi nasıl sürdüreceğini ve değişim yaratacağını öğrenememesine yol açar. Daha antisosyal özelliklere sahip olanlar gibi bazı hastalar, zihinselleştirmelerini sürdürmek için bağlanma kaygısını azaltır veya etkisizleştirir, ancak bu durum başkalarına ve kendilerine önemli bir bedel ödettirir. Bu bireyler için zihinselleştirme, örneğin bilişsel zihinselleştirmenin aşırı kullanımı ve duygusal zihinselleştirmenin sınırlı aktivasyonu nedeniyle kısıtlanır. Bilişsel katılık ortaya çıkar ve antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopatik özellikler gösteren kişinin soğuk ve sakin görünümünü oluşturur (bkz. Bölüm 7). Bu kişi, öz-duygusal durumlara erişim veya başkalarının öznel deneyimleriyle dengelenmeyen aşırı bili

Machine Translated by Google

Onlarla duygusal olarak empati kurun. Zihinselleştirmenin sosyal ve kişisel etkileşimlerde gelişmesi için bağlanma ve kaygı gereklidir, ancak yönetilebilir bir aralıkta tutulmaları gerekir; ne çok fazla ne de çok az.

Dengeli Zihinselleştirme

İkinci ilke, esneklik ve uyum sağlama yeteneğini korumak için zihinselleştirmenin tüm boyutlarındaki kutuplarının dengesine odaklanmaktır. Klinik etkileşimlerde bu, özellikle bağlanma kaygısı bağlamında, hastanın zihin durumlarını otomatik/kontrollü, ben/öteki, bilişsel/duygusal ve içsel/dışsal zihinselleştirmenin dört boyutunun kutupları arasında ileri geri tetikleyen zıt hareketlerin kullanılmasıyla yapılır (bkz. Bölüm 2). Kişilik bozukluğu olan hastalar, genellikle kendi bozukluklarının karakteristik bir özelliği olan bir şekilde bazı kutupları aşırı veya yetersiz kullanırlar. Örneğin, kaygılı olduklarında Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları, benlik ve öteki deneyimlerini ayırmakta zorluk çekerler; bu nedenle görev, kendilerini nasıl hissettikleri ile başkaları tarafından nasıl deneyimledikleri arasında bir ayrılık ve ayrım geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Buna karşılık, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar kendi benlik deneyimlerini aşırı abartabilir ve başkalarının deneyimlerini küçümseyebilir. Dolayısıyla bu bireylerde görev, başkalarına yönelik yeterince kullanılmayan ilgi kutbunu yeniden canlandırmak için zıt hareketler kullanmak veya şişirilmiş öz değerlendirme kutbunu nazikçe (dikkatli ve eş zamanlı empatik doğrulamayla) delmektir.

İlişkisel Süreci Etkinleştirme Üçüncü

ilke, benlik ve diğerinin zihinselleştirilmesini, terapötik ilişkide neler olup bittiğine dair daha karmaşık konuşmalara dönüştürmektir. Bu, hem benlik hem de diğer deneyimlerin zihinselleştirilmesinin etkinleştirilmesiyle başlar. Hem hastanın hem de klinisyenin zihinsel durumları ve duygusal deneyimleri birbirinden ayrılmalı ve mümkünse biz-modunda birlikte işlenmelidir. Bu, seans içindeki baskın bir temadan, örneğin daha bilinçli içerikten, hasta ve klinisyen arasındaki altta yatan dinamik bir sürecin temasına, örneğin hem klinisyenin hem de hastanın, içerik tartışılırken, ikisinde de çok güçlü bir duygusal tepki tetikleme korkusuyla "yumurta kabukları üzerinde yürümesi" gibi, baskın olmayan bir temaya geçilerek gerçekleştirilebilir (bu bölümün ilerleyen kısımlarında duygu odaklılık tartışmasına bakın). Biz-lik veya "biz-mod", "sen" ve "ben" olarak ayrı benliklerimizde meydana gelenleri aşan ve "biz" ilişkisel birimi için meydana gelenleri temsil eden bir bakış açısıdır (bkz. Bölüm 2). İlişkisel zihinselleştirmenin daha yüksek seviyeleri bireyselliğin ötesine geçer. Etkili sosyal iş birliği, kısmen birey gruplarının eylemlerini ortak bir hedefe yönelik olarak görmelerine (yani "biz" olarak) bağlıdır. Bireyler zihinlerini kolektif bir biliş biçiminde paylaştıklarında, bir "ortak zihin" yaratırlar. Dolayısıyla, klinik etkileşimde "biz"lik, hastanın veya klinisyenin kendine ve başkalarına ilişkin bireysel bakış açılarından farklıdır. Özünde ilişkisel bir temsil olarak, MBT'de ilişkisel çalışmaya giden bir yolu izleyen çeşitli şekillerde aktif olarak geliştirilen ve desteklenen bir durumdur: 1. Ortak formülasyon ve işbirlikçi bir duruş 2. Kişisel zihinselleştirme profili 3. Yalnızca hastanın zihin durumlarıyla değil, aynı zamanda diğerlerinin zihin durumlarıyla da açıkça çalışmak

klinisyen

4. Empatik doğrulamaya öncelik vermek

Machine Translated by Google

5. İttifak, onun kopuşları ve ortak niyetliliğe odaklanma 6.
Klinikçinin kendi kişisel amaçlarıyla ilgili olarak kendini ifşa etmesinin teşvik edilmesi
kişilerarası stratejiler.

MBT klinisyeni, düşüncelerini, duygularını ve karşıt-ilişkisel tepkilerini hastaya açıkça sunar ve terapötik etkileşimdeki hiçbir kişinin gerçekliğe dair geçerli görüşler üzerinde tekel sahibi olmadığını ve her iki tarafın da kişilerarası etkileşimleri yalnızca izlenimci bir şekilde deneyimlediğini kabul etmesi gerektiğini açıklar. İlişkisel zihinselleştirmenin bir parçası olarak, tıpkı klinisyenin hastayı zihinselleştirmesi gerektiği gibi, hastadan da klinisyeni zihinselleştirmesi istenir. Klinisyen ve hasta hem kendini hem de diğerini zihinselleştirme ortak görevine girdiklerinde bir biz-lik duygusu ortaya çıkar, ancak bu, aralarındaki iletişimin değerini ve kalitesini belirlemede kritik öneme sahip olan karşılıklı anlayışın anlık bir farkındalık hali olarak kabul edilir. MBT gruplarında (bkz. Bölüm 5), katılımcılar başlangıçta "bizim" grubumuzun değerlerini tanımladıkça ve ardından grup projesini bu değerler etrafında düzenli aralıklarla yeniden gözden geçirip yeniden formüle ettikçe bir biz-lik duygusu da oluşur.

Süreç ve İçerik Dördüncü ilke,

klinisyenlerin zayıf zihinselleştirilmiş içeriği aşırı ayrıntılandırmamaya veya etkisiz zihinselleştirme süreçlerini pekiştirmemeye dikkat etmeleridir. Klinisyenin süreç ve içeriği ayırt etmesinin en kolay yolu, düşünce ve duyguların "nasıl"ı ile "ne" ve "neden"ini değerlendirmektir. Bir düşünce veya duygunun öncelikle nasıl işlendiği dikkate alınmalıdır. Zihinselleştirilmemiş içeriği olduğu gibi ele almak, hastanın zihinselleştirmesini harekete geçirmeyecek ve merakını uyandırmayacaktır. Ayrıca, örneğin bir hastayı öz eleştirisinin yanlış veya kanıtsız olduğuna ikna etmeye başlamak veya sosyal duyarlılığına işaret ederek öznel reddedilme deneyimiyle tartışmak çok kolaydır. Hastanın zihinselleştirilmemiş içeriğini doğrulayan veya ona karşı çıkan müdahaleler, onu saf bir gerçeklik olarak doğrulayarak veya onunla tartışarak zihinselleştirmeyen bir süreçte hastayla birleşir ve hastada yanlış anlaşılmışlık hissi bırakır. Genel amaç, deneyimin "nasıl" işlendiğini değiştirmek ve etkili zihinselleştirmeyi yeniden sağlamaktır. Bu nedenle MBT klinisyeni, içeriğin bazı yönlerinin etkili bir empatik doğrulaması sağlanana kadar içeriği onaylama ve tartışma arasında bir orta yol izler. Ancak o zaman bir zihinselleştirme süreci tetiklenebilir. Bu noktada, deneyimin "ne" hakkında olduğu keşfedilebilir ve ardından bireye inandırıcı bir anlam kazandırılabilir; bu da "neden" sorusudur.

Deneyimin Etkisinin Empatik Doğrulanması İçerikten (düşük

zihinselleştirme modunda) sürece odaklanmaya geçiş, beşinci ilkeyi izler; bu ilkeye göre, klinisyen başlangıçta empatik duygusal doğrulamanın koşullu ve belirgin tepkilerini kullanarak müdahale eder [3]. İnsanlar, davranışları ve çevresel olaylar arasındaki koşulların varlığına duyarlıdır ve kendi zihinsel durum niyetlerine ve başkalarının zihinsel tepkilerine de eşit derecede duyarlıdırlar. Kişilerarası etkileşimin bir yönü olarak koşulluluk tespitinin, kişinin kendi tepkisini diğerinin koşullu tepkisine göre belirleyerek duygusal durumların farkındalığını aşamalı olarak geliştirmede önemli bir rol oynadığını iddia ediyoruz. Daha spesifik olarak, klinisyenin zihinselleştirmeye çalışırken hastanın ifade edici gösterilerine ilişkin koşullu yansımaları, hastada duygusal öz farkındalık ve kontrolün gelişiminde merkezi bir nedensel rol oynar; bu, zihinselleştirmenin merkezi bir yönüdür, ancak kişilik bozukluğu olan kişilerde iskele ve destek gerektirir. Daha da önemlisi, hastanın empatik olarak doğrulanması

Machine Translated by Google

Klinisyen, hastanın söylediklerine katılmasını gerektirmez (daha önce de belirttiğimiz gibi); daha ziyade, düşünce ve duyguların, birlikte çalıştığı kişinin öznel durumu üzerindeki olası etkisinin farkında olması anlamına gelir. Dolayısıyla klinisyen, diğer tüm müdahalelerin temeli olarak hastanın deneyiminin empatik olarak doğrulanması çerçevesinde hareket eder. Bir "biz" olma duygusunun kolaylaştırılması, öncelikle olaylara hastanın bakış açısından ortak bir bakış açısıyla bakılması etrafında şekillenir.

Zihinselleştirme Sürecine Odaklanma: Zihinsel Durumlar Nasıl İşlenir?

Klinisyen, terapötik

sürecin hasta ve klinisyen tarafından ortak bir yaratım olarak kalmasını sağlamalıdır. Aynı zamanda, klinisyenin şunları yapması önemlidir: 1. Etkisiz, düşük seviyeli zihinselleştirmeyi fark

etmesi 2. Hasta adına zihinselleştirmeyi devralmaması 3.
Zihinselleştirmeyen söylemi zihinselleştirmeye çalışmaması
4. Boş, yüzeysel zihinselleştirmeye girmemesi.

Bu emirlerin hiçbiri kolayca takip edilemez; çoğu zaman klinisyenler, doğuştan gelen tepkileri tarafından kandırılıp, yapmacık modun (bkz. Bölüm 2) psikolojik içgörüyü yansıttığını düşünürler; oysa aslında bu, kişinin kendi ve/veya başkalarının güdülerinin ve zihinsel durumlarının ayrıntılı bir şekilde tanımlandığı, ancak gerçeklikle çok az veya hiç bağlantısı olmayan incelikli bir hiperzihinselleştirme biçimidir. Klinisyenler ayrıca güçlü zihinselleştirme kapasitelerine sahiptir ve psikolojik anlayış konusunda iyi eğitimlidirler; bu da bir hastanın endişelerine yapıcı çözümler önererek sorunları keşfetme mücadelesini devralmalarını kolay ve cazip hale getirir; hastanın zorlukları için destek olmak, yardım sunmak ve alternatif bakış açıları ve çözümler sunmak doğaldır. Ancak klinisyen bu yollara girdiğinde, kendi zihinselleştirme süreçleri başarıyla gösterilse de, hastanın kapasiteleri - "zihinselleştirme kasları" - ihtiyaç duyduğu egzersiz yapılmadan güçlendirilemeyecektir. Bu nedenle klinisyenin hasta adına zihinselleştirme yapmayı bırakması ve bunun yerine hastanın zihinselleştirmesini tetiklemek için sürekli çalışması ve daha sonra bunu sürdürmesine yardımcı olması gerekir.

Demokrasi, Eşitlik ve İş Birliği Hasta ve klinisyen birlikte

ne üzerinde çalışacaklarına karar verirler, çalışmada eşit ortaklardır ve giderek daha belirgin kişisel anlatılar ve anlayışlar oluşturmak için iş birliği yaparlar. Farklı bakış açılarına açıklık, alçakgönüllülük ve sıradan bir insan olarak ve kibirsiz olmak, zihinselleştirmenin temelini oluşturur. Zihinsel durumlar açısından hasta ve klinisyen eşittir; hiçbir kişi etkileşimler ve bunlarla ilişkili zihinsel süreçler hakkında diğerinden daha geçerli bir deneyime sahip değildir ve her ikisi de deneyimleri yanlış yorumlama kapasitesine sahiptir. Zihinsel durumları anlamak, ortak ve iş birliğine dayalı bir süreç olmalıdır. Hastalar kendilerini bir hiyerarşide "aşağı" veya daha düşük olarak algılarlarsa, bu durum kendi başlarına düşünme kapasitelerini engelleyecek ve onları klinisyenin formülasyonlarını kabul etmeye yatkın hale getirecektir. Güç asimetrisi, gerçekten ortaklaşa ve iş birliğine dayalı düşünmeye ve kişinin kendisi hakkında başkalarından ve başkaları aracılığıyla öğrenmesine aykırıdır.

Kişisel değişimi mümkün kılacak şekilde klinisyenden öğrenmek için hastanın, klinisyenin zihninin ulaşılabilir, ulaşılabilir ve kabul edilebilir olduğunu hissetmesi gerekir. Dinamik düzeyde, zihin durumlarının eşitliği ve birbirlerinin zihin durumlarını dikkate alma gerekliliği,

Machine Translated by Google

İki yönlü bir süreç. Klinisyen zorunlu olarak hastanın zihnine odaklanır ve hastanın da klinisyenin zihnine eşit derecede ilgi duyması gerekir ("Klinisyen bunu neden söylüyor?"; "Bu fikri nereden alıyor?"; "Benim hakkımda ne anlama geliyor?"). Hastanın bunu yapabilmesi için epistemik güvenin yaratılması gerekir ki bu da zaman alacaktır.
Dolayısıyla, kaçınılmaz olarak, zihinsel durum ilgisinin akış yönü, tedavinin başlangıcında genellikle tek yönlüdür ve hasta haklı olarak kendi zihin durumlarıyla ilgilenir. Ancak, yön dengesizliğinin her iki yönde de olabileceğini unutmamak önemlidir; hasta klinisyenin zihniyle aşırı derecede ilgilenebilir veya klinisyen zaman zaman kişisel veya başka nedenlerle kendisiyle meşgul olabilir. Bu durumlarda bile, her iki tarafın öznel deneyimleri eşit derecede değerlidir ve aynı derecede ciddi bir inceleme gerektirir.

Demokrasi hakkında -veya belki de daha iyisi, eşitlik hakkında- birkaç söz. Sıradan terapötik ortamda güç farklılıklarının önemini daha önce ele aldık ve kişilerarası bir diyalogda daha zayıf (yani yardım arayan) kişi gibi hissetmenin zihinselleştirmeye zarar verdiğini açıkladık; muhtemelen aşağılık duygusuna neredeyse kaçınılmaz olarak utanç eşlik eder ve bu da geri çekilmeye yol açar. Klinisyenin zihinselleştirme süreçlerinden bazılarını ifşa etme konusundaki açıklığı ve istekliliği, klinisyenin kendi düşünce ve duygularını hesaba katması ve bunlardan sorumlu olması yoluyla hastanın uygun şekilde "düzeltilmesinin" bir parçasıdır. MBT'de "demokratikleşmenin" bir diğer yönü, klinisyenin kişinin kendisini bir hasta veya danışan olarak değil, bir sohbet ortağı olarak görmesini düşünmesidir (çünkü bu etiketler bir yalvarma tonu taşır). Bu bağlamda önemli olan, klinisyenin etkisiz zihinselleştirmeye karşı kendi savunmasızlığını beyan etmesi ve seanslarda gerçekleştiğinde bunu açıkça kabul etmesidir -ki bu kaçınılmaz olarak gerçekleşecektir.

MBT klinisyeni, tıpkı hastanın yaptığı gibi, tedavi süreciyle ilgili olduğunda zihin durumlarını hastayla açıkça paylaşır. Bu, öznel deneyimin etkileşimsel yönlerinin dikkate alınmasını sağlar. Paylaşım, hasta ve klinisyen arasındaki etkileşimin terapinin işleyişini engellediği veya klinisyenin zihinselleştirme kapasitesini kaybettiği durumlarda özellikle önemli hale gelir. Hasta -çoğunlukla farkında olmadan- korkutucu davranabilir veya klinisyenin gizli korkularına dokunarak klinisyende kaygıya neden olabilir ve klinisyen net düşünemez. Hastanın, klinisyenin düşünme becerisine herhangi bir müdahalede bulunabileceğinin farkında olması önemlidir, çünkü bu yalnızca etkili bir yardım sağlamayı engellemekle kalmaz, aynı zamanda aniden etkisiz bir klinisyenle karşı karşıya kalan hastanın kafasını da karıştırabilir. Etkileşimsel deneyimi klinisyenin bakış açısından paylaşmak, hastanın başkaları üzerindeki olası etkilerini düşünmesini sağlamanın yanı sıra, klinisyenin düşüncelerini ve duygularını kelimelere dökerek daha iyi zihinselleştirmeyi etkinleştirerek kendi zihnini dengelemesini de sağlar. Diğer zamanlarda, klinisyenin zihni boşalabilir veya hastaya nasıl tepki vereceğinden emin olmayabilir; bu, hastanın etkisiz zihinselleştirmesine karşı yaygın bir tepkidir. Bu gibi durumlarda, MBT klinisyeni endişelenmemeli, sadece ruh halini paylaşmalıdır: "Biliyor musun, bu konuda ne söyleyeceğimi bilmiyorum. Beni orada şaşırttın. Düşünmeme yardım et. Diyordun ki..."

MBT klinisyeninin zihni, ideal olarak hasta tarafından ele alınması gereken iyi huylu bir "açık kitap"tır. Başkaları aracılığıyla kendimiz hakkında bilgi ediniriz; eğer başkaları zihinlerini bize kapatırsa, daha az öğreniriz. Açık olmak gerekirse, bu, klinisyenin hastayla kendi yaşam sorunları hakkında konuşmasına izin verdiği şeklinde görülmemelidir! Bu, klinisyene hastayla yaşadığı deneyime tepki olarak açık olması gerektiğini hatırlatır. Ancak şu nitelemeye dikkat edin: iyi huylu, açık, nazik, cömert, kibar ve hassas anlamına gelir; acımasız, eleştirel, kibirli, soğuk veya merhametsiz anlamına gelmez.

Machine Translated by Google

Özgünlük ve “Bilmeme” Duruşu

Zihinsel durumlar hakkında gerçekten bir şey bilmiyorsunuz çünkü özneller ve asla tam olarak bilinemezler. Ancak, yıllar içinde öğrendiğiniz heterojen bir sorunlar ve psikolojik süreçler kümesi ve diğer gerçekler ve rakamlar olarak Sınırda Kişilik Bozukluğu hakkında bilgi sahibisiniz. "Bilmiyorum" tavrı, birinin zihninde neler olup bittiğine dair gerçek bir merak tavrıdır; düşünceler ve duygular nasıl bizim bir parçamız gibi hissedilebilir ve bazen bize yabancı ve dayatılan, neredeyse kendi hayatları olan bir şey gibi görünebilir. Bunlar bunaltıcı olabilir. MBT'de zihinsel durumlara odaklanmanın amacı, onları tanımak, evcilleştirmek ve etkileşimlerimize ve hayatımıza yapıcı bir şekilde hizmet edecek şekilde yönetmektir.

Bilmeme tutumu, kişilerarası bir bakış açısından kaynaklanır. Zihinsel durumların karşılıklılığını ele alır ve zihinlerin zihinleri değiştirebileceği fikrine dayanır. Klinisyenin kendi zihnine karşı tutumu, hastanın zihnine karşı tutumuyla aynıdır. Kendi kurguları hakkında yorum yapma biçiminde çekingendirler ve kendi zihinsel durumlarını ayrıcalıklı olarak görmekten kaçınırlar. Bilmeme tutumu, zihinsel oyunculuğu içerir ve zihinlerin karmaşıklığını anlama ortak projesini kolaylaştırmak için hayal gücü ve mizah kullanır. Düşünceler ve duygular dünyayı değiştirebildikleri (eylem yarattıkları) için ciddidir, ancak aynı zamanda geçicidirler ve bu da onlara geçici bir esneklik ve dönüşüm niteliği kazandırır. Her şeyden önce, bilmeme tutumu, sorunları el ele, daha doğrusu zihin zihinde keşfetmek için en etkili yoldur; böylece kimse zihninin karanlık ve tehlikeli yerlerine tek başına girmek zorunda kalmaz. Ustaca yapıldığında, paylaşılan amaçlılığın biz-modunu teşvik eder.

Öte yandan, bilmeme tavrı beceriksizce kullanıldığında, hastaya sohbet arkadaşı olarak orada bulunan biriyle konuşmaktan ziyade sorularla boğulmuş gibi, bir sorgulama gibi gelebilir. Bu durum, klinisyenin sürekli olarak "neden" soruları sormaya başlamasıyla ortaya çıkabilir. Hastalar, çoğumuz gibi, çoğu zaman "neden" sorusunu bilmezler, bu yüzden bunlar genellikle anlamsız sorulardır. "Neden" sorularının zihinselleştirme ağının etkinleştirilmesini gerektirdiğini, "nasıl" sorularının ise gerektirmediğini biliyoruz. Dolayısıyla, hastanın zihinselleştirmesi idealin altındaysa, "neden" sorularının her durumda anlamsız olma olasılığı yüksektir. Kendinizi bir sorgulama tuzağına düşerken bulursanız, aynı sorunu yaşayan bir arkadaşınızla nasıl konuşacağınızı düşünün. "Neden" üzgün hissettiklerini, "neden" çocuklarının zor davrandığını düşündüklerini veya "neden" partnerlerinin onları terk etmeye karar verdiğini sormazsınız. Onlardan neler olduğunu ve bu konuda ne düşündüklerini ve hissettiklerini ayrıntılı olarak anlatmalarını istersiniz. Olanlar ve onlar için nasıl bir deneyim olduğu konusunda şaşkınlık ve gerçek bir merakla konuşma olasılığınız daha yüksektir. Bu sizi yine "bilmiyorum" tavrına geri döndürecektir.

Bu nedenle MBT klinisyeni, olguları ortaya çıkaran bir duruş, Sokratik sorgulama (açık ama bilişsel olarak odaklanmış) duruşu ve keşifsel, bilgisiz bir duruş arasında ayrım yapar. Her üç sorgulama yöntemi de herhangi bir seansta kullanılabilir, ancak keşif gerektiğinde, güven oluşturmak için etkileşimli tartışma ile bilgisiz tutumun diyaloğun ön saflarında yer alması gerekir.

Sonuç Açıklamaları

Bu bölüm, bir MBT klinisyeninin hastalarla klinik etkileşimlerinde izlediği ilkeleri özetlemektedir. Klinisyen, bu ilkeleri diğer tüm MBT müdahalelerinin temelini oluşturmak ve böylece etkinliklerini en üst düzeye çıkarmak için kullanır. Bu bağlamda, izlendiğinde,

Machine Translated by Google

İlkeler, hasta ve klinisyen arasında zihinselleştirmenin gelişebileceği etkileşimli bir süreç yaratır. Ancak o zaman hastada güçlü bir zihinselleştirme -MBT'nin temel amacı- oluşturulabilir. Tedavi sırasında klinik sorunların biçimi her hastaya özgüdür, bu nedenle uyulması gereken net ilkelere sahip olmak, klinisyenin belirsizlik karşısında kendi zihinselleştirmesini sürdürmesini sağlar. Bu, özellikle şiddetli meta-bilişsel dağınıklığı olan hastaların tedavisinde önemlidir; örneğin, BPD'li hastalar (bkz. Bölüm 4 ve 5) gibi, bu hastalar klinisyende çok kolay bir şekilde meta-bilişsel dağınıklık yaratabilirler. Klinisyen şüpheye düştüğünde, kendi zihinselleştirmesini yeniden kazanmayı modellemelidir ("Zihnimi geri kazanmak için bir ana ihtiyacım var; burada ne düşündüğümden emin değilim. Bir dakika bekleyebilir miyiz?"), hastayla kararlaştırılan formülasyona geri dönmeli (Bölüm 4'te açıklanmıştır), empatik olarak onaylayıcı bir duruş sergilemeli ve zihinselleştirme sürecine net bir şekilde odaklanarak sorunları yeniden keşfetmelidir.

Kaynaklar

1. Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

2. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. basım. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019.

3. Gergely G, Watson JS. Sosyal Ebeveyn duygu-yansıtma biyogeribildirim teorisi: Bebeklikte duygusal öz farkındalığın ve öz kontrolün gelişimi. Uluslararası Psikoanal Dergisi 1996; 77: 1181–212.

Machine Translated by Google

Bölüm 3

Mentalizasyon Tabanlı Tedavi Nedir?

Giriş Zihninize

dair kendi deneyiminiz ile bir başkasının sizin için neler olup bittiğine dair bakış açısı arasındaki farkın farkına varmak, zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) çalışmalarının temel odak noktasıdır. Mevcut zihin deneyiminizin alternatif bir bakış açısıyla (örneğin, terapi sırasında klinisyen tarafından sunulan bakış açısı) bütünleştirilmesi, bir değişim sürecinin temelidir. Davranışı, kendi ve diğerindeki ilişkili zihinsel durumlar açısından anlama kapasitesi (zihinselleştirme kapasitesi), bu bakış açılarının bütünleştirilmesinin sağlanması için elzemdir. Büyük psikolojik sorunları olmayan çoğu insan, bir terapist tarafından sunulan alternatif bir bakış açısını üretken bir şekilde kullanma konusunda nispeten güçlü bir konumda olsa da, kendi ve başkalarının zihin anlayışlarını etkisiz bir şekilde kullanan bireylerin geleneksel (özellikle içgörü odaklı) psikolojik terapilerden fayda görme olasılığı düşüktür. 2. Bölüm'de, borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan bireylerin kendi ve başkalarının zihinlerine dair yetersiz bir modele sahip olduklarına dair kanıtları inceledik. Ancak, bu bireylerdeki etkisiz zihinselleştirme anlayışımız, kalıcı bir eksiklik olduğu yönünde değil, daha ziyade bazı bireylerde ihmal ve travma gibi destekleyici olmayan erken dönem deneyimleriyle birleşen genetik riskin, özellikle kişilerarası etkileşimler ve bağlanma aktivasyonuyla ilişkili olanlar olmak üzere, yüksek duygu durumlarında zihinselleştirme kaybına karşı bir kırılganlık yaratabileceği yönündedir. Bu kırılganlığa sahip bireyler, kendilerinin ve başkalarının zihin durumları hakkında şematik, katı ve bazen aşırı fikirler sergilerler; bu da onları güçlü duygusal fırtınalara ve görünüşte dürtüsel eylemlere karşı savunmasız hale getirir ve duygu düzenlemesi de dahil olmak üzere davranış düzenlemesinde derin sorunlar yaratabilir. Bir bireyin kendi öznelliği hakkındaki algısı ne kadar zayıfsa, zihninin çalışma şekline dair kendi algılarının geçerliliğini bir "zihin uzmanı", yani bir terapist veya başka bir klinisyen tarafından sunulan algıyla karşılaştırması o kadar zorlaşır. Psikoterapi sırasında kendilerine tutarlı ve büyük olasılıkla doğru bir zihinsel işlev görüşü sunulduğunda, kendilerine sunulan tabloyu kendi oluşturdukları modelle karşılaştıramazlar; Bu, terapistin alternatif bakış açılarını çoğu zaman eleştirel bir bakış açısıyla kabul ettikleri veya tamamen reddettikleri anlamına gelir. Tüm bunlar, ister psikodinamik ister bilişsel olsun, "günlük" psikolojik müdahalelerin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarına yardımcı olmak için değiştirilmesi gerektiği anlamına gelir. Bu ihtiyacın farkına varmak, MBT'nin geliştirilmesi ve uygulanmasının ardındaki düşüncemizin merkezinde yer almıştır ve bu bölümün geri kalanında özetlenmiştir. Model hakkında daha fazla ayrıntı önceki yayınlarda bulunabilir [1,2].

Machine Translated by Google

MBT'nin temel amacı, bağlanma ilişkileri bağlamında zihinselleştirme kapasitesinin yeniden kazanılmasıdır. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları kişilerarası bağlamlarda hassastır ve özellikle zayıf örgütlenmiş bağlanma sistemleri uyarıldığında ilişkilerde zihinsel durum farkındalığının bozulmasına karşı savunmasızdırlar; bağlanma tetiklendiğinde zihinselleştirme de savunmasız hale gelir. Bunu, doğası gereği ilişkisel olan psikoterapiyle birleştirdiğinizde, potansiyel olarak toksik bir karışım ortaya çıkar. Sonuç olarak, MBT, zihinselleştirmeyi teşvik eden bir dizi müdahale ve zihinselleştirmeyi zayıflatarak zarar verebilecek müdahalelerden aktif olarak kaçınma ile tanımlanır.
MBT klinisyeni, bağlanma uyarımı ve ilişkisel keşif ile destekleyici zihinselleştirme gücünü dengeleyerek potansiyel olarak fırtınalı bir geçişi aşar. Bu iki unsur, birbirlerine karşı değil, birlikte çalışacak şekilde dengelenmezse, BPD hastaları kişilerarası ilişkilerde etkili bir şekilde işlev görme kapasitesini geliştirmekte zorlanırlar; bu da zorluklarının temelinde yatan eksikliktir.
Tedavi, hastanın bağlanma sistemini duygusal olarak aşırı uyararak çok fazla olumsuz (iatrojenik) etki yaratmadan zihinselleştirme kapasitesini artırabiliyorsa etkili olabilir.

Muayene odasındaki uyarılma düzeyini yönetmek klinisyenin sorumluluğundadır. Aşırı bağımlılığı veya ikircikli bağlanmayı teşvik etmeden olumlu bir terapötik ittifakın gelişmesi için hasta-hekim ilişkisine dikkatli bir şekilde dikkat edilmesi gerekir.
Bir rehber olarak, ilişkinin daha karmaşık yönlerine odaklanan müdahaleler (zihin durumlarının ayrıntısı ve anlaşılmasının araştırılması için bir zorunluluktur) yalnızca hastanın bağlanma sistemi aşırı uyarılmadığında kullanılmalıdır. İşler ters gitmeye başlarsa (örneğin, hasta giderek daha fazla uyarılır ve rahatsız olursa), klinisyen etkileşimi tekrar gözden geçirmeli ve klinisyene, bir hatadan kendisinin mi sorumlu olduğunu yoksa ortaya çıkan sorunun başka bir nedeninin mi olduğunu açıkça sormalıdır. Alternatif bakış açıları sunmak çok önemlidir, ancak hastanın bunları reddetmesine izin vermek de aynı derecede önemlidir; aynı zamanda, herhangi biri göz ardı edilmeden önce tüm bakış açılarının keşfedildiğinden emin olmak da önemlidir. Kendi bakış açılarını yeniden değerlendirebilen (hastanın zihni tarafından kendi zihni değiştirilmiş olan) klinisyen, zihinselleştirmeyi teşvik edecektir.

MBT'deki psikoterapi paradoksunu özetlemek gerekirse, herhangi bir Sınırda Kişilik Bozukluğu tedavisi, hastanın kendi zihin durumları ve başkalarının zihin durumları hakkındaki inançlarını düşünmesini, doğruluğunu değerlendirmesini ve potansiyel olarak değiştirmesini isterken, klinisyene bağlanmayı teşvik etmelidir. Etkili tedavi, bu bileşenleri giderek artan karmaşıklık ortamında ciddi yan etkilere neden olmadan dengelemeyi gerektirir. Bunu yapmak için MBT klinisyeninin bir dizi ilkeye uyması gerekir.

İlke Odaklı Bir Müdahale Olarak MBT

Herhangi bir tedavide, klinisyenin hastanın öznelliğine olan güçlü bağlılığının içsel bir değeri vardır. MBT klinik uygulamasının özünde, hastanın öznel gerçekliğine sürekli odaklanma ve klinisyenin dünyayı hastanın bakış açısından kavramak için çalıştığını iletme yönündeki sürekli çabası yer alır.
Bu odaklanmayı sürdürmek için klinisyenler, yapılandırılmış bir müdahale süreci içinde bir dizi ilkeyi izleyerek MBT'yi uygularlar. Bu ilkeler özetlenmiştir.
Kutu 3.1'de.

Machine Translated by Google

Kutu 3.1 MBT İlkeleri.

Duygular ve Zihinselleştirme

Kaygıyı yönetin ve bağlanma kaygısını azaltın.

Dengeli zihinselleştirme: Zihinselleştirme istikrarlıysa duygusal zihinselleştirmeyi takip edin, aksi takdirde zıt hareketler kullanın.

İlişkisel süreci etkinleştirin: Zihinsel/bağlanma sistemlerinin deaktivasyonu ve hiperaktivasyonu ile çalışın.

Klinikçinin Duyarlılığı

Hastanın ve kendi tepki ve reaksiyonlarınıza uyum sağlayın.

Empatik doğrulama ilk müdahaledir: Seansların ilk adımı olarak hastanın zihinsel durumuna ilişkin koşullu ve belirgin bir yanıt önerilir.

Baskın bir temadan baskın olmayan bir duygusal temaya (genellikle ilişkisel etkileşim) geçin.

Zihinsel Odaklanma: Yapılması ve

Yapılmaması Gerekenler Güncel zihinselleştirmeyi izleyin; süreç ve içerik.

Düşük zihinselleştirmeye katılmayın; örneğin, hastaya, düşük zihinselleştirmede işlenen içeriği ayrıntılandırarak zihinselleştirme yapıyormuş gibi yanıt vermeyin, ancak önce zihinselleştirmeyi yeniden başlatın.

Hastanın zihinselleştirmesini ele geçirmeyin; örneğin, onların düşük zihinselleştirmesini kendi yüksek zihinselleştirmenizle karşılamayın veya onların düşük zihinselleştirmesini zihinselleştirmeyin.

Hastanın zihninin sizin zihniniz gibi çalıştığını varsaymayın.

Kaygıyı Yönetin

MBT klinisyenlerinin tedavide izlediği ilk ilke, kaygıyı zihinselleştirmenin herhangi bir boyutunu engellemek veya dengesizleştirmek yerine teşvik edecek bir aralıkta tutmaktır. Zihinselleştirme ve kaygı etkileşim halindedir ve bağlanma kaygısı ile zihinselleştirmenin niteliği arasında özellikle güçlü bir ilişki vardır. Zihinselleştirme başlangıçta artan kaygı ile iyileşir, ancak etkili zihinselleştirme şansının hızla azaldığı, kaygının kontrolden çıktığı ve savaş ya da kaç tepkisini tetikleme olasılığının yüksek olduğu bir eşik noktasına ulaşılır. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları bu eşik noktasına özellikle hızlı ve çok çeşitli koşullarda ulaşabilirler, ancak öncelikle kişilerarası ve sosyal zorluklar sunan koşullarda. Seanslarda artan kaygı, nedeni ne olursa olsun, hastanın zihinselleştirmesinin zayıflatılmak yerine desteklenmesini sağlamak için büyük bir özenle tedavi edilir. Tersi durum -yetersiz kaygı- da klinisyen için bir tehlikedir, çünkü hastanın bağlanma/zihinselleştirme sistemi üretken bir şekilde uyarılmaz ve bu da kopuk hastanın duygularını nasıl yöneteceğini, ilişkilerde zihinselleştirmeyi nasıl sürdüreceğini ve değişim yaratacağını öğrenememesine yol açar. Daha antisosyal özelliklere sahip olanlar gibi bazı hastalar, zihinselleştirmelerini sürdürmek için bağlanma kaygısını azaltır veya etkisizleştirir, ancak bu durum başkalarına ve kendilerine önemli bir bedel ödettirir. Bu bireyler için zihinselleştirme, örneğin bilişsel zihinselleştirmenin aşırı kullanımı ve duygusal zihinselleştirmenin sınırlı aktivasyonu nedeniyle kısıtlanır. Bilişsel katılık ortaya çıkar ve antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopatik özellikler gösteren kişinin soğuk ve sakin görünümünü oluşturur (bkz. Bölüm 7). Bu kişi, öz-duygusal durumlara erişim veya başkalarının öznel deneyimleriyle dengelenmeyen aşırı bili

Machine Translated by Google

Onlarla duygusal olarak empati kurun. Zihinselleştirmenin sosyal ve kişisel etkileşimlerde gelişmesi için bağlanma ve kaygı gereklidir, ancak yönetilebilir bir aralıkta tutulmaları gerekir; ne çok fazla ne de çok az.

Dengeli Zihinselleştirme

İkinci ilke, esneklik ve uyum sağlama yeteneğini korumak için zihinselleştirmenin tüm boyutlarındaki kutuplarının dengesine odaklanmaktır. Klinik etkileşimlerde bu, özellikle bağlanma kaygısı bağlamında, hastanın zihin durumlarını otomatik/kontrollü, ben/öteki, bilişsel/duygusal ve içsel/dışsal zihinselleştirmenin dört boyutunun kutupları arasında ileri geri tetikleyen zıt hareketlerin kullanılmasıyla yapılır (bkz. Bölüm 2). Kişilik bozukluğu olan hastalar, genellikle kendi bozukluklarının karakteristik bir özelliği olan bir şekilde bazı kutupları aşırı veya yetersiz kullanırlar. Örneğin, kaygılı olduklarında Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları, benlik ve öteki deneyimlerini ayırmakta zorluk çekerler; bu nedenle görev, kendilerini nasıl hissettikleri ile başkaları tarafından nasıl deneyimledikleri arasında bir ayrılık ve ayrım geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Buna karşılık, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar kendi benlik deneyimlerini aşırı abartabilir ve başkalarının deneyimlerini küçümseyebilir. Dolayısıyla bu bireylerde görev, başkalarına yönelik yeterince kullanılmayan ilgi kutbunu yeniden canlandırmak için zıt hareketler kullanmak veya şişirilmiş öz değerlendirme kutbunu nazikçe (dikkatli ve eş zamanlı empatik doğrulamayla) delmektir.

İlişkisel Süreci Etkinleştirme Üçüncü

ilke, benlik ve diğerinin zihinselleştirilmesini, terapötik ilişkide neler olup bittiğine dair daha karmaşık konuşmalara dönüştürmektir. Bu, hem benlik hem de diğer deneyimlerin zihinselleştirilmesinin etkinleştirilmesiyle başlar. Hem hastanın hem de klinisyenin zihinsel durumları ve duygusal deneyimleri birbirinden ayrılmalı ve mümkünse biz-modunda birlikte işlenmelidir. Bu, seans içindeki baskın bir temadan, örneğin daha bilinçli içerikten, hasta ve klinisyen arasındaki altta yatan dinamik bir sürecin temasına, örneğin hem klinisyenin hem de hastanın, içerik tartışılırken, ikisinde de çok güçlü bir duygusal tepki tetikleme korkusuyla "yumurta kabukları üzerinde yürümesi" gibi, baskın olmayan bir temaya geçilerek gerçekleştirilebilir (bu bölümün ilerleyen kısımlarında duygu odaklılık tartışmasına bakın). Biz-lik veya "biz-mod", "sen" ve "ben" olarak ayrı benliklerimizde meydana gelenleri aşan ve "biz" ilişkisel birimi için meydana gelenleri temsil eden bir bakış açısıdır (bkz. Bölüm 2). İlişkisel zihinselleştirmenin daha yüksek seviyeleri bireyselliğin ötesine geçer. Etkili sosyal iş birliği, kısmen birey gruplarının eylemlerini ortak bir hedefe yönelik olarak görmelerine (yani "biz" olarak) bağlıdır. Bireyler zihinlerini kolektif bir biliş biçiminde paylaştıklarında, bir "ortak zihin" yaratırlar. Dolayısıyla, klinik etkileşimde "biz"lik, hastanın veya klinisyenin kendine ve başkalarına ilişkin bireysel bakış açılarından farklıdır. Özünde ilişkisel bir temsil olarak, MBT'de ilişkisel çalışmaya giden bir yolu izleyen çeşitli şekillerde aktif olarak geliştirilen ve desteklenen bir durumdur: 1. Ortak formülasyon ve işbirlikçi bir duruş 2. Kişisel zihinselleştirme profili 3. Yalnızca hastanın zihin durumlarıyla değil, aynı zamanda diğerlerinin zihin durumlarıyla da açıkça çalışmak

klinisyen

4. Empatik doğrulamaya öncelik vermek

Machine Translated by Google

5. İttifak, onun kopuşları ve ortak niyetliliğe odaklanma 6.
Klinikçinin kendi kişisel amaçlarıyla ilgili olarak kendini ifşa etmesinin teşvik edilmesi
kişilerarası stratejiler.

MBT klinisyeni, düşüncelerini, duygularını ve karşıt-ilişkisel tepkilerini hastaya açıkça sunar ve terapötik etkileşimdeki hiçbir kişinin gerçekliğe dair geçerli görüşler üzerinde tekel sahibi olmadığını ve her iki tarafın da kişilerarası etkileşimleri yalnızca izlenimci bir şekilde deneyimlediğini kabul etmesi gerektiğini açıklar. İlişkisel zihinselleştirmenin bir parçası olarak, tıpkı klinisyenin hastayı zihinselleştirmesi gerektiği gibi, hastadan da klinisyeni zihinselleştirmesi istenir. Klinisyen ve hasta hem kendini hem de diğerini zihinselleştirme ortak görevine girdiklerinde bir biz-lik duygusu ortaya çıkar, ancak bu, aralarındaki iletişimin değerini ve kalitesini belirlemede kritik öneme sahip olan karşılıklı anlayışın anlık bir farkındalık hali olarak kabul edilir. MBT gruplarında (bkz. Bölüm 5), katılımcılar başlangıçta "bizim" grubumuzun değerlerini tanımladıkça ve ardından grup projesini bu değerler etrafında düzenli aralıklarla yeniden gözden geçirip yeniden formüle ettikçe bir biz-lik duygusu da oluşur.

Süreç ve İçerik Dördüncü ilke,

klinisyenlerin zayıf zihinselleştirilmiş içeriği aşırı ayrıntılandırmamaya veya etkisiz zihinselleştirme süreçlerini pekiştirmemeye dikkat etmeleridir. Klinisyenin süreç ve içeriği ayırt etmesinin en kolay yolu, düşünce ve duyguların "nasıl"ı ile "ne" ve "neden"ini değerlendirmektir. Bir düşünce veya duygunun öncelikle nasıl işlendiği dikkate alınmalıdır. Zihinselleştirilmemiş içeriği olduğu gibi ele almak, hastanın zihinselleştirmesini harekete geçirmeyecek ve merakını uyandırmayacaktır. Ayrıca, örneğin bir hastayı öz eleştirisinin yanlış veya kanıtsız olduğuna ikna etmeye başlamak veya sosyal duyarlılığına işaret ederek öznel reddedilme deneyimiyle tartışmak çok kolaydır. Hastanın zihinselleştirilmemiş içeriğini doğrulayan veya ona karşı çıkan müdahaleler, onu saf bir gerçeklik olarak doğrulayarak veya onunla tartışarak zihinselleştirmeyen bir süreçte hastayla birleşir ve hastada yanlış anlaşılmışlık hissi bırakır. Genel amaç, deneyimin "nasıl" işlendiğini değiştirmek ve etkili zihinselleştirmeyi yeniden sağlamaktır. Bu nedenle MBT klinisyeni, içeriğin bazı yönlerinin etkili bir empatik doğrulaması sağlanana kadar içeriği onaylama ve tartışma arasında bir orta yol izler. Ancak o zaman bir zihinselleştirme süreci tetiklenebilir. Bu noktada, deneyimin "ne" hakkında olduğu keşfedilebilir ve ardından bireye inandırıcı bir anlam kazandırılabilir; bu da "neden" sorusudur.

Deneyimin Etkisinin Empatik Doğrulanması İçerikten (düşük

zihinselleştirme modunda) sürece odaklanmaya geçiş, beşinci ilkeyi izler; bu ilkeye göre, klinisyen başlangıçta empatik duygusal doğrulamanın koşullu ve belirgin tepkilerini kullanarak müdahale eder [3]. İnsanlar, davranışları ve çevresel olaylar arasındaki koşulların varlığına duyarlıdır ve kendi zihinsel durum niyetlerine ve başkalarının zihinsel tepkilerine de eşit derecede duyarlıdırlar. Kişilerarası etkileşimin bir yönü olarak koşulluluk tespitinin, kişinin kendi tepkisini diğerinin koşullu tepkisine göre belirleyerek duygusal durumların farkındalığını aşamalı olarak geliştirmede önemli bir rol oynadığını iddia ediyoruz. Daha spesifik olarak, klinisyenin zihinselleştirmeye çalışırken hastanın ifade edici gösterilerine ilişkin koşullu yansımaları, hastada duygusal öz farkındalık ve kontrolün gelişiminde merkezi bir nedensel rol oynar; bu, zihinselleştirmenin merkezi bir yönüdür, ancak kişilik bozukluğu olan kişilerde iskele ve destek gerektirir. Daha da önemlisi, hastanın empatik olarak doğrulanması

Machine Translated by Google

Klinisyen, hastanın söylediklerine katılmasını gerektirmez (daha önce de belirttiğimiz gibi); daha ziyade, düşünce ve duyguların, birlikte çalıştığı kişinin öznel durumu üzerindeki olası etkisinin farkında olması anlamına gelir. Dolayısıyla klinisyen, diğer tüm müdahalelerin temeli olarak hastanın deneyiminin empatik olarak doğrulanması çerçevesinde hareket eder. Bir "biz" olma duygusunun kolaylaştırılması, öncelikle olaylara hastanın bakış açısından ortak bir bakış açısıyla bakılması etrafında şekillenir.

Zihinselleştirme Sürecine Odaklanma: Zihinsel Durumlar Nasıl İşlenir?

Klinisyen, terapötik

sürecin hasta ve klinisyen tarafından ortak bir yaratım olarak kalmasını sağlamalıdır. Aynı zamanda, klinisyenin şunları yapması önemlidir: 1. Etkisiz, düşük seviyeli zihinselleştirmeyi fark

etmesi 2. Hasta adına zihinselleştirmeyi devralmaması 3.
Zihinselleştirmeyen söylemi zihinselleştirmeye çalışmaması
4. Boş, yüzeysel zihinselleştirmeye girmemesi.

Bu emirlerin hiçbiri kolayca takip edilemez; çoğu zaman klinisyenler, doğuştan gelen tepkileri tarafından kandırılıp, yapmacık modun (bkz. Bölüm 2) psikolojik içgörüyü yansıttığını düşünürler; oysa aslında bu, kişinin kendi ve/veya başkalarının güdülerinin ve zihinsel durumlarının ayrıntılı bir şekilde tanımlandığı, ancak gerçeklikle çok az veya hiç bağlantısı olmayan incelikli bir hiperzihinselleştirme biçimidir. Klinisyenler ayrıca güçlü zihinselleştirme kapasitelerine sahiptir ve psikolojik anlayış konusunda iyi eğitimlidirler; bu da bir hastanın endişelerine yapıcı çözümler önererek sorunları keşfetme mücadelesini devralmalarını kolay ve cazip hale getirir; hastanın zorlukları için destek olmak, yardım sunmak ve alternatif bakış açıları ve çözümler sunmak doğaldır. Ancak klinisyen bu yollara girdiğinde, kendi zihinselleştirme süreçleri başarıyla gösterilse de, hastanın kapasiteleri - "zihinselleştirme kasları" - ihtiyaç duyduğu egzersiz yapılmadan güçlendirilemeyecektir. Bu nedenle klinisyenin hasta adına zihinselleştirme yapmayı bırakması ve bunun yerine hastanın zihinselleştirmesini tetiklemek için sürekli çalışması ve daha sonra bunu sürdürmesine yardımcı olması gerekir.

Demokrasi, Eşitlik ve İş Birliği Hasta ve klinisyen birlikte

ne üzerinde çalışacaklarına karar verirler, çalışmada eşit ortaklardır ve giderek daha belirgin kişisel anlatılar ve anlayışlar oluşturmak için iş birliği yaparlar. Farklı bakış açılarına açıklık, alçakgönüllülük ve sıradan bir insan olarak ve kibirsiz olmak, zihinselleştirmenin temelini oluşturur. Zihinsel durumlar açısından hasta ve klinisyen eşittir; hiçbir kişi etkileşimler ve bunlarla ilişkili zihinsel süreçler hakkında diğerinden daha geçerli bir deneyime sahip değildir ve her ikisi de deneyimleri yanlış yorumlama kapasitesine sahiptir. Zihinsel durumları anlamak, ortak ve iş birliğine dayalı bir süreç olmalıdır. Hastalar kendilerini bir hiyerarşide "aşağı" veya daha düşük olarak algılarlarsa, bu durum kendi başlarına düşünme kapasitelerini engelleyecek ve onları klinisyenin formülasyonlarını kabul etmeye yatkın hale getirecektir. Güç asimetrisi, gerçekten ortaklaşa ve iş birliğine dayalı düşünmeye ve kişinin kendisi hakkında başkalarından ve başkaları aracılığıyla öğrenmesine aykırıdır.

Kişisel değişimi mümkün kılacak şekilde klinisyenden öğrenmek için hastanın, klinisyenin zihninin ulaşılabilir, ulaşılabilir ve kabul edilebilir olduğunu hissetmesi gerekir. Dinamik düzeyde, zihin durumlarının eşitliği ve birbirlerinin zihin durumlarını dikkate alma gerekliliği,

Machine Translated by Google

İki yönlü bir süreç. Klinisyen zorunlu olarak hastanın zihnine odaklanır ve hastanın da klinisyenin zihnine eşit derecede ilgi duyması gerekir ("Klinisyen bunu neden söylüyor?"; "Bu fikri nereden alıyor?"; "Benim hakkımda ne anlama geliyor?"). Hastanın bunu yapabilmesi için epistemik güvenin yaratılması gerekir ki bu da zaman alacaktır.
Dolayısıyla, kaçınılmaz olarak, zihinsel durum ilgisinin akış yönü, tedavinin başlangıcında genellikle tek yönlüdür ve hasta haklı olarak kendi zihin durumlarıyla ilgilenir. Ancak, yön dengesizliğinin her iki yönde de olabileceğini unutmamak önemlidir; hasta klinisyenin zihniyle aşırı derecede ilgilenebilir veya klinisyen zaman zaman kişisel veya başka nedenlerle kendisiyle meşgul olabilir. Bu durumlarda bile, her iki tarafın öznel deneyimleri eşit derecede değerlidir ve aynı derecede ciddi bir inceleme gerektirir.

Demokrasi hakkında -veya belki de daha iyisi, eşitlik hakkında- birkaç söz. Sıradan terapötik ortamda güç farklılıklarının önemini daha önce ele aldık ve kişilerarası bir diyalogda daha zayıf (yani yardım arayan) kişi gibi hissetmenin zihinselleştirmeye zarar verdiğini açıkladık; muhtemelen aşağılık duygusuna neredeyse kaçınılmaz olarak utanç eşlik eder ve bu da geri çekilmeye yol açar. Klinisyenin zihinselleştirme süreçlerinden bazılarını ifşa etme konusundaki açıklığı ve istekliliği, klinisyenin kendi düşünce ve duygularını hesaba katması ve bunlardan sorumlu olması yoluyla hastanın uygun şekilde "düzeltilmesinin" bir parçasıdır. MBT'de "demokratikleşmenin" bir diğer yönü, klinisyenin kişinin kendisini bir hasta veya danışan olarak değil, bir sohbet ortağı olarak görmesini düşünmesidir (çünkü bu etiketler bir yalvarma tonu taşır). Bu bağlamda önemli olan, klinisyenin etkisiz zihinselleştirmeye karşı kendi savunmasızlığını beyan etmesi ve seanslarda gerçekleştiğinde bunu açıkça kabul etmesidir -ki bu kaçınılmaz olarak gerçekleşecektir.

MBT klinisyeni, tıpkı hastanın yaptığı gibi, tedavi süreciyle ilgili olduğunda zihin durumlarını hastayla açıkça paylaşır. Bu, öznel deneyimin etkileşimsel yönlerinin dikkate alınmasını sağlar. Paylaşım, hasta ve klinisyen arasındaki etkileşimin terapinin işleyişini engellediği veya klinisyenin zihinselleştirme kapasitesini kaybettiği durumlarda özellikle önemli hale gelir. Hasta -çoğunlukla farkında olmadan- korkutucu davranabilir veya klinisyenin gizli korkularına dokunarak klinisyende kaygıya neden olabilir ve klinisyen net düşünemez. Hastanın, klinisyenin düşünme becerisine herhangi bir müdahalede bulunabileceğinin farkında olması önemlidir, çünkü bu yalnızca etkili bir yardım sağlamayı engellemekle kalmaz, aynı zamanda aniden etkisiz bir klinisyenle karşı karşıya kalan hastanın kafasını da karıştırabilir. Etkileşimsel deneyimi klinisyenin bakış açısından paylaşmak, hastanın başkaları üzerindeki olası etkilerini düşünmesini sağlamanın yanı sıra, klinisyenin düşüncelerini ve duygularını kelimelere dökerek daha iyi zihinselleştirmeyi etkinleştirerek kendi zihnini dengelemesini de sağlar. Diğer zamanlarda, klinisyenin zihni boşalabilir veya hastaya nasıl tepki vereceğinden emin olmayabilir; bu, hastanın etkisiz zihinselleştirmesine karşı yaygın bir tepkidir. Bu gibi durumlarda, MBT klinisyeni endişelenmemeli, sadece ruh halini paylaşmalıdır: "Biliyor musun, bu konuda ne söyleyeceğimi bilmiyorum. Beni orada şaşırttın. Düşünmeme yardım et. Diyordun ki..."

MBT klinisyeninin zihni, ideal olarak hasta tarafından ele alınması gereken iyi huylu bir "açık kitap"tır. Başkaları aracılığıyla kendimiz hakkında bilgi ediniriz; eğer başkaları zihinlerini bize kapatırsa, daha az öğreniriz. Açık olmak gerekirse, bu, klinisyenin hastayla kendi yaşam sorunları hakkında konuşmasına izin verdiği şeklinde görülmemelidir! Bu, klinisyene hastayla yaşadığı deneyime tepki olarak açık olması gerektiğini hatırlatır. Ancak şu nitelemeye dikkat edin: iyi huylu, açık, nazik, cömert, kibar ve hassas anlamına gelir; acımasız, eleştirel, kibirli, soğuk veya merhametsiz anlamına gelmez.

Machine Translated by Google

Özgünlük ve “Bilmeme” Duruşu

Zihinsel durumlar hakkında gerçekten bir şey bilmiyorsunuz çünkü özneller ve asla tam olarak bilinemezler. Ancak, yıllar içinde öğrendiğiniz heterojen bir sorunlar ve psikolojik süreçler kümesi ve diğer gerçekler ve rakamlar olarak Sınırda Kişilik Bozukluğu hakkında bilgi sahibisiniz. "Bilmiyorum" tavrı, birinin zihninde neler olup bittiğine dair gerçek bir merak tavrıdır; düşünceler ve duygular nasıl bizim bir parçamız gibi hissedilebilir ve bazen bize yabancı ve dayatılan, neredeyse kendi hayatları olan bir şey gibi görünebilir. Bunlar bunaltıcı olabilir. MBT'de zihinsel durumlara odaklanmanın amacı, onları tanımak, evcilleştirmek ve etkileşimlerimize ve hayatımıza yapıcı bir şekilde hizmet edecek şekilde yönetmektir.

Bilmeme tutumu, kişilerarası bir bakış açısından kaynaklanır. Zihinsel durumların karşılıklılığını ele alır ve zihinlerin zihinleri değiştirebileceği fikrine dayanır. Klinisyenin kendi zihnine karşı tutumu, hastanın zihnine karşı tutumuyla aynıdır. Kendi kurguları hakkında yorum yapma biçiminde çekingendirler ve kendi zihinsel durumlarını ayrıcalıklı olarak görmekten kaçınırlar. Bilmeme tutumu, zihinsel oyunculuğu içerir ve zihinlerin karmaşıklığını anlama ortak projesini kolaylaştırmak için hayal gücü ve mizah kullanır. Düşünceler ve duygular dünyayı değiştirebildikleri (eylem yarattıkları) için ciddidir, ancak aynı zamanda geçicidirler ve bu da onlara geçici bir esneklik ve dönüşüm niteliği kazandırır. Her şeyden önce, bilmeme tutumu, sorunları el ele, daha doğrusu zihin zihinde keşfetmek için en etkili yoldur; böylece kimse zihninin karanlık ve tehlikeli yerlerine tek başına girmek zorunda kalmaz. Ustaca yapıldığında, paylaşılan amaçlılığın biz-modunu teşvik eder.

Öte yandan, bilmeme tavrı beceriksizce kullanıldığında, hastaya sohbet arkadaşı olarak orada bulunan biriyle konuşmaktan ziyade sorularla boğulmuş gibi, bir sorgulama gibi gelebilir. Bu durum, klinisyenin sürekli olarak "neden" soruları sormaya başlamasıyla ortaya çıkabilir. Hastalar, çoğumuz gibi, çoğu zaman "neden" sorusunu bilmezler, bu yüzden bunlar genellikle anlamsız sorulardır. "Neden" sorularının zihinselleştirme ağının etkinleştirilmesini gerektirdiğini, "nasıl" sorularının ise gerektirmediğini biliyoruz. Dolayısıyla, hastanın zihinselleştirmesi idealin altındaysa, "neden" sorularının her durumda anlamsız olma olasılığı yüksektir. Kendinizi bir sorgulama tuzağına düşerken bulursanız, aynı sorunu yaşayan bir arkadaşınızla nasıl konuşacağınızı düşünün. "Neden" üzgün hissettiklerini, "neden" çocuklarının zor davrandığını düşündüklerini veya "neden" partnerlerinin onları terk etmeye karar verdiğini sormazsınız. Onlardan neler olduğunu ve bu konuda ne düşündüklerini ve hissettiklerini ayrıntılı olarak anlatmalarını istersiniz. Olanlar ve onlar için nasıl bir deneyim olduğu konusunda şaşkınlık ve gerçek bir merakla konuşma olasılığınız daha yüksektir. Bu sizi yine "bilmiyorum" tavrına geri döndürecektir.

Bu nedenle MBT klinisyeni, olguları ortaya çıkaran bir duruş, Sokratik sorgulama (açık ama bilişsel olarak odaklanmış) duruşu ve keşifsel, bilgisiz bir duruş arasında ayrım yapar. Her üç sorgulama yöntemi de herhangi bir seansta kullanılabilir, ancak keşif gerektiğinde, güven oluşturmak için etkileşimli tartışma ile bilgisiz tutumun diyaloğun ön saflarında yer alması gerekir.

Sonuç Açıklamaları

Bu bölüm, bir MBT klinisyeninin hastalarla klinik etkileşimlerinde izlediği ilkeleri özetlemektedir. Klinisyen, bu ilkeleri diğer tüm MBT müdahalelerinin temelini oluşturmak ve böylece etkinliklerini en üst düzeye çıkarmak için kullanır. Bu bağlamda, izlendiğinde,

Machine Translated by Google

İlkeler, hasta ve klinisyen arasında zihinselleştirmenin gelişebileceği etkileşimli bir süreç yaratır. Ancak o zaman hastada güçlü bir zihinselleştirme -MBT'nin temel amacı- oluşturulabilir. Tedavi sırasında klinik sorunların biçimi her hastaya özgüdür, bu nedenle uyulması gereken net ilkelere sahip olmak, klinisyenin belirsizlik karşısında kendi zihinselleştirmesini sürdürmesini sağlar. Bu, özellikle şiddetli meta-bilişsel dağınıklığı olan hastaların tedavisinde önemlidir; örneğin, BPD'li hastalar (bkz. Bölüm 4 ve 5) gibi, bu hastalar klinisyende çok kolay bir şekilde meta-bilişsel dağınıklık yaratabilirler. Klinisyen şüpheye düştüğünde, kendi zihinselleştirmesini yeniden kazanmayı modellemelidir ("Zihnimi geri kazanmak için bir ana ihtiyacım var; burada ne düşündüğümden emin değilim. Bir dakika bekleyebilir miyiz?"), hastayla kararlaştırılan formülasyona geri dönmeli (Bölüm 4'te açıklanmıştır), empatik olarak onaylayıcı bir duruş sergilemeli ve zihinselleştirme sürecine net bir şekilde odaklanarak sorunları yeniden keşfetmelidir.

Kaynaklar 1.

Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

2. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. basım. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019.

3. Gergely G, Watson JS. Sosyal Ebeveyn duygu-yansıtma biyogeribildirim teorisi: Bebeklikte duygusal öz farkındalığın ve öz kontrolün gelişimi. Uluslararası Psikoanal Dergisi 1996; 77: 1181–212.

Machine Translated by Google

Bölüm 4

Klinik Süreci Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

Adım Adım Bir Kılavuz

Giriş Zaman

içinde uygulanan yapılandırılmış ve bütünleşik bir tedavi olarak mentalizasyon temelli tedavinin (MTE) kısa bir özeti Kutu 4.1'de sunulmaktadır. MTE, 12-18 aylık bir süre boyunca birlikte sunulan bireysel ve grup psikoterapisinin bir arada uygulandığı bir ekip yaklaşımı gerektirir. MTE grupları (MBT-G) 5. Bölüm'de ele alınmaktadır. Daha yakın zamanlarda MTE, bireysel terapi veya grup terapisi olarak da sunulmaya başlanmıştır, ancak bu yazının yazıldığı tarihte, bu farklı uygulama biçimlerini karşılaştıran kapsamlı bir çalışma yapılmadığından, yalnızca tek bir uygulama yönteminin kullanılmasının sonuçları belirsizd

Kutu 4.1 MBT Özeti.

MBT, çeşitli ortamlarda uygulanabilen yapılandırılmış bir tedavi yöntemidir. Bireysel ve grup psikoterapisini entegre ederek, zihinselleştirme kapasitesini geliştirmeye ve epistemik güveni artırarak sosyal öğrenmeyi iyileştirmeye odaklanarak intihar eğilimi, kendine zarar verme, duygusal işleme ve ilişkisel istikrarsızlık konularını ele alır.
Tedavi genellikle 12-18 ay sürer.

İlk Aşama

- Psikoeğitim (MBT-Tanıtım Grubu).
- Ortaklaşa geliştirilen formülasyon.
- Hastanın özel uzun vadeli bağlanma süreçlerinin anlaşılmasına dayalı bir tedavi ittifakının oluşturulması.

- Güvenlik planlaması.
- Özellikle yüksek riskli davranışlarla ilgili olarak zihinselleştirme zaaflarının belirlenmesi ve etkisiz zihinselleştirme biçimlerini tetikleyen bağlamların oluşturulması.

Tedavi Aşaması

Genel Stratejiler Yüksek

- riskli davranışların sabitlenmesi.
- Zihinselleştirmeyi mümkün kılan destekleyici, empatik doğrulama.
- Etki tanımlamasını ve bağlamlandırmayı gerektiren temel zihinselleştirmenin temelini oluşturmak için açıklama ve ayrıntılandırma.
- Alternatif bakış açılarının keşfedilmesini sağlayan kişilerarası odaklanma.
- İttifaklardaki kopuklukların giderilmesi.

Machine Translated by Google

Kutu 4.1 (devamı)

Dürtüselliği yönetmek
için zihinselleştirmeyi kullanmanın özel stratejileri .
Hem grup hem de bireysel terapide ilişkisel yapıların aktivasyonu yoluyla bağlanma ilişkilerinde istikrarlı zihinselleştirme süreçlerinin oluşturulması; öğrenilen terapi deneyiminin sosyal dışlanma/dahil edilme ve kişisel reddedilme duyarlılığına odaklanılarak günlük sosyal ve kişisel yaşamla ilişkilendirilmesi; stres altındayken kendinin ve başkalarının yansıtma kapasitesinin artırılması.

Etkisiz zihinselleştirme tetiklendiğinde zihinselleştirmeyi yeniden kurmak.
Travma odaklı kişisel anlatı çalışması.

Son Aşama
Tedavinin sonlandırılmasının hasta ve klinisyen açısından deneyimi ve tedavinin gözden geçirilmesi.
Sınırda kişilik bozukluğu süreçlerine (örneğin terk edilme korkusu) özel odaklanma.
Sabit zihinselleştirmenin ve öğrenilmiş toplumsal anlayışın genelleştirilmesi.
Öz bakımı sürdürmek için zihinsel becerilerin geliştirilmesi.

Kutu 4.1'de gösterildiği gibi, MBT aşamalara ayrılabilir ve her aşama belirli klinik görevlere alt bölümlere ayrılır. Her aşama, hastanın bir partner ve daha spesifik olarak, kendi zihinselleştirmesini anlamada ve MBT çerçevesini sorunlarını anlamak ve bunlarla nasıl başa çıkacağını anlamak için bir yapı olarak kullanmada eşit derecede uzmanlaşan bir konuşma partneri olarak desteklenmesiyle desteklenir. Zihin durumları hakkında "bilgi sahibi olmanın" yalnızca klinisyenin tekelinde olmadığını unutmayın. Farklı bakış açıları da aynı derecede geçerlidir, çünkü düşünce ve duygu temsillerimiz izlenimci kökenlere sahiptir ve her birine mümkün olduğunca önyargı veya peşin hüküm olmaksızın tarafsız bir şekilde değer verilmelidir.

Bu bölüm boyunca, borderline kişilik bozukluğunun (BPD) prototipik özelliklerine sahip genç bir kadın olan Sarah'ın vakasına değineceğiz. Aşağıdaki klinik örnek, beş ana klinik bileşenden oluşan MBT uygulama sürecini göstermek için kullanılmıştır:

1. değerlendirme
2. formülasyon
3. psikoeğitim 4. genel
ve özel stratejiler kullanarak tanımlanan sorunların keşfi
hastanın zihinselleştirilmesi
5. bitirme.

Klinik Örnek: Sarah Hakkında Bilgiler Sarah 28 yaşında.

Uyuşturucu bağımlılığı sorunları yaşıyor. Yıllarca kokain ve esrar kullanmış, ancak 6 aydan uzun süredir tüm uyuşturuculardan kurtulmuş durumda.
Şu anki şikayeti yalnız kalmaya dayanamaması. Yaklaşık 1 yıl önce uzun süreli partnerinden ayrılmış. Şu anda 5 yaşında olan bir oğulları var ve partneriyle birlikte oğulları üzerinde ortak velayet hakkına sahip. Oğluna bakarken kendini "normal" hissediyor, ancak evinde tek başınayken kaygılı oluyor ve insanlarla görüşmek istiyor. Bu nedenle, kendi deyimiyle "başka insanlarla birlikte olmak için can atıyorum" diye sık sık dışarı çıkıyor.

İlişki sorunlarına dair bazı belirtiler var: Önceki partneri kontrolcüydü ve zaman zaman şiddet yanlısıydı. Sarah tehlikede olduğuna inanmıyordu ve bu yüzden devam etti.

Machine Translated by Google

İlişkisi 1 yıl öncesine kadar devam etti, ta ki partneri onu terk edene kadar. Şimdi, kendisine bağlı olduğunu düşündüğü başka bir adamla ilişkisi var. Sürekli güvence isteyerek bu ilişkide sorunlara yol açtığını fark ediyor. Sürekli olarak ona kendisini sevip sevmediğini soruyor ve sık sık eski kız arkadaşlarını ve onlarla nasıl olduklarını soruyor.

Ruh halinde bazı dalgalanmalar yaşıyor ve geçmişte kendine zarar verme girişimlerinde bulunmuş. Şu anda intihar dürtüsü açısından risk altında değil, ancak 2 yıl önce ölmek istediği için aşırı dozda uyuşturucu kullanmış.

Klinik doktor Sarah'ı ilk gördüğünde, kendisi hakkında konuşabilen ve sevimli biri gibi görünüyordu. Çevresel tetikleyicilere bağlı gibi görünen, hızla değişen ruh halleri vardı. Başkalarıyla birlikteyken kendini iyi, yalnızken ise kötü hissediyordu.

İlk Aşama

Değerlendirme

Psikolojik tedavi talep eden tüm hastalar için psikolojik dayanıklılık ve ruh sağlığı sorunlarının genel bir değerlendirmesi yapılır. Hastanın sorunlarına psikoterapötik bir yaklaşımın en uygun yöntem olduğu belirlendikten sonra, hastanın MBT'ye uygunluğu değerlendirilir. Bu, klinisyen için bir dizi klinik ikilem yaratır, çünkü MBT'yi diğer kanıta dayalı müdahaleler yerine önerme kararını temellendirecek sınırlı kanıt vardır. Bir hastanın MBT'den özel olarak fayda göreceğini düşündüren yerleşik hasta özellikleri (örn. bağımlılık), BPD özellikleri (örn. dürtüselliğe göre kişilerarası sorunların baskınlığı) veya psikiyatrik semptomlar (örn. yüksek anksiyete düzeyleri) yoktur. Ayrıca, MBT'nin bazı hasta tipleri için aktif olarak zararlı olduğunu ve bu nedenle kaçınılması gerektiğini gösteren hiçbir kanıt yoktur. MBT'nin araştırma denemeleri, BPD için diğer tedavi denemelerinin aksine, dışlama kriterlerini minimumda tutmuştur; Antisosyal kişilik bozukluğu (ASPD) ve karmaşık travma sonrası stres bozukluğu gibi iyi sonuçları etkilemesi beklenen eş zamanlı rahatsızlıkları olan hastalar her zaman dahil edilmiştir [1]. MBT, eş zamanlı rahatsızlıkları olan bu hastalar için karşılaştırmalı (standart) tedaviden daha etkiliydi, bu nedenle bu tür klinik özellikler hastalara MBT teklif edilmesinin dışlanması için bir sebep olmamalıdır [2,3]. Bu, bu hastaların tedavilerinin, eş zamanlı rahatsızlıklarına özel olarak dikkat edilmiş olsaydı daha az etkili olacağı anlamına gelmemelidir. Mevcut sınırlı araştırma kanıtları, MBT'nin, tedavi başlangıcında kişilik bozukluğu tanısı sayısıyla ölçülen daha şiddetli kişilik bozukluğu olan hastalar için özellikle yararlı olabileceğini düşündürmektedir. İki kişilik bozukluğu tanısı konmuş hastalardan fazlası, karşılaştırmalı tedavi MBT'ye göre daha az başarılı olmuştur [2,3].

Klinik konsensüs, bazı hastaların tedavi konusunda zorluklar yaşadığını göstermektedir. Kısıtlayıcı yeme bozukluğu ve düşük vücut kitle indeksi olan hastaların kilo alımı için diyet ve beslenme alışkanlıklarına odaklanmaları gerekebilir ve bu da ek klinik müdahale gerektirir (yeme bozukluğu olan hastalar için MBT, Bölüm 12'de ele alınmaktadır).
Madde kötüye kullanımı bozukluğu, özellikle alkol bağımlılığı, hastanın organizasyonel yeteneklerini önemli ölçüde etkiler; bu hastalar seanslara düzenli olarak katılmakta ve zihinsel süreçleri üzerinde anlamlı bir şekilde düşünmekte zorluk çekebilirler. Kaçınma bozukluğu olan hastalar

Machine Translated by Google

Kişilik bozukluğu (Bölüm 8'de ele alınmıştır), öncelikli olarak kişilerarası etkileşim, duygusal düzenleme ve dürtüselliğe odaklanan duygusal düzensizliği olan kişilerde MBT gruplarında belirgin bir rahatsızlık hissi yaratabilir (MBT grupları Bölüm 5'te açıklanmıştır); klinisyen, aşırı kaçınmacı hastalar için daha özel bir zihinselleştirme müdahalesini değerlendirmek isteyebilir. Ancak, MBT'nin uzun vadeli takip çalışmaları, bu eşlik eden durumlarla ilişkili daha kötü sonuçlara dair çok az kanıt göstermiştir [4].

Zihinselleştirme Profilinin Değerlendirilmesi

Zihinselleştirmenin dört temel boyutunun (2. Bölüm'de açıklanan) uyarlanabilirliği ve esnekliği, MBT'nin ilk aşamasında değerlendirilir ve bu değerlendirme, formülasyonun temel bir parçasını oluşturur. Değerlendirmeyi yaparken, klinisyen zihinselleştirme boyutlarındaki geçici dengesizliklerin ve esneklik kaybının normatif olduğunu dikkate alır. Kontrollü veya iyi düzenlenmiş zihinselleştirme, her boyutun kutupları arasında kendi kendini düzelten bir şekilde hızlı bir hareket içerir ve kutuplar, kişinin sosyal dünyasındaki konumunu dengelemesine yardımcı olduğu gibi birbirlerini de dengeler. Endişe ancak zihinselleştirmenin sabit, katı ve esnek olmayan hale gelmesi, herhangi bir boyutun kutuplarından birinin aşırı veya az kullanılması ya da düzenli olarak bağlam dışında uygulanması durumunda ortaya çıkmalıdır.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah evde yalnız kalamıyor ama oğluyla birlikteyken rahat hissedebiliyor. Klinisyen bu konuyu Sarah ile ele alıyor ve Sarah evde yalnız oturduğunda "iğrenç" hissettiğini, huzursuz olduğunu ve dışarı çıkmak zorunda hissettiğini söylüyor. "İğrenç" için daha fazla tanımlayıcı vermesi istendiğinde, yalnızca belirsiz ve ayrışmamış bedensel/zihinsel deneyimler ortaya çıkıyor; sorgulayıcı sorulara rağmen, duygularını veya belirli tetikleyicileri ayrıntılı olarak tanımlayamıyor veya bunları benzer olabilecek diğer deneyimlerle ilişkilendiremiyor. Kaçınmaya çalışması gereken acı verici bir duruma giriyor. Tüm bunlar, Sarah'nın farklılaşmış bir içsel psikolojik (zihinsel) benliğe erişmekte zorluk çektiğini gösteriyor. Düşünceleri ve duyguları açısından kendine dair öznel deneyimi, ona süreklilik, tutarlılık ve farklılaşmış bir içsel deneyim kazandıracak önceki deneyimlerle iyi bir şekilde bağlantılı değil. Zihin durumu "bağlantısız" görünüyor ve birçok BPD hastasının tanımladığı boşluğun kara deliğiyle ilişkili kaygılara tabi. Klinikçi, Sarah için "kendi" deneyiminin önemli bir sorun olduğunu belirtiyor.

Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan kişilerde boşluk hissini tanımak ve anlamak, klinisyenler için zordur çünkü bu onlar için çok yabancı bir durumdur ve yine de klinisyenin bu hisleri tanımlayabilmesi ve hastaya oluşturdukları varoluşsal tehdit ile empati kurabilmesi çok önemlidir. Literatürde klinisyene rehberlik edecek sınırlı bilgi bulunmaktadır, ancak Miller ve arkadaşları, uzman klinisyenlerin, BPD'li hastaların görüşmelerde bildirdikleri kronik boşluk, uyuşukluk ve kopukluk hislerinin açıklamalarındaki görüşlerini özetlemişlerdir [5]. Daha da önemlisi, hastanın boşluk hissini ifade etmesi, zihin durumu son derece acı verici olduğundan ve intihar belirgin bir çözüm olarak ortaya çıkabileceğinden, klinisyeni başka risk kanıtları aramaya teşvik etmelidir.

Zihinselleştirmenin bir boyutunun bir kutbunda sorun varsa, diğer kutuptaki sorun, genellikle aşırı, uygunsuz kullanımla ilişkilendirilir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

MBT klinisyeni Sarah'nın öz deneyimle ilgili zorluklar yaşadığını belirttiğinden, şimdi Sarah'nın "başkalarını" temsil etme yeteneğini araştırıyor; yani başkalarının kendisi hakkında düşünmesini ve onların kendisini nasıl temsil ettiğini görmesini. Başkalarının zihinsel durumlarını kendi zihinsel durumlarından farklı olarak temsil edebilir mi? Mevcut partnerinden ve onun kendisini kendisi kadar sevip sevmediği konusunda endişelendiğinden bahsediyor, çünkü "onunla birlikte olmaya ihtiyacı var". Onunla birlikte olma ihtiyacı ile ona duyduğu sevgi ve onun kendisine duyduğu sevgi hissini karşılaştırması istendiğinde, "Hepsi aynı şey değil mi?" diye yanıtlıyor. Nazik bir sorgulama, konuyu daha ayrıntılı bir şekilde ele almayı başaramadı. Bu, Sarah'nın farklı duyguları yoğun olduğunda bunları ayırt etmekte ve bu değişkenliği ilişkisine (en azından partneriyle) dair değerlendirmesini ve deneyimini şekillendirmek için kullanmakta zorlandığını gösteriyor. Ayrıca, erkek arkadaşının ona olan sevgisini sürekli sorgulaması, onun sürekli olarak ona olan sevgisini gösteren ifadeler veya eylemlerle güvence altına alınma ihtiyacı duyduğunu gösteriyor. Bu, hem sevgiye layık olduğuna dair istikrarlı bir temsil hem de onu seven bir erkek arkadaş imajı yaratma ve buna erişme yeteneğinin çökmeye oldukça açık olduğunu gösteriyor. MBT klinisyeni, benlik/öteki zihinselleştirme boyutunun bu yönüne odaklanmayı bir kenara bırakıyor.

Sarah'nın istikrarlı benlik/başkası temsilleri oluşturmadaki zorluğunun, ilişkilerinin duygusal ve sevgi dolu yönlerine özgü olup olmadığını kontrol etmek faydalıdır. Erkek arkadaşının zihnini başka bağlamlarda da, örneğin işteki performansıyla ilgili endişeli olduğunda, iyi okuyabiliyor olabilir. Bu nedenle, klinisyenin çiftin yapıcı bir şekilde etkileşim kurduğu bir örneği incelemesi ve uygunsa, Sarah'nın başkalarının zihinsel durumlarını okuma konusundaki güçlü yeteneklerinden bazılarını belirlemesi gerekir. Bu, formülasyona olumlu unsurlar ekler ve bağlanma süreçlerinin en aktif olduğu zamanlarda ortaya çıkan, ilişkilerinde karşılaşılan zorluklarla bir karşılaştırma sağlar.

Daha sonra bilişsel/duygusal işleme değerlendirilir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, mizaç olarak kaygılı ve özellikle daha yakın ilişkilerde, kişilerarası etkileşimlerde duyguları kolayca harekete geçiyor. Ancak yine de klinisyen, Sarah'ın oğluyla birlikteyken kendini dengeli ve aşırı duygusal olarak tanımlamadığını belirtiyor.

Ancak, diğer durumlar onun düşüncelerinin kontrolden çıkmasına neden olacak kadar kaygılı olmasına yol açabilir ve korkmuş hisseder ve içsel durumlarını kalibre etmesine ve aşırı tepki vermesini engellemesine yardımcı olmaları için başkalarına ihtiyaç duyar - "Kayboldum, çok korkuyorum, bu korkunç, ne yapacağımı bilmiyorum. Sence ne yapmalıyım?" Bu, kaygıya karşı doğal bir tepkidir, ancak Sarah için sorun, kaygısının hiçbir tepkiyle yatışmaması veya yatışırsa bile bunun yalnızca anlık olması ve daha fazla güvence aramak zorunda kalmasıdır. Bu, bilişsel/duygusal zihinselleştirme kutuplarının dengesiz olduğunu gösteriyor. Duygularını etkili bir şekilde düzenlemesine yardımcı olması için bilişsel zihinselleştirmeyi kullanmakta zorlanıyor. Yüksek uyarılma bağlamında önemli bir kafa karışıklığı (meta bilişsel düzensizlik) yaşıyor ve insanların genellikle kullandığı duygu düzenleme stratejilerinin birleşimi yoluyla duyguları işleyemez hale geliyor: fiziksel/bedensel deneyimi tanıma ve ona uygun nedensel atıflar atama; Kaygının kaynağını, bağlamını ve uygun bir eylemin belirlenmesi; ve deneyimin benzer önceki deneyimlerle ilişkilendirilmesi. Klinisyen, duygusal işlemenin baskın olduğu bilişsel/duygusal bir dengesizlik olduğunu not eder.

Machine Translated by Google

Ardından, klinisyen hastanın "hızlı" ve "yavaş" düşünme olarak düşünülebilecek otomatik ve kontrollü zihinselleştirmeye olan bağımlılığını ele alır. 2. Bölüm'de, otomatik zihinselleştirmenin çoğu günlük etkileşim türü için hızlı ve kullanışlı olduğunu açıklamıştık. Otomatik süreçlerin aşırı kullanımında sorunlar ortaya çıkar. Üzerine düşünülmeyen, değiştirilmeyen ve sorgulanmayan varsayımlar, bunlara dayalı beklentiler gözlemlenen gerçeklikle bağlantı kuramadığında (örneğin, istenen bir tepkiyi ortaya çıkarmada başarısız olduklarında) ortaya çıkar; gözlemlenebilir gerçeklikten elde edilen kanıtlarla bariz uyumsuzluklarına rağmen doğru kabul edilebilirler.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, başkalarının kendisinden hoşlanmayacağını varsayar. Reddedilmeye ve hatta en ufak bir saygısızlığa karşı son derece hassastır. Bunun farkındadır ancak tepki vermekten kendini alıkoyamaz ve istenmediğini hissettiğinde kolayca talepkar ve öfkeli hale gelir. Bu durum partnerinde çok belirgindir, ancak başkalarında da (arkadaşları, meslektaşları ve hatta iyi tanımadığı kişiler) belirgindir. Sarah otomatik zihinselleştirmeye güvenir ve kontrollü zihinselleştirmeyi çok sınırlı bir şekilde etkinleştirir; bu sayede örneğin kendine "Beni istenmiyormuş gibi hissettiren ne yapıyor? Şu anda reddedilmiş hissetmeme neden olan şey nedir?" diye sorabilir. MBT klinisyeni, formülasyon için bir not alır. Klinisyen ayrıca Sarah'ın

Arkadaşlarının veya partnerinin teşvikiyle çabalarının sonuçsuz kaldığını düşünmeye çalışır. İnsanları yanlış okur ve mantıksız kişisel anlatılar yaratır.

Anlık öz-yansıtma, iyi düzenlenmiş veya kontrol edilen zihinselleştirmenin ayırt edici özelliğidir. Otomatik zihinselleştirme direğine takılıp kalmış hastalar, çelişki veya zorluktan habersiz, varsayımlarıyla yollarına devam ederler ve değiştirilemez bir gerçekle (örneğin, işlerini veya ilişkilerini kaybetmek, fiziksel bir saldırı veya büyük bir aşağılanma olayı) karşılaşana kadar nadiren dururlar. Bu arada, şefkatli gözlemci (örneğin, sevilen biri, klinisyen veya hastayla konuşma partneri rolünde olan başka bir kişi) giderek daha fazla şaşkın, sinirli, derinden endişeli, çaresiz ve hayal kırıklığına uğramış hale gelir ve "Yardım etmek istiyorum ama ne hakkında konuştuğunuzu bilmiyorum" gibi ezici bir deneyim yaşar. İletişim bozulmuştur çünkü hasta konuşma partnerinin zihnini dikkate almayı bırakmıştır; konuşma partnerine kendi anlatılarını yansıtarak bir uyumsuzluk yaratırlar. Söylem zamanla ilerledikçe, hastanın öz deneyimi ile konuşma partnerinin hastanın gerçekliğine dair anlayışı arasında bir çatışma ortaya çıkar. Bu anlayış, konuşma partnerinin hastanın zihninden beklediği zihinsel modele dayanır. Dolayısıyla, iki uyumsuz beklenti vardır: hastanın konuşma partneri hakkında oluşturduğu model ve konuşma partnerinin hastanın zihnine dair, kendi bakış açısından görünen ortak gerçekliğe dayanan beklentisi. Klinisyen, yoğun duygu durumunda genellikle toplumsal bir karmaşaya doğru bir çöküş yaşandığını belirtir.

Son olarak, klinisyen dışsal/içsel zihinselleştirme kutuplarını değerlendirir. İçsel zihinselleştirme süreciyle yeterli bir bağlantı kurmadan dışsal zihinselleştirmenin kullanılması, zihinsel durumları anlamak için gözlemlenebilir olgulara aşırı güvenmeye yol açar. Bu durum genellikle başkalarının zihinsel durumları için geçerlidir, ancak içsel öz durumlar hakkında yargılarda bulunurken dışsal faktörlerden aşırı derecede etkilenmeyi de içerebilir; yani kişi, deneyimlediklerini anlamak için "içeride" olmaktan çok "dışarıda" olana güvenir.

Genellikle, bir kişinin yüz ifadesi ile yüz ifadesi arasında bir dereceye kadar varsayılan bir senkronizasyon vardır.

Machine Translated by Google

İfade, göz hareketi, beden duruşu, ses tonu ve içsel zihin durumları gibi faktörlere bağlı olarak, birinin sözleri, bedensel ifadesi ve altta yatan zihinsel durumu arasında bir süreklilik olduğunu güvenle varsayabiliriz. Elbette gerçek şu ki, bağlam ve bu bağlam içinde akıl yürütme kapasitesi, ifadelerin kendisinden daha önemlidir. Dolayısıyla, başkalarının zihinsel durumlarını anlamak için bağlamdan yola çıkarak akıl yürütmeden ve izlenimlerimizin, konuştuğumuz kişinin içsel durumundan başka ne bekleyebileceğimize dayanan anlayışımızla uyuşmayabileceğini düşünmeden dış görünüşe aşırı güvendiğimizde, kolayca yanılgıya düşer ve yanlış sonuçlara varırız. Klinikçinin bakış açısından bir örnek vermek gerekirse (klinisyen de herkes gibi dışsal bir odaklanma kullanacak ve bunu otomatik zihinselleştirmeyle ilişkilendirecektir), Sarah gibi bir hastanın bize sesinde biraz tereddütle bir şeyler söylediğini ve bakışları hafifçe uzaklaşırken gözlerinin titrediğini varsayalım. Bu, bize söylediklerinin doğruluğu konusunda bizde hemen bir şüphe duygusu yaratır. Bu nedenle, ilişkimizi ve ele alınan sorunları nasıl anladığımızı etkileyecek bir yalana dayalı bir etkileşim geliştirmediğimizden emin olmak için onlara daha fazla soru soruyoruz. Bu özel durumda doğru olma olasılığımız bir dereceye kadar şansa bağlıdır, ancak bu, benzer etkileşimlerle ilgili daha önce deneyimlerimiz olduğu için sezgilerimize inanmamızı engellemez. Ancak, daha fazla bilgi edindikçe varsayımlarımızı düzeltir ve netleştiririz.

Sarah'ın durumunda, onun usta bir yalancı olmadığı aşikar ve bir dereceye kadar zaaflarını başkalarına fazlasıyla kolay ifşa ediyor. Bu nedenle, ona görünürdeki rahatsızlığının ardında ne olduğunu sormak, rahatsızlığının içeriği ve anlamı hakkındaki varsayımımızda yanıldığımızı gösteriyor ve anlayışımızı değiştiriyoruz.
Ancak Sarah, dışsal zihinselleştirmeyle bağlantılı varsayımlarında o kadar esnek ve uyumlu değildir. Sarah dışsal zihinselleştirmeye güvendiğinde, bu durum kişisel anlatısındaki baskın temalarla ilgili olarak otomatik, kötü düzenlenmiş düşünmeyi tetikleyebilir ve bu temalar genellikle reddedilmeyle ilgilidir: "Bir kez daha reddedildim. WhatsApp mesajıma yanıt vermesi 3 dakikadan fazla sürdü." Biriyle birlikteyken anlık varsayımlarını düşünemez ve bu varsayımları hafızasından daha fazla bilgi kullanarak veya kontrollü zihinselleştirmeye geçerek düzeltemez. Partneriyle birlikteyken, ağırlıklı olarak dışsal odağına güvenir ve bu da sürekli olarak etkileşim içinde kontrol edilip kalibre edilerek değiştirilmeyen ve düzeltilmeyen anlık ve güçlü varsayımları tetikler. Deneyimi gerçekliğe dayandırmak yerine yaşar.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah'nın zihin temsilleri konusundaki güvensizliği göz önüne alındığında, gözlemlenebilir fiziksel gerçekliğe verdiği öncelik pek de şaşırtıcı değil. Klinisyen, onun önemsiz görünen ayrıntılara odaklanma eğilimini fark eder. Sarah son derece batıl inançlıdır ve olasılık dışı görünen belirli olay biçimlerine önem verir: Otobüsün gelmesi için geçen süre, günün iyi mi yoksa kötü mü geçeceğini gösterir; televizyonda takip ettiği pembe dizinin bölümleri geleceğini doğru bir şekilde yansıtır. Bir keresinde kliniğin resepsiyonisti tarafından karşılanmadığında, MBT'ye açıkça uygun olmadığı için kliniğin kendisini yasaklama kararı aldığını varsayar. Klinisyen, Sarah'nın gözlemlenebilir gerçekliğe karşı önyargılı olduğunu ve içsel gerçeklik hakkındaki yargılarını kontrol edemediğini belirtir.

Machine Translated by Google

Zihinsel Olmayan Modlar/Etkisiz Zihinselleştirme

MBT klinisyeni, zihinselleştirmenin bozulmaya açık olduğuna dair göstergelere karşı duyarlı olacak şekilde eğitilmiştir ve bir hastada yakın bir çöküş belirtisi görüldüğünde bunu tespit etmek için büyük çaba sarf eder. Genel belirti, hastanın psişik eşdeğerlik, teleolojik mod ve taklit mod gibi "üç ayaklı tabureyi" kullanarak zihinsel süreçlerini dengeleme çabasıdır. Bunlar, hastanın zihinselleştirme boyutları dengesiz bir konumda sabitlendiğinde klinisyeni en çok etkileyen işlev biçimleridir.
Kutu 4.2, bu çirkin terimlerin ne anlama geldiğine dair bir hatırlatma sağlıyor ve hastalara zihinsel olmayan modları açıklamak için kullanılabilecek daha erişilebilir bazı terimleri listeliyor.

Kutu 4.2 Zihinselleştirmeyen/etkisiz zihinselleştirme için hızlı referans.

Ruhsal eşdeğerlik: Şeyler benim gördüğüm gibidir ve kimse bana aksini söyleyemez; düşünceler gerçeklerdir; imgeler gerçekliktir.

İçten Dışa Zihin.

Boom Beyin.

Patlama zamanı.
Bil ve Şimdi zamanı.

Teleolojik mod: Sen ne yaparsan osun; ben eylemlerimin bana söylediğinim.

Dışarıdan İçeriye Zihin.

Eylem Kişisi.

Zaman geçirmek.
Söz değil eylem.

Taklit modu: Kendi dünyamda dönüp duruyorum ve kimse onu etkilemiyor; başkalarının ve kendimin karmaşıklığını anlıyorum; düşünüyorum ve belirli bir yere varamıyorum.

Baloncuk zamanı.

Konuşuyorlar ama icraata geçmiyorlar.
Saçmalık modu.

Zihinselleştirmeyen modlar, düşünce ve duyguların aşırı dağınıklığı nedeniyle felaketle sonuçlanabilecek durumlarda "günü kurtaracak" ölçüde uyarlanabilirdir. Psişik eşdeğerlik, kişinin kendi bakış açısına olan yanılmaz inancını ve başkalarının bakış açılarını temsil etme ve değerlendirme konusunda belirgin bir yetersizlik veya isteksizliği destekler. Bu, kişinin ve başkalarının yüzeysel şematik temsillerine (örneğin, kurban/kurban eden) güvenmesi ve hem acı verici hem de değişmez olabilen öz deneyimin katılığıyla hızla tespit edilebilir.

Sarah, zihinselleştirme boyutlarını kullanırken, zihin durumlarının zihinselleştirme dışı modlarda dengelenmesini sağlayacak kadar zayıflık gösteriyor. Değerlendirme sırasında varsayılan düşük zihinselleştirme modları tespit edilebilir.

Klinik örnek: Sarah (devamı)

Sarah sevilmediğini ve istenmediğini hissediyor ve bu, ruhsal eşdeğerde kaygılı bir düşünceden ziyade güncel ve kesin bir gerçeklik olarak deneyimleniyor. Ayrıca, farklılaşmamış duygu durumlarına göre hareket etmeye zorlanıyor; bu da, örneğin yalnızken yaşadığı duyguların zihinselleştirmesini zayıflattığı ve bu durumun, zihinsel işlevlerini yeniden canlandırabilecek davranışlara yol açtığı anlamına geliyor.

Machine Translated by Google

Zihinsel dengesi yerinde. Geçmişte uyuşturucu kullanmış ve kendine zarar vermiş; bu günlerde ise barlara gidiyor. Bu yolu keşfeden MBT klinisyeni, Sarah'nın giyinip evinden çıktığı anda kendini daha iyi hissettiğini fark ediyor. Bir bara girdiğinde coşkulu ve heyecanlı oluyor ve bir erkek ona baktığında birinin onunla ilgilendiğini anlıyor.

Sarah bu şekilde dışarı çıkmaya mecbur hissettiğinde, teleolojik bir modun (ya da "Dışarıdan İçeriye" modu) devreye girdiği anlaşılıyor; bu modda fiziksel dünyadaki değişiklikler, özellikle de kendiyle ilgili deneyimlerinde, onun zihinsel durumunda güçlü değişikliklere yol açabiliyor. Sonuç olarak, birinin (bir erkeğin) onu fark ettiğini fark etmesi, ona gerçek hissettirebilir, önemli olduğunu hissettirebilir ve ortaya çıktığı üzere "sevildiğini" hissettirebilir. Fiziksel dünyada olanlar genellikle oldukça bilgilendirici olsa da ve diğer zihinsel bilgilerle birlikte başkalarının düşüncelerini ve güdülerini ima edebilse de, Sarah ile çalışan klinisyenin endişe duyduğu şey, teleolojik düşünceye olan benzersiz güvendir. Klinisyen, bu durumda Sarah'nın çevresel değişime ve belirli bir riskli (her ne kadar öngörülebilir olsa da) ortama güvenme adaptasyonunun, Sarah'nın davranışlarında oldukça kompulsif olmasına yol açtığını ve bunun zaman zaman onu ciddi zarar görme riskine soktuğunu belirtir. MBT klinisyeni, Sarah'nın evinde yalnızken yaşadığını bildirdiği korkunç boşluk duygularına teleolojik adaptasyonunu tartışır ve böylece bunun tedavide ortak çalışmanın odak noktası haline gelebileceğini belirtir.

Sarah'nın teleolojik kipin yanı sıra, klinisyeni ilgilendiren bir diğer husus da taklit kipini kullandığına dair bazı işaretler bulunmasıdır.

Klinik örnek: Sarah (devamı)

Sarah, oğluyla birlikteyken "her şeyin mükemmel", "çok iyi" olduğu konusunda ısrarcıdır. Elbette, klinisyen tedavi boyunca oğlunun refahını göz önünde bulunduracaktır. Klinisyen, ilişkilerinin iddia edilen sakinliği hakkında sorular soracak ve hatta belki de şüphe duyacaktır ve Sarah'nın oğlundan kendi karakterine sahip bir kişi olarak bahsedip bahsedemeyeceğini ve ilişkilerini öncelikli olarak etkileşimsel terimlerle ele alıp alamayacağını araştıracaktır. Rol yapma tarzı düşünme, genellikle betimlemelerin yavanlığı ("O iyi", "O iyi bir çocuk") ile karakterize edilir ve zihinsel durumla ilgili ek kişisel anlatılara çok az yer verilir veya bağlantı kurulur. Sarah'nın oğlu hakkındaki diyaloglar genellikle beklenmedik bir şekilde son bulur veya kısır döngüye girer - "Hayır, onun için endişelenmiyorum, oldukça şanslıyım çünkü o çok iyi bir çocuk."

Daha fazla araştırma, bir ayrıntılandırmadan ziyade bir yeniden ifadeyi ortaya çıkarır.

Sarah oğluyla olan ilişkisinden bahsederken, rol yapma modunun aktif olup olmadığını tespit etmek önemlidir; çünkü oğlunun gelişimini zaman içinde destekleme becerisi, onu kendi gerçek ihtiyaçları ve istekleri olan bir kişi olarak zihinselleştirmesini gerektirir ve bu ihtiyaçlar ve istekler zaman zaman kendisininkilerle çatışır. MBT klinisyenine, Winnicott'un bir çocukta nasıl "sahte bir benlik" yaratılabileceğine dair açıklaması hatırlatılır [6]. Hem oğlunun hem de anne-çocuk ilişkisinin gelişmesi için, oğlunu bağımsız bir zihne sahip bir kişi olarak temsil edebilmesi şarttır.

Bağlanma Süreçleri MBT

klinisyenleri, hastalarının en sık kullandığı baskın bağlanma süreçlerini belirler. Kişilerarası ilişkilerin ve bunların hastaların yaşamları üzerindeki etkilerinin farkında olmak, hem bir değişim aracı olarak hem de zihinselleştirmenin bir aracı olarak MBT'nin temel odak noktasıdır.

Machine Translated by Google

Kişilerarası ilişkilerin malzemesi ve aynı zamanda bir iyileştirme hedefi olarak. Bağlanma ilişkilerinin yaygın zorluklardan biri olduğunu gösteren kanıtlar göz önüne alındığında, kaçınılmaz olarak müdahale için bir öncelik haline gelirler, ancak bu koşulsuz değildir. Değerlendirme sürecinde, MBT klinisyeni, tekrarlayan kalıpları belirlemek amacıyla hastanın mevcut ve geçmiş ilişkilerinin ayrıntılarını araştırmaya başlar. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilerde tespit edilen yaygın bağlanma stilleri için bir şablon kullanırlar. Araştırmalar, en yaygın olarak benimsenen stillerin güvensiz-kaçınan ve güvensiz-kararsız (kaygılı-meşgul olarak da bilinir) olduğunu göstermiştir. Dahası, Sınırda Kişilik Bozukluğu hastalarının bir kısmında, bu güvensiz bağlanma stillerinin her ikisi de mevcuttur ve kaotik ve istikrarsız kişilerarası etkileşimlerle karakterize edilen düzensiz bağlanma oluşturmak üzere etkileşime girerler [7] (bkz. Kutu 4.3).

Kutu 4.3 Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde yaygın bağlanma kalıpları.

Kaygılı-Kaçıngan

Yakınlıktan kork.
Özgüven eksikliği.

Duygularınızı başkalarına ifade etmemeye çalışın.

Kendilerine yaklaşmaya çalışan insanlara karşı tavır takınırlar.

Kendilerini yönetemezler ve bu yüzden sürekli başkalarıyla iletişim halindedirler.

Örnekler

"Başkalarına yakınlaşmak beni rahatsız ediyor."

"Duygusal olarak yakın ilişkiler istiyorum ama başkalarına tamamen güvenmekte veya onlara bağımlı olmakta zorlanıyorum."

"Başkalarına çok fazla yakınlaşmama izin verirsem incineceğimden endişeleniyorum."

"Sevgililer Günü veya ailemle Noel gibi şeyler yapmam."

Kaygılı-İkiyüzlü

İlişkilerde aşırı ilgili ve talepkar olabilir.

Kendi değerlerinin güvencesini ve onayını ararken, aynı zamanda başkalarına karşı şüpheci, tetikte veya açıkça güvensiz olabilirler.

Örnekler

"Başkalarına gerçekten yakın olmak istiyorum, ancak çoğu zaman başkalarının benim istediğim kadar yakınlaşmaya isteksiz olduklarını görüyorum."

"Yakın ilişkilerden yoksun kalmak beni rahatsız ediyor, ama bazen başkalarının bana benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden endişeleniyorum."

"Partnerim beni gerçekten seviyor mu?"

Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan hastaların çok azı, güvenli bağlanma stilini yansıtan ilişkiler tanımlayacaktır. Mevcut değerlendirme araçlarının sınırlılıkları nedeniyle, kişilik işlevleri psikopatik ve narsisistik özellikler tarafından domine edilen hastaların bağlanmalarında güvenli görünmeleri mümkündür. Bu durumlarda, hastanın sunduğu diğer sorunlar göz önüne alındığında, klinisyen bunun bir anomali olduğuna dair başka belirtilere sahip olacaktır. Bununla birlikte, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanısı almış birine güvensiz-dağınık bağlanma stilini dayatmak ve hastanın mevcut tüm ilişkilerinin işlevsiz olduğunu varsaymak akıllıca değildir. Bazı hastalar, çabaları sekteye uğrasa da, sürdürmek için mücadele ettikleri güçlü ve güvenli ilişkilerle gelirler.

Machine Translated by Google

Etkileşimlerine getirdikleri duygusal ve davranışsal sorunlar nedeniyle. Bu ilişkilerin destekleyici doğası kelimenin tam anlamıyla hayat kurtarıcı olabilir.

Klinik örnek: Sarah (devamı)

Sarah, kaygılı-kararsız bir bağlanma stilinin belirtilerini gösteriyor; insanlara çaresizce ulaşıyor ancak bir bağlanma figürüne yakınlık kurduğunda bile dengesiz (çok kaygılı ve güvenceye ulaşamayan) kalıyor. Başkalarından yüksek taleplerde bulunma ancak aldığı destekten oldukça memnun kalmama etkileşimsel örüntüsü, anlaşılabilir bir şekilde, kendisine kızan ve hayal kırıklığına uğrayan mevcut partneriyle sorunlara yol açıyor. Aynı ilişki stilinin, çocuğunun babasıyla daha önceki ilişkisinde kendini kapana kısılmış hissetmesine neden olduğuna dair kanıtlar var. Kendisine yönelik şiddetine rağmen onu terk edemiyordu. Babası tarafından baskı altına alınıyor, sürekli bir şeyler yanlış yaptığını hissediyor ve sonunda kendisi için özür diliyordu. Ayrıldıktan sonra, onun istismarının kurbanı olduğunu fark etti. Klinik doktor olası tekrarlama sorununu gündeme getirdiğinde, sorunu fark etti. Ancak tehlikede olmadığı görüşündeydi. Bu görüş, Sarah'nın oğlunun her iki biyolojik ebeveyni tarafından bakılmaya devam etmesi gerektiği görüşünü destekleyen yerel sosyal hizmetlerin Çocuk Yardım Ekibi tarafından da paylaşıldı. MBT değerlendirmesinde, Sarah'nın önceki ilişkisine geri dönmeme kararı, kendi isteklerini dile getirebildiği için bir "zihinsel ilgi anı" olarak değerlendirildi. Bu, dayanıklılığı ve ne isteyip ne istemediğine dair istikrarlı bir görüşe sahip olma becerisini gösteren olumlu bir özellikti.

Formülasyon

Değerlendirme sırasında elde edilen bilgiler bir formülasyonda düzenlenir; bu formülasyon, ilişkileri, duygusal çalkantıları, dürtüselliği ve diğer zorlukları anlamak için bir zihinselleştirme çerçevesi kullanarak hastanın yaşam öyküsüne tutarlılık getirmeye çalışan hastanın sorunlarının yazılı bir açıklamasıdır [8]. Genel olarak, hastanın sunduğu sorunlar ile yaşam hedefleri ve değerleri arasındaki çatışma, terapiye motivasyon sağlamak için formülasyonda vurgulanır. Örneğin, bir hasta destekleyici ilişkilere yüksek bir değer verebilir ve bu, öz kontrol eksikliği ve dürtüsel eylemleriyle çelişir. Daha da önemlisi, tedavi için ilk odak noktası ve zihinselleştirme gücü ve dayanıklılığı alanları belirlenir. Formülasyonun amacı iki yönlüdür. İlk olarak, terapi için yapı, tutarlılık ve organizasyon oluşturur; bu, psişik eşdeğerlik, taklit modu ve teleolojik yapılandırmalar arka planıyla mücadele ederken hasta için olduğu kadar klinisyen için de önemlidir. İkinci olarak, hastanın öncelikleri, endişeleri, değişim nedenleri, ahlaki, etik ve sosyal değerleri de dahil olmak üzere bakış açısına hem anlamlı hem de saygılı, ortak bir anlayış oluşturmada iş birliğine dayalı bir yaklaşım oluşturur. Bu nedenle, formülasyonun hasta ile müzakere edilmesi ve üzerinde anlaşılması önemlidir.

Klinikçi:

1. Hasta için anlamlı bir dilde çalışma formülasyonunun ilk taslağını yazar, en önemli sunulan sorunları belirlenen zihinselleştirme zorluklarıyla ilişkilendirir

2. Hastaya açıklar ve tartışır, işbirliği yoluyla zihinselleştirmeyi modeller. 3. Hastadan çalışma formülasyonunu düşünmesini ve destekle yeniden yazmasını ister.

gerektiğinde

Machine Translated by Google

4. Son olarak mevcut psikoterapi seanslarının odağının işbirlikçi bir klinik anlaşma olarak belirlenmesi konusunda mutabakata varılmıştır.

Kutu 4.4, klinisyenlerin ortak bir formülasyon geliştirirken kullanabilecekleri bir yardımcı not niteliğinde özet bir şablon sunmaktadır. Bu şablon, klinisyenin mutabık kalınan bir klinik formülasyon oluştururken aklında tutması gereken bir dizi başlık içermektedir. İçeriğin birebir aynısını takip etmek gerekli değildir ve listelenen formülasyon alanları esnek bir şekilde kullanılmalıdır. Bunlar şunlardır: 1. Değerlerin ve sorunların özeti 2. Genel kırılganlık faktörleri 3. Dayanıklılık faktörleri 4. Zihinsel kırılganlıkların zihinselleştirilmesi - boyutsal profil 5. Düşük zihinselleştirme modlarının kullanımı ve tetikleyicileri 6. Bağlanma stilleri 7. Tedavi hedefleri 8. Grup ve bireysel tedavide beklenen zorluklar.

Kutu 4.4 Formülasyonun özeti.

Formülasyon, hastayla iş birliği içinde, onun kelimelerini kullanarak hazırlanmalı ve zihinsel seviyesine yönelik olmalıdır. Teknik veya entelektüel olmamalı, sıradan bir dil kullanılmalıdır. Formülasyon, tedavinin belirli noktalarında tekrar gözden geçirilmeli, daha eksiksiz hale getirilmeli ve revize edilmelidir.

Genel Formülasyon

Gelişim özeti/aile geçmişi/travma veya zor sonuçlar (3-4 cümle).

Zihinselleştirme kaybına yol açan tetikleyici durumlar (1 cümle):

– Kişilerarası iletişim zorluklarınız hangi durumlarda ortaya çıkıyor?
– En çok hangi durumlarda zorlanıyorsunuz?

O zamanki kendine bakış açım (1 cümle):

– Kendinizi şu anda nasıl görüyorsunuz?

Başkalarının o andaki deneyimleri/yetişkin ilişki örüntüsü (1 cümle):

– Başkalarının zihninde ne olduğunu düşünüyorsunuz ve bu sizi nasıl etkiliyor?

Baskın duygu/en zor duygular (1 cümle):

– O an hangi duygular mevcut?

Başa çıkma/tepki yolları, kendine zarar verme ve yıkıcı davranışlar dahil (1 cümle):

– Bunlar muhtemelen zihinselleştirmeme ile uyuşmaktadır.

Güçlü yönleri (1 cümle):

– Bu zorluklara rağmen neler başardınız?

Genel Kırılganlık Faktörleri

Geçmiş deneyimler.
Mevcut sosyal, finansal ve ilişkisel koşulları belirtin.

Machine Translated by Google

Kutu 4.4 (devamı)

Dayanıklılık

Etkili kişisel değişim ve zorlukların üstesinden gelmenin örnekleri (öz güveni ve öz saygıyı artırmak için benliğin zihinselleştirilmesinin kullanımına vurgu yapan iki ana örnek).

Zihinselleştirme Zayıflıkları ve Düşük Zihinselleştirme Modları

Zihinselleştirme profilinin özeti/temel zihinselleştirme zaafları.
Günlük dilde yazılmalıdır.
Temel zihinsel olmayan modlarla alakalı olması gerekir:

– ruhsal eşdeğerlik – taklit kipi
– teleolojik kip.

Zihinsel boyutlarla ilgili olmalı ve aşağıdakiler arasında dengesizlik olduğunda bunu göstermelidir:

– otomatik/kontrollü zihinselleştirme – kendi/
diğeri – içsel/
dışsal – etki/biliş.

Bağlanma Stilleri İlişki
kalıpları, örneklerle birlikte. Keşfetmek için aklınızda bulundurun (ancak "kategorileştirmeye" gerek yok):

kaygılı-kararsız kaygılı-
kaçınan dağınık.

Mutabık Kalınan Tedavi Hedefleri
Belirlenen anlayış doğrultusunda psikolojik tedavi için aşağıdaki hedefler üzerinde mutabakata vardık:

Kendinizle ve davranışlarınızla ilgili olarak, diğer insanlarla
ilişkilerinizle ilgili olarak, hayatınızda değişiklikler yapmak
ve faaliyetlerinizi değiştirmek veya artırmakla ilgili olarak.

Bu hedefler, gruba getirebileceğiniz örneklerle ilgili olacaktır ve diğer kişilerin örneklerinin, yardım almak istediğiniz alanlarla nasıl bağlantılı olduğunu düşünmeniz yararlı olacaktır.

Grup ve Bireysel Tedavide Beklenen Zorluklar Buna tedavinin sonlandırılması
ve istenen zihinsel değişikliklerin ve davranışların ne olacağı da dahildir.

Daha önce özetlenen başlıklarda ve Kutu 4.4'te esneklik örnekleri içeren Sarah'nın çalışma formülasyonu, aşağıdaki klinik örnekte gösterilmiş ve Şekil 4.1'de bir diyagram olarak özetlenmiştir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Sarah ile Formülasyon Üzerine Konuştuk Birçok şey

hakkında konuştuk ve MBT'de odaklanmanız için gerçekten önemli olduğunu belirlediğimiz yönleri özetleyeceğim. Bunları, üzerinde anlaşmaya varılması gereken ilk "hedeflerimiz" olarak yazdım.

Güçlü

Yönleriniz , uzun süredir çok zor koşullar altında kişisel gücünüzü gösterdiniz. Çocukluğunuzda her şey en başından beri gerçekten korkutucuydu ve çok hızlı büyüyüp kendinize bakmak zorunda kaldınız. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu sizin için zordu ve ergenlik çağındayken acınızı hafifletmek için uyuşturucu kullandınız. Ama sonradan bunları kötüye kullanmayı bıraktınız - aferin size! Ayrıca, hala cazip gelse de, kendinizi kesmeyi bırakmak için gücünüzü kullanmayı başardınız.

Son etkileyici kararınız, Jack'in babasını geri dönmeniz için ikna etmeye çalışmasına rağmen ayrılma kararınıza sadık kalmanızdı. O zamanlar, eğiliminiz olan ona boyun eğmek yerine, kendi isteklerinize tutundunuz. Sizin için en iyi olana karar verdiğiniz zamanları, başkasının istediği için karar verdiğiniz zamanlarla karşılaştırmamız gerekiyor.

Amaç: Sizi bu güce kavuşturan şeyin ne olduğunu bulup, üzerine inşa edelim.

Son zamanlardaki bir diğer konu ise Jack'in babasıyla Jack'e olan ortak bakımınız konusunda anlaşmaya varabilmeniz oldu.

Ben Kimim ve Ne İstiyorum?

Ne düşündüğünüzü ve ne hissettiğinizi anlamakta sık sık sorun yaşarsınız. Dairenizde tek başınızayken ve erkek arkadaşınızla birlikteyken bu gerçekten zordur. Bu durumlarda, yoğun ve sizi ele geçiren duygular yaşarsınız.

Bu duyguları adlandırmakta zorlanıyorsunuz ama bunların sizi "dışarı çıkarıp" "bir şeyler yapmanıza" neden olduğunu biliyorsunuz.

Bazen, özellikle de kendinizi kötü hissettiğinizde, diğer insanların aklından geçenleri anlamaya çalışırsınız ve tıpkı Jack'in babasında olduğu gibi, onların istediği gibi olmaya çalışırsınız.

Kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar, ancak daha sonra onlara karşı öfke duymaya başlarsınız.

Amaç: Kendimle ilgili ne hissettiğimi ve düşündüğümü bilmek ve adlandırmak.

Eylemci Kişi ve Dıştan İçeriye Zihin

Kendi başınızayken "iğrenç" hissediyorsunuz ve kendinizi daha iyi hissettiğinizde insanlarla vakit geçirmek istiyorsunuz, yeter ki insanlar sizi sevdiklerini göstersinler. Bu durum, kendinizi zarar görme riskine atmanıza yol açtı. Dolayısıyla, Eylem Kişisi ve Dış-İç Zihin'i neyin tetiklediğine bakmak, terapide düşünülmesi gereken ilk şeylerden biridir.

Amaç: Eylemci Kişi ve Dış-İç Zihin: Bunları ne tetikliyor ve bu nasıl önlenebilir?

Bil ve Şimdi Zihni İnsanlarla

birlikteyken, sizden hoşlanmadıklarına ikna olabilirsiniz. Bu, erkek arkadaşınızla gerçekten güçlü bir şekilde etkileşime girer ve sizi sevdiğini söylemesine rağmen, sizi sevmediğine çabucak ikna olursunuz. O kadar endişelenirsiniz ki, ona sürekli sorup dursunuz ama bir türlü ikna olmazsınız. İşte o zaman Bil ve Şimdi Zihninde olursunuz. O kadar gerçektir ki, başka hiçbir şey düşünemezsiniz.

Machine Translated by Google

Bil ve Şimdi Zihni sizi daha "muhtaç" hale getirir ve ardından harekete geçmek, örneğin onu hemen görmek gibi, gerekli hale gelir. Sizi sevdiğini göstermesi gerekir. Bil ve Şimdi Zihni böyle çalışır.

Bil ve Şimdi Zihni, eleştirildiğinizi hissettiğinizde devreye girer. Ne kadar hassas olabileceğinize dikkat etmeli ve bunu terapide, belki de en kolay bahsettiğimiz bireysel seanslarda, ama aynı zamanda grup seanslarında da gözlemlemeliyiz.

Amaç: Bil ve Şimdi Zihni'nin ne zaman çalıştığını öğrenin ve bundan çıkın. Mümkünse, yeni başladığı zamanlara karşı tetikte olmak en iyisidir.

İlişkiler Mevcut
partnerinizi memnun etmeye çalıştığınızı söylemiştiniz. Jack'in babasıyla da uzun süredir benzer bir durum yaşıyordunuz. Onu yeterince memnun edemediğiniz ve sürekli bir şeyleri yanlış yaptığınız - "yapışkan" olduğunuz - konusunda endişeleniyordunuz. "Kaygılı-kararsız bağlanma" hakkında konuştuk ve bu konuyu MBT'nin ilk aşamasında, giriş grubunda daha detaylı olarak ele alacaksınız.

Belki de bu ilişki tarzı, kim olduğunuzu bilmemekle bağlantılıdır. Grup terapisinde, başkalarıyla birlikteyken bunu değerlendirmeniz ve oradaki diğer insanlarla da aynı kalıpları yaşayıp yaşamadığınızı görmeniz önemli olacaktır; örneğin, sevilmeye mi çalışacaksınız yoksa kendinizi savunmakta zorlanacak mısınız?

Oğlunuzla kurduğunuz iyi ilişki önemli ve "iyi bir anne olduğunuzu bildiğinizi" söylediniz. Bunu daha da ileriye taşımalıyız. Ayrıca Jack'in sosyal destek görevlisinin, onunla birlikteyken biraz kendi dünyanıza çekilebilmenizden endişe duyduğunu da söylediniz. Biz buna "Kabarcık Modu" adını verdik.

Amaç: İlişkilerinizin etkili yönlerini geliştirin. İlişkilerdeki sorunlu etkileşimlerin nelerden kaynaklandığını anlayın.

MBT
Bu duygu ve davranışların bazılarının terapide nasıl ortaya çıkabileceğinden bahsettik. Örneğin, terapide yeterince iyi gitmediğiniz veya terapistinizi memnun etmediğiniz konusunda endişelenebilirsiniz. Bu durumda, doğal olarak Eylem Kişisi/Dışarıdan İçeriye Zihin durumuna geçerseniz ve rahatlamak için hemen terapistinize görünmek istersiniz. Bu yüzden, seanslar arasında çok fazla endişelenip bu zihin durumuna girerseniz ne olacağını çözmemiz gerekiyor.

Başlangıçtaki Hedefler Eğer
hemfikirsek, burada önerdiğim hedefleri listeleyebiliriz. Zihninizi Dış-İç Zihin ve İç-Dış Zihin'e neyin yönlendirdiğini düşünebilmemiz için kullanabileceğimiz bir problem döngüsü oluşturdum. Bu olduğunda, işler sizin için ters gitmeye başlar.

Hedeflerimize ulaşıp ulaşmadığımızı ve işlerin yolunda gidip gitmediğini nasıl ölçeceğimize hala karar vermeliyiz. senin için daha iyiye gidiyor.

Formülasyonun oluşturulma ve sunulma biçimi, “işbirlikçi klinik anlaşma”da somutlaştırılan ortak bir hedefe sahip paylaşılan bir zihinsel süreç oluşturarak hastanın zihinselleştirmesini geliştirir. Bu “biz-modu” süreci (“biz-modu” 2. Bölümde daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır), paylaşılan bir nesneye odaklanan iki zihni gerektirir; bu durumda,

Machine Translated by Google



Şekil 4.1 Sarah'nın sorun döngüsü.

Hastanın sorunlarını, yaşamdaki genel değerleri ve hırsları bağlamında ele almak için ortak bir kavramsal çerçeve kullanarak tedavi için en iyi odak noktasını tanımlama görevi. Bu süreç, müdahalenin düzenleyici ilkesi olmaya devam eden "biz-modu" işleyiş deneyimini teşvik etmeye yönelik ilk adımdır.

Formülasyonu geliştirme süreci, sürecin bir kısmının zihinselleştirmenin geçici doğasını oluşturmayı içermesi nedeniyle daha kolay hale gelir; hem klinisyen hem de hasta, formülasyonu "doğru" yapmak zorunda olmadıklarını bilir. MBT'de sabit bir formülasyon olamaz, çünkü tedavi doğası gereği dinamiktir; tüm zihinselleştirmeler yeni anlayışlara ve bakış açısı değişikliklerine yol açar ve bu da işbirlikçi anlaşmanın yeniden formüle edilmesini sağlar. Formülasyon, revizyona açık olduğunu vurgulamak için "çalışma formülasyonu" olarak etiketlenir. MBT'de, değerlendirmeyi takip eden formülasyon, henüz keşfedilmemiş, kapsanacak arazinin sabit bir haritası olmaktan ziyade bir başlangıç noktasıdır. Belirlenen şey, tedavinin uzunluğu ve yoğunluğudur. Çalışma formülasyonu, cevaplanması gereken soruları belirleyebilir, ancak önceden tanımlanmış çözümlerden kaçınmalıdır.

Formülasyon, klinisyenin ruh sağlığı sorunlarının karmaşık belirleyicileri hakkında gelişmiş bir psikolojik anlayışa sahip olmasını gerektirmez. Bu kitabın I. Bölümünde de belirttiğimiz gibi, zihinselleştirme günlük deneyimlerden ve tüm insanların bireysel deneyimleri yorumlamak için kullandıkları (nispeten gelişmiş) anlayıştan kaynaklanır.

Machine Translated by Google

ve sosyal eylem. Uzman bir duruş benimsemek, her halükarda, MBT'nin tanımlayıcı bir ilkesini (bkz. Bölüm 3) ihlal edecektir. Bu ilke, klinisyenin hasta adına zihinselleştirmeyi devralmamasını ve hastanın yaşadığı zorlukları telafi etmek için zihinselleştirme yeteneğini kullanmamasını ve böylece bir bağımlılık ilişkisi yaratma riskini ortadan kaldırmasını ister. Ancak dikkatli okuyucu, bir formülasyonun sunumunun, ne kadar işbirlikçi bir yaklaşımla ele alınırsa alınsın, bu ilkeyi bir ölçüde ihlal ettiğini fark edecektir. Bu noktada ilkenin ihlal edilmesine izin vermemizin gerekçesi, formülasyonun içeriğine değil, oluşumunda ve sunumunda ortaya çıkan sürece dayanmaktadır. Formülasyon, motivasyon ve neden hakkında kesin bir ifade olmaktan ziyade, parça parça bir araya getirilmesi, geliştirilmesi ve ortak keşiflerle iyileştirilmesi gereken karmaşık bir bulmacaya ortak bir yaklaşım olarak sunulmaktadır. Keşfedilecek arazi, daha ileri yükseklikleri ortaya çıkarmak için her zirveye ulaşıldığında farklı görünecektir! MBT, zirveye tırmanmakla ilgili değildir; aksine, zihnin dağlık arazisinde bir yürüyüşe çıkmakla ilgilidir. Pratik açıdan bu, MBT klinisyeninin, bu konuda konuşma ortağı olarak görülen hasta ile birlikte, en azından 3 ayda bir veya aşağıdaki gibi olaylar gerektirdiğinde çalışma formülasyonunu yeniden gözden geçirmesi istenmesi anlamına gelir: tekrarlayan krizler değerlendirme sırasında belirgin olmayan yeni

zorluklar ve sorunlar daha önce bilinmeyen ve yararlanılabilecek kaynaklar

(örneğin, yeni bir ilişki) mevcut formülasyonu değiştiren belirleyicilere ilişkin yeni bir anlayış

ilerleme eksikliği.

Sarah'nın çalışma formülasyonu, kendisiyle tartışılan bir dizi endişe alanından bahsediyor. Özellikle, klinisyen ve Sarah, partneri ve oğluyla daha güçlü ve daha istikrarlı bir ilişki isteği ile barlara gidip bu değerleri "yaşamayı" baltalayabilecek riskli davranışlarda bulunması arasındaki gerilimi karşılaştırdılar. Sarah'nın yalnızlığa karşı "eylem" tepkisini bastırmaya çalışması ve bunu başka şekillerde ele alınabilecek ilgi çekici bir şey olarak kabul etmeye çalışması konusunda bir anlaşmaya varıldı. Formülasyonun ilk bölümünde, kendine zarar vermeyi bırakma becerisi ve çocuğunun babasına karşı çıkıp kendini ifade etme becerisi gibi bazı güçlü yönleri özetleniyor. Bu olumlu değişimlerin yalnızca güçlendirilmesi için değil, aynı zamanda nasıl ortaya çıktıklarını ve Sarah'nın bunları nasıl daha da ileriye taşıyabileceğini anlamak için de incelenmesi gerekiyor. Formülasyonun ikinci bölümü, Sarah'nın öznel benlik durumlarını belirleme ve yapıcı bir şekilde kullanma konusunda yaşadığı zorlukları ve zaman içinde tutarlı bir öz temsilini sürdürme mücadelesini özetliyor. Kim olduğundan veya ne istediğinden emin değil. Tedavideki hedef, zihinselleştirmenin öz/diğer boyutunun "ben" kutbunu kontrol altına almak, geliştirmek ve dengelemektir. Sarah'nın "diğer" zihinselleştirme kutbu, başkalarının zihin durumlarını kendisine uygulandığı gibi sürekli olarak anlamaya çalışmasından da anlaşılacağı gibi aşırı aktiftir; ancak bunu başaramaz, zira uzun vadede herhangi birinin bunu yapması zordur. Bu nedenle, öz/diğer zihinselleştirme boyutu Sarah'nın tedavisinin odak noktası haline gelir ve hem Sarah'nın hem de klinisyenin tedavide nasıl sonuçlanacağına dikkat etmesi için mevcut hedeflere yerleştirilir. Sonraki bölümler, Sarah stres altındayken aktive olan düşük zihinselleştirme modlarından bazılarını, yani psişik eşdeğerlik ve teleolojik modu (burada sırasıyla Bil ve Şimdi Zihni veya İçten Dışa Zihin ve Eylem Kişisi veya Dıştan İçe Zihin olarak adlandırılır) özetlemektedir. Bu zihin durumlarını tanımlamanın ve adlandırmanın amacı, Sarah'nın bunların farkına varması ve hem kendisinin hem de MBT klinisyeninin bunları ortaya çıktıkça "adlandırıp not edebilmesi" ve ardından o anda bunları neyin tetiklediğini keşfedebilmesidir. Son olarak, bir

Machine Translated by Google

Tedavinin başlangıcında anlaşıldığı şekliyle bağlanma stratejilerinin özeti. Tedavi sırasında daha fazla ayrıntı ortaya çıkacak ve bunlar zamanla formülasyona eklenebilir.

Psikoeğitim: MBT-Tanıtım Grubu MBT-Tanıtım grubu (MBT-I)* hastaya MBT'nin çerçevesini tanıtır.
Bunun yanında, bir dizi daha geniş amacı vardır:

1. Hastaları zihinselleştirme ve kişilik bozukluğu ve ilişkili bilgi alanları hakkında bilgilendirmek/eğitmek 2. Hastaları
uzun vadeli tedaviye hazırlamak 3. Hastaların
motivasyonunu artırmak 4. Hastaların
zihinselleştirme kapasiteleri hakkında daha fazla ayrıntı elde
etmek 5. İlk değerlendirmeyi ve tanıyı doğrulamak.

Özetle, MBT-I'nin temel amacı, tedaviye başlayan hastaların, dahil oldukları süreci makul bir şekilde anlayarak, tedavinin odak noktasının farkında olarak ve kendilerinden beklenenlerin yanı sıra tedaviyle ilgili beklentilerin de farkında olarak tedaviye başlamalarını sağlamaktır. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan hastalara, haftalık gruplar halinde, diğer hastalarla birlikte 10-12 MBT-I başlangıç seansı sunulur. Tüm hastalar aynı anda başlar ve programın geri kalanında devam edebilmek için ilk üç grup seansından en az ikisine katılmaları gerekir. Bu koşul, zihinselleştirme ve zihinselleştirmeme konularını kapsayan ilk seanslara katılmamanın, sonraki seanslarda ele alınan konuları öğrenmede sorunlara yol açması temelinde oluşturulmuştur.
Ancak, bu erken seanslara katılmayan hastalar taburcu edilmez, ancak bir sonraki uygun yeni grupta yer teklif edilir. Grupta kalan hastaların MBT-G'ye geçebilmeleri için sonraki seansların %75'ine katılmaları gerekir (MBT-G'nin yapısı Bölüm 5'te tartışılmaktadır). ASPD'li kişilere 6-8 seans teklif edilir; MBT-I'in temel modüllerinin ASPD'li kişilerle çalışmaya daha uygun hale getirilmesi için önerilen uyarlamalar Bölüm 7'de tartışılmaktadır (ayrıca bkz. [9]). Seansların toplam sayısı ve sırası, MBT-I'in hedeflerine ulaşılması için gerekli faktörler değildir; bilgi aktarmak, güçlendirme yoluyla anlayışı ve motivasyonu artırmak ve hastanın sorunları hakkında netlik sağlayarak terapötik bir ittifak geliştirmek daha önemlidir.

MBT-I'in sonunda tüm hastalar klinik ekibin kıdemli bir üyesiyle bir toplantı yapar.
MBT-I deneyimlerini gözden geçirmek ve ileri tedaviyi planlamak için ekip oluşturuldu.

MBT-I'nin Formatı

MBT-I, en fazla 10 hastanın katılımıyla grup psikoeğitimi şeklinde düzenlenir. Seanslar 12 hafta boyunca düzenlenir ve her seans 1,5 saat sürer.
Bazı modüller oldukça fazla içerik içerir ve gerekirse iki seansa yayılabilir. Seanslar sırasında bazı hastalar MBT'nin kendileri için uygun olmadığını fark edebilir ve klinisyen, tüm hastaların MBT-I'de özetlenen tedavi modeline uymasını beklemez. Tedavi modelinin hastanın zorluklarına uygun olması gerekir. MBT'nin hasta için uygun olmayabileceği anlaşılırsa, klinisyen ve hasta tedaviyi gözden geçirir ve uygunsa alternatifleri değerlendirir.

* MBT-I için detaylı bir kılavuza www.annafreud.org/media/14626/mbt-i-for-internet.pdf adresinden ulaşılabilir .

Machine Translated by Google

Oturum Yapısı Her

grup oturumu benzer bir sırayı takip eder: 1.
Hastalara hoş geldiniz 2.
Önceki oturumun materyalinin özeti 3. Önceki
oturumun ödevlerinden geri bildirim 4. Yeni bir konuya
giriş 5. Konunun katılımcıların
semptomları ve kişisel yaşamlarıyla ilgili olarak tartışılması 6. Son özet ve ödev
tartışması.

Oturumlar aşağıdaki prensipler üzerine kuruludur.

Egzersizler, duygusal olarak "uzak" senaryolardan daha kişiselleştirilmiş senaryolara doğru ilerleyen bir sıra halinde düzenlenmiştir.

Tartışmalar, ancak grup uyumlu bir atmosfer geliştirdiğinde ve katılımcılar arasında bir miktar güven oluştuğunda katılımcıların kişisel deneyimleriyle ilişkilendirilir.

Konunun psikopedagojik açıdan anlaşılmasını artıracak yeni alıştırmalar ve çizimler teşvik edilmektedir.

Ödevler gönüllülük esasına dayanır ve genellikle katılımcıların zihin durumlarına odaklanmalarını artırmalarını gerektirir.

Oturumlar boyunca katılımcılar, zihinselleştirmeme göstergelerinin (örneğin, belirli kelimelerin kullanımı, fikir kesinliği) bir "dizinini" oluştururlar.

Her konu bir broşür ve bir çalışma sayfasıyla birlikte sunulmaktadır. Konular arasında zihinselleştirme ve kişilik bozukluğu, etkisiz zihinselleştirme, duygular ve bunların nasıl yönetileceği, bağlanma ve tedavi beklentileri yer almaktadır.

Grup Liderinin Rolü

Grup lideri, yani bir klinisyen, her seans boyunca ve 12 seans boyunca grubun "sorumlusu" olarak kalır ve grubun yapılandırılmasında aktif rol alır. Burada "sorumlu" terimi, grup liderinin otokratik olduğu anlamına gelmez; daha ziyade, her konunun yeterince ele alınmasını ve hastaların konunun öneminin farkında olmasını sağlayacak kadar ayrıntılı bir şekilde tartışılmasını sağlamak için grubu dikkatli bir şekilde yönettiği anlamına gelir. Grup lideri, tartışmalar sırasında önemli noktaları vurgulamak veya katılımcıların katkılarını not etmek için genellikle bir beyaz tahta ve/veya flip chart kullanır.
Grup lideri, zihinselleştirme ve kişilik bozukluğu konusunda uzman bir duruş sergilerken, her tartışma boyunca zihinselleştirme duruşunu örneklendirir. Bu denge önemlidir. Zihinselleştirme veya "bilmeme" duruşu, bilgi veya anlayış eksikliğiyle karıştırılabilir. Ancak, gerçeklerden bu kadar uzak bir durum olamaz. Bilgimizi kendi zihinsel durumlarımızı şekillendirmek ve başkalarında düşünceyi harekete geçirmek için kullanmak, zihinselleştirmenin özüdür. Grup lideri, bir uzmanın bilgisi de olsa, grup üyelerinin katkılarıyla genişletilebileceğini, netleştirilebileceğini ve zenginleştirilebileceğini göstererek zihinselleştirme duruşunu örneklendirir.

Kritik olarak, grup liderinin fikri, başkalarının fikirleri tarafından değiştirilebilir; katılımcıların tartışılan belirli bir konu hakkındaki anlayışları ve fikirleri, tartışmanın kendisine geri bildirim sağlar. Bu nedenle, grup liderinin grup üyeleri arasında tartışmayı teşvik etmesi üzerinde durulur. Bilgiyi katılımcılara sunmak ile grup liderinin fikirlerini paylaşmak arasında bir denge kurmak önemlidir.

Machine Translated by Google

Grup üyelerini anlamak ve onların bakış açılarından öğrenmek, grup liderleri için önemli bir beceridir. Grup lideri, oturumlarda aşırı "ders verici" olmamaya dikkat etmelidir, çünkü bu, grup üyelerinde pasifliğe yol açabilir. Grup görev odaklı olsa bile, liderin bir grup süreci oluşturması gerekir. Oluşturulan süreç, grubun konusuyla ilgili olmalı, böylece göreve sorunsuz bir şekilde geri dönülebilir.

Her seansta ele alınması gereken belirli bir konu miktarı vardır ve grup liderinin kılavuzu yakından takip etmesi gerekir. Deneyimler, konunun kolayca dağılıp kaybolabileceğini ve bunun da programın tamamlanmasını engellediğini göstermiştir. Grup lideri psikoeğitimsel bir bakış açısına sahip olsa da, öğrenmenin katılımcıların kendi etkinlikleri aracılığıyla gerçekleşmesi de önemlidir. Grup lideri, tartışılan konuyla ilgili noktaları açıklamak için hastaların verdiği örnekleri kullanır.

Tedavi Aşaması: Bireysel MBT Seanslarının Yapısı

Deneyimin Empatik Doğrulanması, Açıklanması ve Detaylandırılması

MBT klinisyeni her seansta aşamalı bir müdahale süreci izler [10]. Elbette bu adımlar ustalıkla uygulanmalı ve körü körüne takip edilmemelidir. Genellikle hasta ve klinisyen, sunulan klinik materyal veya hastanın ruh hali tarafından belirlenen farklı bir yol izleyecektir. Prensip olarak, ilk adım hastayla şu anda onu neyin rahatsız ettiğini belirlemek ve sorunları çalışma formülasyonu bağlamında keşfetmektir. Bu, seansın empatik keşif aşamasıdır ve hastanın deneyimlerinin hem hatırlandığı hem de seans sırasında hikaye anlatılıp üzerinde düşünüldüğü sırada şu anda deneyimlendiği şekliyle empatik duygusal doğrulamasını sağlar. Empatik doğrulamanın üç ana bileşeni vardır (bkz. Bölüm 3): 1. Hastaya o anki ve şu andaki duygularının

tanınan ve yankı uyandıran

2. Sosyal duygudan ziyade temel duyguya daha fazla empati duymak, ki bu da genellikle bir ikincil duygu - temel duygu varoluşun itici gücüdür
3. Duygusal deneyimin kişi üzerindeki etkisini belirlemek ve tanımak hasta.

Klinisyen, hikayeye dair bakış açılarını genişletmek ve seansta daha fazla çalışmanın odak noktasını belirlemek için, bilmeden ilk anlatıyı inceler. Zamanla, mevcut formülasyonla bağlantılı bir tema ortaya çıkabilir. Eğer çıkmazsa, klinisyen konunun formülasyonla nasıl bağlantılı olduğunu sorabilir ve eğer bu bağlantı belirsizliğini koruyorsa, yeni materyali kullanarak çalışma formülasyonunun bir kısmını yeniden yazmayı düşünebilir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, seansına klinisyene evde tek başına oturduğunu ve kendini "meşgul etmeye" çalıştığını söyleyerek başladı. Ama sonunda dışarı çıkmak zorunda kalmıştı. Bunun işe yaramadığını ve yine başarısız olduğunu açıkladı (Sarah'ın eğilimli olduğu öz yargı ve öz eleştiriyi göstererek).

KLİNİSYEN: Ne olduğunu anlamadan hemen bir yargıya varmayalım. (Sarah'ın hemen zihinsel olmayan bir moda girmesini ve kendisine dair sabit bir görüşe sahip olmasını engelleme girişimi.)

Machine Translated by Google

Bana tek başına oturmaktan biraz daha bahset. Kendini oraya geri koy ve beni o zamanki düşüncelerin ve hislerinle bulunduğun yere götür. (Klinikçi, bilmez bir tavır takınarak, "orada ve o zaman"ı "burada ve şimdi"den keşfetmeye çalışıyor ve Sarah'nın hikâyeyi anlatırken "orada ve o zaman, burada ve şimdi" deneyimine düşmesini engelliyor.)

SARAH: Tarif edemem. İçim kıpır kıpır ve etrafta dolaşmak istiyorum. Korkunç bir his, sonra kimsenin beni görmek istemediğini, sonra da erkek arkadaşımın beni sevmediğini düşünüyorum. Onu aramaya çalıştım ama açmadı. Bu yüzden sadece benim olduğumu bildiğini ve cevap vermediğini düşündüm. Sonra dışarı çıkmak istediğimi anladım. Bu da kendimi daha iyi ve biraz daha sakin hissetmemi sağlıyor. (Öz-deneyim belirsizliği ve teleolojik kiple psişik eşdeğerlik. Sarah "daha sakin" dese de, risk almanın heyecanının onu sakinleştirme gibi paradoksal bir etkisi olduğunu kastediyor.)

KLİNİSYEN: Peki bu çalkantıya ne dersiniz? Bu çalkantı sizin içinizde nerede ve siz bundan ne çıkarıyorsunuz? (Sarah'dan bedensel deneyimini zihinselleştirmesini isteyerek, bedensel zihinselleştirmeye doğru ilerleyip ilerleyemeyeceğini görmek istiyorum.)

SARAH: Karnım ağrıyor ve korktuğumu hissediyorum ama ne olduğunu bilmiyorum.

KLİNİSYEN: Hmm. Bu oldukça korkunç; kaçamadığınız, ne hakkında olduğunu bilmediğiniz ve olup biten hiçbir şeyle bağlantısı olmayan bu kadar güçlü bir fiziksel hissin olması. Bunu bir düşünelim. (Korkudan kaçışın imkansızlığını ve isimsizliğini vurgulayan küçük bir açıklama çabasıyla empati. Burada, yalnızca içerikten ziyade, kelimelerin söyleniş biçimiyle çok şey anlatılıyor.)

SARAH: Bu beni sürekli etrafta dolaştırıyor ve kafamda ne olduğunu veya ne yapmak istediğimi bilmiyorum. Sadece dışarı çıkmanın bunlardan kurtulup beni daha iyi hissettirdiğini biliyorum. Dürüst olmak gerekirse, az önce bana bunu biraz hissettirdin.

KLİNİSYEN: Yani burada çalkantı ve kaygı yok (klinisyen başını işaret ediyor). Şimdi kendinizi oraya koyduğunuzda ne düşünüyorsunuz? Nasıl hissediyorsunuz?

SARAH: Kalkıp dışarı çıkmak istiyorum. Yeterince çabalamadığımı mı düşünüyorsun? (Belki de bedensel deneyimle tetiklenen ani tepkisellik, psişik eşdeğerlikte gerçek anlamda deneyimleniyor - "orada ve o zaman"dan "burada ve şimdi"ye geçiş.)

KLİNİSYEN: Gerçekten mi? Bu nereden çıktı? (Klinisyen raporuna göre) böyle düşündüğümü bilmiyorum. (Doğrudan aklından geçeni). Aslında, çok çabaladığını (kendini sorgulamayı azaltmak için ödüllendirdiğini) düşünüyordum. Bu yüzden, kendi başınayken başkalarının senin hakkında sahip olduğunu düşündüğün sert ve nahoş düşünceleri ortaya çıkarıyor ve sonunda ne hissettiğin ve ne düşündüğün konusunda kafan karışıyor. O zaman dışarı çıkıp sana görülmeye değer biri olduğunu gösterebilecek biriyle görüşmen gerekmesi beni şaşırtmıyor (empatik temelli bir
(açıklama).

SARAH: Sadece beni sevecek birini istiyorum. Her zaman sevilmek istedim ve dün babamla çekilmiş fotoğraflarımıza baktım, hiçbir şey normale dönmedi. Tek istediğim mutlu ve sevgi dolu bir aileye sahip olmak ve hiçbir şey eskisi gibi olmadı. Jack'in babası şiddete başvurduğunda bile yanında kalmak için her şeyi denedim. Tek istediğim annem ve babamla her şeyin normal olmasıydı.

Machine Translated by Google

Ve bebeğim. Ama asla öyle olmayacak, değil mi? Normal olan hiçbir şeye sahip olamam. Şimdi bile her gün John'un (partnerinin) beni terk edeceğini düşünüyorum. Jack'in babasıylayken, beni istemesi için kendini iyi hissetmesi için her şeyi yaptım - ama bu biraz saçma, değil mi?

KLİNİSYEN: Bunun berbat olduğunu söylemenize sebep olan şey nedir?

SARAH: Şey, onun yapmamı istediği şeyleri yapıyordum, kendi yapmak istediklerimi değil. Nedenini bilmiyorum çünkü düşündüğümde, beni çoğu zaman kullanıyordu. İşte sorun bu.
Ben sadece insanların sömürdüğü bir çeşit deliyim.

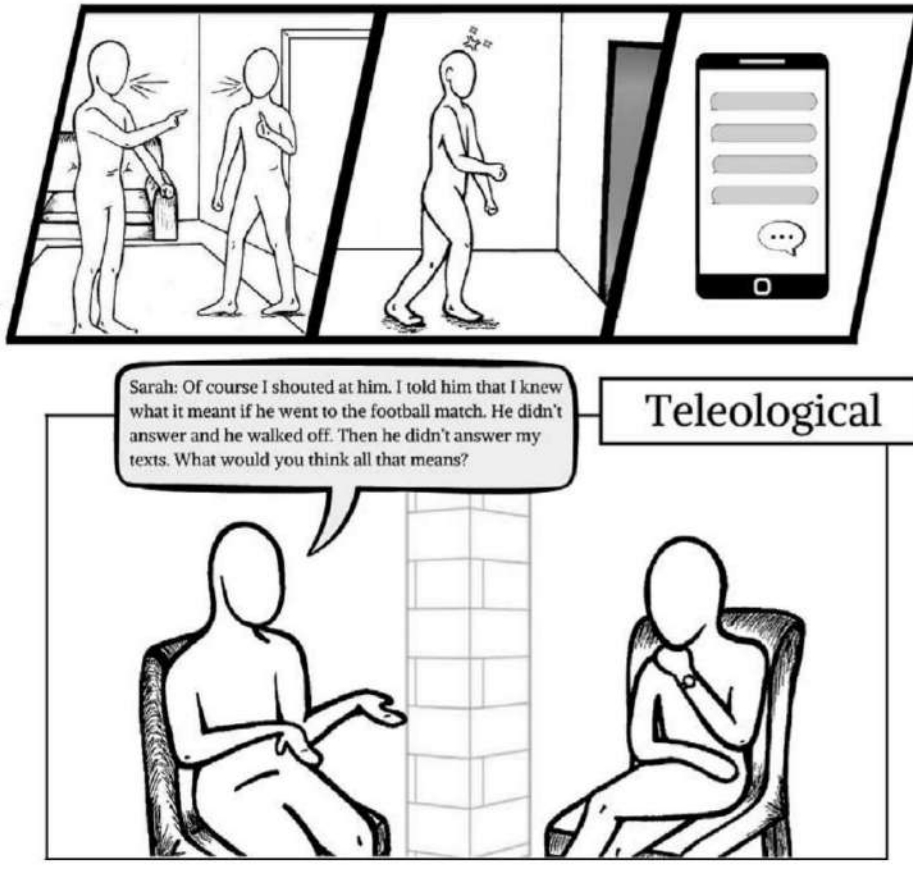
KLİNİSYEN: Beni endişelendiren şey, onun için yaptığınız bazı şeyleri yapmak istemediğinizi veya size uyguladığı muameleye katlanmak istemediğinizi şimdi anlıyor olmanız, ancak daha sonra bunu fark etmemiş olmanız.
O zaman ne oluyordu? (Klinikçi, olay hakkında daha fazla düşünmeye ve daha az duygusal düşünmeye teşvik etmek için o zaman ile şimdi arasında zaman ayırmaya çalışıyordu.)

SARAH: Konuştuğumuz şeylerdi bunlar. Bana yaptırdığı şeyler. (Sarah cinsel içerikli bir şey anlatıyor.) Jack'in babasıyla ilgili travmatik anı. Cinsel travma geçirmiş, sömürülmüş ama çaresiz hissetmek, onda "korkunç" bir his uyandırdı. Bu deneyimlerden ilk kez bahsedilmiyor, ancak biraz daha netlik var. Sonunda zihinselleştirmesi kayboluyor ve kafası karışmış gibi görünüyor.) Kim olduğumu veya ne istediğimi bilmiyorum. Bu durumdayken bunu nasıl çözebilirim?

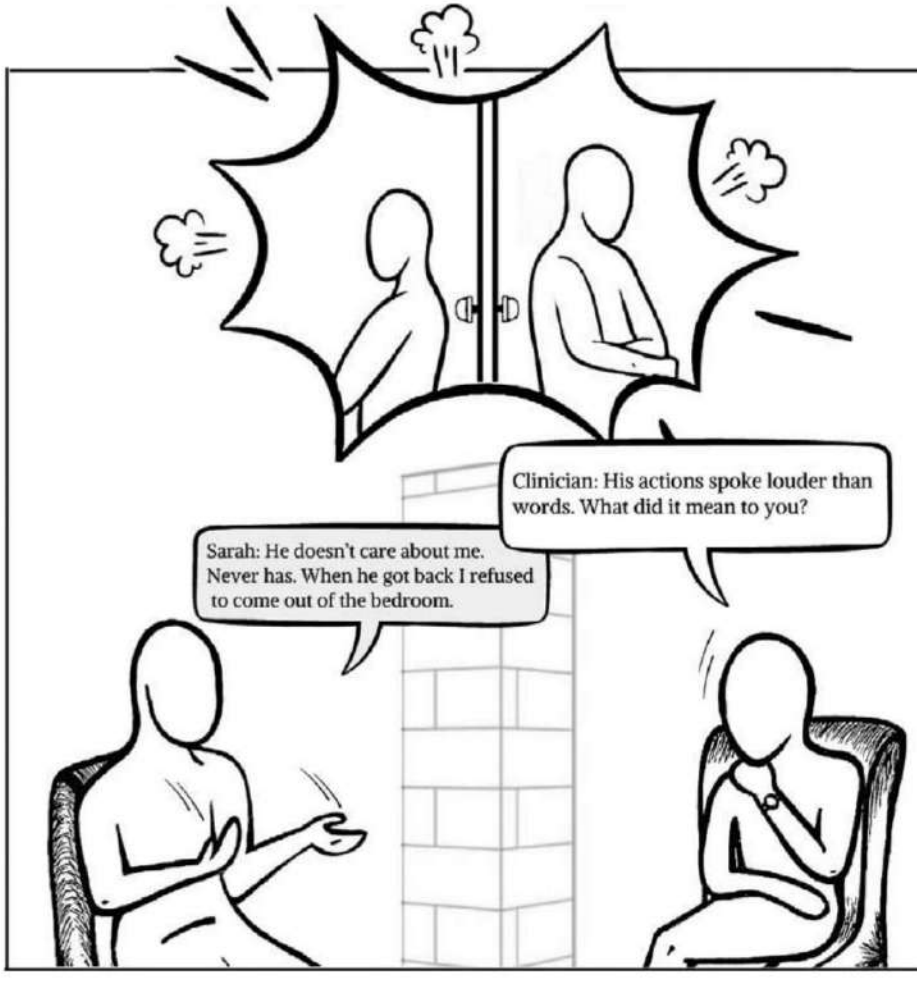
KLİNİSYEN: Bu, kendinizden daha emin olmanız için çözmemiz gereken bir şey. (Klinisyen, Sarah ile sorumluluğu paylaşmayı ve geçmişindeki travmatik deneyimleri hatırladığında yalnız olmadığını vurgulamayı amaçlıyor. Sonra, anlatının daha tutarlı ve zihinselleştirmenin daha belirgin olduğu bir yere geri dönüyor.) Mutlu bir aileye sahip olmak için gerçekten çok çabaladınız ve bunu o kadar çok istediniz ki, şimdi gerçekten yapmak istemediğinizi düşündüğünüz şeyleri bile yaptınız. Ve şu anda asla birlikte olma ve rahatlama hissine sahip olamayacağınızı hissediyorsunuz ve bu umutsuzluk korkunç. Belki şimdi John ile ilgili gerçekten ne düşündüğünüzü ve hissettiğinizi çözebiliriz, çünkü bahsettiğiniz gibi, onun için gerçekten yapmak istediğinizden emin olmadığınız şeyler yapmaya başlıyor olabilirsiniz ve gerçekten sömürülmenin korkunç hissini hissetmek istemiyorsunuz. (Tartışmayı sabitlemek ve Sarah ile bir araya gelmek için empatik doğrulama.)

Klinikçi şimdi, seansı formülasyonun bir yönüne, yani Sarah'nın başkalarının ona anlattığından farklı, güçlü, öznel de olsa bir benlik duygusu deneyimine erişme becerisine odaklamak için empatik bir doğrulama özeti kullanıyor. Bunu, daha iddialı olmak ve başkalarının taleplerine boyun eğmemek için yeterince "bilebilir" mi?

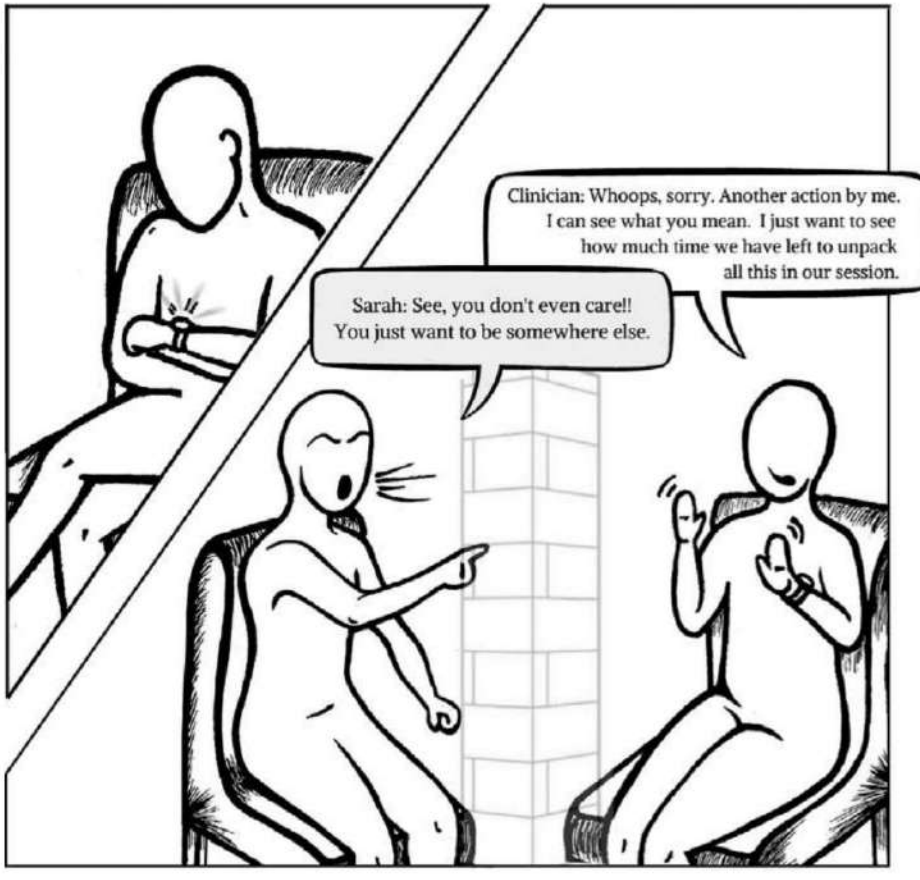
Machine Translated by Google



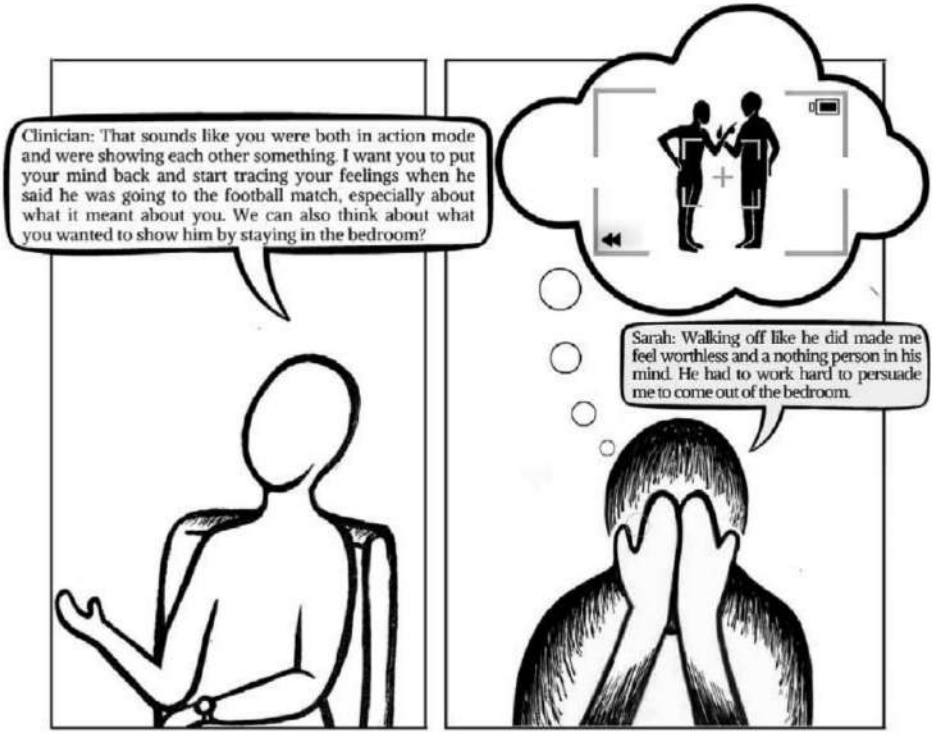
Machine Translated by Google



Machine Translated by Google



Machine Translated by Google



The clinician, having named and noted the potential for action mode, now tries to insert reflectiveness about the assumed relationship between Sarah's partner's action and her internal experience while remaining neutral about its accuracy and empathic about her negative personalized interpretation. Once achieved, Sarah can monitor her tendency to express herself through action between sessions. The clinician can also use the moment in the session of looking at his watch and how that leads to an immediate assumption about his motive.

Bilmeme ve Zihinselleştirme Sürecini Yönetme MBT klinisyeninin bilmeme

duruşu, zihinsel durumların eylem ve olaylarla ilişkisini keşfetmeyi amaçlayan aktif bir duruştur. Klinisyen, hastanın bir adım geri çekilip eylemlerinin ve içsel deneyimlerinin ardında yatanları düşünmesini desteklemeyi amaçlar. Bu duruş, hastanın tepkisel olmak yerine düşünmeye yönelmesi için bir gerilim (örtük bir baskı) yaratır.

Bu iki ucu keskin bir kılıçtır. Bir yandan, düşünme günlük yaşamda gerekli bir zihinsel süreçtir, çünkü tüm insanlar mevcut duygu ve düşüncelerini ifade ederken kendilerini izlemelidir. Öte yandan, bir hasta aşırı baskı altında hissedebilir ve kolayca anlayamadığı veya yoğun ve acı verici duyguları tetiklediği için konuşmak istemediği şeyler hakkında düşünmeye zorlanabilir. Bu nedenle, hastanın mevcut zihinselleştirme kapasiteleri göz önünde bulundurularak ve amacı hatırlayarak, bu tutum ustaca ve hassas bir şekilde uygulanmalıdır: "anında" bir dizi bakış açısı yaratmak ve böylece durumu durdurmak.

Machine Translated by Google

Hastanın tek bir bakış açısına sabitlenmesi ve bir şeyi göründüğü gibi değil, olduğu gibi görme olasılığının açılması.

Bilmeme duruşu, hayal gücünü teşvik etmek, alternatifleri düşünebilmek ve hayal gücünü gerçeklikten kopup yapmacık bir moda girmeden, fiziksel gerçeklere fazla bağlı kalmadan dengeli bir şekilde kullanabilmek için kullanılan bir yöntemdir ve kişiyi psişik eşdeğerlikten kurtarır. Bilmemek bu dengeyi sağlamaya yardımcı olabilir ve zihinselleştirmenin iyi yönetilmesini sağlar. MBT klinisyenleri, varsayımsal olmaktan kaçınmak ancak bunları bulmaya kayıtsız kalmamak (yani gerçek bir merak göstermek) için zihinsel durumları "bilmemek" (veya "bilmemek") zorundadır. Hayatta, gerçekten destekleyici olarak deneyimlenen kişiler, şeylere meraklıdır, sürekli öğrenip sorular sorar, nadiren erken sonuçlara varır ve genellikle bir sonuca varmak yerine açık bırakırlar. Bilgelik takdire şayandır, ancak yalnızca küçük dozlarda faydalıdır. Son noktalar hedef değildir; asıl hedef, yolculuğun kendisi ve bu yolculuk boyunca keşfedilebileceklerdir. Açıkçası, MBT, klinisyenin hastanın deneyimi ve davranışının model odaklı bir "yorumunu" sunduğu içgörü odaklı bir yaklaşım değildir. Klinisyenin rolünün yalnızca zihinselleştirmenin iyileşmesine destek olmak olduğu işbirlikçi bir keşif yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, hasta ve klinisyenin kişilerarası senaryosunun görünüşte "keşfedildiği", ancak daha yakından incelendiğinde, birikmiş klinik deneyimi temsil eden metinler tarafından önceden belirlendiğinin gösterildiği diğer yaklaşımlara göre daha az çekicilik içerebilir. MBT, bu tür klinik genellemelere karşı saygılıdır ve şüpheci değildir. Çözümler sunarak kişisel iradeyi baltalama riski ile bu anlayışlardan hastaya sağlanan fayda arasında bir denge kurar ve özellikle BPD spektrumunun daha şiddetli ucundaki hastalarda, bilmeden yapılan seçeneği tercih eder.

MBT'nin iskeleti MBT-I'de geliştirilir ve Sarah bu gruba 10 seans boyunca katılmıştır. MBT-I grubunda, klinisyen "bilmeyen" duruşunu örneklendirir. Bunu yapmanın olası yollarından biri şudur:

Klinik Örnek: Bilmeme Duruşunu Öğrenmek Klinisyen, kitap gibi görünen bir şeyi tutuyor.

KLİNİSYEN: Saçma bir soru soracağım. Elimde ne var?

Klinisyen, hastaların bu sorunun çok saçma ve cevabı bariz bir soru olduğunu ve bir hile olabileceğini düşünmeleri nedeniyle bazı ifadesiz yüzlerle uğraşmak zorunda kalıyor. Elbette bir dereceye kadar haklılar.

KLİNİSYEN: Aptalca bir soru olduğunu söylemiştim. Ama lütfen bana katlanın, elimde ne var?

HASTALAR: Bir kitap.

KLİNİSYEN: Bunun bir kitap olduğunu söylemenize sebep olan şey nedir?

HASTALAR: Elbette bir kitap.

KLİNİSYEN: Hangi özelliklere sahiptir?

Grup üyeleri kitabın şeklini, üzerinde başlığın yazılı olduğu sırtını, resimli ön yüzünü, başlığını, yazar adını ve diğer bazı özelliklerini anlatırlar.

KLİNİSYEN: Ne tür bir kitap? Polisiye roman mı, çocuk kitabı mı, aşk romanı mı?

Machine Translated by Google

HASTALAR: Bilmiyorum. Başlık ve resim romantik bir romana benziyor.

KLİNİSYEN: Resimde ne var?

Ve tartışma böylece devam eder, ta ki klinisyen ya da hastalardan biri kitabı okuyup öğrenmeyi önerene kadar.

KLİNİSYEN: Kesinlikle. Öğrenmek için okumamız gerekecek. O halde içine bir göz atalım.

Klinikçi kitabı açtığında, bunun kitap kılığında bir çikolata kutusu olduğunu görür.

KLİNİSYEN: Yani, bir şeye daha dikkatli bakıldığında ilk bakışta göründüğü gibi olmadığı ortaya çıkıyor. Zihinler hakkındaki önyargılar, kitaplarda olduğundan daha da belirgindir. Düşünceleri algılamayız; onlar hakkında varsayımlarda bulunuruz. Ve çoğu zaman yanılıyoruz. Yanılmak sorun değil. Kendinizi asla yanılmayacağınıza ikna etmek riskli bir tutumdur. Başvuracağınız terapi, alışkın olduğunuzdan daha az emin ve daha şüpheci olmayı gerektirir. Ve bana güvenin, bu yardımcı olacaktır! Kesinlikle eminim. (Burada kullanılan ironi ve kendiyle alay etme, MBT'de kasıtlıdır. Zihinselleştirmeyi teşvik ettiği ortaya çıktı.)

Keşif süreci, bilmeme tavrının özüdür; öz-durumları, başkalarının zihinsel durumlarını ve sosyal etkileşimleri anlamaya uygulandığında, zihinselleştirmeyi teşvik eder. Varsayımlar artık gerçekliği dikte etmez, merak ve keşif yaratır; bunlar olmadan yanılgıya düşer ve öğrenemeyiz. MBT klinisyeninin, çoğu zaman merakını ve diğer insanlara ve zihinlerine olan ilgisini kapatmış olan ve bunun sonucunda anlayışsızlığa ve zaman zaman dehşete düşmüş hastaya örnek olması gereken tavır budur.

Sarah'nın duygularını ayırt edebilmesi, bağlam içinde konumlandırabilmesi ve onlara öz, anlam ve süreklilik kazandırmak için diğer deneyimlerle ilişkilendirebilmesi gerekiyor. İç dünyasını, özellikle yalnızken, oldukça pasif bir şekilde deneyimliyor. Bunu aktif olarak yönetebilme duygusunu geliştirmesi gerekiyor. Zihinsel bir özerklik ve özerklik duygusu geliştirmesine yardımcı olmanın ilk adımı, mevcut durumlarını fark edip adlandırmaktır.
Başkaları aracılığıyla düşünmeye ve bunun yarattığı "insanları memnun etmeye yönelik" etkileşimlere olan güvenini değiştirmek, ancak onun içsel durumlarının daha fazla farkına varması ve kendi isteklerini ortaya koyma konusunda daha fazla özgüven geliştirmesiyle mümkün olabilir.

Karşıt Hareketler

Zihinselleştirme esnekliği, hastanın kişisel anlatılarını bildirmesi ve bunlar üzerinde düşünmesi sırasında klinisyenin zihinselleştirmenin boyutlarına dikkat etmesiyle uyarılır. Sarah'nın durumunda, benlik/diğeri boyutu, benlik/diğeri ayrımının eksikliğinden kaynaklanan, açıkça dengesiz olanlardan biridir. Başkalarının kendisi hakkındaki düşüncelerini onu rahatlatacak ve yapıcı etkileşimi besleyecek şekilde temsil etme becerisi dengesizdir. Sevilme duygusunu kaybeder ve sonuç olarak zihin gücünün çoğunu başkalarının zihinsel durumlarını izlemek için kullanır ve geçici bir "sevilme" deneyimi yeniden inşa edebilmesi için onlardan kendisini rahatlatmalarını ister. Dikkatini başkalarına yönelttiğinde, kaçınılmaz olarak iç dünyasını ihmal eder ve kendi öz-deneyimleriyle ilgili ayrıcalıklı konumunu terk eder. MBT klinisyeni bir etki alanı yaratmaya odaklanabilir, ancak aynı zamanda benlik/diğeri boyutunun uyarlanabilir esnekliğini artırmak zorundadır. Bunu başarmak için klinisyen zıt hareketlerde bulunur ve Sarah'ı, dikkatini yalnızca şuna odakladığında kendi deneyimini ayrıntılı olarak anlatmaya teşvik eder:

Machine Translated by Google

Diğer zihinler ve aynı şekilde, yüzeysel ve yararsız öteki tasvirleri, ayrıntılı zihin okumayı kendinin bir yansımasıyla değiştirdiğini ve diğerinin gerçekçi olmaktan ziyade "ihtiyaç duyulan" bir görüntüsünü yarattığını ima ettiğinde, diğerinin daha derin bir farkındalığını teşvik eder. Özünde, görünüşte diğerine odaklanmış olsa da, aslında parçalanma riski altında olduğu hissedilen savunmasız bir benliği desteklemek zorunda kalmıştır. Elbette, Sarah'a hissedilen bir eylemlilik duygusu oluşturmada destek verildiğinde, klinisyen uzun süreler boyunca ya benliğe ya da diğer kutba odaklanabilir, çünkü amaç esnekliği teşvik ederek gelişmiş bir benlik/diğeri farklılaşması elde etmektir. MBT'de, tüm zihinselleştirme boyutları arasında hareket etme konusunda rahat olmak anahtardır. İyi zihinselleştirme, her sosyal bağlama en uygun uyumu sağlamak için boyutları akıcı bir şekilde kullanmayı içerir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

SARAH: Erkek arkadaşıma benim hakkımda ne düşündüğünü sorup duruyorum. Açıkçası, bundan biraz bıkmış durumda. Ama kendimi durduramıyorum. Beni önemsediğinden emin olamıyorum. Kendimi önemsediğine ikna ediyorum ama sonra korkunç şüpheler duymaya başlıyorum. Nasıl davrandığını ve benim için bir şeyler yapıp yapmadığını dikkatlice izleyerek önemseyip önemsemediğini anlamaya çalışıyorum. Mesela dün gece yemek pişiriyordu ve ben acı biberi pek sevmediğimi söyledim. O zaman sadece birkaç tane koyacağını söyledi. Ben de kaç tane koyduğunu saydım. Neden? Çok aptalca.

Sarah burada öz tutarlılığını sürdürme konusunda endişeli ve zihinselleştirmesi Dış-İç Zihin/teleolojik modun etkisi altında kalıyor. Partnerinin zihinsel durumuna odaklanmış durumda, ancak ötesine bakarak net bir temsil elde edemediği için, dışsal davranışsal göstergelere yönelmiş durumda. Seans sırasında düşündüğünde, bunun tamamen mantıklı olmadığını fark ediyor.

KLİNİSYEN: Peki sen bu işin neresindesin? Ona acı biberden hoşlanmadığını söyleyebildin. Bu harika. —tercihlerinizi açıkça belirtmekten çoğu zaman kaçınıyorsunuz. (Burada klinisyen faydalı zihinselleştirmeyi tespit edip pekiştiriyor.) Ama bir şekilde onun size karşı hissettiklerini hissetmeyi bıraktınız—aksi takdirde onu neden acı biber sayısına göre yargılayasınız ki? Onu bir şekilde gözden kaybediyorsunuz ve size karşı hisleri konusunda endişelenmeye başlıyorsunuz, peki bu endişe sizde kendinize karşı nasıl hisler bırakıyor? (Burada klinisyen, odağı kendinize çevirerek esnekliği teşvik etmeye çalışıyor; tam tersi bir hareket.)

SARAH: Benimkilerin ne olduğunu bilmiyorum ama onunla birlikte olmaktan gerçekten hoşlandığımı biliyorum.

KLİNİSYEN: Bunu sana ne söylüyor? (Burada klinisyen bilmeme tavrını tekrarlıyor, yardım etmeye çalışıyor.) (Sarah'ın "hissettiği" benliği daha da belirginleştirip güçlendirmesi.)

SARAH: Onunla birlikteyken kendimi iyi hissediyorum. Rahatlayabildiğimi hissediyorum. Sadece bu his kaybolabiliyor. çok çabuk.

KLİNİSYEN: Şimdi beni meraklandırdın. O rahatlama hissine ulaştığında ne düşündüğünü söyle bana. Kendini iyi hissettiğinde kendin hakkında neler düşünüyorsun? (Yine, klinisyen bildiğini varsaymıyor. Bir bakıma, rahatlamanın iyi olduğunu ve benlik hakkında genel bir olumlulukla dolu olduğunu varsayabilirdi. Ancak bilmeme tavrı, benlik durumunun daha ayrıntılı olarak ele alınmasını gerektirir.)

Klinikçi, Sarah'ı erkek arkadaşının zihin durumuyla meşgul olmaktan, kendi hakkındaki değişen düşüncelerini daha derinlemesine incelemeye gizlice yönlendirdi. Sarah'ı kendi düşünceleri ve hisleri üzerinde çalışmaya devam ettiriyor ve ardından tam tersi bir hareketle, erkek arkadaşının zihin durumlarının kendisininkilerle ilişkisini soruyor.

Machine Translated by Google

SARAH: Jack'in babasıyla olanlara dönüyor. Onun için yeterince iyi değilim.
Babam için yeterince iyi değilim. Ben kimseye yetecek kadar iyi değilim.

KLİNİSYEN: Bu düşüncelerinizi John'la paylaşabilir misiniz? Sizce ne düşünürdü? Acı biber sayısını saymaktan daha güven verici bir cevap verebilir miydi?

Pratik mükemmelleştirir, bu yüzden MBT klinisyeni bu yeniden dengeleme prosedürüne devam eder ve hastayı her boyutta zihinselleştirme kutupları arasında iter. Sarah'nın kutuplaşma eğilimi hiçbir noktada çözülmez, ancak hareket etmek kolaylaşır; diğer şeylerin yanı sıra, klinisyenin sorgulama çizgisini önceden tahmin etmeye başlar. Ters hareketleri fark eder. Acaba klinisyenin zihninin bir görüntüsünü mü geliştir

Tamamen esnek bir zihinselleştirmenin oluşturulması için, diğer tüm boyutları "yağlamak" için zıt hamleler kullanan bir müdahale gereklidir. Bilişsel işlemeyi aşırı kullanan hasta, duygularına daha fazla dikkat etmeye ve onlara daha fazla güvenmeye ikna edilir. Ancak duygusal süreçler baskın olduğunda, sorgulama bu duyguları yönlendiren inanç ve beklentilere odaklanır ve hasta, duygularını yönetmeye yardımcı olmak için bilişsel işlevlerini artırmaya zorlanır.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

SARAH: Jack ile aram çok iyi. En sevdiği tüm yemekleri yapıyorum ve okula gittiğinde temiz ve düzenli olduğundan emin oluyorum. Başkalarının ona iyi bakmadığımı düşünmeye başlarsa, Yardıma Muhtaç Çocuklar ekibine haber vereceklerini ve onların da babasının ona daha iyi bakmasını önereceklerini biliyorum. (Bilişsel/dışsal belirleyici eylem; ötesini düşünmemek.)

KLİNİSYEN: Ah, bu çok endişe verici. (Destekleyici empatiyle başlayarak.) Ama bana söyle, sürekli gözlemlenen bir anne olmak nasıl bir duygu? (Duygulara odaklanarak sorulan soru)
(kendisi.)

SARAH: Benim için sorun değil, çünkü onlara oğlunun iyi bakıldığını gösteriyorum. (Sarah'ın oğlunun elinden alınmasıyla ilgili gerçekçi kaygısı, gözlemlenen, bilişsel diğerinden uzaklaşmasını oldukça zorlaştırıyor.)

KLİNİSYEN: Anlıyorum. Peki Jack'in temiz ve düzenli olduğunu gördüğünüzde içinizde nasıl hissediyorsunuz? (Klinisyen (Duygusal benliğe odaklanmaya yönelik ikinci bir girişimde bulunmak.)

SARAH: Gurur duyuyorum. Ben düzgün bir anneyim. Jack'i eskisi gibi kirli ve ihmal edilmiş halde bırakmıyorum.

KLİNİSYEN: Ah. Yani gurur duyuyorsun. Bu gerçekten önemli bir şey. (Klinisyen, pekiştirme ve zihinselleştirmenin değerini gösterme fırsatını kaçırmıyor.) Peki bu sadece kendinle mi gurur duyuyorsun, yoksa onunla da mı?

SARAH: Doğru düzgün giyinmesini ve iyi görünmesini sağlayabildiğim için kendimle gurur duyuyorum. Ama ona baktığımda, belki de benim kendimle ilgili hissettiklerimden daha iyi hissedecek diye düşünüyorum.

KLİNİSYEN: Bu önemli. Jack'in ne düşündüğü hakkında pek konuşmuyoruz. Peki ya o? Sizce Sarah'nın annesi olması hakkında ne düşünüyor ve hissediyor? (Klinisyen, bilişsellik ve duygulanım arasında bir denge kurmaya çalışarak yeni bir zihinselleştirme alanına geçiyor.)

Machine Translated by Google

Klinikçi, Sarah'nın duygusal deneyimlerini oğluyla ilişkisini düşünmek için kullanması yönündeki çabalarında ısrarcıdır; çünkü Sarah'nın, oğlunun sağlıklı gelişimi için gereken tek şeyin fiziksel ilgi olduğunu düşünmesinden endişe duyar. Sarah'nın derin yoksunluk geçmişi, klinisyene bunun bir sorun haline gelebileceğini söyler. Sarah, ihmale uğramış kendi benliğine ulaşmakta büyük zorluk çeker; ihmal ve olumsuzluklara maruz kalmış bir çocukken ne düşündüğünü ve ne hissettiğini hatırlamakta zorlanır. Çocuk bakımını "iyi beslenmek" ve "temiz olmak" gibi bilişsel ve dışarıdan kolayca doğrulanabilir terimlerle düşünmeyi daha kolay bulur. Ancak Sarah, Jack ile olan ilişkisine daha derin ve zihinsel bir ilgi göstermezse, Jack kendi zihinsel benlik duygusunu inşa etme konusunda acı çekecek ve klinik olarak her gün gördüğümüz kuşaklar arası travma döngülerine katkıda bulunacaktır. Bunu önlemek için ve Çocuk Yardım Ekibi'nin dolaylı olarak (zihinselleştirilmesinin) farkında olarak, klinisyen Sarah'ı, Jack'e fiziksel olarak bakabilmesini sağlayan ancak baskın olduğunda duygusal durumlara ve bunların onun gelişimine ve anne-çocuk ilişkisinin yararlı bir şekilde gelişmesine katkısına gereken dikkati vermesini engelleyen teleolojik düşüncesinin kısıtlamalarından kurtarmayı amaçlar.

Bu nedenle, MBT'de aşırı derecede dışa odaklı zihinselleştirmeye güvenen bir hasta, başkalarının ve kendilerinin içsel deneyimlerini düşünmeye teşvik edilir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

SARAH: Yani benim burada pek iyi durumda olmadığımı ve artık daha iyi olmam gerektiğini mi düşünüyorsun?

KLİNİSYEN: Vay canına! Bu nereden çıktı? Buna nasıl vardığını bana anlatabilir misin? Hiç böyle düşündüğümü hatırlamıyorum! (Durup araştırıyor ve varsayımı değerlendirmek için kontrollü zihinselleştirmede ısrar ediyor.)

SARAH: Ben konuşurken sen kollarını kavuşturdun, bana öyle geliyor ki bıkmışsın.

KLİNİSYEN: Bunu yaptığım için üzgünüm. Bunu yaptığımın farkında değildim ve küçük jestlerin anlamına ne kadar duyarlı olduğunuzu bir an için unuttum. Biz duyarsız insanlara katlanmak zorundasınız.
Bir dahaki sefere böyle bir şey yaptığımda beni uyarabilir misin? O zaman durabiliriz ve neden yapmış olabileceğimi düşünmeme yardımcı olabilirsin.

Sarah'nın söyledikleri doğru olabilir de olmayabilir de. Klinikçinin zihinsel durumu hakkındaki anlayışını tam olarak şekillendirmek için, iyi ayarlanmış ve son derece hassas dışsal zihinselleştirmesini kullanıyor. Klinikçi burada meydan okumamalı. Aksine, süreci yavaşlatıp kontrol etmeyi teşvik ediyor. Böylece konu, Sarah'nın varsayımının doğru mu yanlış mı olduğu sorusuna odaklanmıyor. Mesele, Sarah'nın iyice hazırlanmış olumsuzluğa doğru ilerlemeden önce durup keşfedip keşfedemeyeceği.

Düşük Zihinselleştirmeye Müdahale Etme

Herhangi bir seansta, klinisyenin hastanın kişisel anlatısını işleme ve iletme girişimlerinin "nasıl" olduğu konusunda sorunlarla karşılaşması muhtemeldir. Şiddetli kişilik bozukluğu olan hastalarda, düşük zihinselleştirme genellikle deneyimlerini anlatırken duygusal hale gelir gelmez başlar. Örneğin, klinisyen uyarılmanın, bireyin normalden daha yüksek bir düzeyde emin ve kararlı olmasını beraberinde getirdiğini fark edebilir.

Machine Translated by Google

Bakış açılarının doğruluğu konusunda ısrarcı. Bu, "İçten Dışa Zihin"in -psişik eşdeğerliğin- karakteristik bir özelliğidir. Peki bu nasıl yönetiliyor?

MBT klinisyeni, seans boyunca düşük zihinselleştirmeyi hassasiyetle dinler. Bu, yalnızca hastanın öyküsünün içeriğini değil, aynı zamanda öyküsünü nasıl anlattığını da dinlemek anlamına gelir. Klinisyen, doğal tepkisi olan içeriği yeniden çerçevelemeye veya yorumlamaya direnir. Müdahaleleri, düşük zihinselleştirme anlamı vermek yerine etkili zihinselleştirmeyi yeniden canlandırmayı amaçlar. Böyle bir müdahale olmadan, düşük zihinselleştirme hastalar için artan bir sıkıntıya yol açar. Zihinsel acıları giderek daha gerçek hissedilir. Daha önceki deneyimleri, değişimi başarmak için faydalı olacak şekilde yeniden düzenlemeyi ve dahil etmeyi başaramazlar. Uzak olaylar bile güncel gerçekliğin gücüne sahip olmaya başlar ve travmatik anılar durumu ele geçirebilir.

Müdahalenin önünde iki engel vardır. Birincisi, olayın kendisinin düşük zihinselleştirme modunda deneyimlenmesi ve sonuç olarak tam olarak düşünmeye ve değişime açık olmamasıdır.
İkincisi, mevcut düşük zihinselleştirme durumu, seans sırasında diğer konuların verimli bir şekilde incelenmesini engeller. Bu nedenle, klinisyen ilerlemek için geri çekilir; önce hastanın zihinselleştirmesini düzeltmek için adımlar atar, ardından öğrenme amacıyla olayı/anlatımı yeniden ele alır. Özetle, bu dört adımı içerir.

1. Güncel düşük zihinselleştirmeye katılmaktan kaçının.
2. Zihinselleştirmeyi yeniden canlandırmak için MBT Döngüsünü kullanın (bkz. bu bölüm: MBT Döngüsü nedir?).
3. Anlatıdaki düşük zihinselleştirilmiş olayı tekrar ele alın.
4. Etkili zihinselleştirme içinde anlatıyı yeniden ele geçirin.

Düşük Zihinselleştirmeyle Birleşmekten

Kaçınma Düşük zihinselleştirmede zihnin sabit ve katı olduğunu ve bir çatışma halinde olmadığını unutmayın. Paradoksal olarak, anlatılanlar aynı anda taban tabana zıt görüşler barındırsa bile bu doğrudur. Düşük zihinselleştirmede alternatif bakış açıları mevcut değildir ve bu nedenle klinisyenin tutarsızlığa girmesi verimsizdir. Karşıt argümanlar düzeyinde müdahale, hastanın zihin durumuyla uyuşmaz; bu durum tartışmayla değil, acı verici ve sabit bir bütünlükle ilgilidir. Etkili müdahale zordur çünkü düşük zihinselleştirme, hasta için acı verici olduğunda, klinisyende empatik sıkıntıya ve düşük zihinselleştirmeye yol açar. Klinisyenin düşük zihinselleştirmeyle birleşmekten (katılmak veya katılmamak) kaçınması, terapötik dengeyi koruması ve başlangıçta hastayla deneyimleri hakkında empatik doğrulama kullanarak etkileşim kurması zorlaşır. Karşıt argümanlar öne sürmek veya deneyimlerine ilişkin yorumlarının kısmi veya hatta yanlış olduğuna dair güvence vermek cazip gelir. Ancak klinisyen, düşük zihinselleştirmeyi sorgulamadan pasif bir şekilde kabul edip kabul ederse, hasta bunu kendi deneyimini doğrulamak ve kendi veya başkalarının tutum ve motivasyonlarını muhtemelen hatalı bir şekilde yorumlamak olarak yorumlayabilir. Bu durumun ortaya çıkmasını önlemek için MBT klinisyeni bir MBT Döngüsü başlatır.

MBT Döngüsü Nedir?

MBT Döngüsü üç aşamalı bir manevradır. İlk olarak, hasta ve klinisyen düşük zihinselleştirme modunu fark eder ve adlandırır. Bu, MBT-I aşamasında tartışılmış olacaktır; Sarah, "Eylem Zihni", "Dış-İç Zihin" ve "Bil ve Şimdi Zihni"nin farkındadır ve ayrıca oğluyla olan "Kabarcık Modu"nun da bir dereceye kadar farkındadır.

İkinci olarak, klinisyen düşük zihinselleştirmenin içeriğini merakla araştırır, ayrıntılı doğrudan incelemeden yavaşça ve hassas bir şekilde daha geniş bir araştırmaya doğru hareket eder.

Machine Translated by Google

Bu bağlamda, empati, duygu düzenleme amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

Üçüncüsü, hasta öz düzenleme ve eylemlilik duygusuna ulaştığında, düşük zihinselleştirmeyi tetiklediği görülen anlatının içeriği ve bağlamı yeniden keşfedilebilir. Hafıza çalışması, olaya ve yarattığı deneyime daha geniş bir bakış açısı kazandırmak için zenginleştirilmiş bağlamsal ipuçlarıyla epizodik hafızayı güçlendirerek zihinselleştirme kapasitesini artırmak için kullanılır. Hafıza çalışması, olayın tekil, anlaşılmaz ve zehirli bir zihinsel deneyimden, deneyimin bağlamını açıklayan ve gelişmiş meta-bilişsel organizasyonu teşvik eden diğer zihinsel deneyimlerle bağlantıları olan zihinselleştirici bir hafıza anlatısına dönüşmesini sağlar.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, klinisyene, Çocuk Bakım Destek Görevlisi'nin Sarah ve oğlunu kontrol etmek için yaptığı son ziyarette zorluk çıkardığını; destek görevlisinin Sarah'ya iyi bir anne olmadığını "söylediğini" söyler.

KLİNİSYEN: Ne kadar hayal kırıklığı! Çok uğraşıyorsunuz. (Empati, duyguları düzenlemek için kullanılır.)
Peki bu fikre nasıl vardı?

SARAH: Zayıf göründüğünü söyleyerek ona besleyici yemekler pişirip pişirmediğimi sordu. Elbette.
Evet, zaten zayıf da değil. Sevdiği yemekleri pişiriyorum ve ona "Ne pişirmem gerekiyor?" diye sordum. Tartıştık çünkü bana sadece sevdiği şeyleri değil, onun için iyi olan şeyleri pişirmem gerektiğini söyledi. Kendisinin de çocuğu olup olmadığını sordum ve cevap vermedi. Kendini kim sanıyor da bana ne yapacağımı söylüyor? Ondan bıktım.

KLİNİSYEN: O zamanlar ona karşı oldukça açık sözlüydün ve Jack'e karşı da elinden gelenin en iyisini yapıyorsun. Bunu görebiliyorum.
Sert tepki verdin. Onunla ilişkiniz kötüye mi gitti? (Yavaşça ve nazikçe genişlemeye yönelik bir girişim.)

SARAH: Benden hoşlanmıyor ve şimdi bana karşı tavır alıyor ve korkunç bir rapor yazacak. (
(İlk genişleme girişimi açıkça başarısız oldu.)

KLİNİSYEN: Bu sizin için çok büyük bir endişe kaynağı ve söylediklerinde tamamen yanıldığını düşündüğünüz için haksızlık gibi geliyor. Bu haftadan önce onunla ilişkiniz nasıldı? (Mevcut sorundan uzaklaşıp, ilişkileri hakkında daha geniş bir tartışmaya geçmek için ikinci bir girişim.)

SARAH: İşte bu! Her şey tam bir şoktu. Bazı konularda yardımcı olabilirdi. Onu okula gitmeye teşvik etmek için gerçekten iyi fikirleri vardı. Daha önce beni eleştirmedi.

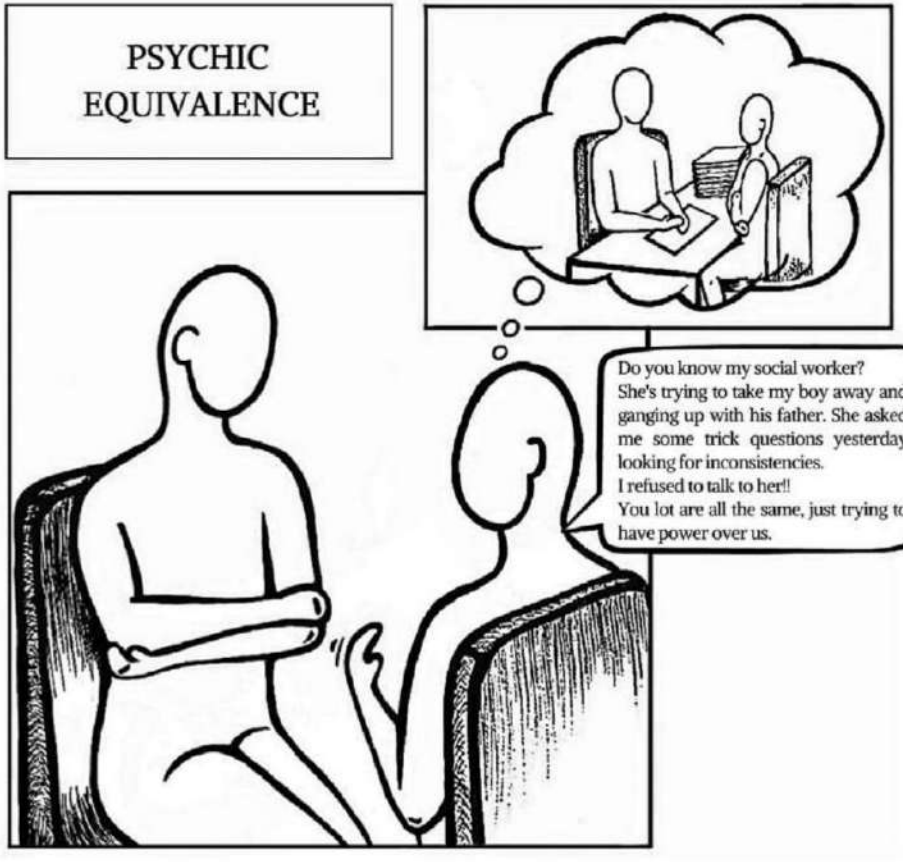
KLİNİSYEN: Peki ya bu eleştiri? Tepki gösterdiğiniz şey bu muydu? Yoksa başka bir şey mi vardı?

SARAH: Bana karşı olduğunu hissettim ve benim ne kadar çabaladığımı fark etmediğini ve bunun farkında olmadığını düşündüm.
Önceleri gerçekten çok çabaladığımı ve çok çaba sarf ettiğimi fark etmiş gibiydi. Jack'in yemek yemesi için çok çaba sarf ettim, bu yüzden ona sevdiği şeyleri sunuyorum. Besleyici olduğundan emin oluyorum.
Ona sadece cips vermiyorum. (Sarah şimdi biraz daha düşünceli.)

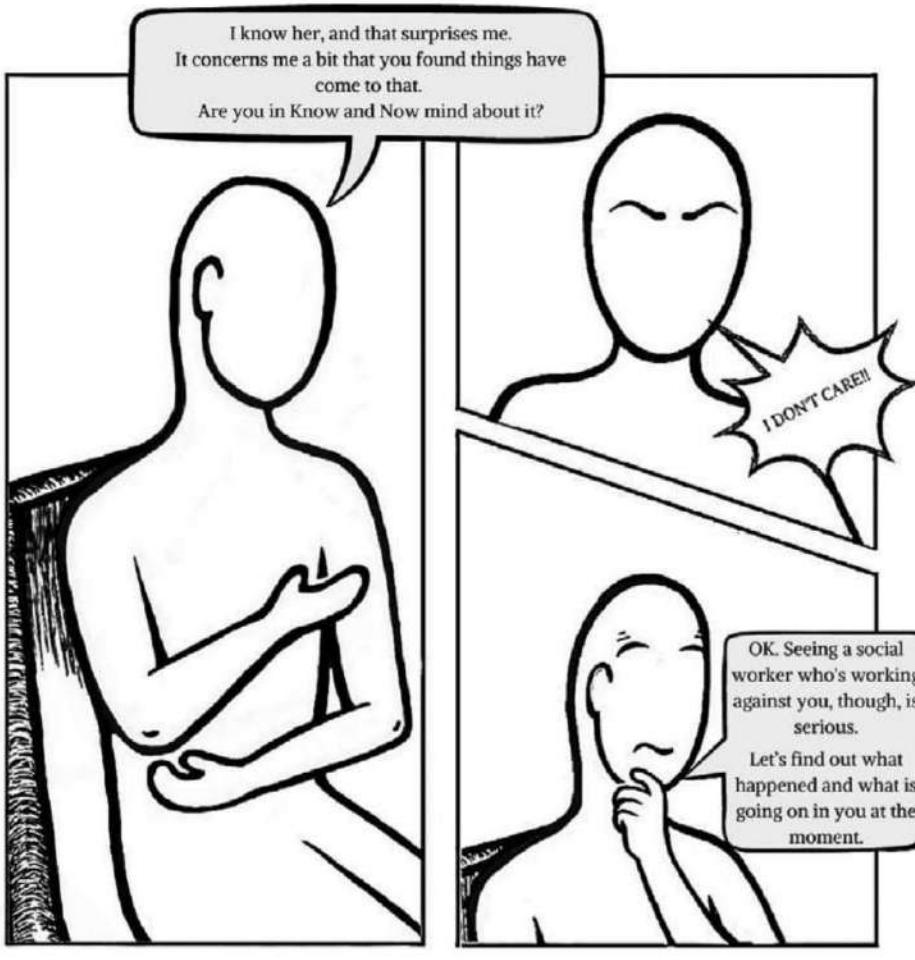
KLİNİSYEN: Yani geriye dönüp baktığında, bu sefer ne kadar çabaladığını fark etmemiş gibi görünüyor.

Machine Translated by Google

Şimdi klinisyen ve Sarah, Sarah'nın aşırı tepkisel veya aşırı hassas olup olmadığını veya destek çalışanının ilgisizliğinden dolayı anlaşılabilir bir şekilde öfkeli olup olmadığını değerlendirecekler. duyarlılıkları ve Sarah'nın oğlunu beslemek için gösterdiği tüm çabaları görememeleri.



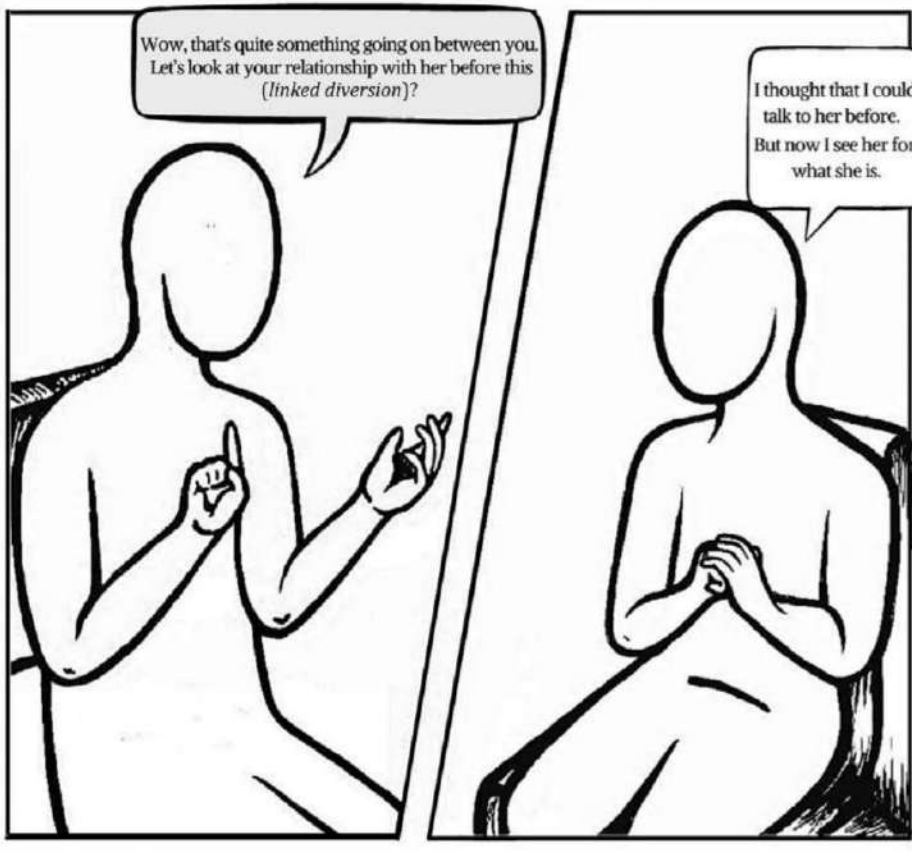
Machine Translated by Google



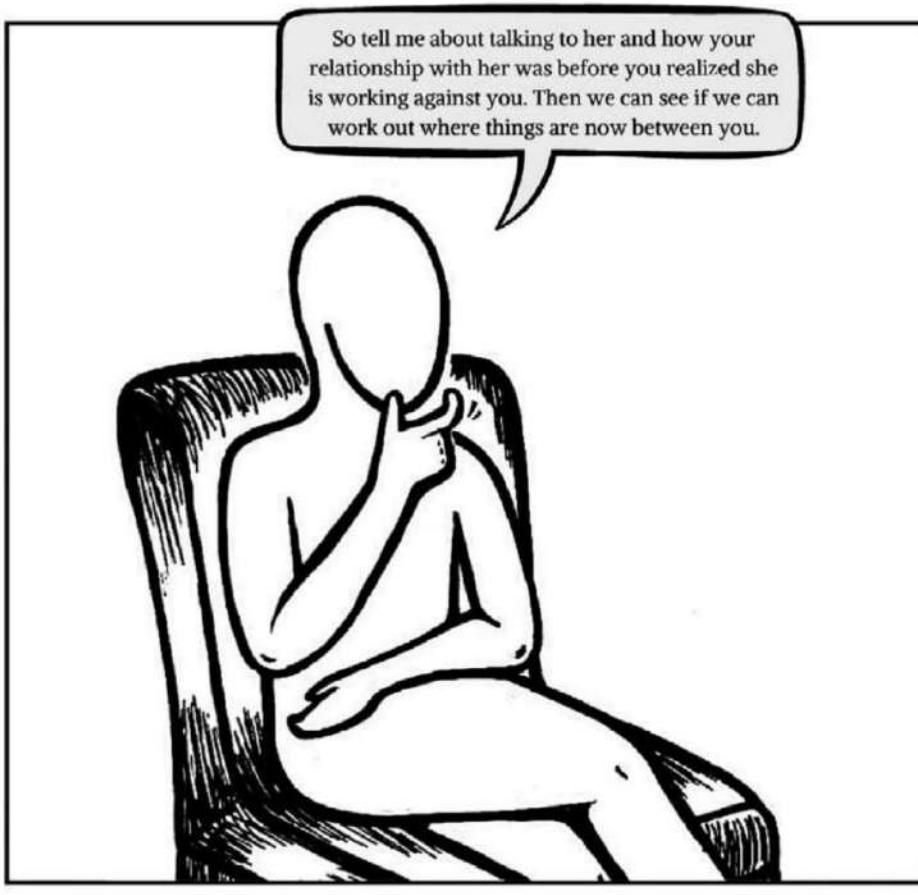
Machine Translated by Google



Machine Translated by Google

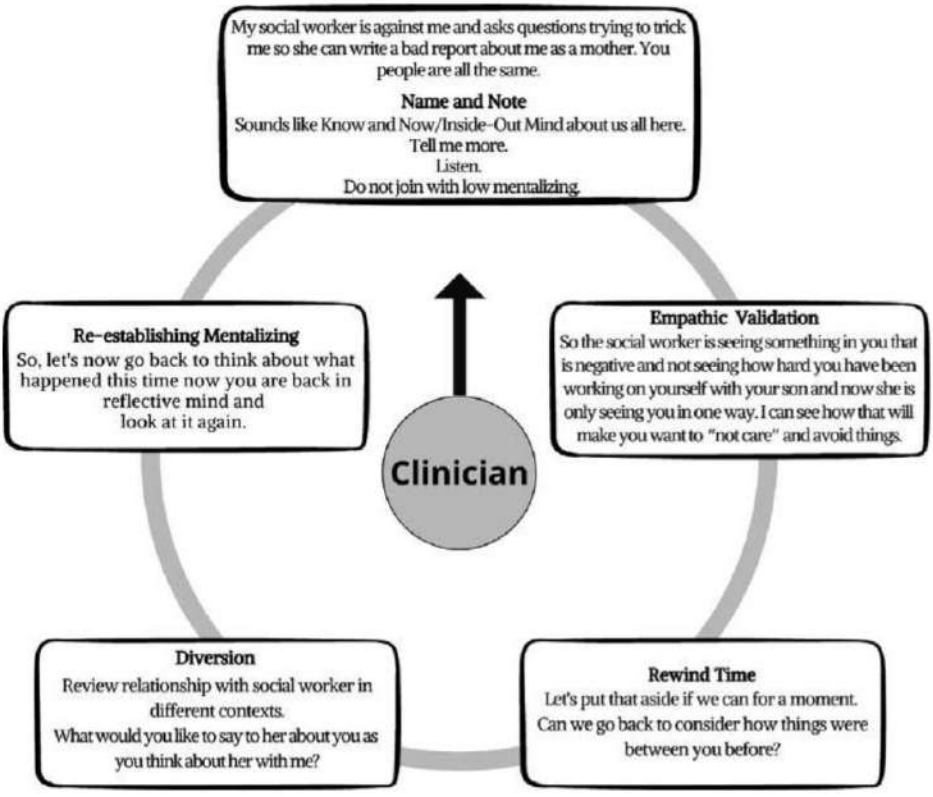


Machine Translated by Google



The clinician continues to explore their earlier relationship before revisiting the Know and Now mind incident.

Machine Translated by Google



Taklit Modu

Klinik seanslarda rol yapma modunun başlangıcı, etkileşimi kemikleştirdiği ve değişimi engellediği için uğursuz bir işarettir. Klinik uygulamada, bir hasta (a) aşırı rasyonalizasyon ve entelektüalizasyon kullandığında, (b) anlatısını takip etmek zor geldiğinde, (c) başkaları, hasta veya terapi hakkındaki yorumlar yavan, "basmakalıp" ve tahmin edilebilir olduğunda, (d) hasta ve klinisyen arasındaki diyalogda hissedilen bir kopukluk olduğunda veya (e) semptomların ve kişisel ilişkilerin açıklamaları basmakalıp, tekrarlayıcı göründüğünde ve hatta ders kitabı biçiminde olduğunda rol yapma modunda işlev görüyor olabilir. Başkalarına kanıt olmaksızın karmaşık motifler atfetmek ve/veya gerçeklikle güçlü bağlantıları olmayan motifler için labirentvari akıl yürütmeler kullanmak, dinleyiciyi bunların nasıl haklı çıkarılabileceği konusunda şaşkına çevirmek - sınırlı duygusal olarak bilgilendirilmiş deneyimle bilişsel işlemenin aşırı devreye girdiği bir hiperzihinselleştirme durumu - bu durumu iyi tanımlar. Ayrıca "saçmalık modu" olarak da adlandırılmıştır, örneğin "Hayır, kesinlikle hayır - s

Machine Translated by Google

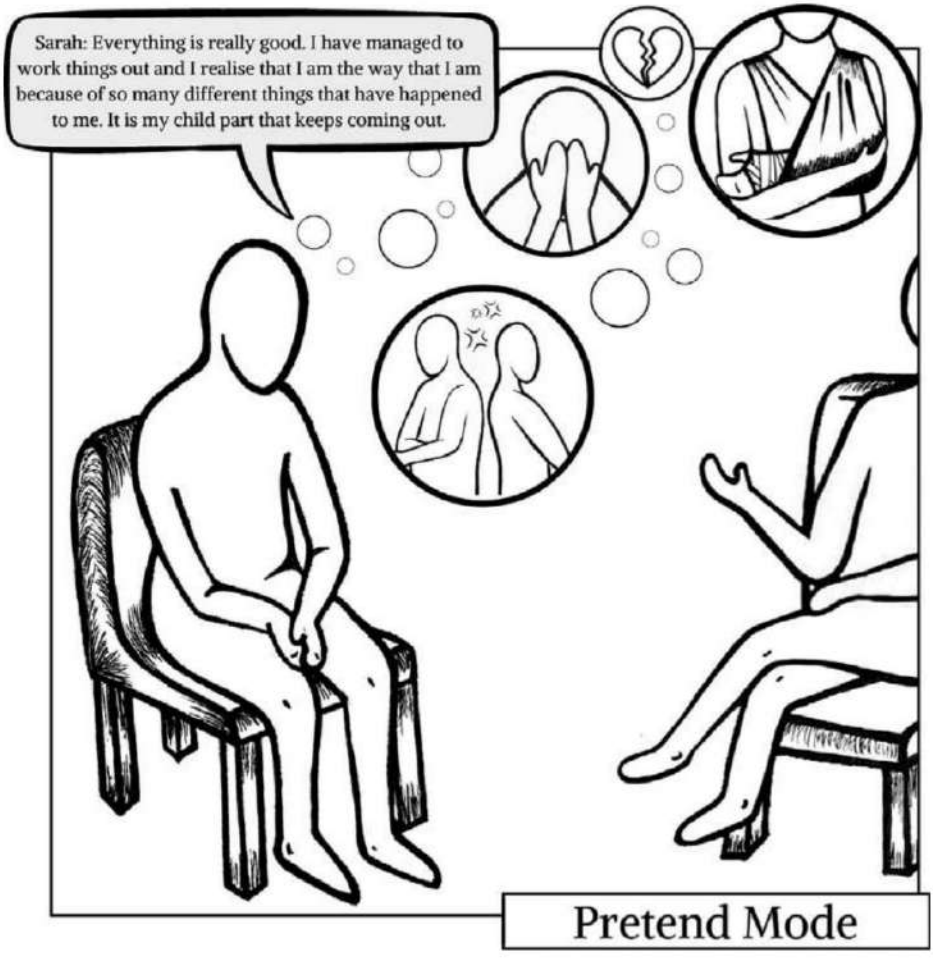
"Ben mi?" dedi gözlerinde şefkatli bir parıltıyla. Tanımlamak ve etiketlemek -adlandırmak ve not etmek- hastanın dikkatini konuya çekmeye yarar ve klinisyenin seansta göz boyama/"söylediğini yapmak yerine yapmamak" gibi bir durum olabileceği endişesini dile getirir. Taklit modu bakış açısına özgü olabilir ve böylece hasta aynı konu hakkında konuşurken taklit modu işlevine girip çıkabilir.

Hastanın zihinsel işlevlerine yerleşmiş olan taklit modunun kaçınılmaz sonucu, klinisyenin hastayla aynı odada olmadığı veya tam olarak orada olmadığı hissini yaşamasıdır. Anlamlı bir şekilde etkileşim kurmakta zorlanırlar ve etkileşim öznel olarak kişisel hissettirmez. Hasta ve klinisyen arasında, klinisyenin hastanın başkalarının güdülerine ilişkin karmaşık çıkarımlarını takip edebilmek için çabalaması nedeniyle artan bir kopukluk vardır. Zihinselleştirmenin yinelemeli niteliği elbette taklit modu düşüncesine oldukça uygundur - "O sadece insanların beni X olarak düşünmesinden endişe duyduğumu düşünüyor. Size bunun tamamen yanlış olduğunu söyleyeceğim!" (onların sizi X olduğunuzu düşünmesi, sizin kendinizi X olarak düşünmeniz, X olmakla ilgili endişe duymanız, insanların düşünmedikleri bir şeyi düşündüklerini düşünmesi, herhangi birinin aynı cümlede sizi ve X'i düşünebilmesi yanlış ...).

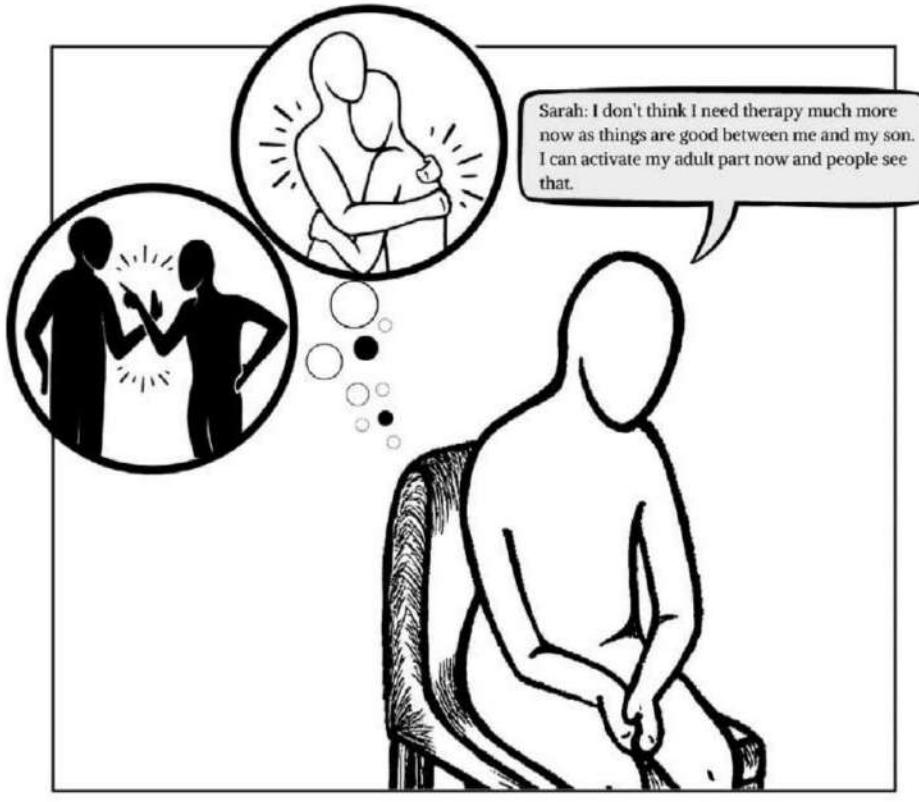
Taklit modundaki hastalar, klinisyenle değil kendileriyle konuşarak bir tür denge kurmaya çalışırlar; ancak klinisyenin iletişim taklidini sürdürmesi gerekir (bu nedenle "taklit" terimi kullanılır). Klinisyenin zihin durumu, hastanın zihin durumuyla yanıltıcı bir bağlantıya sahiptir (taklit etmenin bir başka yolu). Bu, klinisyen için rahatsız edici bir durumdur, peki ne yapabilirler? İzleyebilecekleri birkaç yaklaşım vardır.

1. Mümkünse araştırın, isimlendirin ve not edin.
2. Anlık ilişkisel kaygıyı artırır.
3. Hastaya karşıt olgularla meydan okuyun.
4. Hastaya terapötik "pusu" ile hassas bir şekilde veya daha doğrudan meydan okuyun.

Machine Translated by Google

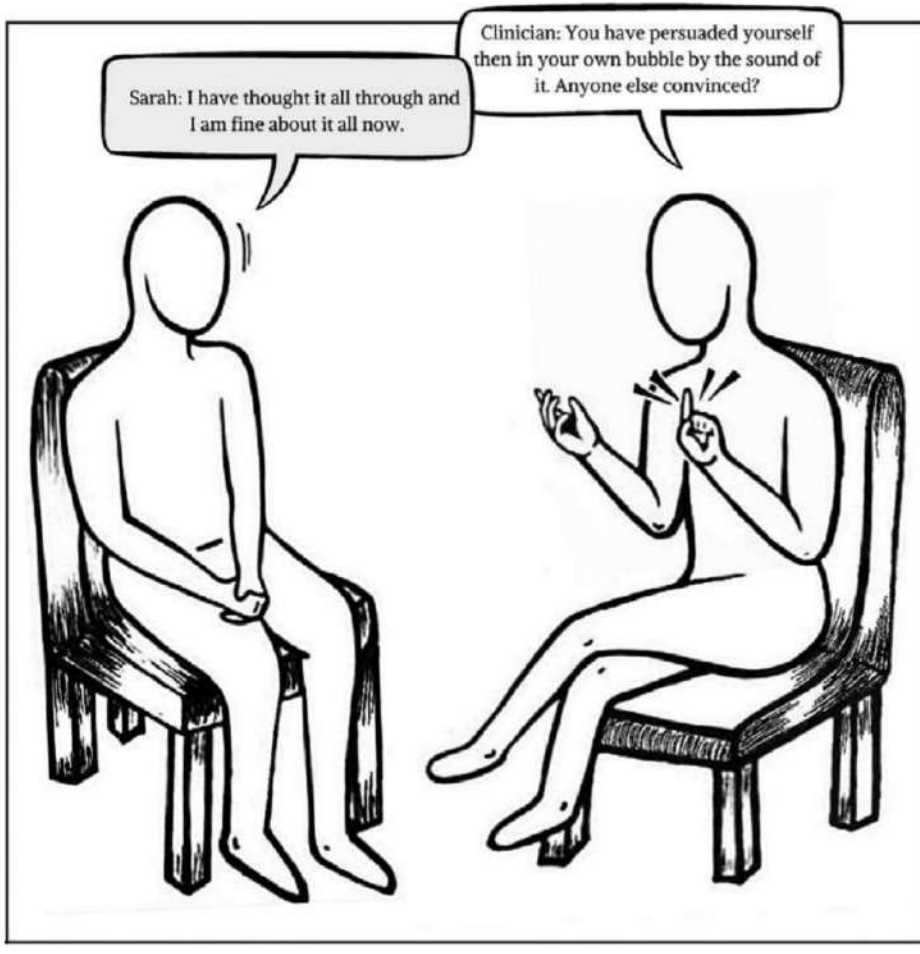


Machine Translated by Google

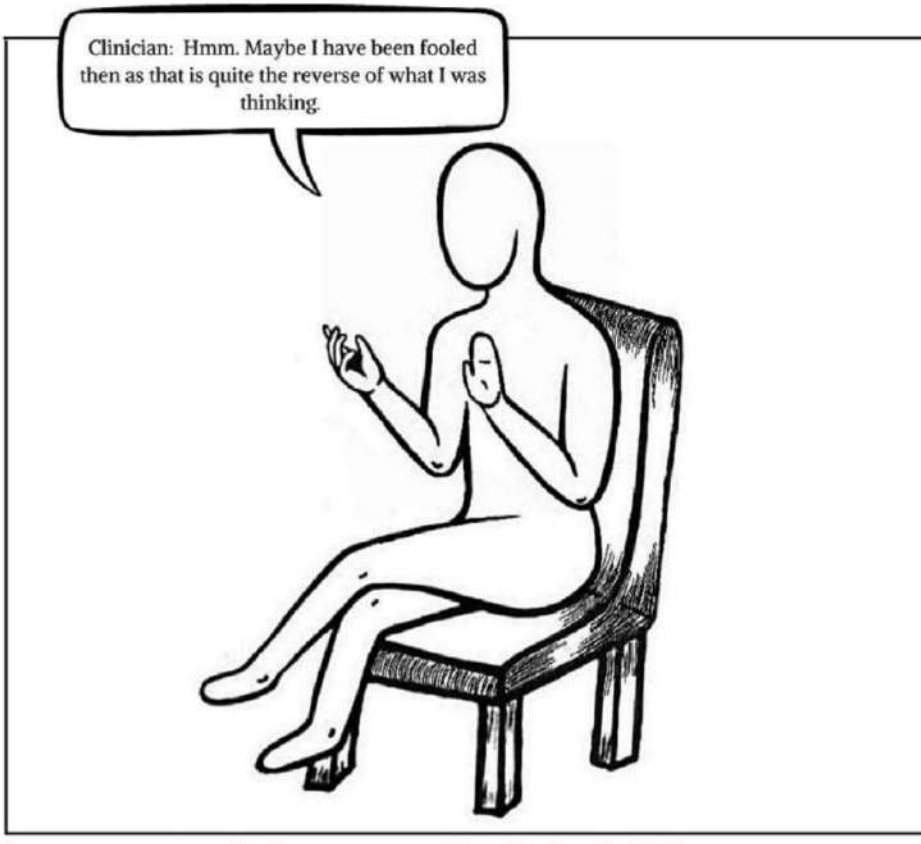


Sarah carries on talking with increasing detail about her understanding of herself and her relationship with her son.

Machine Translated by Google



Machine Translated by Google



The clinician tries to activate Sarah into having an interest in his mind. Sarah is talking to herself. Intervention summary—Name and Note pretend mode, increase focus on current interactive relationship to trigger clinician becoming "alive" in patient's mind, challenge unrestrained imagination about self and others

Önemlisi, klinisyenin yapmacık modu fark etmesi, ona katılmaktan kaçınması (içerik tedavi açısından içgörülü ve anlamlı göründüğünde bu zordur) ve kendini "tekrar odaya", gerçek, aktif ve hastayla zihinsel temas halinde hissetmesi gerekir. Başlangıçta, klinisyen belki de şüphesini dile getirmek için değil, hastanın konuşmanın gerçek bir parçası olduğunu açıkça belirtmek için hastanın anlatısının içeriği hakkında derinlemesine sorular sorar ve ayrıca sunumla ilişkili nitelikler hakkında yorum yapar (örneğin, "Bana bundan bahsederken oldukça yüzeysel görünüyorsun"). Amaç, çarpıcı bir şey söylemektir; yani bir konuşma kisvesi altında monolog yanılsamasını kırmaya yarar.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, oğlu Jack ile olan ilişkisinden bahsediyor. Klinikçi, Sarah'nın oğluyla ilgili hikayesinin sahte bir şekilde aktarıldığını düşünüyor.

SARAH: Jack'in babasına benzediğini biliyorsun. Ama tıpkı babası gibi o da sadece görünüşe önem veriyor. (Sarah'dan faydalı bir uyarı.) Jack'e iyi bakıyorum ve onunla iyi geçindiğimi düşünüyorum. Eğer kontrol etmezsem, gözlerimi kaçırırsam, her şey ters gider. Okula iyi giyinmiş, tüm ödevlerini yapıyor ve okul ondan memnun. Bunların hiçbiri onunla ilgili değil. Onun aracılığıyla ben. Bil bakalım ne oldu?

Demek istediğim?

KLİNİSYEN: Okulun ondan memnun olması harika. Bana onun bu işi yapmasını nasıl sağladığınızı anlatın. ödev. Bu da bir şey işte.

SARAH: Onu oturtuyorum ve annesi için iyi bir çocuk olması gerektiğini söylüyorum, aksi takdirde annesi... Üzülmek istemiyor.

KLİNİSYEN: Nasıl olmasın?

SARAH: Bir çocuk annesini üzmek istemez, değil mi? Jack annesine bakmak istiyor. Ben diyorum ki ona bunu söyledi ve o da kabul etti.

Bu konuşmanın kopuk bir niteliği var. Klinisyenin mevcut sorgulaması fark edilir bir fark yaratmadığından, daha fazla sorgulamanın ardından klinisyen, etkileşimi daha ilişkisel olarak mevcut ana odaklamayı içeren taklit modunu ortadan kaldırmaya çalışmanın ikinci aşamasına geçer. Taklit modu işlevi, mevcut ilişkisel duygusal deneyime duyarlıdır, çünkü zihinlerin anlık bir yakınlığı vardır ve hastanın zihin süreçlerinin izolasyonu, diğer zihinleri temsil etmekten kopuk bir "karantina" düzeyini artık koruyamaz. Hastaya, klinisyenin zihin durumunu dikkate alması için baskı uygulanır. Bu, hastayı şaşırtmak için sezgiye aykırı veya "ya şöyle olsaydı?" müdahaleleri yapmayı içerebilir; bunlar taklit modunu zayıflatan ve hastayı daha uyanık ve daha az kendine yeten hale getirebilen ek müdahalelerdir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Hmm. Peki Jack'e bakmak isteyen iyi bir anne nasıl olmalı?

SARAH: Ne demek istiyorsun? (Sarah aniden uyanır.)

KLİNİSYEN: İyi bir çocuk annesine bakar, ben de oğluna bakan iyi bir annenin nasıl olması gerektiğini merak ediyordum.

SARAH: Ben iyi bir anneyim.

KLİNİSYEN: Bunu biliyorum ve bunu nasıl çözeceğinizi ve bunun üzerinde düşünmemizin iyi olup olmayacağını düşünüyordum. Kendi açımdan, neyin iyi bir erkek çocuğu neyin iyi bir anne olduğunu tam olarak bilmediğimi fark ettim. Biraz baskı yaptığımın farkındayım ve iyi bir anne olmanız konusunda ne düşündüğüm konusunda endişeleneceksiniz.

SARAH: Ne düşünüyorsun?

Machine Translated by Google

Artık etkileşim daha yakın ve nihayet odada iki kişi var. Hasta ve klinisyen artık kaygı seviyelerini dikkatlice izliyor.
Taklit modu balonu patladığında ve hasta "taklit" terapisine ve kendine "taklit" hikayeler anlatmaya olan katılımının daha fazla farkına vardığında, kaygı kaçınılmaz olarak ortaya çıkar. Taklit modunun kullanımının azaltılması çok önemlidir, çünkü bencil doğası değişimi tetikleyemez. Taklit modu, her şeyi aynı tutar ve değişimi ve gelişimi beslemez. Bu nedenle, ilk manevralar işe yaramazsa, klinisyen daha doğrudan bir meydan okumayı, bir tür terapötik pusu veya sürprizi düşünmelidir. Bu müdahale, hafif ve yaramaz bir tonda iletildiğinde en iyi sonucu verir ve hatta içinde ortak bir mizah duygusu varsa daha da iyidir. Prensip, klinisyenin müdahalesinin beklenmedik olması ve hastanın zihnini şaşırtmasıdır; normal terapötik diyaloğun dışındadır.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah rol yapma modundayken, klinisyen nasıl müdahale edeceğini düşünürken pencereden dışarı baktı.

SARAH: Ben konuşurken pencereden dışarı bakma. Beni dinle.

KLİNİSYEN: Ah, evet, tabii. Özür dilerim. Düşünmeye çalışıyordum. Gözlerimle dışarı bakıyorum ve kulaklarımla dinliyorum. Çoklu görev yapabiliyorum, biliyor musun? Nedenini biliyor musun?

SARAH: (soruya biraz şaşırarak) Hayır, bilmiyorum.

KLİNİSYEN: Çünkü ben bir erkeğim. Bu tür şeyleri yapabiliriz.

SARAH: Hımm.

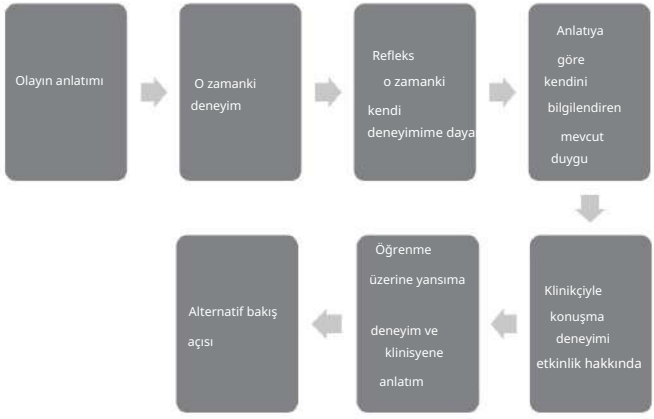
KLİNİSYEN: Ama cidden, erkek olduğum için bunu ancak kısa bir süre yapabiliyorum. Şu anda dinlemeye ve düşünmeye çalışıyorum, bu da çoklu görev yeteneğimin işe yaramadığı nokta. Bu konu çok önemli olduğu için gerçekten düşünmek istiyorum.

Sarah, etkileşimdeki ani değişime kızmalı mı yoksa gülmeli mi emin olamadı ve bu durum, klinisyenin Sarah'nın artık görmezden gelemeyeceği ruh halini anlatmasına zaman tanıdı. Ardından her iki sohbet arkadaşı da odada yerini aldı.

Klinisyenler, bir seansın akışına bu tür yaramaz veya doğrudan bir meydan okumada bulunmaktan doğal olarak endişe duyarlar ve bu, hastanın zihnini harekete geçirme veya onu şaşırtma gibi büyük bir avantaja sahip olsa da, aslında yüksek riskli bir müdahale olabilir. Klinisyenin duygusal dengede olması gerekir ve bu müdahale, hastaya duyulan hayal kırıklığı veya öfke nedeniyle kullanılamaz. Ancak hasta bunu güçlü bir terapötik ittifak bağlamında ve şefkatli, bilişsel ve empatik bir bakış açısından deneyimlerse etkilidir.

Duygusal Bir Anlatıyı Zihinselleştirmek: Şefkatli Bir Hikaye Yaratmak Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları genellikle kişisel anlatılarını düşük zihinselleştirme modunda tartışır ve işlerler. Tedavinin görevi, anlatıyı zihinselleştirilmiş bir versiyon oluşturacak şekilde dönüştürmektir. Zihinselleştirme, deneyimi kişisel bir bağlama yerleştirerek anlatıya tutarlılık, nüans, doğruluk ve süreklilik katar, öğrenmeyi ve

Machine Translated by Google



Şekil 4.2 Duygusal anlatının (içeriğin) zihinselleştirilmesi.

Yapıcı eylem. Bu, klinisyenin zihinsel durumların içeriğini ayrıntılı olarak ele aldığı noktadır - Bölüm 3'te bahsedilen "ne" ve "neden". Bu bölümün önceki kısımlarında açıklanan müdahaleler kullanılarak seansta ciddi derecede düşük zihinselleştirme ele alındıktan sonra, MBT klinisyeni hastanın anlatısının içeriğine yapıcı bir şekilde odaklanabilir. Olayların anlamını anlamak - geçmişteki olaylar hakkında konuşurken mevcut kaygılarla bağlantı kurmak ve güncel sorunları tarihsel bir anlatıya bağlayıp yerleştirmek - psikolojik sağlık ve dayanıklılık oluşturmak için gerekli olan bir süreklilik ve tutarlılık duygusu yaratır. Olaylar ve onları çevreleyen psikolojik deneyim arasında bağlantı kurma süreci "metaterapötik"tir; bununla, rutin sosyal deneyimi yönetmek için gerekli olan yetkinlik ve kapasiteyi ("zihinselleştirme kası") geliştirdiğini kastediyoruz. Bu model Şekil 4.2'de gösterilmiştir.

Zihinselleştirilmiş bir anlatı oluşturmak için, hastadan başlangıçta hikayesini anlatması ve deneyimlerini ve o dönemdeki etkilerini anlatın.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

SARAH: Dün erkek arkadaşımla birlikteyken, ona beni son sevgilisinden daha mı çok sevdiğini sorup duruyordum.
Kız arkadaşım. Bana öyle söyledi ama gerçekten bunu kastettiğinden emin değildim.

KLİNİSYEN: Bana şüphe duymanıza neden olan şeyin ne olduğunu söyler misiniz?

SARAH: Aynen öyleydi. Bazen beni dinlemiyormuş gibiydi. Televizyon izliyordu. [Futbol] takımının maçını izliyordu.

KLİNİSYEN: Dinlenilmemek nasıl bir duyguydu?

SARAH: Kendimi onun futbolundan daha az önemli hissediyordum.

Klinikçi ve Sarah kıkırdar ve ikisi de "Muhtemelen öyleydi!" der. (Hem klinikçi hem de hasta, Sarah'nın erkek arkadaşının zihin durumuna bakarak ortak bir deneyim yaşarken bir "biz-modu" anı yaşanır. Paylaşılan mizah, biz-modu işlevinin güçlü bir kaynağı olabilir.)

KLİNİSYEN: Ama içindeki bir şey sana sorun çıkardı. Nasıl hissettiğini anlatabilir misin?

Machine Translated by Google

Bu, Sarah'nın kendisini düşünülmesi gereken bir kişi, şimdiki zamanın zihinsel sessizliğinde inşa edilmiş zihinsel bir imge olarak görebileceği ve sakin bir şekilde düşünmesine olanak tanıyan bir bakış açısı sağlar. Bu zihinsel mesafeyi temel alarak, klinisyen hastadan duygularını "orada ve o anda" değerlendirmesini ve onları dikkatle incelemesini, güçlü yönlerini incelemesini ve karmaşıklıklarını göz önünde bulundurmasını ister: basit duygular, karışık duygular, ikircikli duygular, çelişkili duygular, çoklu duygular, ikincil duygular (duygular hakkında duygular), birincil duygular (öfke) ve sosyal duygular (suçluluk, utanç). Duyguların ayrıntılarını detaylandırmak, hastaya duygusal tepkileri ve yanıtları hakkında daha fazla netlik kazandırabilir ve duygularının nedenini (sıkıntı veya heyecan) kendi kendine tanımlamaya doğru bir adım atmasını sağlayabilir. Bu süreçte, duygular üzerinde kontrol sağlamanın bir yolu elde edilir ve hastaların kendilerini ve doğal tepkilerini daha iyi tanıma fırsatı doğar. Duygular üzerinde detaylandırmak, onlara yol açan kişilerarası bağlamların detaylandırılmasını sağlar. Zihinselleştirme, meta-bilişsel yaklaşımları benimsemeyi gerektirir; örneğin, mevcut durumumuzu ve mevcut deneyimin anıları nasıl etkileyebileceğini hesaba katmamızı gerektirir. Bu tür bir çarpıtma potansiyelinin farkında olmak, öz-yansımanın doğruluğunu güçlendirir. Bu nedenle, klinisyen müdahale ederek hastadan hem önceki deneyimleri hakkında şu anda ne hissettiğini hem de hikayeyi anlatma deneyiminin onu nasıl etkilediğini anlatmasını ister. Tüm bu manevralar, zihinselleştirmenin istikrarını artırmaya yarar.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Bunu konuşurken, kendiniz ve aileniz hakkında aklınıza neler geliyor?
erkek arkadaşın mı?

SARAH: Ona gerçekten kaygı duyduğum şeyleri sorduğumdan ve onun bunu yapmadığından endişelenmeye başlıyorum.
Neyden bahsettiğimi anlıyor musun?

KLİNİSYEN: Ona sizin hakkınızda ne düşündüğünü ve hissettiğini bu kadar çok sormanıza neden olan kaygı nedir?
O zamanın? Kendinizi hayal ettiğinizde, içinizde neler oluyordu?

SARAH: Evde tek başıma otururkenki halime benziyor. Kendimi berbat hissettiren bir sersemliğe kapılıyorum ve ne
düşündüğümü veya hissettiğimi bilmiyorum. Onun benim hakkımda bir şeyler söylemesini sağlamalıyım.
Pusu dağıt.

KLİNİSYEN: Aman Tanrım. Yalnızken üzerinize çöken bu bulanıklık da ne?

SARAH: Böyle olmamalıyım, değil mi? Şimdi bundan bahsettiğimde kendimi zavallı hissediyorum.
ve kendimi toparlamam lazım.

Seans sırasında oluşturulan zihinsel bir imge olarak hastanın benliğiyle ilgili anlatıları keşfederken sık karşılaşılan bir sorun, hastaların klinisyenin yansıtılmış bakış açısını benimseyerek, Sarah'nın az önce yaptığı gibi, kendileri hakkında yargılayıcı hale gelmeleridir. Sınırda Kişilik Bozukluğunda olumsuz yapıların baskınlığı hakkında bildiklerimiz göz önüne alındığında bu şaşırtıcı değildir. Bu bağlamlarda öz-imgeleme, MBT'nin ele almayı amaçladığı zihinselleştirmenin sınırlamalarından biri olan çok az öz-anlayış gerektirir. Hastanın duygulanım ve kişisel şefkat anlayışının eksikliği göz önüne alındığında, klinisyenin rolü, hastanın kapasitesini artırarak daha olumlu bir öz-duygusal durumu y

Machine Translated by Google

Öz-anlayış. Öz-şefkat eksikliği, genellikle zihinselleştirmeyi tehdit eden yoğun olumsuz duyguları tetikler. Bu nedenle, klinisyenin bu olasılığa karşı tetikte olması ve hastanın öz-kınama sürecini takip etmesini engellemek için derhal müdahale etmesi önemlidir. Klinisyen, öz-şefkati geliştiren zihinselleştirmeyi artırarak bu duruma karşı koymalıdır.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Bir dakika bekle. Çok çabuk yargıya varıyorsun. Gidebileceğini söylüyordun.
Acı verici ve rahatsız edici bir sis bulutuna dönüşebilir. Eğer bundan korkuyorsanız, ister maçı izliyor olsun ister olmasın, sizi bu sis bulutundan çıkarması gerekir. Ama gelin geriye dönüp bu sis bulutunun ne olduğuna, nereden geldiğine ve yardım almadan kendinizi bundan kurtarıp kurtaramayacağınıza bakalım.

Klinisyen bu öz-yargılama noktalarında araya girmezse, hasta düşük zihinselleştirmeyi tetikleyen sabit ve ısrarcı bir öz-eleştiriye düşebilir. Tepki daha olumlu görünse bile, klinisyene, hikayenin kendisi için ne anlama geldiğine dair genel bir değerlendirmeye geçmeden önce, hastanın geçmiş ve mevcut deneyimini hikayenin kişilerarası bağlamında keşfetmeye devam etmesi önerilir. Kişisel anlam çıkarma, tüm olay zihinselleştirmeyle desteklendiğinde en iyi şekilde yapılır, böylece anlatıda tutarlılık, süreklilik ve öz-şefkat olur. Bu başarıldıktan sonra, klinisyen keşfini tartışılan bağlama yerleştirmeye çalışır; hastadan, biz-modu işleyişini harekete geçirmek ve mevcut duyguların deneyimleri nasıl etkileyebileceğini değerlendirmek amacıyla, anlatısını klinisyene anlatırken duygusal deneyimini göz önünde bulundurması istenir. Hasta kendisine üçüncü şahıs bakış açısıyla yaklaştığında, bu durum izleyicinin (yani klinisyenin) hastanın hayatı hakkında anlattıklarına verdiği tepki veya tutum hakkında sorular doğurur. Utanç veya hayal edilen belirsiz bir norma göre başarısızlık hissi gibi sosyal duygular tetiklenebilir veya daha olumlu bir ifadeyle, belki de daha önce sorunlu olan bir şeyi başarmanın gururu tetiklenebilir. Hasta ile klinisyen arasındaki mevcut ilişkinin durumunu bir dereceye kadar yansıtacak olan bu duygular, ilişkisel zihinselleştirmenin kurulması için kritik bir temel oluşturur (bkz. bu bölüm: İlişkisel Zihinselleştirme). Keşif, karmaşıklığı artırır ve potansiyel olarak uyarılmayı yoğunlaştırarak etkili zihinselleştirmenin kaybı riskini doğurur, ancak sorunlu duyguların başkalarıyla nasıl işlendiğine dair daha iyi bir anlayış kazanmanın faydası göz önüne alındığında, bu risk alınmaya değerdir.

Genel olarak, kişisel anlatıları zihinselleştirmek zihinselleştirme yeterliliğini artırır, alternatif bakış açılarına odaklanmayı başlatır, öz şefkati artırma fırsatları yaratır ve olumsuzluğa olan yatkınlığı dengeler.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Klinisyen, Sarah'nın kendisine bakmaya devam ettiğini fark eder. Klinisyen, formülasyonundan, dışsal bir zihinsel odaklanmaya karşı tetikte olması gerektiğinin farkındadır, bu yüzden bakışların ardındaki zihinsel durumu hemen sorar ve hangi zihin durumunu gösterdiğine dair hiçbir varsayımda bulunmaz.

KLİNİSYEN: Bana hızlıca bakanlar olduğunu fark ediyorum. Orada neler oluyor?

Machine Translated by Google

SARAH: Beni aptal olarak gördüğünü ve aptalca davrandığını ya da aptal olduğumu düşündüğünü düşünmeye devam ediyorum. sadece umutsuz.

KLİNİSYEN: Bu nereden çıktı? Ne demek istediğinden emin değilim. Elbette senin hakkında böyle düşündüğümün farkında değildim. Kendini yine nasıl küçümsediğini ve bunu ne kadar çabuk yaptığını düşünüyordum. Ve bu, kafan dumanlıyken olmuyor!

SARAH: Ama sanırım öyleyim. Ne söylediğimden pek emin değilim. Söylediklerimin doğru olduğunu anlaman için sana bakmam gerekiyor. Kendimi gerçekten hiç kimse gibi hissetmediğimde ve kendimden emin olmadığımda, kendimi bir sersemliğe kaptırdığımı görüyorum.

KLİNİSYEN: Bu gerçekten çok yardımcı oldu, Sarah. (Klinisyen zihinselleştirmeyi hemen pekiştiriyor.) Şu anda kendinizden pek emin olmamanıza neden olan şey nedir?

Sarah artık erkek arkadaşıyla yaşadığı deneyimi ve şu andaki deneyimlerini daha büyük bir süreklilikle birbirine bağlamaya başlıyor. Etkili zihinselleştirme, Sarah'nın aynı anda hem gözlemlenmesini hem de bu iki deneyimin bir parçası olmasını, bunlardan bir adım geri çekilip kendini gözlemlerken gözlemleyebilmesini sağlıyor. Seans sırasında yaşanan olayların tartışılmasının, bu sefer partneriyle değil de klinisyenle yaşadığı kısa süreli "bulanıklık" deneyimini tetiklediğini tespit edebiliyor. Klinisyenin şimdiki görevi, Sarah'nın öznel benliğini kaybetmesi ve bunun acı verici bir varoluşsal krize (bulanıklık) yol açması ile krizine eylem yoluyla teleolojik bir çözüm bulma ihtiyacı (erkek arkadaşının ona onu sevdiğini söyleyerek bir insan olduğunu göstermesini sağlamak) arasındaki bağlantıyı değerlendirebilmek için Sarah'nın yansıtıcı zihinselleştirmesini aktif tutmaktır.

Burada terapötik bir müdahale olarak ele alınan bu aşamalı zihinselleştirmeyi teşvik etme süreci, aslında günlük yaşamda yaşanabileceklerden başka bir şey değildir. Çoğumuz, güvendiğimiz birine anlatana kadar duygularımıza tutunuruz. Başka birinin yanında düşünmeden, deneyim üzerinde tam olarak düşünemeyiz. Güvendiğimiz bir arkadaşımıza bir deneyimi anlatırken, (a) o anki deneyimimizin ortaya çıkan resmini, (b) deneyim üzerine düşünmedeki mevcut deneyimimizi ve (c) güvendiğimiz arkadaşımızın olay hakkındaki resmine ilişkin deneyimimizi ve buna verdiğimiz tepkileri izleriz. Bunlar, etkili zihinselleştirmenin sağladığı birbirine bağlı ve eşzamanlı süreçlerdir. Öz deneyime ilişkin bir bakış açısının oluşturulması, çoğu durumda ancak tepkisiyle bu içsel deneyimi ayarlama sürecini mümkün kılan güvenilir bir başkasının varlığıyla mümkündür. Kişilerarası güvenin bozulması, Sarah gibi bireyleri, duygusal olarak zorlayıcı sosyal deneyimleri işlemek için belki de hepimizin ihtiyaç duyduğu, doğal olarak oluşan ancak temel bir sistemden mahrum bırakır. Bebekler için bu süreci, duygusal deneyime dair bir anlayış kazandıkça "işaretli yansıtma" olarak tanımladık (bkz. Bölüm 2). Bebeklikten sonra, belirgin yansıtma, öz bilincin ve öz anlayışın derinleşmesine yönelik sosyal sürecin de bir parçasıdır. Sosyal desteğin bireylere sağladığı hayati bir armağandır. Bu yansıtma biçimi, duygusal tepkimizi, duygularımızı oldukları gibi tanıdığımız daha kapsamlı bir öz imaja entegre etmemize yardımcı olur. Ayrıca tepkimizin yoğunluğunu ayarlamamıza da yardımcı olur. Tepkimiz "normal" miydi, yani bir kişinin nasıl tepki vermesi beklenebilirdi, yoksa abartılı mıydı? Arkadaşımız, hassasiyetlerimiz hakkında daha fazla şey öğrenmemiz için tepkimizi yeniden değerlendirmemize yardımcı olur. Anlatırken, bizim görmediğimiz şeyleri gören arkadaşımızla ilişkimizi değiştirir, hatta derinleştiririz. Kendimiz hakkında bir şeyler öğreniriz.

Machine Translated by Google

Odada Filler

Sosyal etkileşimler sırasında otomatik zihinselleştirme "antenlerimiz" sürekli tetiktedir ve çoğunlukla karşılıklı iletişimlerimizi sessizce ve yüzeyin altından izler. Tutarsızlıklar yaşadığımızda bizi hemen uyarır; örneğin, biri belirli bir ruh halinde olduğunu söylese de aslında farklı bir içsel durum iletiyor gibi göründüğünde. Ardından kontrollü zihinselleştirmeye geçer ve bir soru sorarız: "'İyi' olduğunu söylüyorsun ama oldukça mutsuz görünüyorsun. İyi olduğundan emin misin?" Sert bir tersleme bizi geri adım atmaya iter ve şimdilik daha fazlasını yapamayacağımız temelinde devam ederiz. Ancak bu, devam eden konuşmanın, tartışmanın ve keşfin artık çarpıtıldığı anlamına gelir, çünkü etkileşimin bir kısmı artık paylaşılan öznel deneyimden dışlanmıştır. Baskın anlatıya odaklanırken yasaklanmış bir alt metin vardır.

Hepimizin kendimiz hakkında işleyen teorilerimiz ve bunları sunmanın kendi yollarımız var. Bunlara kişisel anlatılar veya hayali benliğimiz diyoruz; öznel deneyimlerimizden kaynaklanan kanıtlara dayanarak, herhangi bir anda kim olduğumuzu hissettiğimizin ve neden olduğumuz gibi olduğumuzu hissettiğimizin bir modeli. Bu anlatılar, kendimizi zihinselleştirme biçimimizi ve insanlara kendimizden nasıl bahsettiğimizi şekillendirme eğilimindedir; eylemlerimizi anlamlandırmanın bir yoludur. Çoğumuz için, herhangi bir anda baskın bir işleyen teori vardır; yani kendimizi tanımlamanın en bariz, en doğrudan yolu. Bu, hastanın herhangi bir terapi seansında genellikle sunduğu şeydir. Ancak daha baskın olmayan anlatılarımız da vardır; bunlar, kendimizi daha incelikli veya karmaşık olan ve kendimizi tanımlamak için kullanabileceğimiz normal kısaltmalardan gizlenen kendimize dair anlayışlardır. Baskın anlatı ön plandadır, ancak arkasında bir dizi başka anlatı da olabilir.

Sarah'ın baskın bir anlatısı var: "Hayran olunmaya ve sevilmeye ihtiyacım var ve bunu başarmak için benden beklentilerinizi karşılamam gerekiyor." Klinisyen bunun doğru olduğunu sezer, ancak aynı zamanda Sarah'nın sürekli insanları memnun etmek için bu kadar çok çalışmaktan yorulduğuna dair baskın olmayan bir anlatı olduğunu da fark eder. Bu baskın olmayan anlatı aktif olacaktır ancak açıkça ifade edilmeyecektir. Klinisyen ve hasta arasında dile getirilmeyen, Sarah'nın memnun etme arzusu ile bu rolden duyduğu hayal kırıklığı arasındaki çatışma "odadaki fil" gibidir; etkileşime giderek daha fazla müdahale etmesine rağmen kimse bunun orada olduğunu açıkça kabul etmez. Bu baskın olmayan anlatıların karşılıklı olarak tanınması, terapide epistemik güveni tesis etmenin özellikle etkili bir yoludur, çünkü beraberinde paylaşılan bir "biz-modu" etkileşimi getirir. Dolayısıyla MBT klinisyeni, zihinselleştirmenin otomatik/kontrollü boyutunu kontrollü zihinselleştirmeye doğru hafifçe kaydırarak “fil”i tanınabilir hale getirir; bunu genellikle terapi sürecinde bir kopukluğu belirleyerek ve bunu inceleme konusu haline getirerek yapar.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Çevrenizdeki insanların beklentilerini karşılamak için ne kadar çok çalıştığınızı fark ettim; sizin yerinizde olsam, herkesin benden beklentilerini karşılamaya çalışırken çok yorulurdum.

SARAH: Bunu yapmamam gerektiğini mi düşünüyorsun? Bunun terapimi engellediğini mi düşünüyorsun? Bunu yapmayı bırakmamı mı istiyorsun?

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Demek istediğim şu ki, terapiyi doğru alıp almadığını görmek için beni sürekli kontrol ediyorsun ve ben de yeter artık, ya Sarah'nın ihtiyaçları? Sarah sürekli herkesin ne istediği konusunda endişelenmekten yorulmadı mı? Ben de tam tersini yapıyorum, sen benim için endişelenirken senin için neyin doğru olduğunu bulmanı sağlamaya çalışıyorum. Belki de bazen kendimizi zıt yönlere doğru itip çekiştirdiğimizi düşünmemiz gerekiyor.

MBT'de odadaki fili tanımlama müdahalesi, duygulanım odağını keşfetme olarak bilinir. Bu müdahale, baskın olmayan anlatı tanımlanıp adlandırılmadan önce, odada net bir fikir yerine duygusal bir deneyim, bir his durumu yarattığı için duygusaldır; odaklıdır çünkü mevcut ve paylaşılan bir ilişkisel alanı özellikle hedefleme ihtiyacına işaret eder. Filin gelişiminde karşılıklılık olduğu için, yalnızca hastanın içsel durumuyla ilgili değildir. Klinisyen ve hasta, terapi devam ettikçe odada giderek büyüyen filler yaratırlar.

Etkileşimli bir fili tanımlamak önemlidir, çünkü eğer ifade edilmeden baskın olmayan bir şekilde kalırsa, potansiyel olarak benlik/öteki zihinselleştirmesini kısıtlayarak aşındırıcı hale gelir ve bu da kendimiz ve etkileşimlerimiz hakkında daha ayrıntılı bir anlayış geliştirmek için kullanılamaz. Fili şefkatle dile getirmek, hastanın "hissedildiğini hissetmesini" sağlayarak epistemik güveni artırır, terapide etkinleştirilen mevcut ilişkisel süreçlerin açıkça zihinselleştirilmesini teşvik eder ve hastanın bağlanma ve ilişkisel dinamiklerini keşfetmek için bir giriş noktası sağlar. Ancak filler, büyük olsalar da, bir tane aradığınızda bulmak şaşırtıcı derecede zor olabilir.

İlişkisel Zihinselleştirme Sınırda

Kişilik Bozukluğu (BPD), ilişkisel ve bağlanma bozukluğudur. MBT, farklı bağlanma stratejilerini ve bunların hastanın hayatının birçok alanında nasıl etkinleştiğini belirler ve inceler. İlişkisel zihinselleştirme odağı üç ana bileşenden oluşur: 1. Hastanın bağlanma stratejisinin, bağlanma sırasında açıkça tanımlanması ve formüle edilmesi.
değerlendirme

2. MBT-I grubu—bağlanma süreçleri hakkında psikoeğitimsel girdi ve
Kişiselleştirilmiş bağlanma (örneğin, mevcut ilişkileri bağlanma merceğinden anlayarak)

3. Bireysel ve grup psikoterapisinde ilişki dinamiklerinin karmaşıklığının tanınması ve araştırılması.

Çoğu zaman, bu sürecin zaman içinde inşa edilmesi gerekir. MBT'nin önceki yinelemelerinde, klinisyenin tedavinin erken aşamalarında hastanın yaşamındaki tarihsel ilişki kalıplarını ve bunlar ile terapötik ilişkinin ortaya çıkış biçimi arasındaki bağlantıları tespit etmesine "aktarım izleyicileri" denirdi; yani, hastanın sorunlarını daha ayrıntılı olarak anlamak için hasta ve klinisyen arasındaki ilişkiye bakmanın önemini gösteren müdahaleler. İlişkilerin araştırılması için bir çerçeve oluşturma süreci, büyük ölçüde, artık MBT-I grubunda bağlanma hakkındaki psikoeğitime (yani, üç noktalı listedeki 2. adıma) dahil edilmiştir.

İlişkisel zihinselleştirme, MBT'deki demokrasi ilkesini izler ve biz-modunu etkinleştirmek için olmazsa olmaz bir müdahaledir. Hasta ve

Machine Translated by Google

Klinikçi ortaklaşa oluşturulur ve her iki tarafın da katkılarının önyargısız bir şekilde incelenmesi temel süreçtir. Zihinselleştirmenin kolaylaştırılmasının bir varış noktası değil, bir yolculuk olduğunu unutmayın.

1. Tarihsel veya güncel bir deneyimden özel bir anlayışa gerek yoktur.
2. Deneyimin nedensel yorumuna pek yer yoktur.
3. “Neden” sorularının cevapları yetersizdir.
4. Etkileşimsel süreçte “nasıl” ve “ne” sorularına daha fazla yer var.

Tüm bunlar, "genetik" geçmiş-şimdiki aktarımlara güvenmenin tam tersidir Geleneksel psikodinamik terapinin birincil müdahale olarak yorumlanması [11].

MBT'de ilişkiyi zihinselleştirirken izlenecek bir dizi adım belirliyoruz. İlk olarak, klinisyen, hastanın kendi ve diğerinin zihinsel durumları arasında ayrım yapabilen ve bunları aşırı bir yayılma olmadan, klinisyenin zihnindekiyle hastanın zihnindekini birbirine karıştırmadan karşılaştırabilen bir zihinselleştirme kapasitesine sahip olduğundan emin olmalıdır.

Hasta-klinisyen etkileşiminin ayrıntılarıyla ilgili olanlar gibi karmaşık müdahaleler, ilişkisel anlayışı yapıcı bir şekilde nüanslandırma ortak projesini ilerletmek istiyorlarsa, hastanın düşünceli ve yansıtıcı olmasını gerektirir. Etkisiz bir şekilde zihinselleştiren bir hasta, anlayışlara katı bir şekilde tutunur ve geçmiş deneyimin zenginliğinden ve nüansından yararlanma olasılığı düşüktür. Etkisiz zihinselleştirme, farklı bakış açılarını hayal etmek ve bunları karmaşık ve incelikli şekillerde farklı olabilecek alternatiflerle aktif olarak karşılaştırmak için üretken bir temel değildir. Bu nedenle ilk adım her zaman mevcut zihinselleştirme kapasitesini (hem klinisyende hem de hastada) ve bununla bağlantılı olarak kaygı düzeyini kontrol etmek olacaktır. Güçlü bir biz-modu ancak katılımcı zihinlerin istikrarlı bir temsili bağlamında gelişebilir; bu zihinler daha sonra bir araya gelerek tek bir zihin olarak başka bir şeyi düşünürler; bu durumda bu onların ilişkisidir; hastanın günlük yaşamındaki kişisel ilişkilerini anlama gibi ortak bir göreve odaklanmak için yaratılmış olan ilişkidir.

Bir sonraki adım, klinisyenin hastanın ilişki hakkında ifade ettiği duyguları doğrulaması ve bu duyguları keşfetmesidir. İlişkiye genetik yaklaşımın (yani, güncel olayları geçmiş olaylara ve bunların yarattığı duygu ve inançlara bağlamanın) tehlikesi, hastanın mevcut deneyimini istemeden ve dolaylı olarak geçersiz kılabilmesidir. Dikkati mevcut belirgin belirleyicilerden, varsayılan geçmiş belirleyicilere kaydırmak, mevcut zorluklarla yüzleşmekten kaçınma hissi yaratabilir.
MBT'de klinisyen, hastanın deneyimlediğini söylediği şeyi keşfetmeye ve netleştirmeye çalışarak, bilmeme duruşunu kullanarak önemli miktarda zaman harcar.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Klinisyen, Sarah'ya bir sonraki randevusunu yeniden ayarlaması gerektiğini, çünkü ertesi hafta her zamanki saatinde evde olmayacağını söyledi. Sarah, seansın sonunda bunu halledebileceklerini söyledi. Ancak seansın sonunda klinisyen randevuyu yeniden ayarlamayı unuttu, ancak birkaç dakika sonra hatırladı. Bu yüzden hastane kapısına koşup Sarah'a yetişti. Klinisyen Sarah'a seslendiğinde, Sarah dönüp "Neredeyse unutuyordun, değil mi?" diye sordu. Klinisyen özür diledi ve bir sonraki seansı yeniden ayarladılar. Bu olayı bir sonraki seansta tartıştılar.

SARAH: Terapinin geçen hafta bittiğini sanıyordum çünkü beni istemediğin belliydi.

KLİNİSYEN: Seansın sonunda bir saat belirlemeyi unuttuğum için çok üzgünüm. Ne olduğunu bilmiyorum.
oldu. Bundan ne çıkardın?

Machine Translated by Google

SARAH: Zaten bildiğim bir şeyi doğruladı. Burası istenmediğim yerlerden biri. Beni görmeye devam etmek isteseydin, hatırlardın.

KLİNİSYEN: Bu kadar önemli bir şeyin gerçekleşmemesi ve biz de bunu başaramamamız gerçekten de şaşırtıcı değil mi? Yeniden düzenlemek için iletişimde kalma konusunda gerçek bir sorunla karşı karşıya kaldınız. Bunu çok iyi anlayabiliyorum. Şu anda bu duygularla ne durumdasınız?

SARAH: Sanırım kendini suçlu hissettin ve bu yüzden peşimden koştun, böyle davranmaman gerektiğini düşündün ve beni kapıda yakalayarak bunu telafi etmeye çalıştın.

KLİNİSYEN: Bir bakıma haklısın. Ben de biraz endişeliydim çünkü bu bana özgü bir durum değil ve emin değilim. Ne oldu.

SARAH: Nefes nefese kalmıştın.

KLİNİSYEN: Sizinle görüştüğümde sanki bir şey yapmışsınız gibi bir yorumda bulundunuz. hatırladım ama bir türlü bana hatırlatamadım.

SARAH: Evet, öyle yaptım. "Beni istemiyor, bu yüzden ona hatırlatmayacağım. Bir daha da gitmeyeceğim. Aradığında da cevap vermeyeceğim." diye düşündüm. Ben de öyle düşündüm. "Umurunda değil, bu yüzden başıma ne geldiğini bilmemesi onun için önemli değil."

KLİNİSYEN: Yani bu bir tür testti ve ben muhteşem bir şekilde başarısız oldum. İçeri girdim.

SARAH: Emin değilim ama sana söyleyemem.

KLİNİSYEN: Şu anda ikimiz de burada istenip istenmediğimizi düşünüyoruz. Unutkanlığım... her şeyi tetikledi çünkü sana yeterince özen göstermediğimi gösterdi.

SARAH: Beni burada istemeyen biriyle burada oturmak istemiyorum. Bu, işimi zorlaştırıyor. Gerçekten başka bir şey düşün. Kendini suçlu hissediyor musun?

KLİNİSYEN: Unutan bendim ve neden ancak seans bittikten sonra hatırladığımı hâlâ bilmiyorum. Yani, biraz hatırlıyorum.

SARAH: Sadece biraz mı?

KLİNİSYEN: Kendini "biraz" suçlu hisseden bir terapistle burada oturmak sizin için nasıl bir duygu?

SARAH: Çok beğendim (gülümsemesini saklayarak).

KLİNİSYEN: Suçlu bir terapisti hayal etmenin ufak bir zevki var gibi görünüyor?

SARAH: Emin değilim.

KLİNİSYEN: Bunu söylerken gülümsedin ve ben de belki de bana karşı oldukça acımasız davrandığımı hissettiğinde, benim biraz acı çektiğimi görebilmenin senin için ufak bir telafi olabileceğini düşündüm.

SARAH: Evet, öyle. Sanırım bu yüzden biraz komik buldum. Biraz acı çekmen fikri hoşuma gitti. Nerede olduğumu veya ne yaptığımı bilmezdin. Benim için biraz endişelenmen gerekeceğini biliyordum. Bu senin hatan olurdu. Sana hatırlatamazdım. Dürüst olmak gerekirse, hastane kapısında bana yetiştiğin için biraz hayal kırıklığına uğradım. Ama en azından koşmak zorunda kaldın çünkü ben oldukça hızlı yürüyordum.

Bu keşif sonucunda, soruna ilişkin bir miktar doğrulama ve sorumluluk paylaşımıyla üçüncü adım ortaya çıkacaktır. Duyguları yaratan olaylar,

Machine Translated by Google

İlişkiler tanımlandığında ve düşüncelerin veya hislerin bağlı olduğu davranışlar, bazen acı verici ayrıntılarla, açıkça ifade edildiğinde, klinisyenin bu hislere ve düşüncelere katkısı belirgin hale gelecektir. Alkış sesi çıkarmak için iki el gerekir. Klinisyenin deneyiminin açığa çıkarılması ve eylemler ile bu eylemleri yönlendiren zihinsel durumlar için sahiplenme modellemesi, hasta ve klinisyenin birlikte katılacağı iyileşme yolculuğudur. Eşitlik anahtardır; ilerleme olması için klinisyenin hastanın deneyimine katkısını kabul etmesi gerekir. Öznelerarasılığın temel unsuru karşılıklı tanımadır. Sarah, giderek klinisyenin öznelliğini fark edebilir ve uyum sağlama ve farklılığa tahammül etme kapasitesini geliştirir. Burada, kendi ihtiyaçlarının klinisyenin ihtiyaçlarıyla çelişmesinden ayrılmaya çalışmaktadır.

Bu, bir tanınma mücadelesidir ve sonucu, bir başkasının öznelliğini fark ederken aynı zamanda kendi öznelliğinin de farkında olma becerisinin embriyonik bir aşamasıdır. Sarah'nın farklılaşma yolculuğu sadece bir ayrılık değil, aynı zamanda benliğin ötesindeki dünyadaki karşılıklılığın sürekli olarak bozulması ve onarılmasıdır. Klinisyen algısı, "ben-modu"nun farkındalığı gibi gelip geçer. Her ikisine aynı anda tutunma becerisi zorlu olsa da, seans ilerledikçe giderek daha erişilebilir hale gelir. Sarah için kişilerarası dünyanın bozulması ve yeniden inşası, bitmek bilmeyen bir saldırganlık deneyimi ve klinisyenle paylaşılan bir varoluş duygusunun oluşmasıdır.

Artık bebek bağlanma ilişkilerinin bile, bebeğin hatırlayıp beklediği karakteristik karşılıklı düzenleme örüntülerine sahip etkileşim yapıları tarafından yönlendirildiğini biliyoruz. Film ve video kasetlerinin mikro analizlerine dayanan, yaşamın ilk aylarında anne ve bebek arasındaki uyumlu ve raydan çıkmış etkileşimleri gösteren karşılıklı düzenleme örüntüleri, karşılıklı ayarlamaların dinamik bir sürecini ortaya koymaktadır. Temsil edilen şeyin ikili bir sistemin indirgenemez birimi, yalnızca partnerlerden herhangi biri temelinde tanımlanamayan, ortaya çıkan bir ikili fenomendir. Bunu, terapinin başlarında yaygın olan, klinisyen ve hastanın, her birinin öngörülebilir, iyi koreografilenmiş bir dansta rol aldığı, her birinin diğerini kendi ihtiyaç duyduğu şeyi yapmaya teşvik ettiği (örneğin, Sarah'nın kendisini reddeden bir figüre ve klinisyenin hastanın çaresizlik ve hayal kırıklığı duygusunu canlandırmasına ihtiyaç duyması) bir ilişkiye kilitlendiği durumların üretken olmayan tamamlayıcılık özelliğinden ayırıyoruz.

Hastanın klinisyenle etkileşimine dair deneyimi, etkileşimin yalnızca küçük bir bileşeni olsa bile, kısmen doğru bir algısına dayanma olasılığı yüksektir. Genellikle klinisyen ilişkiye dahil olmuş ve hastanın algısıyla tutarlı bir şekilde hareket etmiştir. Bunu hastaya atfetmek kolay olabilir, ancak bunu yapmak yanıltıcı olur. Biz-modunun karşılıklı farkındalığını yaratmak için, klinisyenin hastanın deneyimine katkısını, sorumluluğunu kabul ettiği açıklanamayan, istemsiz bir eylem olarak hastayla paylaşması, bunu hastanın neden olduğu -veya daha da kötüsü, hastanın hayal gücü veya çarpıtması- bir şey olarak tanımlamaktan daha iyidir. Klinisyen bunu Sarah'ya, randevusunu yeniden planlamayı unutmasının kendi sorumluluğunda olduğunu ve şu anda açıklanamayacağını ima ederek yapar. Bunu iyi yapmak için samimiyet gerekir. Klinikçinin katkısına dikkat çekmek, hastaya istemsiz eylemlerin sorumluluğunu kabul etmenin mümkün olduğunu ve bu tür eylemlerin klinikçinin aktarmaya çalıştığı genel tutumu geçersiz kılmadığını göstermesi açısından özellikle önemli olabilir. Ancak klinikçinin katkısının bu şekilde değerlendirilmesinden sonra çarpıtmalar incelenebilir.

İçsel farkındalığı sürdürme kapasitesi - kişinin kendi zihinsel perspektifini korurken aynı zamanda temsil etme ve ona uyum sağlama gerginliğini sürdürme

Machine Translated by Google

Başka biri—biz-modumuz dediğimiz şeyin temelini oluşturur. Bu, gerçek zihinselleştirmenin eşgüdümleyici işlevidir. Bakış açılarındaki farklılıkların sürekli gerilimi, öznelerarası bir ortak yaratım yaratmaya yardımcı olur; MBT klinisyeni, bilen ve bilinen, veren ve verilen arasındaki asimetrik tamamlayıcılığa bir alternatif sunar. Ortak amacın benimsenmesi deneyimi kritik öneme sahiptir. Biz-modumuz, klinisyen-hasta birimi deneyimin paylaşılan nesnesi olduğunda ve temel olarak işbirlikçi bir etkinlik olarak deneyimlenen terapinin olası başarısı perspektifinden değerlendirildiğinde elde Klinik olarak, ortak yaratılmış öznelerarası ortak amaçlılık kavramı, çıkmazlar ve eylemlerdeki tamamlayıcılığın ötesine geçmeyi açıklamaya yardımcı olur ve hasta ve klinisyenin, "ben-modu" dediğimiz şeyin biz-modu için karşılıklı teslimiyetiyle tanınmanın nasıl yeniden sağlandığını gösterir. Bu, MBT'nin ve belki de her psikoterapinin özüdür.

Biz-modu, sürecin sonu değil, bir giriş noktasıdır. Dördüncü adımı, yani alternatif bir bakış açısına ulaşmada iş birliğini mümkün kılar. Hasta-hekim ilişkisi hakkında alternatif bakış açılarını zihinselleştirmek, diğer zihinselleştirme biçimleriyle aynı karşılıklı katılım ruhuyla yapılmalıdır. Eğitimde sıklıkla kullandığımız metafor, klinisyenin hastanın karşısında değil, yan yana oturduğunu hayal etmesi gerektiğidir. Hasta ve klinisyen birlikte oturur, hastanın düşüncelerine ve duygularına bakar ve mümkün olduğunda her ikisi de bunlara karşı meraklı bir duruş sergiler. Bu içgörüleri kullanarak klinisyen yeni bir bakış açısı sunmak için çalışır ve son adım, hastanın tepkisini ve klinisyenin kendi tepkisini dikkatlice izlemektir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Bana doğrudan "Gelecek haftaki randevum ne olacak?" diye sorarak hatırlatamayacağınızı nereden biliyordunuz?

SARAH: Bunun istenmediğimi kabullenmemle ve kendime ilgi gösterilmesini talep etmememle ilgisi var.

KLİNİSYEN: İzin var mı?

SARAH: Evet. Sanırım insanlar burada olduğumda beni istemiyorlar. Burada olmadığımda ise beni istemiyorlar. Benim hakkımda endişeleniyorlar ve beni çok sevdiklerini fark ediyorlar.

KLİNİSYEN: Aman Tanrım! Sevilmek için yok mu olman gerekiyor? Bu çok zor!

SARAH: Sana hiç söylemedim ama insanların izleyeceği bir filmde oynamak isterdim. Bana odaklanmaları, beni düşünmeleri ve kendilerini filmin dışında bırakmaları gerekirdi, böylece tüm dikkatleri üzerimde olurdu. Eğer sen unutsaydın ve ben telefonumu açmasaydım, beni düşündüğünü ve burada olmamı istediğini hayal ederdim.

KLİNİSYEN: Anlıyorum, eğer sen orada olmasaydın gerçek seni değil, hiçbir şey yapmasına gerek olmayan, sadece bir görüntüden ibaret olan kayıp bir kişinin görüntüsünü elde ederdim.

SARAH: İnsanların yüzlerindeki hayal kırıklığını gördüğümde onları hayal kırıklığına uğrattığımı görmek istemiyorum.

KLİNİSYEN: Bana öyle geliyor ki, bu olasılık ile yüzleşmek zorunda kalma durumundan kaçınmak için çok şey yapıyorsunuz. İnsanların sizden hayal kırıklığına uğraması.

Machine Translated by Google

SARAH: Bunu gördüğümde sadece ölmek istiyorum. Randevumu isteme riskini göze alamazdım, çünkü...
Bensiz kendi zamanını geçiremeyeceğin için hayal kırıklığına uğramış görünüyordun.

Klinisyen ve Sarah, klinisyenin seansı yeniden düzenlemeyi unutması deneyiminin daha geniş anlamını detaylandırmaya odaklanan alternatif bir bakış açısı geliştirmeye başlıyorlar. Bu bakış açısı karmaşık ve incelikli, derinlemesine ilişkisel ve açıkça klinisyenin tepkisini yorumlamanın etkisiz zihinselleştirilmiş deneyimiyle ilgili. Sarah'nın randevu alamamasının çocukluğu veya diğer belirleyicileri ne olursa olsun, Sarah ve klinisyen arasındaki konuşma, her ikisinin de zihinselleştirme kapasitelerini tam anlamıyla harekete geçiriyor.

Bu adımların sırayla atılmasını öneriyoruz ve süreci, hastalara içgörü sağlamanın etkili bir yöntemi olan yorumlamadan ayırmak için ilişkiyi zihinselleştirmek veya ilişkisel zihinselleştirmeden bahsediyoruz. İlişkisel zihinselleştirme, hastayı ve klinisyeni o an içinde bulundukları ilişki (yani hasta-klinisyen ilişkisi) hakkında düşünmeye teşvik etmek için kullanılan kısaltılmış bir terimdir. Bunun amacı, hastanın dikkatini başka bir zihne, yani klinisyenin zihnine odaklamak ve hastanın (a) klinisyenin düşünceleri ve duygularıyla, kendilerine dair algılarını başkaları tarafından nasıl algılandıklarıyla karşılaştırmalarını sağlayan karşılıklı bir süreçte etkileşime girmesine ve (b) ilişkiler bağlamında olanların kişisel anlamını ayrıntılandırmasına yardımcı olmaktır. Bu, biz-modunun aktif olmasını gerektirir: "İkimiz burada ne olduğunu ve bunun ne anlama geldiğini anlamaya çalışıyoruz."

Klinisyen, terapide, hastanın çocukluğunda veya terapinin dışında ilişki örüntülerindeki benzerliklere işaret etse de, bunun amacı hastaya davranışlarını kontrol etmek için kullanabileceği bir açıklama (içgörü) sunmak değildir. Daha basit bir ifadeyle, bu benzerlikler, tedavinin genel amacı olan duygusal ilişkisel durumlar içinde zihinselleştirmenin yeniden kazanılmasını kolaylaştırmayı amaçlayan genel meraklı duruşun bir parçası olarak, düşünme ve tefekkür gerektiren kafa karıştırıcı bir olgu olarak ortaya atılır.

Başarılı müdahalelerde, hasta ve klinisyenin giderek daha işbirlikçi diyalog biçimleri yaratmak için örtük bir ilişkisel düzeyde eş zamanlı olarak çalıştıkları varsayılır. Bu, diğerinin öznelerarası deneyiminin belirli durumuna dikkatli bir şekilde dikkat etmeyi, geniş bir duygusal deneyim yelpazesinin açıkça kabul edilmesini, daha kapsayıcı diyalog düzeylerine aktif bir şekilde destek sağlamayı ve diğerinin zihninin değiştiği ve yeni ilişki kurma biçimlerine ihtiyaç duyulduğu dönemlerde katılımcı mücadele ve öznelerarası müzakereyi içerir. MBT burada, belirli ilişkisel deneyimin içerik odaklı anlayışından uzaklaşarak "araç mesajdır" anlayışına geçer; yani, anlama sürecine katılmak, terapötik yaklaşımların benimseyebileceği neredeyse sayısız teorik pozisyonun ortak noktası olabilir.

Karşı-İlişkisel Zihinselleştirme

İlişkiyi zihinselleştirmek, karşıt ilişkiyi kısaca ele almadan tartışılamaz. Karşıt-ilişkisel zihinselleştirme, tanımı gereği klinisyenin öz farkındalığıyla bağlantılıdır ve genellikle zihinselleştirmenin duygusal bileşenlerine dayanır. Ayrıca, 3. Bölüm'de açıklanan zihinsel demokrasi ilkesiyle de bağlantılıdır. Karşıt-ilişkisel zihinselleştirmeyi,

Machine Translated by Google

Duyarlılık "sıradan olmakla" ilgilidir. Bazı klinisyenler, terapide deneyimledikleri şeylerin çoğunu hasta için önemli olarak gördükleri bir öz referans durumuna geçme eğilimindedir. Bu varsayılan moda direnilmeli ve klinisyenler, kendi zihinsel durumlarının hastanın zihinsel durumlarına ilişkin anlayışlarını gereksiz yere etkileyebileceğinin ve bunları yeterli bir temele dayanmadan eşitleme eğiliminde olduklarının farkında olmalıdır.
Daha önceki bir yayında, klinisyenlerin duygularını "karantinaya almaları" gerektiğini öne sürmüştük (Allen ve ark. [12], s. 47). Bu "karantinaya alma"nın nasıl sağlandığı, MBT'de karşı-ilişkisel zihinselleştirmeye yönelik teknik yaklaşımı bilgilendirir; bu, klinisyenin seanslarda yaşadığı ve zihinsel süreçlere dair anlayışını daha da geliştirebilecek deneyimler (hem duygusal hem de bilişsel) olarak tanımlanır.

Terapötik etkinliğin tüm yönleri kısmen klinisyenin kişisel psikolojisi tarafından belirlenir. Aşırı etkiyi önlemeye yönelik geleneksel yaklaşımlar -klinisyenlerin mütevazı davranarak, sürprizlere açık kalarak, kendilerini hastalarından öğrenen öğrenciler olarak görerek ve hastanın içsel ruhsal gerçekliğine odaklanarak kendi öznel önyargılarını azalttıkları- bir noktaya kadar değerlidir, ancak bir arada kullanıldıklarında bile yeterli değildirler. MBT, terapötik bir ortamda nesnellik kavramını reddeder ve klinisyenden tekniğin kaçınılmaz öznelliğini kabul etmesi için alçakgönüllülük talep eder. MBT klinisyenlerinin günlük klinik çalışmalarına tutkuyla (ve mantıksız bir şekilde) dahil olmamaya çalışmaları gereksiz olmalıdır. Her halükarda, klinisyenlerden bunu yapmalarını istemek umutsuz bir çabadır. Zihinsel durum incelemesinin eşitliğinin demokratik sürecinin bir parçası olarak klinisyen tarafından sözlü olarak ifade edilen karşı-ilişkisel deneyim, MBT'nin önemli bir yönüdür, ancak böyle bir deneyim ifade edildiğinde, klinisyenin zihin durumunun bir yönü olarak işaretlenmelidir. Hastaya atfedilen bir durum değildir, ancak hastanın bir tepkisi de olabilir.

Karmaşık karşı tepkilerin ifade edilmesinin gerektiği zor durumlarda aşağıdaki basit prosedürü öneriyoruz.

1. Hastanın tepkisini tahmin edin.
2. Onların sizin hakkınızda belirli bir şekilde hissedebilecekleri şeyleri kabul ettiğinizi ifade edin. söylemek üzereler.
3. Duyarlılıkla ifade edin.
4. Hastanın tepkisini dikkatlice izleyin.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

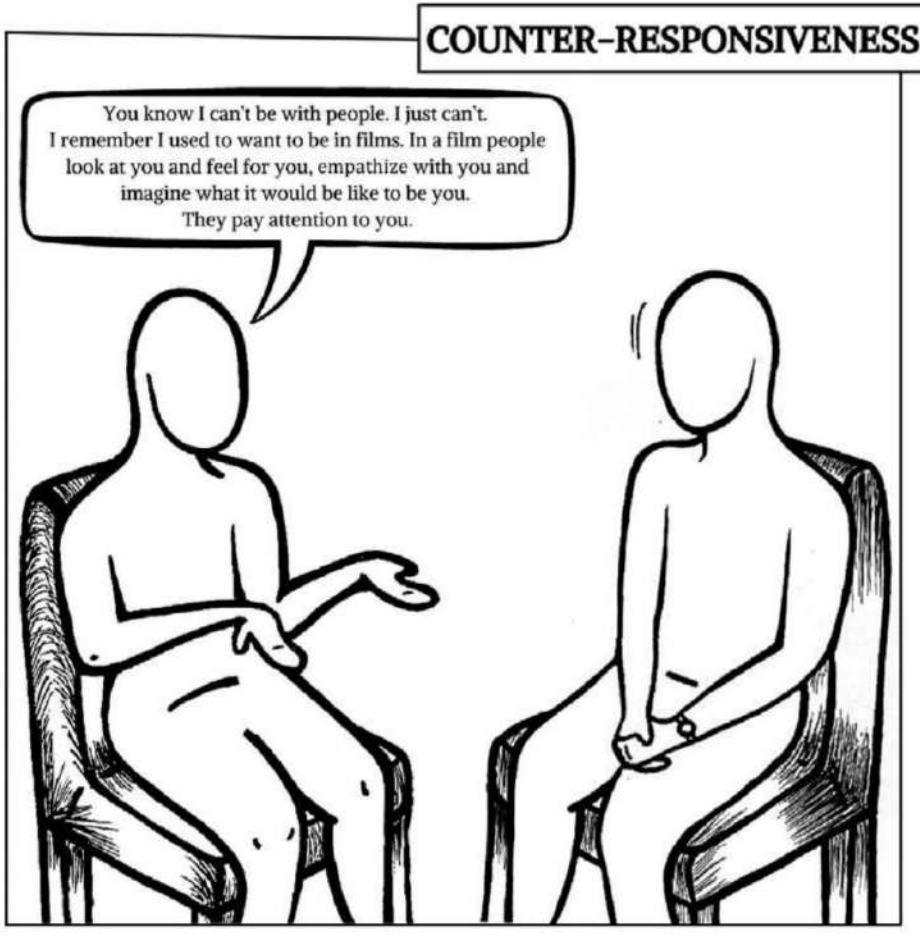
KLİNİSYEN: Benim için oldukça zor ama terapi için önemli olduğunu düşündüğüm bir konuya değinmek istiyorum. Kötü bir anne olduğunuzu düşündüğümü düşünmenizden endişeleniyorum ve bunu kastetmiyorum. Jack'in fiziksel ihtiyaçlarını çok iyi karşıladığınız halde aniden çok duygusallaşıp ona karşı öfkelenebileceğinizden endişeleniyorum.

Ben konuyu açmaya çalıştığımda sen konuyu değiştiriyorsun ve ben de bu konuda sana karşı biraz sabırsızlandığımı fark ediyorum, çünkü bunun önemli olabileceğini düşünüyorum.

SARAH: Bu tür şeyler hakkında konuşmak istemiyorum. Sosyal destek görevlisi bana sürekli bu konuyu soruyor ve kötü bir anne olduğumu düşünüyor.

KLİNİSYEN: Evet, herhangi birimiz bunu dile getirdiğinde kulağa öyle gelebileceğini anlıyorum, ama bu durum onun bakımına odaklanmanızı biraz engelliyor. Belki ikimizin de sabırsızlığımız hakkında konuşmamız gerekiyor! Peki ya senin Jack'le olan sabırsızlığın?

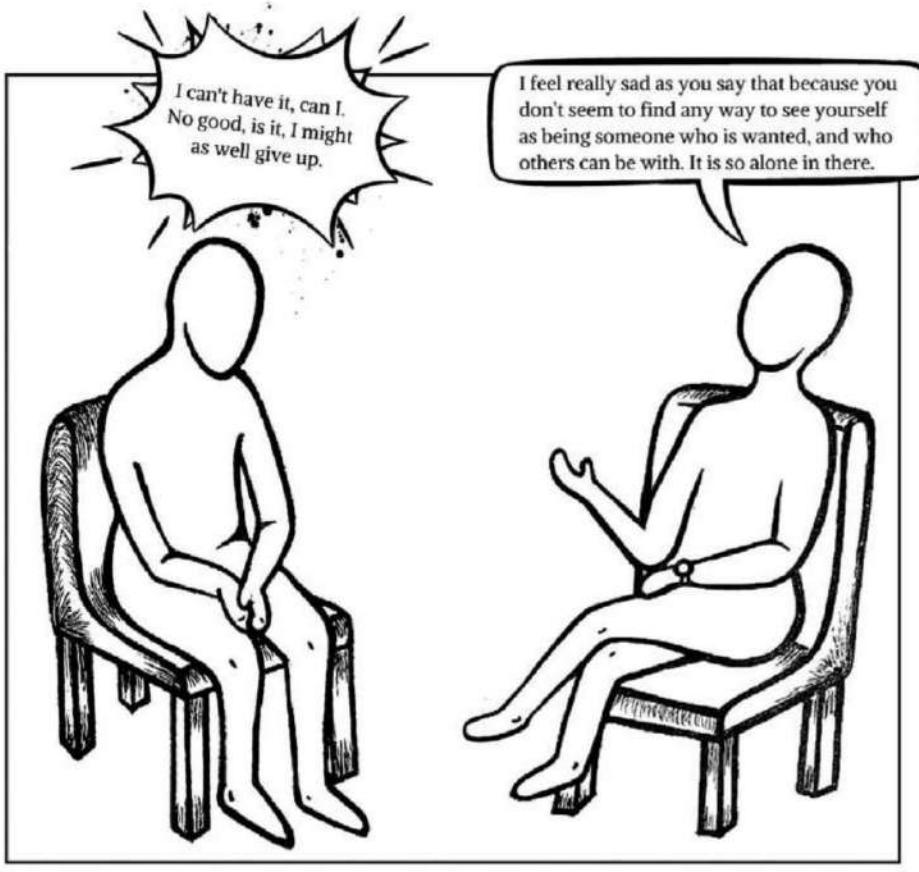
Machine Translated by Google



Machine Translated by Google



Machine Translated by Google



Presenting counter-responsiveness is not simply reporting how the clinician feels. It is presenting the feeling of the clinician in relation to the patient's inner experience.

Klinik Örnek: Stanley Hastalara daha

sorunlu tepkiler vermek beceri ve hassasiyet gerektirir. İşte, klinisyende kaygıya neden olan ve göz korkutucu bir tavır sergileyen başka bir danışan olan Stanley'i konu alan bir örnek:

KLİNİSYEN: (hasta sakin göründüğünde) Stanley, toplantılarımız ve neler olacağı hakkında konuşmam gerekiyor. İçlerinde neler oluyor. Davranışlarını eleştirmek istemiyorum ama öne doğru oturup bana bağırdığında oldukça kaygılanıyorum. Böyle olunca dikkatlice dinleyip doğru düzgün düşünemiyorum. Seni buna iten ne yaptığımı bilmiyorum. Olanları gözden geçirebilir miyiz? Aklıma gelen en önemli şey, belki de bir şeyi anlamadığımı hissediyorsundur.

Machine Translated by Google

Kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin tedavisi sırasında karşıt-ilişkisel deneyim yoğun bir şekilde hissedilebilir ve klinisyenler bazen güçlü öfke, nefret, incinme, kaygı ve çaresizlik duygularıyla mücadele eder. Hastalar, klinisyenlerin hassas noktalarını tespit edebiliyor ve hatta bazen bir seans sırasında kendi duygusal süreçlerini kontrol etmeye çalışırken bu noktalara odaklanabiliyor gibi görünmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, klinisyenin görevi, hastaya yaptıklarının ve söylediklerinin klinisyende bir zihin durumu uyandırdığını ve benzer şekilde klinisyenin yaptıklarının ve söylediklerinin hastada zihinsel süreçleri harekete geçirdiğini bildirmektir. Hastalar, bu etkileri görmezden gelmek veya önemsiz olduklarını iddia etmek yerine, başkalarının zihinleri üzerindeki etkilerini kendi zihinlerinde değerlendirmelidir. Bu çalışmanın, başkalarının zihinsel durumlarını tanıma ve başkalarıyla empati kurma kapasitesini artırma çabalarının bir parçası olarak yapılmasını sağlamak klinisyenin görevidir.

Bu çalışmayı yapabilmek için, klinisyenin kendi zihinselleştirmesini sürdürmesi ve karşıt-ilişkisel duyguları ve bunların kökenlerini fark edip üzerinde düşünmesi konusunda desteklenmesi esastır. Süpervizyon, bunu başarmanın ayrılmaz bir parçasıdır.

MBT Denetimi Denetim,

MBT'nin etkili bir şekilde uygulanmasının ayrılmaz bir parçasıdır.* Klinisyenler çeşitli nedenlerle uzman süpervizörlerden destek almalıdır (bkz. Kutu 4.5) ve süpervizörlerin tüm bunları akılda tutmaları ve belirli bir zamanda hangi alanlara en çok odaklanılması gerektiğine karar vermek için bir MBT ekibiyle birlikte çalışmaları gerekir. Bu bölümün bu kısmı çoğunlukla denetimin klinik yönlerinin önemiyle ilgilenecektir. Ancak, klinisyenlerin bir sistem ve hizmet yolu dahilinde çalıştıklarını unutmamak önemlidir; bu nedenle süpervizörlerin, süpervizörlerinin çalıştığı kuruluştaki ortamı ve zihinselleştirme düzeylerini hesaba katmaları gerekir.

Kutu 4.5 Denetim görevleri.

- Bir organizasyon içerisinde MBT hizmetinin uygulanması.
- MBT'nin uygulanmasını destekleyen klinik yapıların ve malzemelerin geliştirilmesi.
- Zihinselleştirme teorisinin klinik uygulamaya bağlanmasını sağlamak.
- Klinik becerilerin öğrenilmesini ve geliştirilmesini desteklemek.
- Süpervizyon alan klinisyen(ler)in mentalizasyonunu sürdürmek.

Uygulama ve Klinik Yapılar MBT'nin uygulanması bir kuruluşla uyumlu olmalı ve kuruluş da MBT'nin uygulanmasını desteklemelidir. Kuruluşların, kişilik bozukluğu olan kişiler için tedavi yolları geliştirme konusunda net bir stratejisi olmalıdır; daha geniş bir ruh sağlığı sistemi içinde bir tedavi yolunun geliştirilmesine öncülük eden bir MBT ekibi, hizmetin genel hizmetle uyumlu olacak şekilde organize edilmesini sağlayarak, hastaların değerlendirmeye hızlı erişimini sağlayan bir düzenlemede tedavinin etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını en üst düzeye çıkarmaktan sorumlu olabilir. Süpervizör tüm bu görevleri destekler ve aşağıdaki özelliklere sahip üyelerden oluşan işleyen bir MBT ekibinin oluşturulmasına yardımcı olur:

* MBT denetiminin tüm ayrıntıları MBT için Kalite El Kitabı'nda bulunabilir (www.annafreud.org/media/1217/a-quality-manual-for-mbt-edited-april-23rd-2014-2.pdf)

Machine Translated by Google

Çeşitli MBT becerilerine sahip, tanımlanmış roller -belki bazıları yeni stajyerler, bazıları ise deneyimli uygulayıcı seviyesinde. Uygulamanın temeli olarak, ekip içi akran destek süreci ve genel bir ekip yaklaşımı teşvik edilmektedir.

Kanıtlar, MBT'nin MBT programını destekleyen bir organizasyon içinde ve özellikle resepsiyonistten baş klinisyenlere ve yöneticilere kadar tüm personelin hastalarla etkileşim kurma biçiminde süreci kendi hizmet ortamlarında modelleyebilen personelden oluşan bir zihinselleştirme ekibi tarafından sunulması durumunda hasta sonuçlarının en üst düzeye çıkarıldığını göstermektedir [13]. Bir süpervizör, personelin birlikte çalışmasını sağlamak için bir fikir tahtası ve danışman görevi görerek birbirlerine saygı gösteren bir zihinselleştirme ekibi oluşturur. Bir süpervizör, bir dereceye kadar uygulamanın zorluklarını öngörür ve MBT liderlerinin ve süpervizörlerin, MBT'nin uygulandığı bağlamın kendileri ve hastaları üzerindeki olası etkilerini düşünmelerine yardımcı olur.

Daha geniş bir MBT sisteminin parçası olan süpervizyon sistemi, "dışarıdan" gelen bir uzmana göre modellenmemiştir. Süpervizyon, tedavi ekibinin kıdemli bir üyesi olan yetenekli bir uygulayıcı veya farklı bir tedavi programında çalışan başka bir MBT ekibinin üyesi olabilir. Süpervizyon, tedavinin tüm yönlerinin ekip içinde bütünleşmesini sağlarken, süpervizyon yeni fikirlerin geliştirilmesini kolaylaştırır ve çapraz döllenmeyi teşvik eder.

MBT Süpervizyonunda Süpervizör Materyalleri

Süpervizyonda çok çeşitli materyaller kullanılabilir. Süpervizörlerin MBT ile ilgili kılavuzlara, bölümlere ve araştırmalara erişimi olmalı ve bu materyaller, uygulama ve klinik uygulama üzerine tartışmalara bilgi sağlamak amacıyla süpervizyon alanların kullanımına sunulmalıdır. MBT süpervizyon seanslarının planlanması esastır. Süpervizyon, önceden kararlaştırılan konuları kapsayan, her biri okuma materyali ve süpervizyon alanların ilgili konuyla ilgili klinik materyal sunma zorunluluğu içeren, süreli bir kurs şeklinde olabilir. Bu format, uygulayıcı düzeyinde beceriler geliştiren yeni stajyerler için kullanılır. 18 aylık bir süpervizyon döneminde ele alınması gereken temel konular Kutu 4.6'da listelenmiştir.

Kutu 4.6 Bireysel ve grup MBT'si vermeye başlayan süpervizyon alanlar için temel konular.

- Değerlendirme ve formülasyon.
- Bilmeme tavrı.
- Terapiye başlıyorum.
- Karşıt ilişkinin zihinselleştirilmesi—ilk seanslar.
- Etkisiz zihinselleştirmeyi tanımak.
- Rol yapma moduna müdahale.
- Ruhsal eşdeğerliğe yönelik müdahale.
- Teleolojik moda yönelik müdahale.
- Zihinselleştirme süreci - uyarılmayı yönetme, ters hareketler, park etme.
- Zihinselleştirme süreci - olumlu zihinselleştirmeyi kabul etmek.
- Etkileme odağı - netleştirme, etki tanımlama, zihinselleştirme, işlevsel analiz bir olay.
- Etki odaklılık - "odadaki fil", grup müdahaleleri.
- İlişkiyi zihinselleştirmek.
- Grup seanslarında karşıt ilişkinin zihinselleştirilmesi.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme Teorisinin Klinik Uygulamaya Bağlı Olmasını Sağlamak

Teoriyi klinik uygulamaya dahil etmek, klinisyenlerin zihninde giderek daha tutarlı bir model oluşturur ve doğası gereği sonsuz değişkenlik gösteren psikoterapi seansları sırasında net ilkelere göre kararlar almalarını sağlar. Teorisyenlerin fikirlerinin, akademik araştırmalardan elde edilen bulguların ve klinik uygulamanın birbirinden ayrılması, genel olarak psikolojik müdahaleleri zorlaştırır ve klinisyenler genellikle ampirik araştırmalara (örneğin sosyal etkileşimle ilgili) dahil edilen bir fikrin, pratiklerini nasıl değiştirebilecekleri açısından ne anlama geldiğini merak ederler. MBT, ampirik araştırmalarda çalışanlar ile hastalara tedavi uygulayanların ortak bir çabasıdır ve umarız her zaman da öyle kalacaktır. Bu bağlantıların önemli bir parçası, okumayı süpervizyonun önemli bir parçası haline getiren ve yeni fikirlerin klinik sonuçları hakkında tartışmayı teşvik eden bir süpervizörün çalışmasıdır. Örneğin, epistemik güvenin (bkz. Bölüm 2) değişimin gerçekleşmesi için açılması gereken kapı olduğu doğruysa, çağdaş MBT uygulaması bu kapının açılmasına nasıl odaklanıyor? Bazı mevcut müdahaleler bunu benzersiz bir şekilde başarabiliyor mu? Daha fazla veya daha az kullanılabilecek müdahaleler var mı? Danışman, cevap veren bir uzman gibi davranmak yerine, tartışmanın yürütücüsü olur, tartışmaları ve araştırmanın pratiğe aktarılmasıyla ilgili fikirleri teşvik eder.

Klinik Becerilerin Öğrenilmesini ve Geliştirilmesini Destekleme

Süpervizör, MBT müdahalelerinin geliştirilmesini ve becerikli bir şekilde sunulmasını desteklemek için çeşitli yöntemler kullanabilir.

Öncelikle, süpervizyon sırasında etkileşimler sırasında MBT'de kullanılan oyunbaz, bilgisiz duruşu, süpervizyon alan kişinin klinik çalışmasını incelemek için bir yöntem olarak modelleyebilirler; bunu süpervizyon alan kişinin kendi deneyimlerine ilişkin bakış açısından görmenin yanı sıra hastanın deneyimine ilişkin anlayışlarını da detaylandırabilirler. Bu süreç, klinik zorlukların süpervizyon alan kişinin bakış açısından ele alındığını gösterir ve süpervizyon alan kişinin çalışmasının olumlu yönlerine vurgu yapmanın yanı sıra, süpervizör ve süpervizyon alan kişi arasında bir güven kanalı açan açıklayıcı bir ipucu sistemi işlevi görür. Bu, karşıt-ilişkisel tepkiler gibi daha karmaşık sorunların ele alınabilmesi için gereklidir.

İkinci olarak, süpervizör ve süpervizörlük alan arasında karşılıklı güven sağlandıktan sonra, klinik seansların video kayıtları süpervizyonun odak noktası haline gelebilir. Tedavideki gerçek klinik anlar, hangi müdahalenin kullanılacağı ve en iyi nasıl uygulanacağı konusunda tartışmak için bir tetikleyici olarak kullanılır.

Üçüncüsü, rol yapma, süpervizörün klinisyen rolünü, süpervizörün ise hasta rolünü üstlendiği, süpervizörün çalışmalarında karşılaşılan bazı klinik zorlukları pratik etmek için kullanılabilir. Bu, yalnızca müdahalelerin nasıl uygulandığını göstermekle kalmaz, aynı zamanda süpervizörün müdahalenin etkisini öznel olarak hissetmesini de sağlar ve bu da ona hastanın deneyimi hakkında bir fikir verebilir.

Dördüncüsü, süpervizör, formülasyonların geliştirilmesini ve gözden geçirilmesini, süpervizörle doğrudan tedavi üzerine klinik düşünceleri üzerinde çalışmanın ve bunları hastayla nasıl paylaşabileceklerini uygulamanın bir yolu olarak kullanabilir. Formüllerin birlikte geliştirilmesi (süpervizörün süpervizörün yaratımını değerlendirmesi yerine), süpervizör ve süpervizörün MBT'nin temel bir bileşeni üzerinde ortak bir dikkat oluşturmasını sağlar ve aynı zamanda zihinselleştirme yaklaşımını da örneklendirir.

Machine Translated by Google

Son olarak, süpervizyon alan kişinin hastayla karşıt ilişkisini kullanması desteklenmelidir. Süpervizörün, özellikle tedavi sürecini etkilediğinde, klinisyenin hassasiyetlerini fark etmesi ve dikkatlice vurgulaması gerekebilir. Tüm klinisyenlerin güçlü ve zayıf yönleri vardır ve süpervizyon, en azından belirli bir hastanın tedavisiyle ilgili olarak ele alınabildikleri ölçüde, bunların tartışılacağı yerdir. Bazı klinisyenler, belirli hastalarla daha becerikliyken, zihinselleştirme zayıf noktalarını harekete geçiren diğer hastalarla daha az beceriklidir. Kişinin kendi kişilerarası güçlü yönlerini ve zihinselleştirme zayıf noktalarını fark edebilmesi, hastalara istemeden zarar vermekten (örneğin, klinisyenin zihinselleştirmedeki dengesizliklerinin baskın olduğu bir şekilde onlarla etkileşime girmekten) kaçınmak için çok önemlidir. Kritik bir hasta, bazı klinisyenlerde savunmacı öz savunmayı diğerlerine göre daha kolay tetikleyebilir; eğer bu öz koruma, klinisyenin kolayca toparlanamayacağı bir misilleme biçimini alırsa, terapötik ilişki giderek daha sorunlu hale gelecektir. Klinisyenlerin özellikleri, kişilik sorunları olan hastalarla yapılan psikoterapide sonuçları etkileyebilir. Bazı hasta-klinisyen etkileşimleri, süpervizyonda ele alınması gereken önemli sorunlara yol açar. Örneğin, ASPD'li hastalar, klinisyende eleştirilmiş ve kötü muamele görmüş hisleri uyandırma eğilimindeyken, BPD'li hastalarla çalışırken klinisyenin karşı tepkiselliği genellikle çaresiz yetersizlik veya zihninin bunalmış, dağınık ve düşünemez durumda olması hislerini içerir. Bunun tersi de olabilir ve klinisyen kendini "özel" hissedebilir ve aşırı dahil olabilir [14]. Hasta-klinisyen etkileşiminin tedavinin etkili bir şekilde uygulanmasını engellediği bu ve diğer durumlarda, klinisyenin sorunlu tepkiselliğinin yönetimi süpervizyonun konusu olmalıdır. Odak noktası elbette klinisyenin zihinselleştirmesini sürdürmektir.

Klinikçinin Zihinselleştirmesinin Sürdürülmesi

Klinikçilerin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan hastalara karşı önemli ölçüde daha olumsuz tepkiler verdikleri ve onları majör depresif bozukluğu olan hastalara göre daha az duyarlı ve daha içine kapanık olarak deneyimledikleri bulunmuştur [15]. Bu, klinisyenlerin intihar girişimleri ve kendine zarar verme bağlamında kendilerine yöneltilen düşmanlık ve/veya yüksek bağımlılık (bkz. bu bölüm: MBT Modelinin Uyarlamaları: “Risk Altındaki” Hasta) ve hastayı hayatta tutmaktan sorumlu hissetme konusundaki endişeleriyle birleştiğinde, klinisyenler kendilerini işe yaramaz, değersiz ve sürekli endişeli hissedebilirler. Bu duygular kaçınılmaz olarak seanslar içinde zihinselleştirmenin hızla kaybolmasına yol açar. Klinisyenin veya hastanın zihinselleştirmemesi, diğerinin de zihinselleştirmemesine yol açar ki bu, elbette MBT'nin temel amacının tam tersidir. Seanslarda bu durum ortaya çıkıyorsa, klinisyen ve süpervizörlerinin sorunu ele almak için birlikte çalışmaları gerekir.

Süpervizyonda klinisyenin karşı-ilişkisel tepkisi üzerinde çalışmak, klinisyenlerin bir seans sırasında kendileri ve hasta üzerinde düşünebilecekleri ölçüde kendi zihinselleştirmelerini sürdürmelerine yardımcı olmak için gereken desteğin bir parçasıdır; bu, değişimi engelleyen uyumsuz bir sürece hapsolmaktan kurtulmalarına yardımcı olur. Süpervizyonun bu yönü, 8. Bölüm'de, can sıkıntısının bir sorun haline gelebileceği kaçınmacı kişilik bozukluğu olan hastalarla çalışma bağlamında ele alınmaktadır. Klinisyenlerin öz-yansıması -kendilerini tedavi süreci bağlamında görmeleri- kendilerini daha özgüvenli hissetmelerini ve ateş altındayken tepkisel ve savunmacı olma olasılıklarının azalmasını sağlar. Uygunsuz tepkilerini görebilecek ve bunu şu amaçlar için kullanabileceklerdir:

Machine Translated by Google

Tedaviyi örtbas etmek veya daha da kötüsü hastaya zarar verecek bir etkileşime girmek yerine, tedavi hakkında bilgi verin. Süpervizör, hem klinisyenin etrafındaki bir destek sisteminin hem de hasta düzeyinde MBT uygulamasını koruyan daha geniş bir MBT sisteminin parçasıdır. Süpervizör ayrıca, kendi sürekli mesleki gelişiminin bir parçası olarak, süpervizörlük çalışmaları hakkında diğer süpervizörlerle düzenli görüşmeler yaparak benzer bir koruma halkasına sahiptir.

Süpervizyon kendi başına bir beceridir; bir kişinin yalnızca belirli bir süredir klinisyen olarak çalışıp belirli sayıda hastayı tedavi sürecinde görmüş olması, MBT'de otomatik olarak süpervizör olacağı anlamına gelmez. Daha da önemlisi, bir bireyin süpervizyon becerileri ve süpervizyonun kendisinde bilgi aktarma ve zihinsel bir süreci harekete geçirme becerisidir. Rahat, kolaylaştırıcı ve cömert bir kişilerarası üslup ve başarılı bir MBT uygulayıcısı olmanın gerektirdiği esneklik, iyi bir süpervizörün en önemli özellikleri olabilir.

MBT Modelinin Uyarlamaları: “Risk Altındaki” Hasta

Bu bölüm, MBT klinisyeninin, tedaviyi ve hastanın ve klinisyenin fiziksel güvenliğini tehlikeye atabilecek intihar girişimleri, kendine zarar verme ve şiddet gibi riskli davranışları azaltmak için hastalara nasıl müdahale ettiğini özetlemektedir. Kılavuzlar aşağıdaki durumlarda geçerlidir: 1. Tedavinin başlangıcında, intihar öyküsü olan bir hastayı

değerlendirirken.
ve kendine zarar verme veya şiddet içeren davranışlar

2. intihar girişiminden sonra, ciddi kendine zarar verme veya şiddet eylemi meydana geldiğinde
3. hasta yakın bir intihar girişimi veya kendine zarar verme veya şiddet tehdidinde bulunduğunda 4.
intihar düşüncesi sürekli ise 5. intiharı
tehdit eden başka tekrarlayan kendine zarar verici eylem veya risk alma davranışı meydana gelirse
hayat veya tedavi.

İlk bakışta hasta veya başkaları için sınırlı bir risk taşıyor gibi görünse bile, kendine zarar veren her türlü olay ciddiye alınmalıdır. En başından itibaren, klinisyenin riskte bir değişiklik olduğunu düşündüren faktörlere karşı tetikte olması ve riske karşı kendi tepkilerini izlemesi önemlidir (bkz. Kutu 4.7).

Kutu 4.7 Riskteki değişimin uyarı işaretleri.

Uyarı işaretleri şunlardır:

- intiharla ilgili ifadelerde ve düşüncelerde artış, kaygı ve depresif
  semptomlar, kontrol edilemeyen duygular
- uykusuzluk,
- alkol veya uyuşturucu kullanımında
- değişiklik, yakın zamanda yaşanan kayıplar, sözleşmenin bozulması nedeniyle tedavi başarısızlığı veya
  destekten ayrılma gibi
  olaylar, sosyal geri çekilme
- Yakın ilişkilerde kişilerarası çatışma, intihar yöntemi
  planlama ve kişisel meseleleri “bağlama”.

Machine Translated by Google

Kutu 4.7 (devamı)

Klinik İpuçları

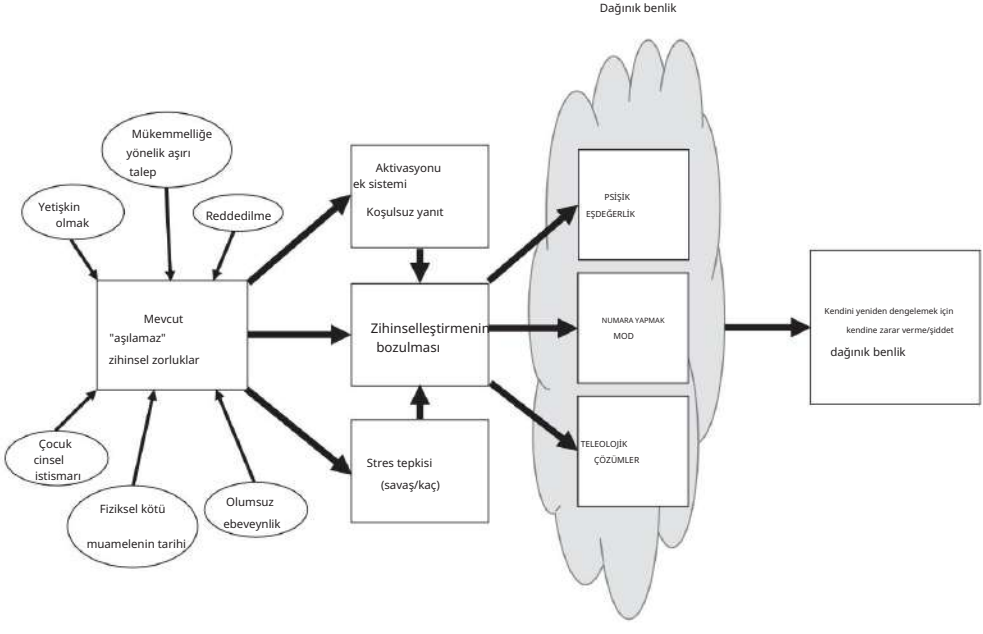
Klinikçide düşük zihinselleştirmeye dikkat edin ve riski ciddiye almaya karşı "aşılanmış" olun, bu genellikle düzenli olmasından kaynaklanır (örneğin, sık sık kendine zarar verme "kabul edilebilir" hale gelir, küçük doz aşımı "bu eylemlerden biri" haline gelir).

Klinikçinin ilgilenmeyi bıraktığı şefkat yorgunluğuna dikkat edin.

İntihar Girişimlerini, Kendine Zarar Vermeyi ve Şiddeti Anlamak: Bir Özet

Klinikçinin, kendisi veya başkaları için risk oluşturan kişilerle çalışırken kullanacağı zihinsel bir çerçeveyi aklında tutması gerekir. Bu konu 18. Bölüm'de de ele alınmaktadır.
İntihar girişimlerinin ve diğer eylemlerin bir dizi zihinsel çöküşün sonucu olduğunu kabul etmek çok önemlidir. Genel MBT müdahale süreci, tüm kendine zarar verici ve şiddet içeren davranışlar ve uyuşturucu veya alkol kullanımı gibi diğer zararlı risk alma eylemleri için geçerlidir (bu bölümün geri kalanında bunlara topluca "eylemler" diyeceğiz). Bu eylemlerin zihinselleştirici anlayışı Şekil 4.3'te özetlenmiştir.

"İntihar etmeyi düşünüyorum" veya "Kendimi öldürmeyi düşünüyorum" gibi ifadeler kullanmak bile zihinsel bir kaçış prosedürünün devreye girdiğini gösterir. Daha sonraki bir eylem, kaçış prosedürünün etkisiz kaldığı ve zihin durumunun giderek daha acı verici hale geldiği ve öz tutarlılık ve öz varoluş için tehdit oluşturduğu anlamına gelir. İntihar girişimleri, kendine zarar verme ve şiddet gibi eylemler, dağınık ve acı verici bir zihin durumunun sonucudur. Bunlar bir son üründür.



Şekil 4.3 Zihinselleştirme kaybının yüksek riskli davranışlara nasıl yol açabileceğini anlamak.

Machine Translated by Google

Acıya neden olan sorundan ziyade. Klinisyenlerin, risk seviyesi konusunda endişeli ve korkmuş oldukları için düşüncelere veya eylemlere odaklanmaları çok kolaydır. Bu durum, hastanın kendine zarar verici düşüncelerine yol açan zihinsel koşulları ve kişilerarası bağlamları keşfetmede başarısızlığa neden olur.

Yıkıcı Eyleme Giden Yol İster

genetik ister çevresel olsun, daha önceki kırılganlıklar -ve elbette çoğunlukla her ikisi de- bireyi, hastanın sınırlı bir dirence sahip olduğu aşılmaz sorunlar olarak deneyimlenen mevcut stres faktörlerine karşı hassaslaştırır. Stres tepkileri, kaygılar ve acı verici zihinsel durumlar, bağlanma sistemini otomatik olarak tetikler ve bu da bir bağlanma figürüne yakınlık arayışı da dahil olmak üzere bir dizi tepkiyi harekete geçirir. Hasta, bir partnerden, arkadaşlarından veya (ruhsal) sağlık hizmetlerinden destek almaya çalışır, ancak aldığı yanıtın deneyiminin yeterli koşuldan yoksun olduğunu ve çaresizliğini azaltmadığını fark eder. Bu "uyumsuzluk", izolasyon gibi başka bir tehdidi temsil ettiğinden, daha fazla panik yaşanır. Artan duygusal uyarılmayla birlikte zihinselleştirme bozulur ve bu da deneyimlerin etkisiz bir şekilde işlenmesine yol açar - ya psişik eşdeğerlik yoluyla abartılıp yoğunlaştırılır ya da taklit moduyla reddedilir ve bölünür. Bu durum, zihnin gerçekliği içsel deneyimden ayırma kapasitesini kaybetmesi nedeniyle, herhangi bir duygusal ve bilişsel deneyimi giderek daha keskin ve acı verici hale getirir. Şüphe kaybolur, kesin inanç hâkim olur.
Zihinsel işlemeyi ancak eylem değiştirebilir ve teleolojik çözümlere ihtiyaç duyulur.

Teleolojik Mod/Dışarıdan İçeriye Zihin ve

Eylemler Etkili zihinselleştirmede başarısız olan ve teleolojik moda düşen bir hasta, başkalarının kendi öznel durumları hakkında yaptıkları iddialara (örneğin, hastayla ilgili endişeleri olduğu iddialarına) inanmaz. Hasta, başkalarının dile getirdiği zihinsel durumları ancak eylemle birlikteyse güvenilir bulur: "Riskli davranışlarımla ilgili olarak hareket edersen, yaşamamı veya ölmemi önemsediğini biliyorum." Bu bağlamda, kendine zarar verme ve intihar tehditleri sırasında hasta, klinisyenin eylemiyle stabilize edilebilir; örneğin, klinisyen hastayı evinde ziyaret ederek, onun adına bir kriz sistemiyle iletişime geçerek veya risk yüksekken hastayı daha sık görmeyi teklif ederek bakımını ifade edebilir. Bu koşullarda, hasta ve klinisyen arasındaki etkileşim, hastayı, klinisyeni ve hizmeti sonsuz bir eylem ve karşılıklı eylem döngüsünde bir araya getiren intihar veya kendine zarar verme tehditleri etrafında örgütlenebilir. Bu döngü, anlık riski yönetir ancak tehdide yol açan temel sorunu değiştirmeyi başaramaz.
Bu, hastaların bilinçli ve manipülatif bir etkileşimi değildir. Zihinselleştirme yetilerini kaybetmeleri ve eylem yoluyla benlik duygusunu dengelemeye yönelik akut ihtiyaçlarından kaynaklanan, kendileri ve toplum için teleolojik deneyim (gözlemlenebilir sonuçlar yaratma) üreten bir hayatta kalma sistemidir.

Kendine Zarar Verme İşlevi

Yayınlanmış çalışmaların anlatı incelemeleri, duygu düzenlemesinin intihar dışı kendine zarar vermenin en sık bildirilen işlevi olduğunu, bunu kendini cezalandırma ve kişilerarası etkileşimin (yani sıkıntıyı iletme, başkalarını etkileme ve/veya destek arama) izlediğini vurgulamıştır. Bu nedenle, duygu düzenleme, olumsuz duygulanımdan kaçınma veya kendini cezalandırma gibi kişilerarası işlevler tüm hastalarda araştırılmalıdır. Ayrıca, yorumcular, kendilerine zarar veren kişilerde sık görülen benlik duygusundaki bozulmayı (örneğin, ayrışma) ve eylemin dengeleyici etkilerini tartışmaktadır.

Machine Translated by Google

Benlik duygusu. Yabancı benlik kavramı (2., 14. ve 18. Bölümlerde ayrıntılı olarak açıklanmıştır), bunu daha ayrıntılı olarak anlamak için faydalıdır.

Kendini kesmek, yakmak veya başka bir şekilde yaralamak kaygıyı azaltır, dissosiyasyonu önler ve zihinsel durumları netleştirir. MBT klinik bakış açısından, hastanın anlatısal anlatımıyla tanımlanan varsayılan işlev merkezi değildir. Son bir ortak yol olduğunu varsayıyoruz: Zihinselleştirme işlevinin kaybı. Müdahalelerin amacı, zihinselleştirmenin hem akut hem de uzun vadede stabilize edilmesini sağlamaktır.

Klinik Müdahale Süreci Klinik olarak,

MBT'de kendine zarar verme, intihar girişimleri ve bunlarla ilişkili diğer kendine zarar verici veya sosyal olarak yıkıcı davranışlar ele alınırken yapılması gereken bir dizi müdahale vardır. Bunlar Kutu 4.8'de özetlenmiştir.

Kutu 4.8 Yüksek riskli olaylar için klinik müdahale sürecinin özeti.

1. Ortak sorumluluk (anlaşma) kurun.
2. Mevcut risk düzeyini belirleyin - güvenlik planlaması (gerçekleri tespit edin).
3. Mevcut olaydan geriye doğru, hastanın zihinsel durumunun iyileştiği bir noktaya gidin.
   Kendini yıkıcı düşünme deneyimi yoktu. (Zaman içinde geriye doğru gidin ve o zaman olanları şimdiki zamanın perspektifinden düşünün ve hastanın zihinsel olmayan modlara düşmesini önleyin.)
4. Kendine zarar verme tehdidi olmadığında iyilik hali/bütünlük/tehdit yokluğu bağlamını ve zihinsel deneyimini keşfedin (olumlu ve yönetilebilir zihin durumlarının keşfi).
5. Kendine zarar vermeyle ilgili düşüncelere/duygulara yol açan zihinsel durum değişikliklerine yönelik mikro dilim (zihinsel işlevsel analiz).
   a. Duygulara odaklanın ve duyguları bağlamlandırın. b. Zihin durumlarını yönetin. c. Sorunun temel alanını belirleyin - kişilerarası ve duygusal. d. Baskın bir tema oluşturun.
   e. Alt baskın temaya saygı gösterin.
6. Odaklanma ve bilmeme duruşunu kullanarak zihinsel karmaşayı yönetme stratejilerini belirleyin (hasta özerkliği/eylem gücü yaratın).
7. Gerekirse, bu bölümün önceki kısımlarında açıklanan "odadaki fil"i kullanarak, kendine zarar verme olaylarının etkili bir şekilde araştırılmasını engelleyen ilişkisel faktörleri belirleyin ("biz-modu"/"biz" süreciyle çalışın).

Burada Sarah ile müdahale sürecinin adım adım açıklayıcı bir klinik örneğini sunacağız.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, çocuk koruma ekibinin oğluna duygusal olarak bakabilme becerisiyle ilgili endişelerini dile getirmesinin ardından risk altında olduğu düşünülerek psikiyatri servisine yatırıldı. Yatırıldığı sırada aktif olarak intihara meyilli değildi, ancak ara sıra intihar düşünceleri oluyordu. Ertesi gün bileğini kesti. Yaralarının dikilmesi için acil servise kaldırıldı.

Machine Translated by Google

Görüşmeyi yapan klinisyen şu hikâyeyi ortaya çıkardı. Psikiyatri koğuşuna yatırıldıktan sonraki günün akşamının erken saatlerinde Sarah, hemşire istasyonuna giderek biriyle konuşması gerektiğini söyledi. Hemşire dostça bir şekilde yanıt vererek, şu anda ilaçlarını kontrol ettiğini, ancak bitirir bitirmez doğrudan Sarah'nın odasına geleceğini söyledi. Sarah öfkeyle, "Şimdi biriyle konuşmam gerek, daha sonra değil," dedi. Şimdi biraz huysuz olan hemşire, Sarah'nın odasına biraz sonra gelme teklifini yineledi ve şu anda başka bir işle meşgul olduğunu tekrar belirtti. Artık açıkça öfkeli olan Sarah, hışımla dışarı çıktı ve odasına döndü. Kısa süre sonra, "Ölmek istiyorum" diye bağırırken bir bardağı kırdı ve bileğini kesti.

Paylaşılan Sorumluluğun Belirlenmesi

Klinisyen, hastanın eylemlerinden tam olarak sorumlu tutulamaz. MBT'nin ilk aşamasında, klinisyenin ve hastanın sorumluluklarının kapsamını tanımlayan bir anlaşma kriz planında belgelenir.

Klinik Örnek: Klinisyenin Olası Tepkisi Siz ve ben bu tehlikeli

davranışı azaltmak ve durdurmak için çalışmalıyız. İntihar düşüncelerine kapıldığınızda -ve özellikle kendinize zarar vermeye çalıştığınızda- ne kadar acı verici olursa olsun, bunu ayrıntılı olarak ele almamız gerektiği konusunda hemfikir olmalıyız. İkimizin de üzerinde ölüm tehlikesi varken, sorunlarınız üzerinde birlikte çalışmak zor olacağından, bunu görmezden gelemeyiz. Birbirimizin görüşlerini biraz anlayabilmek için bunu biraz konuşabilir miyiz? Sonra, tehlikeli bir ruh haline girerseniz ne olacağı ve kimin ne yapacağı üzerinde çalışabiliriz.

Tedavinin erken döneminde acil klinik amaçların ortak mutabakatında, tedaviye müdahale etmesi muhtemel kendine zarar verme, intihar girişimleri ve diğer yıkıcı davranışların azaltılmasının belirtilmesi gerekecektir.

Mevcut Risk Düzeyinin Belirlenmesi: Güvenlik Planlaması

Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişileri tedavi eden tüm MBT klinisyenlerinin güvenlik planlaması ve risk değerlendirmesine aşina olması beklenir [16]. Kendine zarar verici eylemlerle ilgili gerçekleri ortaya koymak kesinlikle gereklidir. Hastaya eylemden önce, eylem sırasında ve eylemden sonra meydana gelen olaylar hakkında sorular sorun ve şunları

unutmayın: Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan hastalardaki birçok ciddi intihar girişimi ve kendine zarar verme vakası, kişilerarası çatışmalar ve duygusal çalkantılar
bağlamında gerçekleşir. Olumsuz kişilerarası olaylar, intihar dışı kendine zarar vermeyi öngörür.
Dikkate alınması gereken bazı faktörler Kutu 4.9'da özetlenmiştir.

Kutu 4.9 Kendine zarar verme ve diğer sorunlu eylemlerle ilgili sorular.

Bu bir gerçek bulma sürecidir.

Olaydan Önce Hastanın

partneriyle yaşadığı bir tartışma gibi, belirgin kişilerarası veya diğer tetikleyiciler var mıydı?

Machine Translated by Google

Kutu 4.9 (devamı)

Neredeydiler? Uzak bir yere mi gitmişlerdi?
Eylem planlı mıydı yoksa dürtüsel miydi? Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin çoğu eylemi dürtüseldir ve önceden planlanmadan veya sonuçları hakkında endişe duyulmadan gerçekleşir. Ancak, dikkatli bir incelemeyle, hastanın o anda fark edemediği ancak gelecekte kendine zarar verme veya diğer yıkıcı eylemlerin erken uyarı işaretleri olarak kullanılabilecek göstergeler mevcuttur.

Hasta tablet stokluyor muydu?
Hasta işlerini organize edip bir intihar notu yazdı mı? Bu durumda, daha ciddi bir ölüm isteğini gösteren bir ön planlama söz konusuydu.
Alkol veya uyuşturucu kullanımı gibi kişisel kontrolü azaltan başka faktörler var mıydı?

Olayın Kendisi

Olayın ölümcüllüğü neydi ve hangi kendine zarar verme yöntemi söz konusuydu?
Kendine karşı şiddet uyguladı mı (örneğin; asma, kendini bıçaklama)?
Hasta tek başına mıydı, yoksa olay bir partner/aile üyesiyle yaşanan bir tartışma sırasında mı meydana geldi?

Hasta kendine zarar vermenin kendisini öldüreceğini mi düşünüyordu?
Kendilerine zarar verdikten hemen sonra ne yaptılar?

Olay Sonrası Hasta birini
aradı mı? Nasıl yardım aldı? Onu kim buldu?
Yardım geldiğinde neler hissettiler?
Hasta şimdi bu girişim hakkında ne düşünüyor? Pişman mı? Keşke işe yarasaydı mı diye düşünüyor mu?

Hasta hala intihar düşüncesi içinde mi?
Hastanın şu anki ruh hali nasıl? Depresyonda mı?
Eğer hasta bugün evine gidecekse, hastanın kiminle görüşebileceği de dahil olmak üzere, önümüzdeki haftayı kapsayacak amaçlı günlük aktiviteler kararlaştırıldı mı?

Klinik İpucu Mevcut
risk düzeyini belirlemek "gerçekleri bulmayı" gerektirir. Sürecin bu kısmında zihinsel durumlar hakkında bilgisiz bir duruş sergilemenize gerek yok; zihinsel durumlardan ziyade gerçeklerle ilgileniyorsunuz.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah'nın eyleminin doğrudan kişilerarası tetikleyicisi, hemşireyle etkileşimiydi. Konuşmak istemiş ve kendi görüşüne göre reddedilmişti. Hemşirenin onu dinlemek istemediğini belirtti: "Eğer isteseydi, onunla konuşurdum." MBT klinisyeni bunu zihin durumlarının teleolojik bir anlayışı olarak kabul eder. Bir kişinin dinleme isteği, ancak oldukça ani bir eylemle birlikteyse güvenilir olarak deneyimlenir. Sarah ikinci reddedilmeyi bir reddetme olarak deneyimledi ve hemşirenin hafif sabırsızlığını "düşmanca", "damgalayıcı" ve "saldırı" olarak yorumladı. Bu noktada Sarah, birikmiş acı verici zihinsel durumlarını (aşağı düzenleme konusunda başlangıçtaki acil yardım ihtiyacı, hayal kırıklığı, reddedilme hissi, seçilme ve saldırıya uğrama hissi) işleyemiyordu.

Machine Translated by Google

ve kurban olmanın ezici haklı öfkesi) ve panikledi. Odasına döndü. Daha önce kendine zarar vermeyi düşündüğünü bile inkar etti ve hiçbir şey planlamamıştı. Bir sonraki eylemi dürtüseldi; odadaki çay fincanını görünce parçaladı, kırılan parçayı eline sapladı ve bileğini kesti. Yardım çağırmadı ve odasına döndüğünde kapısını kapattı. Kendini kestikten sonra, ölmek istediğini bağırarak bir sorun olduğunu ima etti. Klinisyen bu anlatıyı dürtüsellik ve güçlü kişilerarası bileşenler (örneğin, hemşireyle yakın etkileşim) gösterdiği şeklinde değerlendiriyor. Önceden planlama olmadığı için risk düşük ila orta olarak değerlendirildi. Sarah'nın kişilerarası durumlarda reddedilmeye karşı hassasiyetleri ele alınmadığı ve zihinselleştirmesi belirlenen koşullarda daha istikrarlı hale gelmediği sürece, kişilerarası tetikleyicilerle birlikte dürtüsellikle ilgili devam eden bir risk vardır.

Daha da önemlisi, MBT klinisyeni artık bilgi toplama sürecinden neyin yanlış gittiğine dair ipuçlarına sahip. Sarah sıkıntıda, korkmuş ve güvensiz hissediyor, bu duyguları içsel olarak düzenleyemiyor ve bu da bağlanma sistemini ve yakınlık arayışını tetikliyor. Hemşireye, kendini daha rahat hissedebileceği biri olarak ulaşıyor. Hemşirenin tepkisi koşulsuz olmakla kalmıyor, aynı zamanda Sarah'nın ihtiyacıyla hemen ilgilenmeyi reddetmesi de kabul edilemez. Yardıma ihtiyacı var, hemşire ilacı verdikten sonra değil. Zihni teleolojik modda ve ihtiyacını kapsamlı bir şekilde karşılayan bariz eylem dışında herhangi bir tepki rahatlama sinyali vermeyecek. Bu durum, bağlanma süreçlerini aşırı harekete geçiren artan kaygıya neden oluyor.

Sarah daha talepkar hale gelir ve ihtiyacı daha da engellendiğinde, kişilerarası etkileşimi terk ederek zihnini kapatmaya çalışır. Bağlanma, Sarah'nın korkusunu yatıştırıp hafifletebilecek karşılıklı bir bakım verme tepkisi uyandırma temel amacında başarısız olmuştur. İkinci, daha talepkar istek ise farklı bir yerden gelir: öfkeli bir incinme ve derin bir hayal kırıklığı. Sarah, hemşireyi tanıdık, sinirli bir şekilde erişimi reddetme rolüne iter. Kendi rolü, şimdi haklı bir kederle dolu, damgalanmanın ve yetersizliğin kurbanı olmaktır. Yoğun duygular, daha yoğun duyguları tetikler. Kafası patlayacakmış gibi hisseder. Acı dolu karşılaşmadan kurtulur, ancak bunaltıcı derecede yoğun duygular ve kafa karıştırıcı fikirlerle baş başa kalır. Ölmek istemez, hatta kendine zarar vermek bile istemez; sadece her şeyin durmasını ister. Bardak algısal bir önem kazanır. Bardağı duvara çarpar ama bu dramatik hareket onu daha da üzer. Bulabildiği en keskin parçayı alıp elini ve bileğini kesmek için kullanıyor. Bunu neden yaptığını gerçekten bilmiyor. "Ölmek istiyorum" feryadı sonradan akla gelen bir şey. Ama bağırıp kesme eylemi işlevini yerine getirmiş. Kendini biraz daha sakin hissediyor.

Güncel Olaydan Zaman İçinde Geri Sarma: Olay Öncesi Zihinsel Durumlara Odaklanma

Olayın tüm ayrıntılarını topladıktan sonra, klinisyen hastanın içsel durumlarını tanımlayabildiği ve duygularını yönetebildiği (zihinselleştirme sürecini yönetebildiği) bir zamana "geri sarar". En yaygın hata, klinisyenin zaman içinde yeterince geriye sarmaması ve ilk bakışta hemşireyle etkileşim gibi görünen anlık tetikleyicilere takılıp kalmasıdır. Ancak Sarah hemşireyle konuşmaya karar verdiğinde, zihinselleştirmesi muhtemelen çoktan bozulmuştur.

Machine Translated by Google

Bu MBT müdahalesi, hastanın kaygısının zihinselleştirmesini zayıflatmaya başladığı noktayı araştırır. Bu, ancak zihinselleştirmesinin hala stabil olduğu bir nokta bulunarak ve ardından hastanın zihinselleştirmesinin savunmasız hale geldiğinin açıkça görüldüğü, ancak zihninin kaçınılmaz olarak eyleme dönüşecek kontrol edilemez etkisiz zihinselleştirme çağlayanına girmesinden çok önce gerçekleşen bir noktaya kadar ilerleyerek tespit edilebilir. Bu "dedektiflik çalışmasının" amacı, hastayla birlikte bu sürece çözümler veya geçici çözümler bulmaktır.

Bu örnekte, her zaman olduğu gibi, klinisyenin geri sarabileceği çeşitli zaman noktaları vardır. Her seferinde doğru zaman noktasını yakalamak şart değildir, çünkü sorgulama, klinisyenin odaklandığı anda hastanın zayıf bir zihinselleştirme durumunda olduğunu ortaya çıkarırsa, daha fazla geri sarmak kolaydır. Klinisyenin, hastanın geçmiş zihinsel durumlarını mevcut zihinselleştirme perspektifinden incelediğini unutmaması önemlidir.

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

KLİNİSYEN: Hemşireyle ne hakkında konuşmak istediğinizi bana söyleyin.

SARAH: Artık önemli değil. O zamandı. Gitti. O zaman konuşmam gerekiyordu, şimdi değil. (küçümseyen ve savunmacı).

KLİNİSYEN: Evet, bunu anlıyorum, ama o zamanlar çok önemliydi, bu yüzden belki de bazen düşünme konusunda yardıma ihtiyaç duyduğunuz şeyler hakkında bize bir şeyler söyleyebilir. (Klinisyen odaklanmaya devam ediyor.)

SARAH: Tek merak ettiğim, oğlumun babasının onu ziyarete getirip getirmeyeceğiydi çünkü ondan haber alamamıştım. Ziyarete geleceğini biliyordum ama genellikle beni arardı ve benimle iletişime geçmemişti, hemşirelerle konuşmuş olabileceğini düşündüm. Tabii ki, deli olduğum için oğlumu benden almak istediğini biliyorsunuz.

Klinikçi, Sarah'ı hemşireyle konuşma isteği duyduğunda aklında olana geri götürdü. Ancak verdiği cevap, zihinselleştirmesinin o sırada zayıfladığını gösteriyor. Şimdiki yanıtının anlıklığı ve tonu, zihinselleştirmesinin şu anda muhtemelen zayıfladığını gösteriyor; hemşireyle konuşma isteğini bilgi arama olarak açıklıyor ve belki de haklı olarak eski partnerinin "oğlumu benden almak istediğine" inanıyor. Dolayısıyla, ziyaretin sıradan bir hastane ziyaretinin ötesinde karmaşık ve önemli olduğu aşikar. Klinikçi, oğlunun kendisinden alınması tehdidinin Sarah'ın zihinselleştirmesi üzerinde güçlü etkileri olabileceğine şaşırmıyor ve gelecekte benzer deneyimlerden korunması için bunun ayrıntılı olarak konuşulması gerektiği açık.

Klinik Örnek: Klinisyenin Olası Alternatif Yanıtları Oğlunuzun babasının sizinle iletişim kurmamasıyla ilgili ne düşündüğünüzü bana söyleyin. İkiniz arasında velayet sorunlarıyla ilgili yaşananlar göz önüne alındığında, bunun sizi oldukça endişelendirdiğini tahmin ediyorum. (Klinisyen, sorunun daha genel bir bileşenine odaklanmak için geri sarar.)

Machine Translated by Google

Oğlunuz ve babası hakkında bu şekilde düşünmeye başlamadan önce gününüz nasıldı? (Klinikçi, Sarah'nın sakin ve düşünceli olabileceği bir noktaya geri sarar.)

Hastaneye gelmeden önce, sizin ve oğlunuzun babası arasındaki ilişki nasıldı? (Klinikçi, Sarah'nın oğlunun babasıyla olan genel ilişkiye odaklanmak için geri sararak bir MBT Döngüsü başlatır.)

Genel olarak, klinisyenin hastanın bir noktaya geri dönmesini öneriyoruz.
sakin ve işlevseldi.

Sağlık/Bütünlük/Tehdit Yokluğu Bağlamını ve Zihinsel Deneyimini Keşfetmek Hastanın uyarılma seviyesi düşürüldüğünde ve daha önceki istikrarlı zihinsel durumlara erişebildiğinde, klinisyen sorunlu bağlamı ve bağlantılı zihinsel içeriği keşfetmeye başlar. Örneğin, zaman içinde geri sarma Sarah'nın oğlunun babasıyla olan mevcut ilişkisine odaklanmışsa, klinisyen bu ilişkiyi keşfetmeye başlayabilir: "Şu anda onunla ilişkiniz nasıl?"

Bu noktada, klinisyen, akut olumsuz ve oldukça sorunlu etkileşime odaklanmak yerine, ilişkinin nispeten iyi gittiği zamanları sorarak başlar. İstikrarlı bir zihinselleştirme oluşturmak için klinisyen, olumlu bir ilişkisel süreç olasılığını onaylar ve Sarah'nın ilişkiyi sürdürmedeki rolünü doğrular. Sarah sorunlar hakkında konuşmaya başladığında, klinisyen, gerçekçi sorular sorarak ve konuşmanın aniden oğlunun bakıma alınması veya velayetini kaybetmesi hakkında panik ve kafa karışıklığı dolu bir nutuğa dönüşmesini engelleyerek, başlangıçta mevcut ilişkinin nispeten tarafsız yönlerine odaklanmasını nazikçe sağlar. Klinisyenin ilgisine rağmen, kaçınılmaz olarak, babayla paylaşılan bakımın koordinasyonuyla ilgili sorunlar konusunda gerçek endişeler ortaya çıkar. Klinisyen bu noktada bilgisiz bir duruş sergiler ve Sarah'yı etkileşimlerin ayrıntıları üzerinde düşünmeye teşvik ederek, sürekli olarak zihinselleştirmesini geliştirmeye çalışır. Anlatıyı dinleyen klinisyen, zihinselleştirmeyen genellemeleri, "yapmalılar" ve "olması gerekenler"le dolu ahlaki muhakemeyi, siyah-beyaz düşünmeyi, otomatik düşünceleri ve temelsiz varsayımları aşar, onu görünüşe dayalı haksız çıkarımlardan uzaklaştırır ve yoğun duygulanımlara eşlik edecek bilişi devreye sokar; bu arada onun düşüncelerini ve duygularını tartışırken kendi tepkilerini, oğluna dair hislerini ve velayeti kaybetme endişelerini görmezden gelir. Başka bir deyişle, klinisyen zihinselleştirmenin kutuplaşmış doğası hakkında bildiklerini, boyutlar arasında dengeli bir anlatı oluşturmak için kullanır ve böylesine yoğun duygusal bir konu tartışılırken bile zihinselleştirmenin korunmasını sağlar. Klinisyen, Sarah'nın zihinselleştirmenin çöküşünü ve kendine zarar verme nöbetini tetikleyen konuyu ısrarla reddetmesine rağmen, açıklık ve esnekliği teşvik eder. Sarah konunun artık geçerli olmadığını iddia ettiğinde, yine de ona bir iyilik olsun diye, bu konu hakkında birkaç dakika daha konuşmaları gerektiğini söyler.

Kendine Zarar Verme Düşüncelerine/Duygularına Yol Açan Zihinsel Durum Değişikliklerine Yönelik Mikro Dilimleme (Zihinsel İşlevsel Analiz)

Zihinselleştirici işlevsel analiz, hastanın değişen zihin durumu ve dış koşullarla karşılıklı etkileşimiyle ilgilenir. Bu, yalnızca çevresel hassasiyetler ve tetikleyiciler hakkında bir tartışma değildir [17]. Bir olay ortaya çıktıkça öznel deneyimdeki değişiklikler hakkında bir tartışmadır. Klinisyen süreci ele alır.

Machine Translated by Google

Ciddidir ve keşif hızını kontrol eder; ne kadar yavaş ve ayrıntılı olursa o kadar iyidir. Sarah'nın kendine zarar verme olayına yol açan olayları incelemek isteyen klinisyeninin süpervizörleri olduğumuzu hayal edelim.

Klinik Örnek: Bölümden Sonraki Seans İçin Sarah'nın Klinisyenine Rehberlik Edecek MBT Tavsiyeleri
Sarah'yı,

oğlunun ve babasının ziyarete gelip gelmeyeceğini düşünmeden önceki haline geri götürün. Ziyaret hakkında düşünmeye başladığında aklında ne vardı? Babanın uzun vadeli niyetleri hakkındaki endişeleri göz önüne alındığında, ziyaret konusunda endişeli olsa da, onların gelmesini dört gözle mi bekliyordu, yoksa endişeli miydi ve eğer öyleyse, ne hakkında? Destek istemesi gerektiğini hissettiği noktaya yaklaşırken düşünce ve hislerinde neler olduğunu anlamaya çalışın. Bir yargıya varmaya çalışın: Düşüncesi bulanık mı, aşırı sabit ve kesin mi, yargılayıcı mı yoksa siyah beyaz mı? Düşüncesinin akılcı ve mantıklı olmaktan, duygulanımın hakim olduğu ve anlaşılması zor bir hale geldiği an neydi? Zihinselleştirmenin azalması, duygu ve bilişleri bütünleştirme yeteneğinin azalması ve sadece bir düşünce olanla fiziksel gerçeklik arasında bir bariyer kuramama ile ilişkili deneyimleri takip etmeye çalışıyorsunuz. Buna katkıda bulunan baskın ve baskın olmayan ("odadaki fil") duyguları belirleyin. Zihinselleştirme çok fazla kaygı yarattığında ortaya çıkan zihin durumlarının modunu/modlarını belirlemek faydalı olabilir. Bu modlar psişik eşdeğerlik, teleolojik mod, rol yapma modu veya bu modlardan iki veya daha fazlasının bir kombinasyonu mudur? Etkisiz zihinselleştirmenin duygusal etkisi nedir?

Sarah'nın duygularını yeniden dengelemesine ve benlik duygusunu sağlamlaştırmasına yardımcı oluyor mu? Yoksa (daha muhtemel olanı) daha fazla duygu yaratarak ve kim olduğu ve ne umduğu konusunda düşüncelerini karıştırarak sorunlarına mı katkıda bulunuyor?

Zaman içinde ileri geri gitmeye devam edin. Sarah'nın hâlâ kontrol sahibi olduğu bazı erken dönem noktaları belirleyin ve bu noktalara daha dikkatli odaklanın. O zamanlar kendi deneyimini sorgulamış olabilir miydi? Kaygısını nasıl daha iyi yönetebilirdi? Bu tür bir durum tekrar yaşansaydı ona birkaç ipucu verebilir misiniz? Burada önemli olanın sizin ulaştığınız nokta değil, süreç olduğunu unutmayın. Bir dahaki sefere farklı olacak, ancak öğreneceği şeyin, onu düşüncelerini gözlemlemeye teşvik ettiğiniz yol olmasını umun, belirli düşünceler bir dahaki sefere tamamen farklı bir şeyle ilgili olsa bile. Duygu ve tutumlardaki küçük ve ince farklılıklara veya diğer durumlarda duyduklarınızla tutarlılık veya tutarsızlıklara takılmayın. Hastanın duygu kelimelerini takip edin ve bu kelimelerin hangi deneyimlere atıfta bulunduğunu bildiğinizden emin olun. Yaptığınız söylemin düşünceler ve duygularla ilgili olduğundan ve bunların her zaman size gerçek (yani, rol yapmamış) hissettirdiğinden emin olun.

Duygulara Odaklanma ve Duyguları

Bağlamsallaştırma Duygular, zihinselleştirmeye dayalı karar vermeyi engeller ve böylece stresli durumlara etkili bir şekilde yanıt vermeyi engeller. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilerde bunun trajik sonuçları olabilir. Klinisyenin, hastanın düşünceleri giderek daha fazla kendine zarar verici hale geldikçe yaşadığı duygusal duruma dikkat etmesi gerekir. Bu öfke mi, yoksa yanlış anlaşılma veya önemsenmeme hissi gibi daha karmaşık bir şeye mi tepki veriyor? Bir ilişkiyi iyileştirmek için bu kadar çabaladıktan sonra çaresizlik ve hayal kırıklığı mı? Bu bölümün önceki kısımlarında tartışıldığı gibi, duyguları etiketleyebilmek ve organize edebilmek temel zihinselleştirmenin bir parçasıdır. Hastanın duygularını etiketleme konusundaki ilk girişimini doğrulamak ve duygularını anlamaya çalışırken onlara odaklanmaya çalışmak ö

Machine Translated by Google

İletişimde yanlış anlamalar ve etkili yanıtların engellenmesi. Klinisyen, hastanın sıkıntısını iletme girişiminden kaynaklanan, başkalarının tepkilerine tepki olarak ortaya çıkan duygulardan etkilenmemelidir.

Zihinselleştirme kaybına giden yolda ilk duyguları belirlemek önemlidir, çünkü sonraki duygular genellikle ilk durumlara tepkisel olma eğilimindedir. Sonraki duygular, zihinselleştirme yeteneğinin kaybı nedeniyle daha güçlü hissedilebilse de, genellikle hastanın tetikleyici hassasiyetleri açısından daha az merkezidirler.

Klinikçi, daha önce özetlenen yolu izleyerek (bkz. bu bölüm: Duygusal Bir Anlatıyı Zihinselleştirmek: Şefkatli Bir Hikaye Yaratmak) duygusal durumların araştırıldığı çerçeveyi genişleterek konuşmayı yönetir.

Zihin Durumlarını

Yönetme Tedavi gören hastaların çoğu, MBT-I aşamasını tamamlayarak zihin durumları hakkında bir miktar anlayış kazanmıştır. Sarah'nın değişen zihin durumlarına duyarlı hale gelmesi ve özellikle de kendine zarar verme düşünceleri ve davranışlarının başlangıcında yaygınlaşan psişik eşdeğerlik ve teleolojik modun ortaya çıkışının farkında olması gerekir. Daha önce açıkladığımız gibi, psişik eşdeğerliğin başlangıcını ve hastanın düşüncelerinin katı ve kesin hale geldiğini fark etmeye başladığı bağlamı tespit etmek önemlidir. Birçok hasta için bu zihin durumlarını etiketlemek ve bunları deneyimlediklerini fark ettiklerinde kendilerini geri sarmalarına yardımcı olmak mümkündür. Hasta psişik eşdeğerliği fark ettiğinde, bunu etiketleyin; örneğin, "Patlayan Beyin Zamanı", "İçten Dışa Zihin", "Bil ve Şimdi Zihni" veya başka bir kısaltma.

Teleolojik mod tanındığında, onu da etiketleyin; örneğin, "Eylem Zihni" veya "Dışarıdan İçeriye Zihin" olarak. Bu, hastanın bu durumların başlangıcına karşı daha duyarlı hale gelmesine ve bunaltıcı hale gelmeden önce bunları durdurmak için adımlar atmasına yardımcı olabilir.

Sorunun Temel Alanını Belirleme: Kişilerarası ve Duygusal Daha önce

de belirttiğimiz gibi, kanıtlar, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilerde intihar girişimlerinin ve kendine zarar verme vakalarının çoğunun, yoğun duygusal bir ortamda, kişilerarası bağlamlarda gerçekleştiğini göstermektedir. Olumsuz kişilerarası olaylar, kendine zarar vermeyi öngörür. Kişilerarası etkileşimdeki işlev bozukluklarını, duygu düzenleme sorunlarından ayırmak kolay değildir; çünkü her ikisi de genellikle kişilerarası bir bağlamda ortaya çıkar ve birbirlerini şiddetlendirir. Yoğun duygusallık, kişinin sosyal anlamı yorumlama biçimini ve başkalarının zihin durumlarını anlama biçimini bozarak kişilerarası uyumsuzluk ve kafa karışıklığına yol açar.

Kişilerarası uyumsuzluk, sorunlu kişilerarası duyguları ve başkalarının güdülerine dair yanlış algıları tetikler. Bununla birlikte, MBT klinisyeni, kişilerarası işlev ve duygu düzensizliği arasındaki etkileşimi araştırmak için "bilmeyen" bir duruş sergiler ve hangisinin "tavuk", hangisinin "yumurta" olduğunu ve hangisinin önce geldiğini belirlemeye çalışır (ama asla başarılı olamaz). Klinisyen bunu neden yapar? Tekrar vurguluyoruz ki, önemli olan varış noktası değil, yolculuktur. Bu iki alanı da keşfetmek, meta-bilişsel kapasiteyi güçlendirir. MBT perspektifinden bakıldığında, zorluk bu keşif yolculuğunu pratik terapötik eyleme dönüştürmekte yatar. En yaygın hata, sorunun yalnızca duygu yönetimi işlev bozukluğuyla ilgili olduğunu varsaymak ve ardından mantıksal olarak duygusal düzensizliğin meydana geldiği kişilerarası bağlamdan bağımsız olarak duygusal yönetim stratejileri uygulamaya çalışmaktır. Hastanın kişilerarası hassasiyetlerinden bağımsız olarak, duygusal düzenleme yaşam kalitesinde iyileşme sağlamayacaktır. Kişilerarası

Machine Translated by Google

Hassasiyetler, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişilerin sorunlarının merkezinde yer alan ve duygusal düzensizliği tetikleyen ilişki ve bağlanma süreçlerinin incelenmesini sağlar. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan bireylerde biyolojik (örneğin genetik) faktörlerin ve sosyal çevrenin bu tür tetikleyicileri daha sık ve daha şiddetli hale getirmesi muhtemeldir, ancak öncülü dikkate almadan tepkiyi ele almanın çok sınırlı bir etkisi olması muhtemeldir.

Baskın Bir Tema Oluşturma

Klinik Örnek: Sarah (devamı)

Sarah, oğlunun babasıyla olan ilişkisinde gerginlikler yaşar ve bu durum oğluyla olan ilişkisini etkiler ve belki de çocuk koruma ekibi de dahil olmak üzere başkalarıyla olan ilişkilerini bozar (ya da en azından karmaşıklıklara yol açar). Kendine zarar verme anlatısının incelenmesinde, Sarah'nın destek için başvurduğu hemşireyle ilgili bir etkileşim sorunu ortaya çıkar. Tüm bu kişilerarası bağlamlar, Sarah'nın kişilerarası strese alışılmış tepki verme biçimine yerleşmiş bağlanma stratejilerini tetikler. Klinisyen, Sarah'nın hassas olduğu konularda belirgin örtüşmeler olup olmadığını görmek için tüm ilişkileri inceler.

Sarah'nın tüm bu bağlamlarda insanlar tarafından "göz ardı edildiğini", "görmezden gelindiğini" ve "dinlenmediğini" hissettiği ortaya çıktı. Kimse onunla hastane ziyaretini konuşacak kadar düşünceli olmamıştı, çocuk koruma ekibi endişelerini dile getiriyor ancak oğluna bakmak için artan çabalarını fark edemiyordu ve hemşire onun sıkıntısını fark etmemiş ve konuşma isteğini "görmezden gelmişti". Bu durum, baskın temanın, insanların onu herhangi bir etkileşimin dışında bırakmasına karşı savunmasızlığı üzerine yoğunlaşmasına yol açtı. Sarah hızla bir kenara itildiğini hissetti ve reddedilmeye karşı hassasiyeti, benlik duygusunu savunmak için güçlü bir tepki vermesine neden oldu. Teleolojik moddayken tepki vermek, insanların takdir edemeyeceği ısrarcılığa ve talepkar bir sunuma yol açar; bu nedenle, o anda Sarah'nın kaygısının onaylanmasının onun için bir ölüm kalım meselesi olduğunu kesinlikle göremeyen hemşireyle çatışma yaşandı. Reddedildiğinde, Sarah hemşirenin motivasyonunu anlayamadı; Aksine, kendini o kadar şaşkın hissediyordu ki geri çekildi, ama o noktada yalnızca kendine zarar vererek öznel bir öz-varlık duygusunu koruyabiliyordu.

Klinisyen, etkileşim döngüsünü destekleyen ve açıklayan bir model belirledikten sonra formülasyonu değiştirir. Hem klinisyen hem de hasta daha sonra seanslarının baskın teması olarak döngünün çeşitli yönlerine odaklanır.

Baskın Olmayan Temaya Saygı

Göstermek Herhangi bir sorun araştırmasında, tanımlanması ve saygı duyulması gereken baskın olmayan temalar ve duygular her zaman vardır. Bu daha önce tartışılmıştı (bkz. Odada Filler). Baskın olmayan duygular genellikle temel baskın duygunun çevresinde kalanlardır. Baskın olmayan temalar, daha geniş bir bilgi bütünleşmesinin parçasıdır; örneğin, "Yaralıyım (baskın duygu) ve sürekli olarak başkaları tarafından incindiğimi hissediyorum, ancak tüm bunların içinde başkalarına yakın olmak istediğimi ama başarısız olduğumu hissettiğimi belirten (baskın olmayan) bir his var." Klinisyen, hem baskın tema hem de kendine zarar verme/intihar olayında rol oynayan baskın olmayan süreçle çalışmaya çalışır.

MBT'de, klinisyenler hastanın kişisel ve duygusal stres faktörlerine nasıl tepki vermesi gerektiğini veya farklı şekilde nasıl tepki verebileceğini bilmezler. Ancak,

Machine Translated by Google

İntihar düşünceleri, intihar eylemleri, intihar dışı kendine zarar verme ve diğer yıkıcı eylemler, stresle başa çıkmada psikolojik dayanıklılığın başarısızlığını temsil eder. Klinisyen, hastanın strese nasıl farklı tepki verebileceğini değerlendirir, ancak asıl meselenin hassasiyet ve kırılganlıkların nasıl yönetildiği konusunda endişe duymaya devam eder. Hasta proaktif olmaktan ziyade reaktiftir, bu nedenle bu tepkiselliğe çözüm bulmak önemlidir. MBT'nin amacı, zihinsel strese ilişkin erken farkındalığı artırmak ve hastanın zihinsel durumlar ve işlevler hakkında daha iyi bir anlayışla anksiyete düzeyini proaktif olarak azaltabilmesini (aşağı regüle edebilmesini) sağlamaktır.

Hasta "Ne yapmalıydım?" diye sorarsa, MBT klinisyeni şu cevabı verir: "Bu harika bir soru. Bilmiyorum, o yüzden buna bir bakalım. Aklınıza ne gibi şeyler geliyor?" Hasta fazla bir şey söyleyemiyorsa, klinisyen sohbeti canlandırabilir: "Doğrudan Boom Brain'e dalmak yerine, biraz geri çekilip düşünmek için zaman ayırmaya ne dersiniz? Örneğin, olup biteni izlerken kendinize bir soru sorabilir misiniz ve eğer sorabilirseniz ne tür bir soru?"

Klinisyen spesifik çözümler sunmaz, ancak hastanın alternatif bakış açılarını değerlendirmesini destekler. Hastaları kendilerini kınamak yerine kendilerine karşı şefkatli olmaya teşvik etmek önemlidir. Bu, zihinleri işlemeyi bıraktığında dengeyi yeniden sağlamanın aktif yollarını bulmalarına yardımcı olabilir. Klinisyen başa çıkma konusunda model olur, ancak asla "süper yetkin" bir model değildir. Eşitlik ilkesi, klinisyenin kendi zihinsel başarısızlıklarıyla ilgili olarak da aynı öz şefkat ihtiyacını kabul etmesini gerektirir.

Riskli Davranışları Ele Almak İçin Diğer Faydalı MBT İlkeleri

Kendine zarar verme konusuna odaklanıldığında, klinisyenin MBT'nin temelini oluşturan ilkelere uymaya devam etmesi önemlidir (bkz. Bölüm 3).

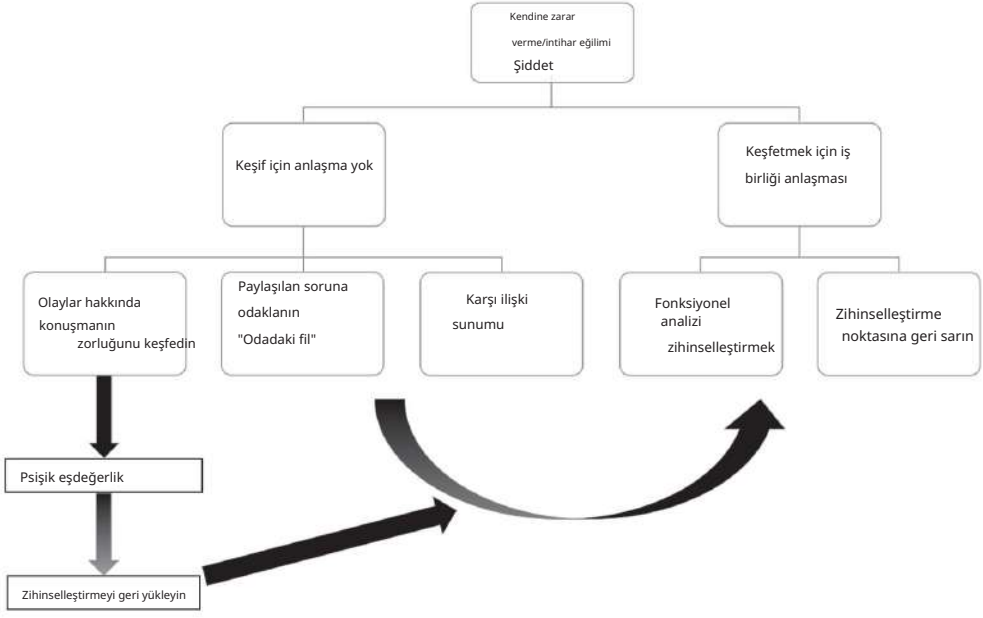
- Temaları keşfederken bilgisiz bir duruş sergileyin.
- Olaylara hastanın bakış açısından bakın.
- Hastanın duygusal rahatsızlığını belirgin ve koşullu tepkiler kullanarak doğrulayın.
- Zihinselleştirmeye katılın; zihinselleştirmemeye katılmayın.
- Terapide intihar eğilimi ve diğer riskli davranışların etkilerini belirlemek için duygu odaklılığı ve klinisyen karşı tepkisini kullanın.
- Hastanın zihninde ne olduğunu veya ne hissettiğini söyleyerek onun zihinselleştirmesini ele geçirmeyin.
- Hastanın düşük zihinselleştirmesini yönetmek için kendi yüksek zihinselleştirmenizi kullanmaktan kaçının.

Hasta İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Olayları Hakkında Konuşmak İstemiyorsa Ne Yapılmalıdır?

Hastaların kendine zarar verici davranışlar hakkında konuşmak istemedikleri durumlar vardır. Bu durumda, klinisyen zorlayıcı olmaktan kaçınma zorunluluğunu aklında tutarak bir dizi şey yapabilir (bkz. Şekil 4.4).

1. Tedavinin başlangıcında yapılan ve hastanın BPD ile ilişkili semptom ve davranışlarının bir parçası olup olmadığını belirlemek için kendine zarar verme konusunda anlaşmaya varılan sözleşmeyi yeniden değerlendirin. Sözleşmenin görüşülmesi gerekmektedir.
2. Eylem hakkında konuşmaktan ziyade eylem hakkında konuşmanın zorluğunu ele alın.
   Olayın kendi koşulları, konuşmanın hastanın hissetmesine neden olabileceğini kabul ederek

Machine Translated by Google



Şekil 4.4 Dürtüsel davranışların araştırılması için müdahale algoritması.

utanç duyacaklarını ve hatta olayları ruhsal eşdeğerlikte yeniden yaşamaya başlayabileceklerini düşündüler. Hastanın ve klinisyenin kaygı düzeylerini dikkatli bir şekilde yönetmeleri gerekir.

3. Hasta ve klinisyen arasında eylem hakkında konuşmamanın yarattığı zorluğu belirlemek için bir etki odağı ("odadaki fil") kullanın. Bu, klinisyenin hastanın risk seviyesi konusunda endişelenmesine ve hastanın bahsettiği konulara odaklanamamasına neden olurken, hasta da klinisyenin kendine zarar verme sorusunu gündeme getirmek istemesine karşı duyarlı hale gelir; bu da aralarındaki etkileşimi bozar. Bu "odadaki fil" tespit edilebilir ve tartışılabilir. Sonuç olarak, kendine zarar verme eylemi hakkında konuşmanın yarattığı anlık toksisite azaltılabilir.
4. Eylemin sonuçlarını araştırın ve sonuç "gerçek" dünya açısından olumlu görünse bile (örneğin, hasta kendine zarar verdikten sonra kendini daha iyi hissetmiş olsa bile) davranışın etkinliğini sorgulayın. Kendine zarar verici davranış, belirli kişilerarası bağlamlarda duygusal sıkıntıyı yönetmenin etkisiz bir yoludur.

Klinik Örnek: Fonksiyonel Analizin Zihinselleştirilmesine İlişkin Daha Fazla Örnek

Sarah'nın erkek arkadaşı, arkadaşlarıyla birlikte bir futbol maçına gideceklerini duyurdu. Bu, Sarah ile daha önce birlikte arkadaşlarını ziyaret edecekleri konusunda anlaştıkları halde gerçekleşmişti. Maça bilet teklif edildiğini ve bu fırsatı değerlendirmek istediğini söyledi. Arkadaşlarıyla ayrıldıktan kısa bir süre sonra Sarah kendini kesti. Yalnız kalma deneyimi ve onun kendisini değil de başkalarını seçmesi, dayanılmaz bir strese yol açtı ve bu da zihinsel çöküntüye yol açtı. Erkek arkadaşının ilk açıklaması bir bağlanma kaybıydı; beklenen fiziksel ve duygusal "birlikteliğin" kaybı. Sarah, başlangıçta, onun kendisine ve arkadaşlarına katılmak yerine futbol maçına gitmeyi seçmesinin onu sevmediği anlamına geldiğini hissetti. Bu anlaşılabilir olsa da, sorun düşünce değil, gerçekti.

Machine Translated by Google

Düşüncenin, etkisiz zihinselleştirmeye (bu durumda psişik eşdeğerlik) karşı savunmasızlığı nedeniyle gerçekliğin tüm özelliklerini almaya başladığı. Düşüncesi kesin bir gerçeğe dönüştü ve erkek arkadaşının yokluğu, onu sevmediğinin ek bir kanıtıydı.
Bu fikrin daha da gelişmesi, Sarah'nın aslında başka biriyle randevuda olduğunu "bildiğine" dair daha katı şematik düşünceye yönelmesine yol açtı. Bu, kaçınılmaz olarak daha fazla dayanılmaz duyguya yol açtı ve Sarah bunları artık kaldıramadı. Tek seçeneği, daha doğrusu aklına gelen tek olasılık kendini kesmekti. Bu kendine zarar verici eylem onu rahatlatsa da, ne yazık ki utanç duygusu da yarattı. Erkek arkadaşı geri döndüğünde, bandajlı bileğini fark edince öfkelendi. Bu, Sarah'nın öz eleştiri döngüsünü sürdürdü.

Hasta, çok çeşitli durumlarda hızla değişen bu zihinsel durum kalıpları üzerinde çalışarak, duyguların kendiliğinden ortaya çıkmadığını yavaş yavaş öğrenir. Aksine, başkalarıyla etkileşimler sonucu oluşurlar ve kişisel yorumlama bu etkileşimlerin bir parçasıdır. Zihinselleştirici işlevsel analiz yoluyla süreci olduğu gibi anlamak ve temsil etmek, zihinselleştirmenin sürdürülmesini ve zihinselleştirme başarısızlığının sonuçlarının araştırılıp üzerinde düşünülmesini sağlar.

Vurgu, yalnızca bilişsel durumlar veya öncül tetikleyiciler üzerinde değil, genel bir zihinsel durumun parçası olarak duygu durumları üzerinde olmalıdır. Bu nedenle, zihinselleştirme işlevsel analizi, bağlamın hastanın duyguları ve zihinsel durumu ile nasıl etkileşime girdiğiyle daha çok ilgilidir ("O sırada aklınızdan neler geçiyordu?"). (a) meta biliş, (b) birinci derece zihinselleştirme (X'in ne düşündüğünü veya hissettiğini düşünüyorum), (c) kişisel ikinci derece zihinselleştirme (X'in ne düşündüğümü ve hissettiğimi düşündüğü şey) ve (d) dolaylı zihinselleştirme (Y'nin bana X'in ne düşündüğü hakkında ne öğretebileceği) bileşenlerine sahiptir. Özellikle, klinisyen, reddedilme, terk edilme ve aşağılanma duygularını yönetmede zorluklara yol açan iletişim zorluklarına ve aşırı duyarlılığa veya tersine, zihni bunaltacak ve hastanın öznel benlik deneyimini istikrarsızlaştıracak bir duygu seline yol açan güçlü sevgi, arzu ve ihtiyaç duygularına dikkat eder. Zihinselleştirmenin çöküşü bağlamında, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının psişik eşdeğerlik düzeyinde duygular deneyimlediğini unutmayın. Dolayısıyla "kötü hissetmek", "kötüyüm"e dönüşür. Klinisyenin müdahaleleri, bunu anladığını ve hastanın deneyiminin gücünü küçümsemediğini yansıtm

Başlangıçta, daha karmaşık psikolojik nedenleri sorgulamaya çalışmadan, kendine zarar vermenin bilinçli belirleyicileri araştırılır. Bu araştırma sırasında, hastanın açıklamasının şematik ve formüle dayalı olup olmadığı sorgulanmalıdır, çünkü bunlar, kendine zarar vermeyle sonuçlanabilecek gelecekteki duygusal deneyimlere karşı daha güçlü bir zihinsel tamponun gelişmesini engelleyecek zihinsel olmayan olgulardır. Hastanın eylemi (örneğin, kendine zarar verme, intihar girişimi), kişisel geçmişi, varsayılan bilinçdışı motivasyonları veya "anlık heyecan" içindeki olası manipülatif niyetleri açısından yorumlanmamalıdır; bu, hastayı yabancılaştırır. Ancak daha sonra klinisyen, hastanın yalnızca belirsiz bir şekilde farkında olduğu altta yatan zayıflıklar ve hassasiyetler için kanıt oluşturabilir; bunlar bilinçdışı belirleyiciler mi yoksa geçmişleri tarafından duyarlı hale getirildiği güncel olaylar mı?

Klinik Örnek: Sarah'nın Terk Edilmişlik Hissine Tepkisi Sarah, bir

önceki gün yaşadığı kendine zarar verme olayından bahsetti, olanları geçiştirdi ve bunun önemsiz olduğunda ısrar etti.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Bana neler olduğunu biraz daha anlatır mısın?

SARAH: Aslında söylenecek başka bir şey yok. Kendimi kestim.

KLİNİSYEN: Geriye dönüp, ilk olarak bir şeylerin ters gittiğini hissettiğiniz zamanı anlatın. (Klinisyen odak noktasını daha önceki bir zamana geri alır.)

SARAH: Gerçekten bilmiyorum.

KLİNİSYEN: Bana katlanın, dün veya daha öncesinde ne hissettiğinizi hatırlayabilir misiniz? (Klinisyen, hastanın hissettiğinin farkında olduğu bir bağlam veya zamanı belirlemeye çalışıyor.)
TAMAM.)

SARAH: Hayır. Dün iyiydim ve sanırım akşam eve geldiğimde iyileşmiştim. İki arkadaşımla buluşmak için sözleştim ve dediğim gibi bir şeyler içmeye gittik. Eve döndüğümde kendimi kötü hissetmeye başladım.

KLİNİSYEN: Yani o noktada kendinizi kötü hissettiğinizin farkındaydınız. Akşam saatlerinde bir şeyler olmuş gibi görünüyor. Bana o akşamı, öncesinde nasıl hissettiğinizle başlayarak anlatır mısınız?
dışarı çıktın.

Seans bu şekilde devam etti ve klinisyen, arkadaşlarıyla birlikte olmanın olumlu keyfinin yanı sıra, sefil duygulanımın ayrıntılarını da keşfetmekte ısrar etti. Sarah'nın, iki arkadaşının birlikte tuvalete gidip onu gereğinden uzun bir süre yalnız bırakmaları üzerine, kendisini terk edilmiş hissettiği (sefillikten önce de hissettiği bir his) ortaya çıktı.

SARAH: O kadar incindim ki (o sırada hastanın iç durumunu daha da karmaşıklaştıran bir etki)
O zaman bıçağımla neredeyse kendimi kesiyordum ama biraz kan akıtmak için tırnaklarımla kendimi çizdim. Sonra kalkıp gitmem gerektiği fikrine kapıldım, böylece geri döndüklerinde nerede olduğumu bilmesinler. (İntikam güdüsü, şiddetli kaşımayla tetiklenmiş gibi görünüyor. Hasta, yalnızca zihinsel bir zihinle, kendini ve başkalarını temsil etmeyi gerektiren intikam duygularına sahip olabilir ve bu nedenle intikam fantezisi, kendini kaşıdıktan sonra ortaya çıkar.) Ama tam gitmek üzereyken geri döndüler.

KLİNİSYEN: Ve?

SARAH: Hiçbir şey söylemedim. Ne anlamı var ki? Zaten uzun zamandır birlikteydiler.

KLİNİSYEN: Kan almak, tuvalette uzun süre kalmalarına karşı güçlü bir tepkidir. Ne düşünüyordunuz ve neden incinmiştiniz? (Klinisyen tepkinin şiddetine odaklanmaya çalışıyor; sorun Sarah'nın arkadaşları tuvalete gittiğinde yalnız bırakılma hissi değil, daha ziyade bu hisse verilen tepkidir; aşırı ve uygunsuzdur ve muhtemelen ruhsal eşdeğerlik deneyimine dayanmaktadır.)

SARAH: Beni her zaman dışlıyorlar. ("Her zaman" gibi bütünsel ve mutlak bir anlamı olan kelimelerin kullanımı (bileşen genellikle zihinselleştirmemeyi ifade eder.)

KLİNİSYEN: Yani dışlanmış ve incinmiş hissediyordun ve bu hislerinle ne yapacağını bilemiyordun (empatik ve onaylayıcı bir ifade). Kendini kaşımak seni biraz daha berraklaştırdı ve onlardan intikam almak için anlık olarak nasıl intikamcı olabildiğini anlayabiliyorum, ancak daha sonra kendini perişan hissediyorsun. Sanırım o noktada, işleri daha iyi hissettirmenin tek yolunun kendini kesmek olduğunu düşünüyordun.

Machine Translated by Google

Klinisyen, kesmenin sağladığı duygusal rahatlamaya odaklanıyor ve aynı zamanda eylemin dengeleyici bir etkiye sahip olduğuna da işaret ediyor; hastanın zihnini, kaybolduğu noktaya geri getiriyor. Kesme ve diğer eylemler, zihinselleştirici bir zihni yeniden canlandırmanın yollarıdır. Ancak burada, klinisyenin kendi anlayışını abartma ve hastanın zihinselleştirme kapasitesinin ötesine geçme tehlikesi vardır.

SARAH: Hislerimi her zaman netleştiriyor ve sonra tekrar işlerime devam edebiliyorum. Ta ki... pub'dan çıktık ve bir süre televizyon izleyebildim.

KLİNİSYEN: Ama yine kendini kestin.

SARAH: Eve döndükten kısa bir süre sonra kendimi yine kötü hissettim ve o zaman gerçekten bunu yapmak istedim. Jilet kullandım.

KLİNİSYEN: O zaman neler olduğunu anlatabilir misiniz?

SARAH: Bilmiyorum.

Sarah burada kendine zarar vermesine neyin sebep olduğunu daha iyi düşünmekte zorlanıyor. Klinikçi bu noktada bunu anlayabilir:

KLİNİSYEN: O zamanlar nasıl olduğunu kavramak zor, özellikle de şimdi her şey yolundaysa (empatik ifade).

SARAH: Hatırlayamıyorum. Yalnızdım. Ondan sonra yatağa gittim.

KLİNİSYEN: Jiletinizi kullanmadan önceki o kötü hissi bana biraz daha anlatır mısınız?

SARAH: Akşamın mahvolduğunu hissettim ve her seferinde kendimi eğlendirmeye çalıştığımda Bir şeyler ters gitti. Sonra yine kendi başıma kaldım.

KLİNİSYEN: Bu durumda yanlış olan, arkadaşlarınızı görme konusunda heyecan duymanız ve ardından dışlanmaya karşı daha hassas olmanızdı. Bu durum, evde yalnız kaldığınızda ve bununla nasıl başa çıkacağınızı bilemediğinizde geri dönmüş gibi görünüyor. Dışlanma duygunuzu nasıl yönettiğinizi tekrar gözden geçirmemiz gerekiyor.

SARAH: Hımm.

Bu noktada klinisyen, Sarah'nın olup bitenler üzerinde daha fazla düşünemeyeceğini düşünür ve sohbet başka konulara kayar. Ancak seansın ilerleyen kısımlarında klinisyen, Sarah'nın hayal kırıklığına uğramaya karşı hassasiyetinden bahsettiği bir dönemde, daha güçlü bir zihinselleştirme yaptığını değerlendirir. Bu nedenle, Sarah'ı kendine zarar verme dönemine yol açan deneyimlere geri getirir ve bu tür deneyimlere karşı tetikte olması gerektiğine dikkat çeker; böylece duygularını yeniden yönlendirerek veya kişilerarası etkileşimi daha yapıcı bir şekilde kullanarak kendine zarar verme dürtüsünü azaltabilir.

Özet: Risk Altındaki Hastalarla Çalışmak MBT'de riskli davranışları hedeflemek, klinisyen ve hastanın, hastanın tehlikeli eylemlerine yol açan zihinsel zayıflıklara yoğun bir şekilde odaklanmasını gerektirir.
Bu, klinisyenin hastaya, doğal olarak, acı verici ayrıntılarıyla olayları keşfetmesi için şefkatli bir baskı uygulamasını gerektirebilir; çünkü hastalar, bu durumla ilişkili zihinsel durumlardan kaçınabilirler.

Machine Translated by Google

Tartışma sırasında ortaya çıkan sıkıntı. Klinisyen hastanın güvenliği konusunda sürekli bir endişe halindeyse, tedavi çıkmazına girilir. Bu nedenle, bu konunun ele alınması gerekir ve yüksek riskli olaylarla çalışmak, MBT klinisyeninin hastanın hassasiyetlerini de göz önünde bulundurarak kendi ihtiyaçlarını klinik sürece nasıl dayatması gerektiğinin bir başka örneğidir.

Sonuç Açıklamaları

MBT'nin yapısını koruyan ve bu bölümün başında belirtilen prensipleri izleyen klinisyenlerin hastaları tedaviye dahil etme şansı yüksek olacaktır.
MBT'de tedaviyi bırakma oranı düşüktür. Bu bölümde vakasını takip ettiğimiz Sarah, tedaviye dahil olmuş ve bir MBT grubuna katılmaya istekli olmuştur. 5. Bölüm, gruba katılımını anlatmaktadır.

Referanslar 1.

Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ ve ark. Travma ve borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde mentalizasyon temelli terapinin sonuçları. Am J Psychother 2022; 75: 12–20.

2. Bateman A, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde mentalizasyon temelli tedavinin sonuçları üzerinde klinik şiddetin etkisi Kişilik bozukluğu. Br J Psychiatry 2013; 203: 221–7.

3. Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV ve diğerleri. Gündüz hastanesi ile yoğun ayakta tedavi zihinselleştirmeye dayalı tedavi arasındaki fark sınırda kişilik bozukluğu: çok merkezli randomize klinik çalışma. J Psikiyatri 2020; 216: 79–84.

4. Bateman A, Constantinou MP, Fonagy P, Holzer S. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerde zihinselleştirme temelli tedavi ile yapılandırılmış klinik yönetimin sekiz yıllık prospektif takibi. Personal Disord 2021; 12: 291–9.

5. Miller CE, Townsend ML, Grenyer BFS. Sınırda kişilik bozukluğunda kronik boşluk duygularının anlaşılması: nitel bir çalışma. Sınırda Kişilik Bozukluğu Duygu Bozukluğu Düzensizlik 2021; 8: 24.

6. Winnicott DW. Gerçek ve sahte benlik açısından ego çarpıtması. İçinde: Olgunlaşma Süreç ve Kolaylaştırıcı Ortam. New York, NY: Uluslararası Üniversiteler Yayınları, 1965; 140–52.

7. Smith M, South S. Romantik bağlanma stili ve borderline kişilik patolojisi: bir meta-analiz. Clin Psychol Rev 2020; 75: 101781.

8. Grove P, Smith E. MBT formülasyonları için bir çerçeve: anlatı formülasyonu ve MBT pasaportu. J Contemp Psychother 2022: 52: 199–206.

9. Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

10. Bateman A, Unruh B, Fonagy P. Bireysel terapi teknikleri. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 103–15.

11. Bateman A, Fonagy P. Kullanımı Dinamik psikoterapide aktarım. Am J Psikiyatri 2007; 164: 680.

12. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Klinik Uygulamada Zihinselleştirme. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Yayınları, 2008.

13. Bales DL, Verheul R, Hutsebaut J. Engeller ve kolaylaştırıcılar Sınırda kişilik bozukluğu için zihinselleştirme temelli tedavinin (MBT) uygulanması. Kişisel Ruh Sağlığı 2017; 11: 118–31.

14. Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingiardi V. Hasta kişiliği ve terapist

Machine Translated by Google

Yanıt: Ampirik bir araştırma. Am J Psychiatry 2014; 171: 102–8.

15. Bourke ME, Grenyer BF. Psikoterapistlerin borderline kişilik bozukluğuna tepkisi: temel bir çatışmalı ilişki teması analizi. Psychother Res 2010; 20: 680–91.

16. Bales D, Bateman A. Kısmi hastane yatış ortamları. İçinde: Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı. Arlington, VA: Amerikan Psikiyatri Yayıncılığı, 2012; 197–226.

17. Kjolbe M, Bateman A. Ayakta Tedavi Ayarlar. İçinde: Bateman A, Fonagy P, editörler. Ruh Sağlığı Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı. Arlington, VA: Amerikan Psikiyatri Yayıncılığı, 2012; 227–45.

Machine Translated by Google

Bölüm 5

MBT Grubu (MBT-G)

Giriş

Mentalizasyon temelli tedavi (MBT), yetişkinler ve ergenlere yönelik mentalizasyon temelli tedavi grup terapisi (MBT-G) olarak bilinen bir grup müdahalesi olarak sunulmaktadır. Bu bölüm, MBT-G'nin bazı temel unsurlarını özetleyecektir. Daha fazla ayrıntıya başka yerlerde ulaşılabilir [1,2].

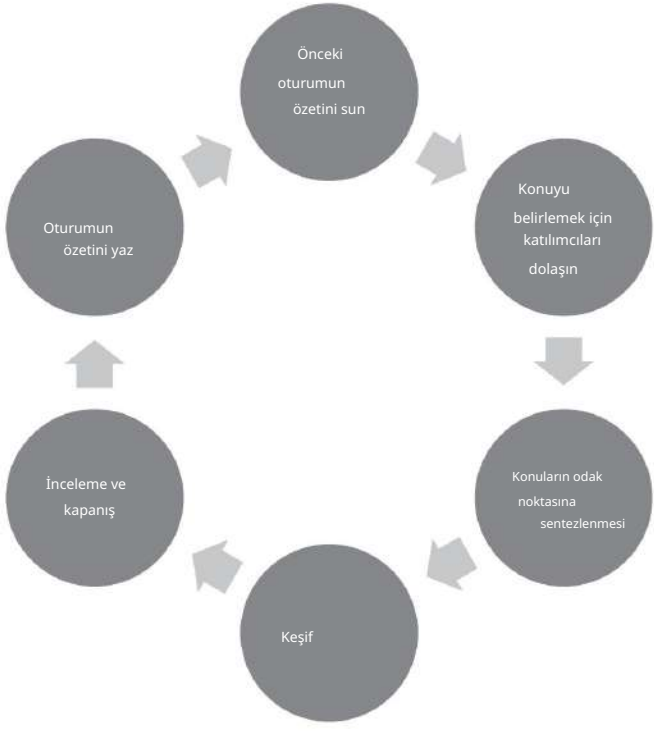
MBT-G'yi sunmak, klinisyenin hastalarda çok fazla kaygıya yol açmadan zihinselleştirmeyi kolaylaştırmak için grup sürecini nasıl kullanacağını düşünmesini gerektirir. Bu, her grup seansının bir konu ve görev etrafında düzenlendiği MBT'nin giriş aşamasında (MBT-I; bkz. Bölüm 4) daha az sorun teşkil eder. Bu erken aşamada, hastalar modeli öğrenir ve çerçeveyi kendilerine uygulamaya çalışırlar; kendileriyle ilgili endişelerini başkalarına ifade etmeleri ve kendilerini başkalarının onları gördüğü gibi görerek "öğrenmeleri" istenmez. MBT-I, hastalarda "biz-modunu" (bkz. Bölüm 2) oluşturmanın ilk aşamasıdır; grup üyeleri bir konu hakkında birlikte düşünür, bilgiyi kendilerine uygulamaya başlar ve konu hakkındaki düşüncelerini başkalarına ifade ederler. Ancak grup, her hastanın kişisel sorunlarını başkalarına ifade etmesi, onlardan öğrenmesi ve birbirleriyle daha yakın etkileşimlerine odaklanması etrafında örgütlendiğinde, bağlanma kaygısı tetiklenir ve bu da potansiyel olarak paniğe veya kaçınmaya yol açar. Yoğun bağlanma kaygısının potansiyel zararlı etkilerini ele almak için klinisyen, 3. ve 4. Bölümlerde özetlenen MBT ilkelerini izler ve grup sürecini yapılandırır. Klinisyen, grup sürecini "sahneye koyarak" grup içinde otorite sahibi olur; bu otorite, normalde bir psikoeğitim grubunda olduğundan biraz daha az, ancak tamamen süreç odaklı bir grupta olduğundan daha fazladır.

Grup Yapısı

MBT-G, hastaların katılımını en üst düzeye çıkaracak ve kendilerini ve başkalarını zihinselleştirme sürecinin birincil odak noktası haline gelmesini sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Yapı, başka yerlerde ayrıntılı olarak ele alınmıştır [1–3]. Her grup seansında izlenecek adımlar, Şekil 5.1'de özetlendiği gibi bir yol izlemektedir.

Grup katılımcıları büyük ölçüde, grubu yöneten klinisyenler tarafından herhangi bir grubun yapısı ve işlevi konusunda eğitilir ve MBT-G klinisyenleri, grubun yapısını ve katılımcılardan beklenenleri belirleme yetkisine sahiptir. Bu, yalnızca pratik konuları özetlemekten ibaret değildir, ancak elbette grubun "makro kültürünü" oluşturmak önemlidir. Bu pratik yönlerin çoğu, özellikle başlangıçta, tedavi yöntemi tarafından belirlenir; örneğin, zamanlama ve sıklık kuralları, oturma düzenleri (örneğin, daire şeklinde veya "sınıf" tarzında),

Machine Translated by Google



Şekil 5.1 Bir MBT-Grup oturumunun yörüngesi.

ve grup dışındaki iletişimdeki kısıtlamalar. Grubun atmosferini ve kendine özgü sosyal kültürünü belirleyen, bu "mikro kültür"dür ve MBT-G'de ayrı bir öneme sahiptir. Herhangi bir grup, üzerinde anlaşılan örf ve adetlere veya geleneklere dayalı olarak kendi mikro kültürünü geliştirmeye başlar, ancak MBT-G'de bunlar sistematik olarak başlangıçtaki keşif ve değerler üzerinde uzlaşı yoluyla geliştirilir. Bir grup geliştikçe, grubun kültürünün gruba özgü olacak daha karmaşık ve incelikli yönleri de ortaya çıkacaktır; örneğin, grubun "iklimi", otorite figürlerinin konumu, grup liderine/liderlerine karşı saygılı veya başka türlü tutumlar ve kesintileri ve duygusal patlamaları yönetme yolları. Bu grubun kültürünün bir parçası olma, bu kültür tarafından zorlanma ve bu kültüre katkıda bulunma deneyimi MBT'nin temel bir yönüdür, çünkü kültürel bir katkı sağlama deneyimini başlatır ve düzenler.

Yeni klinisyenin grup içinde zihinselleştirici bir kültür oluşturmak için ustalaşması gereken temel unsurlar arasında, yeni hastaları gruba nasıl tanıtacağı ve başlamalarına nasıl yardımcı olacağı ve tüm tartışmanın yalnızca klinisyenle konuşarak yönlendirilmemesi için grup üyeleri arasında kişilerarası zihinselleştirmeyi teşvik etmek yer alır. Zihinselleştirmenin merkezinde, tüm katılımcıların birbirlerinden öğrenme konusunda eşit olması ilkesi vardır; klinisyen ve hastalar, başkalarının zihinsel deneyimlerini eşit derecede bilemezler, ancak elbette klinisyen bunu keşfetmek için genellikle "bilmiyorum" tavrını takınmada daha beceriklidir. Birçok hasta, gruptaki akranları tarafından klinisyen tarafından olduğundan daha iyi anlaşıldığını hissedecektir, bu nedenle klinisyenin önemli bir görevi, hastaların birbirleriyle konuşmasını sağlamaktır.

Şimdi, bireysel tedavisini ele aldığımız hastamız Sarah'ı takip edeceğiz. 4.Bölüm, grupta başladığı gibi.

Machine Translated by Google

Bir MBT Grubunda Başlamak

MBT grubuna yeni bir hastayı dahil etmek, MBT klinisyeni tarafından yönetilen yapılandırılmış bir süreci takip eder. Bu süreç şunları içerir:

Mevcut grup üyelerinin ve yeni üyelerin ilişkisel pasaport sunumunun hazırlanması Mevcut grup üyelerinden yeni üyelerin ilişkisel pasaport sunumu Grup değerlerinin ve kültürünün tanıtılması ve yeniden değerlendirilmesi.

MBT grupları, yer açıldığında yeni üyelere açıktır. Mevcut üyeler, grup kültürünü yeni üyelere çeşitli organize yollarla aktarırlar; kültürel ortamın pasif bir şekilde aktarılıp özümsendiği varsayılmaz.

1. Grup klinisyeni, tüm üyeleri yeni hastayla tanıştırır. Bunu, tıpkı günlük sosyal ortamlarda birini tanımayanlara tanıştırırken yaptıkları gibi rahat bir şekilde yaparlar; belki de grupta dolaşırken yeni kişiye her bir birey hakkında bir şeyler söylerler. Klinisyenin bu tanışması, grup üyeleri sırayla kendilerini tanıtmadan önce (bu, listenin 2. adımında açıklanan bir sonraki adımdır) klinisyenlerin kendileri ve gruptaki rolleri hakkında biraz bilgi vermelerini sağlar.

Grubun uyumuna bağlı olarak, klinisyen ayrıca gruptaki her bir hasta tarafından görüldüğü gibi kendilerini nasıl deneyimlediklerini sunmaya karar verebilir. Böylece, kendilerini tanıttıktan ve rolleri ve kişilikleri hakkında bir şeyler söyledikten sonra (örneğin, "Sık sık sözümü keserim ve bazen çok fazla şey söyleyebilirim"), dinamik bir süreç açısından başkalarının onları görme şeklini karakterize ederler (örneğin, "Stan, deneyimlediğim gibi benden biraz şüpheleniyor ve ben de senin, Stan, tam olarak ne demek istediğini söyleyip söylemediğini merak ederek buna katkıda bulunuyorum", "Layla söylediklerimi çok dikkatli dinliyor ve zaman zaman beni kaygılandırıyor çünkü senin, Layla, daha önce söylediklerimi inanılmaz ayrıntılı bir şekilde hatırladığını hissediyorum ve sonra bana nerede yanlış yaptığımı veya tutarsız olduğumu gösteriyor"). Buradaki amaç, hem grup üyeleri arasında hem de grup üyeleri ile klinisyen(ler) arasında gruptaki dinamik etkileşimleri karakterize etme becerisine modellemektir (bazı MBT gruplarında birden fazla klinisyen vardır). Klinikçinin tanışmasının ardından, her grup üyesinden aynı egzersizi yapması ve kendisini yeni katılımcıya

2. Bir hafta önce grupta hazırlanan kişisel tanıtımlar, sırayla herkese dağıtılarak sunulur. Tüm hastalar mevcut formülasyonlarını tekrar gözden geçirir ve bunu kişisel tanıtımlarının temeli olarak kullanmaları istenir. Mevcut grup üyeleri, gruba katılmalarından bir hafta önce yeni bir hastayı karşılamalarını "prova" ederler. Prova, hastaların gruba başladıkları zamanki ilişkisel sorunları da dahil olmak üzere kendi formülasyonlarını tekrar gözden geçirmelerini ve grupta geçirdikleri süre boyunca öğrendiklerini tartışmalarını içerir. Ayrıca, kendilerini şu anda nasıl gördüklerini ve daha önce klinisyene belirtildiği gibi, gruptaki diğerlerinin onları nasıl gördüğünü düşünmelerini de keşfetmeleri istenir. Benzer şekilde, yeni hastalara da gruba katılmadan önce bireysel bir toplantıda kendilerini gruba tanıtmaları konusunda koçluk yapılır. Bu ilk toplantıda, hasta ve grup klinisyeni, değerlendirme seanslarında (Bölüm 4'te açıklandığı gibi) önceden geliştirilen formülasyonu kullanır. Değerlendirme ve formülasyon aşaması MBT ekibinin başka bir üyesi tarafından tamamlanmış olabilir ve bu durumda, klinik materyalin değerlendiriciden grup klinisyenine devredilmesi gerekir.
Bu, hem klinisyenlerin hem de hastanın katıldığı üçlü bir toplantıda yapılır; bu toplantıda

Machine Translated by Google

Değerlendirici, hastayı grup klinisyenine tanıtır. Değerlendirici, yalnızca tanışma için kalabilir; böylece hasta ve grup klinisyeni seansı birbirlerini tanımak ve bir ilişki pasaportu oluşturmak için kullanabilirler. Bu, tüm hastaların gruba katıldıklarında sundukları belgedir. Aslında, ilişkisel zorluklarına vurgu yapılarak, gruba neden katıldıklarına dair kendi özetleridir. Bu süreç, gruptaki tüm hastaların grubun temel amacı olan ilişkiler bağlamında zihinselleştirmeyi keşfetmeye odaklanmasını sağlar.

Klinik Örnek: Yeni Bir Hastanın Girişi İçin Grubun Hazırlanması Klinisyen, Sarah'nın gelecek hafta aralarına katılacağını gruba bildirir. Sarah'ı karşılama "provasını" düzenler.

KLİNİSYEN: Sarah gelecek hafta başlayacak, bu yüzden onu nasıl karşılayacağımıza karar vermemiz gerekiyor. MBT gruplarında, neden geldiğimizi ve grupta neler yaşadığımızı tekrar gözden geçirmeyi seviyoruz, böylece gelecek hafta Sarah'ya kendimizden bahsedebilir ve kendisi hakkında konuşurken rahat hissetmesine yardımcı olabiliriz. Herkesin erken ilişki pasaportunu bu kartlarda, sadece bir hatırlatma olarak yanımda getirdim (kartları Sarah dağıtıyor). Öyleyse kendimizden bahsedelim ve başlangıçta nasıl olduğumuzu ve değişip değişmediğimizi düşünelim. Gruptaki diğer kişiler tarafından nasıl görüldüğümüzü de göz önünde bulundurmak faydalı olacaktır. Herkesin kartlara kendisi hakkında birkaç başlık yazmasını ve gelecek hafta Sarah'ya kendini tanıtmak için bunları kullanmasını istiyorum. (Bazı klinisyenler, hastalara düşüncelerini gruba sunmadan önce bu sorularla ilgili birkaç önemli noktayı yazmalarını isteyebilir.)

JOHN: Bu gruba geldiğimde insanlardan pek hoşlanmadığımı düşünüyordum ve beni gören kişi bana kaçınmacı dedi. Bunun gerçekten kaba olduğunu düşündüm. Beni rahatsız eden insanlardan uzak durduğumu bilmeme rağmen, bunun doğru olmadığını düşündüm. Çoğu insan böyleydi ve onları dinleme zahmetine girmedim. Sanırım artık insanları daha dikkatli dinliyor ve ne söylediklerini düşünmeye çalışıyorum. Bu yüzden insanlarla daha iyi vakit geçirdiğimi düşünüyorum ve partnerim daha iyi bir insan olduğumu söylüyor.

KLİNİSYEN: Grupta nasıl göründüğünüzü düşünüyorsunuz? Sarah'a bunu bildirmemiz hepimiz için iyi olacaktır. Grup içinde nasıl görüldüğümüzün yanı sıra kendimizi nasıl gördüğümüz de önemlidir.

JOHN: Başkalarının bana nasıl baktığını söylemesi gerekiyor. Ama sanırım biraz tartışmacı biri olarak görülüyorum. aslında ben sadece kendi başıma işleri yoluna koymaya çalışıyorum.

CORA: Evet. Biraz tartışmacısın ama çoğunlukla çalışmaya çalıştığını fark etmemiştim. şeyleri kendin hallet.

KLİNİSYEN: Bunu biraz tartışalım. Söyle bakalım Cora, John'un dediği gibi, şimdi aklına ne geliyor? Tartışmacı göründüğünde yaptığı şey bu mu?

Ertesi hafta Sarah ilk kez gruba katılıyor.

Klinik Örnek: Yeni Bir Hastayla İlk Grup Seansı

KLİNİSYEN: Sarah, hoş geldin. Sarah, grupta her zaman aynı şekilde başlarız. Hatırlatma olarak geçen hafta olanları özetleyeceğim, sonra hepimiz kendimizi tanıtacağız.

Özetlemenin ardından klinisyen, öncelikle kendileriyle başlayarak tanışmaları organize eder.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Gruba başladığımda, grubu insanlar için faydalı hale getirme konusunda çoğu zaman endişeliydim. Hâlâ bu konuda endişeliyim çünkü bazılarınız her zaman gelmiyor ve ben de sık sık grubu daha faydalı hale getirmek için ne yapılabileceğini sormak istiyorum. İnsanlara ne yapmaları gerektiğini söyleme dürtüsü olan biriyim, bu yüzden bazen kendimi durdurmak zorunda kalıyorum. Ayrıca çok konuşabiliyorum, bu yüzden çok konuştuğumda insanların bana susmamı söylemesinden memnunum. Sanırım insanlar beni fazla kontrolcü buluyor ve bu konuda, özellikle Cora ile aramda biraz gerginlik var. Zamanla herkes tarafından kabul gördüğümü ve dinlendiğimi hissettim, bu yüzden her hafta grubu iple çekiyorum.

Grup üyeleri daha sonra bir hafta önce oluşturdukları kişisel "başlıkları" kullanarak kendilerini tanıtır. Sarah'nın kendini tanıtma konusunda doğal olarak endişeli olacağı tahmin edildiğinden, klinisyen ona destek olur. Sarah da tanıtımının temeli olarak ilişkisel pasaportunu kullanır.

KLİNİSYEN: Sarah, şimdi sıra sende, eğer mümkünse kendinden biraz bahsedebilirsin.

SARAH: Şu anda ilişkimizi kurtarmak için buradayım. Çok duygusal ve güvensiz oluyorum, bu yüzden sürekli insanları rahatsız ediyor ve hakkımda ne düşündüklerini soruyorum. Beğenilmek istiyorum ve buraya gelmek beni korkutuyor. Bu yüzden bugün grupta hiçbir şey söylemeyeceğim ve eğer öyleyse dinleyeceğim.
tamamdır.

KLİNİSYEN: Teşekkürler Sarah. Konuşulanlar hakkında bazı düşüncelerin varsa lütfen...
Söyle, biraz endişeli olsan bile. Diğerlerinden de ısırmamalarını rica edeceğim!

3. Ardından grup atmosferi ve değerler tartışılır. Örneğin, katılımcılar grubu kolaylaştırıcı, destekleyici, anlayışlı mı yoksa daha gergin ve sorunlu mu buluyor? Şu anda hayatlarındaki ilişkilere mi, yoksa duyguları yönetmeye mi, dürtüselliğe mi, yoksa bunların hepsine mi odaklanıyorlar? Grubun başında kararlaştırılan değerlere (örneğin saygı, hoşgörü, alternatif bakış açılarının ve görüşlerin kabulü) uyuluyor mu ve bunlar hakkında daha fazla tartışmaya ihtiyaç var mı?

Önerilen her değer için grup üyeleri üç özel soruyu tartışır; hepsi
Grup içinde zihinselleştirmeyi kolaylaştıran.

1. Bu değer benim için önemli mi, yoksa başkaları da bunun önemli olduğunu düşünüyor mu?
   Bunu önemli olarak mı görmeliyim?
2. Önemli olduğunu kabul edersek, uyulup uyulmadığına nasıl karar vereceğiz? Örneğin, hoşgörüsüzlük/hoşgörüsüzlük veya adaletsizlik/hakkaniyet göstergeleri nelerdir?
3. Bu ortak değer şu anki hayatımda bir rol oynuyor mu?

Klinik Örnek: Grup Değerleri

KLİNİSYEN: Şimdi Sarah'nın bunları ve nasıl uyguladığımızı bilmesi için bahsettiğimiz değerlere tekrar bakalım. Sarah, hepimiz grupta uyduğumuz değerler konusunda hemfikiriz ve elimizden geldiğince bunlara bağlı kalmaya çalışıyoruz. İlk olarak "saygı" diyoruz. Cora, çok önemsediğin bir konu olduğu için bu konuda bir şey söylemek ister misin?

CORA: Mecbur muyum?

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Evet!

CORA: Diğerlerinin bana yardım etmesi gerekiyor. Sarah, aslında birbirimizi dinlemeli ve birbirimize değer vermeliyiz. Aslında biz birbirimiz üzerindeki etkilerimizi düşünüyoruz, ama onlar da bizim üzerimizdeki etkilerini düşünmek zorundalar, bu yüzden paylaşıyoruz.

JOHN: Bu, birbirimizle anlaşmakla ilgili bir şey.

KLİNİSYEN: John, ne demek istediğini biraz daha açabilir misin? (Klinisyenin görüşü, aynı fikirde olmanın (Birisi saygının gerekli bir bileşeni değildir.)

JOHN: Birinin söylediği bir şeye katılıyorsan, o kişiye saygı duyduğun anlamına gelir. Birisi benimle aynı fikirde olduğunda saygı duyulur.

KLİNİSYEN: Peki ya birisi sizinle aynı fikirde olmadığında ne yaparsınız?

Ardından, klinisyenin, tüm üyeler arasında ortak bir anlayış sağlanana kadar, grupta saygının nasıl gösterildiği ve deneyimlendiği hakkında bir değerlendirme yapılır. Bu değerlendirme, klinisyenin fikir birliğinin gerekli mi yoksa gereksiz mi olduğu sorusunu da içerir. Bu grupta, aşağıdaki noktalar üzerinde mutabakata varılmış ve bir "Değerler Sayfası" olarak tahtaya yazılmıştır.

Üzgün olduğunuzda bile nazik ve kibar kelimeler kullanın.
Paylaşmak, sıranızı beklemek ve başkalarına olumlu bakmak gibi görgü kurallarını kullanın.
Başkalarına, cevaplarını gerçekten merak ederek sorular sorun.
Farklılıkları kabul edin veya en azından fikir ayrılıklarında nazik sözler kullanın.
Başkalarına zarar vermemeye, eşyalara zarar vermemeye dikkat edin.

Değerler Sayfasındaki mutabık kalınan değerlerin listesi tüm katılımcılara e-postayla gönderilebilir. veya oturumdan sonra yazdırılabilir.

Kişilerarası Zihinselleştirmeyi Teşvik Etmek

Klinisyenler için temel bir endişe, katılımcılar arasında zihinselleştirmenin nasıl teşvik edileceğidir. 4. Bölüm'de açıklanan müdahalelerin tamamı, klinisyenin grup içindeki faaliyetlerinin bir parçasıdır ve klinisyenin, zihinselleştirme olmayan bir durumda zihinselleştirmeyi yeniden tesis etme becerisine sahip olması gerekir. Gruplarda, bir hastadaki düşük zihinselleştirme, diğerlerinde de düşük zihinselleştirmeyi tetikler ve bu etkileşimli süreci bozmak, klinisyenin hassasiyet ve beceri göstermesini gerektirir. Yönlendirme, gerilimi azaltma, savunmasız hastaların yanında yer alma ve üçgenleme gibi müdahaleler, düşük grup zihinselleştirmesi ortaya çıktığında klinisyen tarafından kullanılır. Taraf tutma, katılımcılar arasındaki kişilerarası kaygıyı yönetmek ve gergin bir durumun tırmanmasını önlemek için önemli bir müdahaledir. Bir hastanın diğerini eleştirdiği ve sessiz kalarak tepki verdiği bir etkileşim örneğini ele alırsak, klinisyen, kritik hastaya yanıt verirken savunmasız hastanın savunucusu haline gelir. Klinisyen, en savunmasız görünen kişi adına yanıt verir: "Bu biraz sert geldi. Nereden çıktı?" Gerilim serbest bırakılıp olay üzerinde düşünülebildiğinde, klinisyen her iki hastanın zihinsel durumlarından daha eşit uzaklıkta olan, bilmeme duruşuna geri dönebilir.

Gruptaki bir diğer faktör de kişinin başkalarından kendisi hakkında öğrenmesini azaltıyor. Çoğu zaman, konuşma ortaklığı her hasta ve klinisyen arasında gerçekleşiyor.

Machine Translated by Google

olması gerektiği yerde, yani hastaların kendi aralarında. Klinisyenin ya aktif ama eşit bir katılımcı olması ya da arka planda kalıp zihinselleştirme sürecinin katalizörü olarak hareket etmesi gerekir. Tüm tartışmalar için bir "merkezi dağıtım ofisi" olamazlar.
Bu işbirlikçi ve demokratik süreç aşağıdaki yaklaşımlarla desteklenebilir: 1. Grubun amacı hakkında eğitim ve tartışma 2. Belirlenen bir problemin tartışılmasını başlatmak için kahramanların atanması 3. Bilmeyen duruşu ve üçgenlemenin kullanılması 4. Rol yapma ve egzersizler.

Grubun Amacı

Hastalar, MBT-I grubu aracılığıyla modele zaten uyum sağladıkları için grubun amacını zaten anlamışlardır. Bununla birlikte, gruba yeni bir hasta katıldığında veya grup yönünü kaybettiğinde, amaç kaybolmuş gibi göründüğünde ve "fabrika ayarlarına" geri dönülmesi gerektiğinde, amaç daha fazla açıklama gerektirir. Bu durumda, grubun amacı günlük dilde açıklanır ve hastaların günlük endişeleriyle alakalı hale getirilir.

Diğer hastalardan grubun amacını yeni gelen birine açıklamalarını istemek sorun değil, ancak klinisyenin de grubun amacı konusunda net olması gerekiyor. Bu klinik örnekte, klinisyen grubun amacını Sarah'ya özetliyor.

Klinik Örnek: Grubun Amacının Ana Hatlarıyla Belirlenmesi

KLİNİSYEN: Sarah, bu grup başkalarıyla konuşarak kendimizi tanımaya yönelik. Bunu yapmak için kendimizi açmalı ve insanlara genellikle daha özel mücadelelerimizi anlatmalıyız. Bu yüzden birlikte çalışırken kullandığımız değerleri az önce tartıştık. Açıkça konuşacaksak ve bunu yaparken kendimizi güvende hissedeceksek, birbirimize karşı şefkatli ve nazik olmak çok önemli. Yapmamız gereken şey, birbirimizi dikkatlice dinlemek ve özellikle de bu bizim kendimizi nasıl gördüğümüzle çelişiyorsa, "başkalarının bizi nasıl gördüğünü görmek". Gruptaki diğer insanlar için de aynısını yapmalı ve bazen eleştirel görünse bile, onları nasıl gördüğümüz konusunda açık olmalıyız. Yani burası, gerçek dünyadaki ilişkilerimizi yönetmek için gerçek bir pratik alanı. Burada öğrendiklerimizi alıp dışarıda uygulamalı ve neler olacağını görmeliyiz; işler daha iyi mi yoksa daha kötü mü gidiyor, kendimiz hakkında daha iyi hissediyor muyuz, gerektiğinde kendimizi savunabiliyor muyuz vb. Pasaportunuzda (Sarah'nın gruba kendini tanıtmak için kullandığı kartı işaret ederek) bulunan bir şey de, sevilip sevilmediğiniz konusundaki endişenizdir. Bu yüzden, şüphesiz ki bu endişe, buradaki herkesle ilgili olarak zaten aklınızda olacaktır. Aklınızdayken, belki bize de bildirebilirsiniz ki, gerçek zamanlı olarak nereden geldiğini anlamak için hep birlikte bir araya gelelim.

Tartışmanın Ana Karakterlerinin Dağılımı: Son grup oturumunun özetini sunup tüm katılımcılara tartışılacak sorunları olup olmadığını sorduktan sonra, klinisyen grupla birlikte çalışarak sorunlarını bir araya getirir. Sorunları sentezlemenin amacı, grupta "biz-modunu" harekete geçirmek ve sorunun örtüşen ancak farklı yönleri aracılığıyla paylaşılan bir odak noktası oluşturmaktır. Örneğin, bir hasta partneriyle sorun yaşarken, diğeri işvereniyle pazarlık yapmakta zorluk çekebilir; bu her iki hasta için de geçerlidir.

Machine Translated by Google

Başkalarıyla yapıcı bir şekilde etkileşim kurma becerisine odaklanmayı içerebilir. Alternatif olarak, bir hasta başkalarıyla birlikteyken sevilmekten endişe duyarken, bir diğeri başkalarıyla birlikte olma veya onlar tarafından sevilme ya da sevilmeme konusunda hiçbir endişe duymayabilir; burada zıtlıklar arasındaki karşıtlık, başkalarıyla birlikte olma ve sevilme ya da sevilmeme kaygılarını ele almak için kullanılabilir. Klinisyen, konuşmayı başlatmak için yalnızca bariz kahramanları belirler ve akıllarına gelen her şeye katkıda bulunmalarını ister: "Neden Sarah ve John başlamıyorsunuz, biz de olaylar geliştikçe katılıyoruz. Öyleyse neden bu konuda birbirinize kendinizden bahsetmiyorsunuz ve belki de bize yakın zamanda yaşanmış bir örnek vermiyorsu

Klinik Örnek: Grup Üyeleri Arasındaki Anlatıyı Zihinselleştirmek Sarah, şu anki partneriyle yaşadığı yakın tarihli bir etkileşimi anlatıyor; Sarah, ona sürekli onu sevip sevmediğini ve önceki kız arkadaşıyla kıyaslandığında nasıl olduğunu sorduğunda, partneri hayal kırıklığına uğramıştı.

JOHN: Bunu aklından bile geçirmemelisin. İsteseydi seninle olmazdı zaten.

SARAH: Bunun farkındayım ama görüyorsun, sürekli bunu düşünüyorum ve ona sormaktan kendimi alamıyorum. Sanırım Ona soruyorum ama sonra sormuyorum ve tekrar sormak zorunda kalıyorum.

JOHN: İnsanları çok fazla seviyorsun, bu senin sorunun. Buradaki çoğumuz insanları pek sevmiyoruz, bu yüzden daha kolay.

KLİNİSYEN: İnsanları severim, ya da en azından insanlarla birlikte olmayı severim. Bu yüzden beni hesaba katmadığınızı umuyorum. çoğumuz!

CORA: Mecbursun. Peki Sarah, tek başınayken nasılsın? Herhangi bir sebepten dolayı onunla birlikte olman gerekiyor mu?

SARAH: Bilmiyorum. Kendi başıma iyi değilim ve bunu daha önce de konuşmuştum. Kendimi "iğrenç" hissediyorum ve dışarı çıkmam gerekiyor. Bunun ne olduğunu bilmiyorum.

Sarah ve John arasındaki etkileşim artık devam edebilir ve diğer hastalardan çalışmaya katılmaları istenir. Klinisyenin görevi, grubun Sarah ve John'un bağımlı ve kaçınan olarak özetlenebilecek sorunlarını ele alması için odağı korumaktır.

KLİNİSYEN: O zaman şunu aklımızda tutalım: İnsanlara mı ihtiyacımız var, insanlarla birlikte olmaktan mı hoşlanıyoruz, yoksa insanlardan mı kaçınıyoruz? Sanırım hepimiz bu konuda bir şeyler hissedebiliriz!

“Dört veya Daha Fazla Yollu” Etkileşime Yol Açan Üçgenleme MBT klinisyeni, katılımcılar arasında etkileşimi kolaylaştırmak için üçgenlemeyi kullanır ve bu da kademeli olarak “biz modu” veya kolektif zihinselleştirme potansiyeli yaratır (bkz. Bölüm 2). Amaç, hastaların kolektif bir zihinselleştirme süreci içinde öğrenme deneyimlerini artırmaktır. Kolektif zihinselleştirme, aidiyet, artık yalnız olmama veya kendinden daha fazlasının bir parçası olma duygularını harekete geçirir. Birçok hasta bu deneyimden yoksundur; bu deneyimin yokluğu, özellikle Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan kişiler için çok acı vericidir. Narsistik kişilik bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu (sırasıyla 6. ve 7. Bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır) teşhisi konanlar gibi diğerleri, sosyal olarak yapıcı kolektif zihinselleştirme oluşturmakta ve kolektif güvensizlik içinde yaşamakta zorlanırlar; kolektif zihinselleştirmenin olumlu bir deneyimi onlar için dönüştürücü olabilir. Kolektif zihinselleştirmede,

Machine Translated by Google

Başkalarından etkilenmek, elbette bazı durumlarda kötü bir şey olabilir; ancak bu müdahalede tek bir bakış açısının baskın olmasına izin verilmemesi teşvik ediliyor; bunun yerine, ortak bir bakış açısı geliştirme sürecine öncelik veriliyor. Başkalarının bakış açısını benimsemek ve onların düşüncelerini anlamak, etkileşimi kademeli olarak karşılıklı anlayışa göre ayarlamak ve ardından ortak bir gerçeklik yaratmak temel unsurlardır.
Bu süreçler bir araya geldiğinde, sosyal uyumun merkezinde yer alan ancak MBT hastalarında sıklıkla eksik olan güçlü, bağlılık ve güvene dayalı ilişkisel bağlar oluşur.

Bu süreçlerin ortaya çıkması aşamalı bir süreç olarak görülebilir, ancak elbette müdahale ustalıkla kullanıldığında belirgin bir yapı olmayacak ve yalnızca doğal bir insan etkileşimli süreç ortaya çıkacaktır.

1. İki hastanın etkileşimde bulunduğu ve bir konuya odaklandığı bir durum yaratın.
   Bu , klinisyenin tartışmayı başlatacak iki ana kahramanı belirlemesinden sonra doğal olarak ortaya çıkar.
2. Odaklanılan sorun hakkında yorumcu ve soru soran üçüncü bir kişiyi dahil edin. Bu, ilk üçgenlemedir. Bu kişi bu noktada kendi sorunları hakkında konuşmaya teşvik edilmez, ancak bilmeden, kahramanların incelediği sorun alanlarının detaylandırılmasına destek vermekle görevlendirilir.
3. Odaklanılan sorunun tartışılmasına diğer hastalar da dahil edilebilir—
   bu, "dört veya daha fazla yönlü" bir etkileşim yaratır.
4. Sorun ayrıntılı olarak ele alındıktan sonra, tüm grup, tartışmanın ilk aktörleri olan iki hastadan öğrendikleri hakkında konuşur; bu, kolektif zihinselleştirmenin son aşamasıdır. Bireysel olarak kendileri için ne alıyorlar? Biz (bir grup olarak) bundan birlikte ne çıkarabilir ve tedavi dışındaki hayatımızda kullanmak üzere eve götürebiliriz?

İlk adım, iki baş aktörün sorun alanlarına dair alternatif bakış açıları geliştirmelerine, konuya yeni bir açıdan ve daha detaylı bakmalarına yardımcı olur. Üçüncü kişi daha sonra klinisyen tarafından tanıtılır ve MBT-I grubu sırasında eğitim aldığı "bilmeyen" bir duruş sergilemesi için yönlendirilir ve baş aktörlere tavsiyede bulunması veya ne yapmaları gerektiğini söylemesi engellenir. Dördüncü ve son adımın amacı, süreci gözlemleyen ve tartışmayı dinleyen diğer hastalarda öğrenmeyi teşvik etmektir.
Ortak bir anlayışa ulaşmak için, kişinin kendi görüşünün bir başkasının görüşlerine uyumlu hale getirilmesi ve bu kişiye yönelik bağlılık motivasyonunun sağlanması gerekmektedir.
Kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle bu motivasyondan yoksun gibi görünse de, bunun yüzeyin çok altında, dışarı çıkmak için bir dürtü olduğu şüphesizdir. Kanıtlar, bebeklikten itibaren bireylerin içsel durumlarını (inançlar, hedefler, düşünceler ve duygular) paylaşmaları ve ortak bir zihin (veya ortak bir hedef) oluşturmaları gerektiğini, ancak travma ve dünyaya karşı kalıcı güvensizliğin buna engel olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, üçgenleme ve "dört veya daha fazla yönlü" etkileşim, MBT-G'de birincil hedef haline gelir. Öğrenmek için prova ve tekrardan daha iyi bir şey yoktur ve bu nedenle üçgenleme ve dört veya daha fazla yönlü etkileşimin bu dört adımını tekrarlamak, MBT-G'deki sorunların keşfini kapsar.

Klinik Örnek: Üçgenleme

KLİNİSYEN: Belki Stanley ve Sarah başlarsa ve sen John, onlar devam ederken onlara sorular sorarsan... Daha sonra biz de senin bakış açından takip etmeye çalışırız. Sonrasında bir beyin fırtınası yaparız.
Kendimiz için öğrendiklerimiz hakkında.

Machine Translated by Google

SARAH: Stanley, sen önce başla.

STANLEY: Tamam. Kız arkadaşımla tartıştım ve şimdi eve gelmekten korkuyor. Ona söyledim.
Ona sakinleştiğimi söylüyorum ama bana inanmıyor.

SARAH: Ne oldu?

Stanley, partneriyle dışarı çıkarken yaşadığı sert bir tartışmayı anlatıyor
bir arkadaşı vardı ve o da bunu istemiyordu.

SARAH: Madem bu kadar güçlü hissediyordun, o zaman gitmemeliydi.

KLİNİSYEN: Bekle. Bu, Sarah'nın kendisiyle ilgili bir yorum ve biz de ne olduğunu anlamaya çalışıyoruz.
Stanley'nin aklından neler geçiyor.

SARAH: Tamam o zaman. Neydi o kadar önemli olan, neden istemedin?

STANLEY: Sanırım sadece ben istemediğim için dışarı çıkıyordu ve o da bunu biliyordu.

SARAH: Onun bunu istemesinin sizin için ne gibi bir zorluğu var?

STANLEY: Biz bir çiftiz ve bana sorması lazım.

JOHN: Birlikte böyle mi davranıyorsunuz? Onun ne yaptığından sen mi sorumlusun?

STANLEY: Evet, bizim ilişkimiz böyle işliyor.

CORA: Kimin için? (Herhangi bir yönlendirme olmadan biraz zorlayıcı dört yönlü bir müdahale eklemek)
(klinisyen.)

Bir süre daha tartışıldıktan sonra klinisyen tartışmayı son adıma taşır.

KLİNİSYEN: Gelin hep birlikte bundan neler öğrendiğimiz ve hastalarımızı nasıl yönettiğimiz hakkında konuşalım.
kendi ilişkileri.

CORA: Bir ilişkide olup biteni ne kadar kontrol etmeye çalıştığımı düşünmeme neden oluyor. Stanley kontrolü elinde
tutmayı seviyor ve ben de aynısını istediğimi görebiliyorum. Ama nedenini bilmiyorum.
Sanırım bunun sebebi partnerimin benden hoşlanmaması veya başka biriyle tanışması ihtimalinden endişe duymam.
Pek özgüvenli değilim sanırım.

STANLEY: Evet, bu benim için doğru, ancak kendime güveniyorum. Sadece başka biriyle tanışabileceğini düşünüyorum.
ve onları tercih edin.

CORA: Peki sende hoşlanmadığı şey ne?

SARAH: Ona sürekli seni sevip sevmediğini mi soruyorsun? Bildiğin gibi ben de öyle yapıyorum. Erkek arkadaşımın
benden çok başkalarını sevdiğini düşünüyorum hep.

Grup, daha fazla araştırma için mükemmel olan dört veya daha fazla yönlü üçgenleme etkileşimine geri dönmüştür ve klinisyenin artık sadece konuşmayı izlemesi, "zihinselleştirme modunda" olup olmadığını ve etkileşimlerin düşük zihinselleştirmeyi tetiklemediğini kontrol etmesi gerekmektedir. Ancak klinisyen sonunda müdahalenin son adımına geri dönecek ve grubun bir bütün olarak her bir bireyin bakış açısından neler öğrendiği hakkında tartışma yapılmasını sağlayacaktır.

Machine Translated by Google

Rol Yapma ve Egzersizler

MBT, zihinselleştirmeyi teşvik etme ve sosyal ve kişisel ilişkilerde zihinsel esnekliği artırma amacına hizmet ettiği sürece müdahaleler açısından müsamahakârdır. MBT-G'yi yürütürken, klinisyen sürekli olarak bir zihinselleştirme kültürü oluşturma temel amacını takip eder. Rol yapma oyunları ve egzersizler, açık zihinselleştirme süreci ve gözlemsel örnekler için bir araç olsa da, bunları MBT-G'de kullanmanın amacı, zamanla zihinselleştirme grubunun oluşturulmasını destekleyen ve sosyal etkileşimlerde kişisel zihinselleştirmeyi kolaylaştıran içsel durumlara dair örtük, sezgisel bir anlayış aşılamaktır. Hastalar daha sonra grup dışındaki kendi sosyal dünyalarında kendilerini yeniden konumlandırma şansına sahip olurlar. MBT'de, klinisyenin öğretmen olmadan öğretmesi ile hastaların "söylenmeden" ve "eğitilmeden" öğrenebilecekleri bir kültür oluşturması arasında sürekli bir gerilim vardır. Hastalar bir sınıfta olduklarını hissetmek istemezler, ancak sezgisel anlayışı zihinsel işlevlere yerleştirmenin bir yolu olmalıdır. Bu kısmen, açık anlayış ve öğrenmeyi örtük işleme dahil ederek sağlanır. MBT'de, başarılı bir sosyal etkileşimde örtük ve açık işleme arasındaki dengenin en uygun seviyede olduğunu varsayıyoruz; bu nedenle, bunu grup içinde düzenli olarak etkili bir şekilde prova etmek önemlidir. Bu amaca ulaşmak için, MBT-G'de ara sıra yapılan rol oyunları özellikle faydalıdır. Her şeyden önce, iyi işlediklerinde, eğlenceli bir atmosferde bakış açısı edinmeyi teşvik ederler (bkz. [4]).

Birçok MBT grubunda iki klinisyen bulunur ve klinisyenlerin mini rol oyunlarında ana oyuncular olması hastalar için öğreticidir. Bu, MBT-I grubunda bazı önemli noktaları vurgulamak için yaygın olarak kullanılan bir tekniktir; örneğin, zayıf zihinselleştirmeyi veya nasıl bilgisiz bir duruş sergileneceğini göstermek için. MBT-G'de mini rol oyunları daha az sıklıkta yapılır, ancak yine de faydalı olabilir. Klinisyen rolleri tersine çevirebilir ve grup üyelerinden biri klinisyen olurken kendisi hasta "olabilir". Bu tersine çevrilmiş rol oyunu, klinisyenin şu sözleriyle başlatılabilir: "Ben senim Sarah, sen de beni. Sana nasıl hissettiğimi söylüyorum ve sen, terapist olarak, söylediklerime cevap vereceksin." Bu teknik, öz-zihinselleştirmenin düzenlenmiş geçici kaybından yararlanır; gerçek hasta artık başka biridir (klinisyen) ve diğer kişinin görüşlerinin kendi öz algısını nasıl etkilediği ve nasıl sorguladığı konusundaki endişelerinden kurtulur. Hastalar, kendilerini unutarak anlık olarak diğer kişi olurlar. Bu şekilde çalışmak, bireylerin meta-bakış açısı edinmelerine ve kendilerinden kurtulup kendilerine bakmalarına olanak tanır. Aynı zamanda, gözlem yapan diğer hastalar da gözlemledikleri üzerine düşünebilirler (daha önce açıklanan üçgenleme sürecinin 4. adımı). Klinisyen kendi rolüne dönerek, onlardan rol oyunundan gözlemledikleri ve öğrendikleri hakkında rapor vermelerini ister.

Rol oyunları, hastalar veya klinisyen ile hastalar arasındaki sorunlu etkileşimleri keşfetmek için de kullanılabilir. Burada klinisyen zihinselleştirme sürecini yönetir (bkz. Bölüm 4) ve duraklatma düğmesine basar, mümkünse tartışmayı geri sarar ve başlangıçta zihinselleştirme dışı modları ele alır. Sakinlik sağlandıktan ve katılımcıların çoğunda zihinselleştirme sabitlendikten sonra, tartışmayı tekrar canlandıran, ancak katılan hastaların sandalye değiştirip diğer kişi "oldukları" bir rol oyunu oluşturulabilir. Bu egzersiz genellikle zorlayıcıdır ve hastalar katılmayı reddedebilir.

Bu durumda, düşük zihinselleştirmeyi o anda yönetmek ve kişilerarası sorunu daha sonra, belki de sonraki bir grup seansında tekrar ele almak en iyisidir. Bu nedenle klinisyen:

Machine Translated by Google

1. Etkileşimi ve ana kahramanları adlandırır ve not eder.
2. Oturumun sonunda sorunu özetler. 3. Bir
sonraki grup oturumunda sorunu yeniden sunar.

Ancak, katılımcıların mevcut zihinselleştirme düzeyi, atmosfer ve grubun genel kültürü izin veriyorsa, klinisyen, üçgenleme ve dört veya daha fazla yönlü etkileşim prosedürlerini izleyerek, rollerin değiştirildiği bir tartışmayı "tekrar" etmelerini önerebilir. Başrol oyuncularından yerlerini değiştirmeleri ve diğer kişi "olmaları" istenir; her biri, diğerinin daha önce kullandığı ve sorunu tetikleyen tavrı ve kesin kelimeleri kullanmak zorundadır. Mümkünse, her kişinin olaydan önce canlandırdığı kişinin zihninde neler olup bittiğini yüksek sesle söylemesi en iyisidir: "John, artık Stanley'sin. Bu olmadan önce Stanley olarak konuşabilir misin, zihninde neler olup bittiğini yüksek sesle söyleyebilir misin? Stanley, bu olmadan önce nasıldın (klinisyen, Stanley'i canlandıran John'a bakar)? Ne tür şeyler düşünüyordun?" Bu, gruptaki herkesi, kişisel zihinsel bağlamın, bir bireyin gruptaki diğer kişilere karşı mevcut duyarlılığı ve tepkisi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu düşünmeye teşvik eder.

Kapanış:

Her grup seansının kapanışı için yaklaşık 10-15 dakikalık kısa bir süre önerilir. Bu, seansta öğrenilenlerin pekiştirilmesi ve bunların günlük hayata nasıl faydalı bir şekilde aktarılabileceği, hangi temaların sosyal ilişkilerle ilgili olduğu, hangilerinin ele alınmadığı ve grubun herhangi bir konuyu nasıl ilerleteceği aşamasını kapsar. Bu tartışmanın sonucu, klinisyen tarafından bir sonraki haftanın seansı için yazılan seans özetinin ana gövdesini oluşturur.

Klinik Örnek: Grup Oturumunun Kapanışı

KLİNİSYEN: Öyleyse, bugün konuştuğumuz her şeyi bir düşünelim. Bana öyle geliyor ki, hepimiz bir ilişkinin kontrolünün kimde olduğu ve bunun isteklerimize nasıl müdahale edebileceği konusunda belirsizlik yaşıyoruz.

SARAH: Evet, oğlumla olan ilişkilerim dışında tüm ilişkilerimde kontrolü tamamen kaybettiğimi hissediyorum. Babası tam bir kabus ve sürekli beni ihbar edeceğinden endişeleniyorum, bu yüzden ona zorluk çıkarmamaya çalışıyorum; şu anki partnerim gerçekten iyi biri ama ona beni ne kadar çok sevdiğini ve ona ne kadar bağımlı olduğumu söyleyip duruyorum, bu beni korkutuyor.

STANLEY: Kontrol bende ama hepinizi dinlemek zorundayım çünkü bu ilişkimi mahvediyor ve kız arkadaşımın benden korkmasına gerek yok. Belki ondan özür dilemeyi denerim.

KLİNİSYEN: Evet, nasıl gidiyor bakalım. Ama gerçekten ciddi olmalısın. Tüm bu tartışmamızda kendimize değer verip vermediğimizle ilgili bir şey var mı? Stanley, kız arkadaşın istediğini yapıp dışarı çıktığında kendini küçük hissettiğinden bahsetmiştin. Bunun sonuna geldiğimizden emin değilim. Biraz düşünebilir misin, gelecek hafta tekrar konuşalım?

Erkeklerin doğal olarak herhangi bir ilişkiden sorumlu olup olmadıkları konusunda daha fazla tartışma yaşandı. Grup üyelerinin bu tartışmayı yapmacık bir şekilde organize ettiğine, topluma genelleme yaptığına ve hastaların bu tartışmayı şu sonuca vardığına dair işaretler vardı:

Machine Translated by Google

İlişkilerde dengesizlik normaldi, çünkü erkekler kadınlardan daha güçlüydü. Özellikle Sarah bu görüşe katılıyor gibiydi: "Bence bu doğru ve böyle olduğunda kendimi daha iyi hissediyorum." Sahte bir şekilde ilerleyen bu tartışma, klinisyen tarafından sorgulandı:

KLİNİSYEN: Dur bakalım. Bu çok uygun. Sanırım bu konuyla ilgilenmemize gerek kalmayacak. Stanley, senin kendini nasıl zayıf hissettiğini düşünüyorduk ve sorun da bu.
Sarah, ayrıca kendi içindeki güvensizliğini ve ne istediğini bilmedeki zorluğunu da ana sorun olarak ele aldık. Öyleyse, ilişkilerimizdeki dengeye veya denge eksikliğine ne kadar katkıda bulunduğumuzu göz ardı etmeyelim. Bunu gelecek hafta için yazacağım: "Ben kimim ki, ben kimim ki?"
Başkasıyla mı?" Oradan başlayabiliriz.

Klinikçi artık "savunmasız benlik" temasını fark etmeye başlıyor ve bunu Değerler Sayfasına yazıyor. Sarah, özellikle başkalarıyla birlikteyken, kendisiyle ilgili kırılgan bir deneyim yaşıyor. Stanley, kendisini herhangi bir ilişkideki en önemli aktör olarak daha bencil bir bakış açısıyla görüyor. Cora, kendi benlik deneyiminde daha güvende. Daha sonra, gruptaki diğer hastalardan, üçgenlemenin 4. adımında olduğu gibi, kendilerini bu tema ışığında değerlendirmeleri istenecek.

Sanal ve Dijital Sağlık: Çevrimiçi MBT

MBT'nin tele-sağlık (yani çevrimiçi) yoluyla sunulmasına olan ilgi giderek artmaktadır. Bireysel seanslar için bu basit görünse de, gruplar için daha sorunludur. Bu bölümde, MBT'yi yüz yüze bir tedaviden klinisyen liderliğindeki çevrimiçi bir formata dönüştürmede önemli olan grup ve bireysel çalışmanın bazı yönlerini ele alacağız.

Psikolojik tedavilerin geleneksel uygulama yöntemi, psikoterapinin başlangıcından bu yana az çok değişmeden kalmıştır. Grup veya bireysel terapide, hastalar belirli bir saatte bir muayene odasına gelir ve bir klinisyenle yüz yüze görüşürler.
MBT bu düzenlemenin bir istisnası değildir. Grup halinde bir daire şeklinde veya bireysel seanslarda birbirlerine hafif bir açıyla oturan hasta(lar) ve klinisyen, dış gerçekliğin dikkat dağıtıcı unsurlarından mümkün olduğunca uzakta, hastanın içsel zihin durumlarını keşfedebileceği, egzersizler yapabileceği veya sıkıntılarını azaltmak ve ruh sağlığını iyileştirmek için beceriler uygulayabileceği koşullar yaratmak üzere fiziksel bir ortam yaratır. Bu ortam, klinisyen ve hasta(lar) tarafından yaratılan neredeyse "sanal bir gerçeklik" oluşturur ve fiziksel gerçekliğin "biz-mod" işleyişinin zihinsel gerçekliğini simgelediği ortak bir dünyaya sahip olurlar (bkz. Bölüm 2). Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu rahat model, COVID-19 pandemisinin erken aşamalarında, dünya genelindeki hükümetler tarafından nüfusun sosyal izolasyonunun zorunlu kılındığı ve yüz yüze görüşmelerin sınırlı olduğu dönemde, yeni teknolojilerin ve enfeksiyon kontrolü gibi faktörlerin gelişmesiyle sorgulanarak inceleme altına alınmıştır. Daha da önemlisi, sanal etkileşimi "yeni normal" haline getiren değişen sosyal etkileşim biçimleridir. Özellikle gençler, yüz yüze iletişimden ziyade metin sohbeti ve sosyal ağ siteleri aracılığıyla daha fazla iletişim kurabilir; diğerleri siber uzayda kendi fantezi dünyalarında, farklı karakterler olarak paralel hayatlar yaşayabilir; bilgisayar oyunları, yabancı ve rahatsız edici olarak deneyimlenen "gerçek dünya"dan daha gerçek hale gelir. İç dünya ile dış dünya arasındaki geleneksel sınırlar ve iletişim kanalları bulanıklaşır. Sanal dünyalar bazen günlük gerçeklikten daha güvenli ve yönetilebilir hissettirir. Tüm bu değişikliklerin bir sonucu olarak, MBT artık uzaktan da sunulmaktadır. Uzaktan

Machine Translated by Google

“Geleneksel” MBT’de kriz zamanlarında müdahaleler zaten telefon, e-posta veya kısa mesaj yoluyla uygulanıyordu, ancak tüm tedavi programı çevrimiçi olarak yürütülebilir ve neredeyse tüm seanslar uzaktan gerçekleştirilir.

Çevrimiçi tedaviye geçiş, artık coğrafi uzaklık ve seyahat sorunlarıyla sınırlı olmayan hasta erişimi açısından bazı acil avantajlara sahip.
Birçok hasta çevrimiçi tedavinin sunduğu kolay erişimi tercih etmektedir ve anekdotsal kanıtlar, çevrimiçi MBT gruplarına katılım oranlarının yüz yüze gruplara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hastalar evden katılabilir ve tedavi seanslarına erişim için güvenli bağlantılar sağlanabilir ve isterlerse nispeten anonim kalabilirler. Ancak bazı hastaların bilgisayar, akıllı telefon veya yeterli internet bağlantısı olmayabilir ve bu da seanslara katılma fırsatlarını sınırlayabilir. Çevrimiçi psikolojik tedavi sağlayıcıları (ve aslında tüm tele-sağlık hizmetleri), çevrimiçi/uzaktan tedavinin herkes için erişilebilir ve uygulanabilir olması için bu sorunları ele almak üzere pratik yollar sunmalıdır. Psikolojik hassasiyet de çevrimiçi tedavilerin kullanımını etkileyebilir. Hassas katılımcılar dijital içerikle etkileşim kurmakta zorlanabilir; bu hastalar için, hazırlık desteği ve bilgi sunan bazı ilk yüz yüze seanslar sağlamak faydalı olabilir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları genellikle ilişki/tedavi arayışındadır [5] ve insan teması isterler, bu nedenle yüz yüze görüşmeleri tercih edebilir ve çevrimiçi tedaviyi reddedebilirler; ancak yazarların mevcut deneyimlerinde bu nadirdir.

Pratik hususlar ele alındıktan sonra, uygulama biçiminin, sağlam zihinselleştirme gelişimini kolaylaştıran müdahalelerin uygulanmasını nasıl etkilediği sorusu ortaya çıkıyor. Burada, yüz yüze MBT'nin uzaktan uygulanan bir programa aktarılması hakkında birkaç öneri sunuyoruz. Bu tedavi biçimi, gelecekteki araştırmaların konusu olacaktır.

Değerlendirme ve Formülasyon Bazı

MBT klinisyenleri, MBT'nin değerlendirme ve formülasyon aşamasını yüz yüze tamamlamayı tercih eder. Değerlendirme aşamasını tamamlayan klinisyen, hastanın sonraki tedavisi için birincil klinisyendir. İlk yüz yüze görüşmeler, tüm pratik endişelerin ele alınmasını ve hasta ile klinisyen arasında daha kişisel bir ilişkinin geliştirilmesini sağlar; böylece birbirlerine dair fiziksel ve öznel bir deneyim yaşarlar. Odada başka bir kişinin bulunmasının "hissi", terapötik bir ittifakın gelişmesine yardımcı olabilir ve kişiselleştirilmiş bir MBT formülasyonunun işbirlikçi bir şekilde oluşturulmasını destekleyebilir. Hasta ve klinisyenin tedaviyle ilgili sorunları ve endişeleri tartışması ve hastanın katılacağı grup seanslarının başlangıcını "prova etmesi" zorunludur. Pratik açıdan, hastaya çevrimiçi materyallerin depolandığı platformda (örneğin, MBT-I materyalleri; bkz. Bölüm 4) nasıl iletişim kuracağı konusunda bir eğitim de verilebilir ve tedavi önerilebilir.

Nitel geri bildirimler, kriz planlamasının yüz yüze yapılmasının daha iyi olduğunu göstermektedir. Klinikçiler risk değerlendirmesinde önemli ölçüde öznel deneyimden yararlanırlar; örneğin, bir hastanın intihar eğilimi hakkındaki kendi kaygı düzeylerini hesaba katarlar ve bu, yüz yüze görüşmelerde onlar için daha önemli ve erişilebilir hissettirir.

MBT-I Çevrimiçi

Çevrimiçi MBT-I grubu iki klinisyen tarafından yönetilir ve yüz yüze grupla aynı yapıyı izler (bkz. Bölüm 4). İlk seansta hastalar kendilerini tanıtır ve

Machine Translated by Google

İlişkisel pasaportlarının bir kısmını sunarlar (bu bölümün önceki kısımlarında açıklanmıştır), bu pasaportlar ilk değerlendirme aşamasında değerlendiren klinisyenle prova edilmiştir. Bu biraz açığa çıkarıcı başlangıçtan önce, çevrimiçi toplantılarla gelen sorunlar hakkında tartışmanın yapıldığı bir "buz kırıcı" kullanılır (kısa süre sonra açıklanacaktır). Grup prensipleri üzerinde anlaşmaya varılır ve katılımcıların kameralarını açık mı kapalı mı tutacakları, kendilerine ekranda bakamadıklarını hisseden hastalarla nasıl başa çıkılacağı (hastaya, eğer mevcutsa Kendini Gizle seçeneğini kullanması veya bazı hastaların faydalı bulduğu şekilde dizüstü bilgisayarlarının ekranına görüntülerini kapatacak bir yapışkan not yapıştırması önerilebilir) ve gerekli olması halinde gruptan nasıl ayrılacakları (hasta elini kaldırarak araya girebilir veya sohbete "Bir ayrı odaya geçmem gerekiyor" diyen bir mesaj bırakabilir; klinisyen daha sonra hastayı başka bir sanal odaya taşır ve durumu değerlendirmek için onlara katılır) hakkında kararlar alınır.

Hastalara, her grup seansının materyaline seans öncesinde erişim sağlanır ve materyal tartışılırken klinisyene soru sorabilmeleri için önceden okumaları teşvik edilir. Çevrimiçi MBT-I'deki alıştırmalar, yüz yüze seanslardakiyle aynı şekilde kullanılır. Klinisyen, çevrimiçi seanslar sırasında hastaların işlerini kolaylaştırmak için çeşitli özellikler ve araçlar kullanabilir.

Grup için "hayvan maskeleri" (örneğin Zoom gibi bazı çevrimiçi platformların özelliği olan avatarlar ve sanal maskeler) gibi buz kırıcılar kullanın. Klinisyen ve her hasta bir maske seçip takar. Klinisyenin rehberliğinde, hastalar her bir kişinin maske seçiminin o kişi hakkında ne düşündüğünü söylemek zorundadır. Ardından hasta, maskeyi neden seçtiğini anlatır.

Grubu, her birinde bir klinisyenin bulunduğu iki ayrı odaya bölün. Gruplar oturumun konusunu tartışır ve ardından her grup, tartışmaları hakkında ana odaya rapor verir.

Grup seansı sırasında materyalleri göstermek ve bunları oluşturmak (örneğin, üzerinde anlaşılan grup değerlerinin listesi) için klinisyenin ekranını paylaşın.
Hastalara, klinisyenin oturduğu odanın bazı kısımlarını gösterin ve bunların kökenlerini ve anlamlarını açıklayın. Hastalardan, odalarında konuşabilecekleri bir veya iki nesne seçmelerini isteyin.
Kaygılı veya risk altında olan bir katılımcıyı ana gruptan çıkarmak için grup odaları kullanın.
Bir klinisyen hastayla özel olarak konuşmak için yanına giderken, diğer klinisyen grupla çalışmaya devam eder.
Hastaların başkaları konuşurken düşüncelerini not almalarına olanak sağlamak için sohbet özelliğini kullanın; bazı hastalar söz alıp kendilerini sözlü olarak ifade etmekten çekinebilir ve sohbeti kullanmayı daha kolay bulabilirler.
Hastalara haftalık olarak çevrimiçi materyaller sunulabileceği gibi, bazı rehberli öz yardım içerikleri de sağlanabilir.
Konuyla ilgili film klipleri veya rol oyunları gibi çevrimiçi video/görevler kullanılabilir.

MBT-G Çevrimiçi

Pratik konular üzerinde çalışıldıktan sonra, ilk oturumlar "ekranda" birbirinizi zihinselleştirmenin nasıl geliştirilebileceğine odaklanır. Gruplarda, tüm katılımcılar tek bir ekranda görülebiliyorsa, başkalarının zihinselleştirilmesi daha güvenilir bir şekilde gerçekleşir. Grubun başında katılımcılar arasında dolaştıktan sonra sorunların yapılandırılmış bir şekilde tartışıldığı veya hastalara belirli bir görev verilen gruplarda (travma hastalarıyla bu tür bir çalışmanın örneği için Bölüm 11'e bakın), klinisyenler şunları vurgular:

Machine Translated by Google

Kendileri ve sorunlarını tartışmak üzere sunan kişi; diğerleri ise izleyici konumundadır ve kişinin yüz ifadeleri ve vücut duruşundan ruh hali hakkında daha detaylı bilgi edinebilirler. Hastalardan çevrimiçi konuşurken olabildiğince ifadeli olmaları istenir, çünkü diğer katılımcıların ekrandaki yüz ifadelerini ve göz hareketlerini okuması, yüz yüze görüşmeye kıyasla çok daha zor olabilir.

Grubun oluşumunun erken aşamalarında, abartılı yüz ifadeleri (örneğin mutlu/üzgün/kızgın yüz ifadeleri) kullanarak başkalarının içsel durumlarını etkileşimli bir şekilde zihinselleştirme pratiği yapmak, kaygıları hafifletmeye yardımcı olabilir; örneğin, klinisyen şakacı bir şekilde yüz ifadesi yapar ve hastalar hangi duyguyu ifade ettiklerini söylemek zorundadır. MBT-I'de bir dizi egzersiz zaten kullanılmış olacaktır ve bunlar, çevrimiçi olarak birbirlerine bakmanın önemini göstermek için klinisyenler arasında rol yapma oyunları olarak tekrarlanabilir; örneğin, bir klinisyen üzgün bir yüz ifadesi yaparken, diğer klinisyen altta yatan zihinsel durumları keşfederken "bilmiyormuş" bir duruş sergilemek z

MBT gruplarının keşif aşamasında, klinisyenlerin tüm katılımcıların ilgisini canlı tutmaları ve özellikle çevrimiçi formattan kaynaklanan hayal kırıklıklarına karşı hassas olmaları gerekmektedir. Bilgisayarı veya internet bağlantısıyla ilgili sürekli sorun yaşayan bir hasta, gruba hakim olabilir, ara ara girip çıkabilir ve grubun geri kalanında rahatsızlık ve huzursuzluğa neden olabilir. Risk altında olan bir hasta aniden gruptan ayrılabilir ve bu da klinisyende ve belki de klinisyenden "bir şeyler yapmasını" talep edebilecek diğer hastalarda kaygıya neden olabilir. Bu gibi durumlarda, tüm hastalarla ne olacağı konusunda önceden kararlaştırılmış bir eylem planına sahip olmak en iyisidir; örneğin, klinisyen grubun sonundaki hastayla iletişime geçecek ve hasta bir telefon görüşmesine cevap vermeyi kabul edecektir.

Tüm katılımcılar arasında yapılan alıştırmalar daha sık kullanılabilir. Örneğin, grubun değerleri üzerinde çalışırken veya belirli bir hastanın sorunu üzerinde düşünürken, katılımcılar rastgele atanarak grup ikiye bölünebilir ve her grup, klinisyenlerden biriyle birlikte sorunu tartışmak üzere ayrı bir çalışma odasına yerleştirilebilir.

Bu bölümdeki önceki klinik örnekte, Sarah ilişkilerinde kontrolden çıkma sorunu yaşadığını fark ediyor ve Stanley de aşırı kontrol sorunu yaşadığının farkında. Çevrimiçi olarak gerçekleşecek bir sonraki seansta bu sorunun nasıl ele alınabileceğini inceleyelim.

Klinik Örnek: Zihinsel Egzersiz

KLİNİSYEN: İlişkilerdeki kontrol konusu üzerinde daha fazla çalışalım. Belki de her birimizin, Sarah ve Stanley'nin yaptığı gibi, ilişkilerimizde yetersiz mi yoksa aşırı mı kontrolcü olduğumuzu düşünmemiz gerekiyor. Sonra Sarah ile birlikte, kontrolden çıkmışlık hissini nasıl yönetebileceğimizi düşünebiliriz.

KLİNİSYEN: (Stanley'e dönerek) Stanley, seninle daha sonra çok fazla sorun yaşaman konusunda aynı şeyi yapabiliriz. çok fazla kontrol.

KLİNİSYEN: İki gruba ayrılıp farklı odalara gideceğiz. Ben bir odada olacağım ve... Meslektaşım diğerinde olacak ve neler yapabileceğimize bakacağız. Sarah, sen gruplardan birine katıl ve istersen her zamanki gibi yarı yolda değiştirebilirsin.

KLİNİSYEN: Öyleyse önce kendimizi düşünelim, sonra da kontrolden çıktığımızı hissettiğimizde ilişkilerimizi nasıl yönetebileceğimizi. Unutmayın, Sarah'a pratik tavsiyeler vermeye çalışmıyoruz. Kendimizi kontrolsüz veya aşırı kontrol altında olma açısından ele alıp, bunun Sarah'nın yaşadığı mücadeleyi anlamamıza nasıl yardımcı olabileceğini düşünmeliyiz.

Machine Translated by Google

Ayrı odalardaki tartışmaların ardından, iki alt grup birbirlerine rapor verir. Bu süreç, üyeler arasında etkileşim ve tartışmayı kolaylaştırır ve tüm grup içinde "biz-modu" işlevinin oluşmasını sağlar. Alt gruplar, kendilerine ait olmayan bir sorun hakkında konuşarak ortak bir etkinlikte bulunurlar. Aslında düşüncelerini, duygularını ve izlenimlerini bir sosyal sistemin alt grubuyla (tüm grup) paylaşırlar, iş birliği yaparlar ve ardından kendilerini tüm gruba yeniden konumlandırırlar; bu da daha sonra alt grup deneyimlerini birleştirmek ve bunları daha büyük gruba yerleştirmek için iş birliği yapar. Bu, her iki alt grubun bakış açısına benzer ancak aynı olmayan bir bakış açısı yaratır ve umarız tüm katılımcılar Sarah'ı desteklemek için organize olabilirler.

Tüm MBT gruplarında klinisyen(ler) ve hastalar seansın temalarını gözden geçirir ve her haftalık seansın sonunda tartışılan ve öğrenilenler üzerinde düşünürler.
Bu, bir sonraki seansın başında sunulacak özetin temelini oluşturur. Çevrimiçi tedavide, özet rutin olarak tüm katılımcılara e-posta ile gönderilir ve ardından hastaların notlarına kaydedilir. Özetin e-posta ile gönderilmesinin amaçları, hastaların tartışılan materyal üzerinde daha fazla düşünmelerini teşvik etmek, grup seansları arasında dijital formatın sürekliliğini sağlamak ve klinisyenin grup süreci hakkındaki düşünce ve izlenimleri konusunda şeffaflığı sağlamaktır. E-posta ile gönderilen bir özet, seanslar arasında sürekliliği sağlamak ve öz değerlendirmeyi teşvik etmek için yüz yüze grup seanslarından sonra da kullanılabilir ve birçok MBT klinisyeni artık bunu yapmaktadır.

MBT Bireysel Terapi Çevrimiçi Bireysel
çevrimiçi seanslar, grup seanslarına göre bir dereceye kadar daha az karmaşıktır ve yalnızca sınırlı bir değişiklik gerektirir. Bazı hastalar, belki de kaçınmacı bağlanma stratejileri olanlar, daha rahat hale gelir ve yüz yüze görüşmeye kıyasla çevrimiçi konuşmayı daha kolay bulurlar. Buna karşılık, kaygılı ve kararsız olanlar çevrimiçi seansları daha zor bulabilir ve kaygılarını yatıştırmak için klinisyenle olan ilişkiyi kolayca kullanamazlar. MBT klinisyeni, hastanın kaygı düzeyini dikkatlice değerlendirmeli ve daha rahat bir etkileşim yaratmak için dijital arayüzü kullanmalıdır. Bunu yapmak için klinisyen, çevrimiçi formatın yarattığı "odadaki fili" (bkz. Bölüm 4) tedavinin erken aşamalarında tespit eder ve hasta-klinisyen ilişkisini etkileyen kaygıları dile getirerek hemen tanımlamaya çalışır. Tüm "fillerde" olduğu gibi, klinisyenin kendi kaygıları da belirtilir. Klinikçiler, çevrimiçi çalışmayı yüz yüze çalışmaktan daha sorunlu bulabilir ve kendilerini rahatsız hissedebilirler: "Ben de kendimi sürekli görmekte zorlanıyorum, özellikle de çok yaşlı göründüğümü düşündüğümde. 'Kendine bakmak senin için nasıl bir şey?' Bu konuyu nasıl ele alacağız?"

Sanal formatla ilgili kaygı ve sorunları deneyim paylaşımında kullanmak, ilişkisel zihinselleştirmeyi ve bir "sanal biz-modu"nun yaratılmasını destekler. Klinisyen ve hasta, formatın sınırlamaları ve çevrimiçi görüşmenin yüz yüze görüşmeyle aynı şey olmadığı hakkında birlikte konuşurlar: "Neyin eksik olduğunu hissediyorsunuz? Hangisi daha kolay görünüyor?" Bu endişeleri gidermek için "bilmeyen" bir tavır takınmak, ilişkisel zihinselleştirmeyi daha doğal bir sohbete dönüştürür ve yüz yüze etkileşime kıyasla öznel olarak daha az yoğun hale getirir. Bununla birlikte, ilişkisel zihinselleştirmeye eşlik eden tehlikeler (örneğin, rol yapma modunu tetiklemek), yüz yüze etkileşimlerde olduğu kadar çevrimiçi seanslarda da geçerlidir. Klinisyenler, gerçekten arayüzle ilgili olduğunda sorunları hastanın psikolojik sorunlarına bağlamamaya ve tersine, çevrimiçi etkileşime bağlamamaya dikkat etmelidir.

Machine Translated by Google

Hastanın sorunlarıyla gerçekten alakalı olduklarında formatlarını değiştirin. Düzenli olarak çevrimiçi bağlantı kurmakta sorun yaşayan hastalar, yüz yüze görüşmelere zamanında gelmekte de zorluk çekebilirler ve bu sorunun hassas bir şekilde incelenmesi gerekir. Diğerleri ise bilgisayar/akıllı telefon işlevleri konusunda sınırlı bir anlayışa sahip olabilir ve yabancılaşma hissi yaşayıp ihtiyaç duydukları yardımı alamadıkları için hayal kırıklığına uğrayabilirler. Yabancılaşmaları üzerinde hemen çalışmak yerine, başlangıçta terapi seansları için kullanılan platformda onlara birkaç koçluk seansı vermek en iyisi olabilir.

Sonuç Açıklamaları

MBT grubu, başkalarıyla zihinsel etkileşim kurmak için bir uygulama alanıdır. Klinisyen, grubun ayrılmaz bir parçası ve otoriter olmadan grubu yönetme yetkisine sahip aktif bir katılımcıdır. MBT ilkelerine uygun olarak, hastalar ve klinisyenler arasında zihinsel durumların paylaşımı konusunda bir eşitlik düzeyi vardır ve bu nedenle klinisyen, grup hakkında yorum yapmak yerine grubun içindedir. Keşfi teşvik etmek için "bilmeyen" bir duruş sergilemek ve katılımcılar arasında organize etkileşimler kullanmak, tüm grup üyelerinin katılımını teşvik eder. Bunu kolaylaştırmak için klinisyen liderliğindeki alıştırmalar kullanılabilir ve çevrimiçi çalışırken, tüm grup üyelerinin aktif katılımını grup kültürünün bir parçası olarak yerleştirmek için bunlar özellikle önemlidir. Grup tarafından zaman içinde ileriye taşınacak grup değerlerinin oluşturulmasının önemi yeterince vurgulanamaz. Yapıcı sosyal etkileşimlerde başkalarından öğrenmek, ancak katılan herkes tarafından paylaşılan bir kültür yaratıldığında oluşabilecek, insanlar arasında belirli bir düzeyde epistemik güven gerektirir.

Kaynaklar 1.

Karterud S. Mentalizasyon Tabanlı Grup Terapisi (MBT-G): Teorik, Klinik ve Araştırma El Kitabı. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2015.

2. Bateman A, Kongerslev M, Hansen SB. Yetişkinler ve ergenler için grup terapisi. İçinde: Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 117–33.

3. Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

4. Asen E, Fonagy P. Ailelerle Mentalizasyona Dayalı Tedavi. New York, NY: The Guilford Press, 2021.

5. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Tedaviyi reddeden ve tedavi arayan kişilik bozuklukları: Tip R ve Tip S. J Pers Disord 2003; 17: 263–8.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Bölüm 6

Narsistik Kişilik Bozukluğu

Giriş Klinisyenler

narsisistik kişilik işlevi (NPF) ile giderek daha fazla ilgilenmeye başlamıştır. Belki de bu, DSM ve ICD-11 kişilik bozukluğu çalışma gruplarının, narsisistik kişilik bozukluğunu (NPD) kategorik sınıflandırmalardan çıkarma yönündeki önceki tehditleri göz önüne alındığında iyi bir şeydir; çünkü bu durum, bu durum hakkında araştırma eksikliğinden kaynaklanmaktadır [1,2]. Zihinselleştirme yaklaşımı benimsemek, klinisyenin kişiliği belirli tanımlayıcı özelliklerin varlığını veya yokluğunu belirlemek yerine, zihinselleştirmenin boyutsal alanları açısından değerlendirmesini gerektirdiğinden, kategori sorununu aşar. Hastanın sosyal deneyiminde bozulmaya neden olabilecek boyutsal bileşenlerin (dengesizliğinin) ayrıntıları, daha kişiselleştirilmiş bir değerlendirmenin merkezini oluşturur. Genel tercihimiz, mümkün olduğunca etiketlemekten kaçınmak ve süreç ve eyleme atıfta bulunmaktır. Bu nedenle, bu bölümde çoğunlukla NPD yerine NPF, narsisistik işlev veya kısaca narsisizm ifadelerine yer veriyoruz. Ancak, bir miktar tutarsız olarak, yüksek düzeyde narsisizm gösteren hastaların tedavisinin, borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan hastaları tedavi etmek için geliştirilen orijinal MBT protokolünün değiştirilmesini gerektirdiğini belirtmek için NPD için zihins

Zihinselleştirme yaklaşımı, birçok yönden, insanların tanıdıkları kişiler hakkında konuşurken narsisizmin çeşitli özelliklerini tanımladıkları günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan sağduyulu yaklaşımla örtüşmektedir. Bireyler karakteristik şekillerde tanımlanır; örneğin, "kendini beğenmiş", "sadece kendini düşünür", "kendini herkesten üstün görür", "gösteriş meraklısı ve kibirli". Vurgu, kişinin yüksek öz saygısı ve öz imajı üzerindedir; örneğin, "Hepsi ben, ben, ben, başkalarını hiç düşünmeden." Belki de başkalarını etkilemek ve onlar tarafından beğenilmek için iyi hissetmeye ve iyi görünmeye aşırı odaklanma söz konusudur. Ayrıca, "biraz fazla mükemmeliyetçi" veya "aşırı titiz" olarak tanımlanan, narsisizmin farklı yönlerini gösteren kişiler de vardır; bir şeyi "doğru yapmak" için aşırı zaman harcarlar, aşırı titiz olurlar ve gizemli, ulaşılamaz standartları karşılamaya çalışırlar, ancak başarısız olduklarında bir yığın halinde çökerler ve işlev göremez hale gelirler. Tüm bu benmerkezciliğin temel bir kusuru var: Eleştiriye (gerçek veya algılanan) aşırı duyarlılık, aşağılanma tehdidini tetiklediği için tepkiselliğe ve savunmacılığa yol açtığında ortaya çıkıyor. Bu riski yönetmek için

Günlük narsisizmin farklı yönlerinin ortak bir noktası vardır: Hepsi öz saygı ve yönetimiyle ilgilidir. Zihinselleştirme, öz saygının yöneticisidir. Kısacası, sağlıklı narsisizm, öz saygının ve toplumsal imajın etkili zihinselleştirme yoluyla içsel yönetimidir. Eylemi anlamanın nasıl gerçekleştiğiyle ilgili olarak psişik eşdeğerlik, rol yapma modu veya teleolojik düşünme (2. Bölüm'de açıklanmıştır) ortaya çıkmaya başlarsa,

Machine Translated by Google

Kişi kendinde ve başkalarında deneyimlendiğinde, çarpıtılmış öz değerlendirme potansiyeli artar. Öz saygıyı ve toplumsal imajı iyi yönetmek için, yalnızca istikrarlı bir öz deneyime değil, aynı zamanda öz saygımızı artırmak ve aynı zamanda kendimize dair olumlu algımızı zedeleyebilecek tehditleri azaltmak için dış faktörleri ve ilişkileri uygun şekilde kullanma becerisine de ihtiyacımız vardır. Etkisiz zihinselleştirme bu süreçleri baltalar. Sosyal çevreyi manipülatif bir teleolojik modda yönetmek, sosyal ilişkileri baltalar. Başkalarının yorumlarını veya eylemlerini aşırı somut bir şekilde, psişik eşdeğerlikte yorumlamak, kişiyi eleştirilmeye ve değersizleştirilmeye karşı savunmasız hale getirir. Buna karşılık, sosyal deneyimden yapmacık bir şekilde kopmak, öz değeri abartabilir ve kendini beğenmişlik riskini artırabilir. Etkili zihinselleştirme, başkalarının tepkilerini merakla ele alır, diğerinin veya kendisinin ilk tepkisini gerçek ve kesin olarak değil, anlık ve değişime açık olarak kabul eder ve en önemlisi, siyah-beyaz düşünceye karşı her zaman temkinli davranır ve olumlu değerlendirmeleri bile alçakgönüllülük ve sağduyulu bir dengeyle ele alır. Etkisiz zihinselleştirme baskın olduğunda, bu sağlıklı narsisistik süreçler tehlikeye girer, etkili zihinselleştirmenin dengesi belirli bir yönün aşırı veya yetersiz kullanımı nedeniyle bozulur ve doğal öz-koruyucu narsisizm, başkalarıyla yakın ilişkilere müdahale etmeye ve sosyal etkileşimleri bozmaya başlar. Bir sonraki bölümde (Değerlendirme ve Formülasyon) bunun nasıl olabileceğini açıklayacağız.

Bunu yapmadan önce, biraz temkinli (zihinselleştirici) bir alçakgönüllülük katmak istiyoruz. MBT'nin, bu konuyu belki de burada önerdiğimizden daha iyi ve daha etkili bir şekilde ele alan uzun bir terapi ve terapist çizgisini takip ettiğinin farkındayız. Amacımız, düşük öz değer veya abartılı öz-önemle mücadele eden bireyleri desteklemek için alternatif yaklaşımlarla rekabet etmeye çalışmak değil. Sadece birçok parlak klinik zekanın sunduğu bir dizi fikir ve tekniği bir MBT formülasyonu ve tedavisi bağlamına yerleştirmek. Bu tür bir destek sunan birçok kişiyle birlikte, zihinselleştirme modelini klinik uygulamada uygularken, sırasıyla kalın ve ince derili narsisizm olarak da bilinen görkemli ve kırılgan narsisizm hakkında düşünmenin faydalı olduğuna inanıyoruz. Görkemli tipin özellikleri literatürde iyi tanımlanmış ve Kutu 6.1'de özetlenmiştir.

Kutu 6.1 Büyüklük narsisizmi olan bireylerin özellikleri.

- Abartılı bir öz-önem duygusuna sahip olmak.
- Hak sahibi olma duygusuna sahipler ve sürekli, aşırı hayranlık bekliyorlar.
- Kendilerinin üstün olduğuna inanırlar ve sadece kendileri kadar özel kişilerle görüşebilirler (örneğin, kliniğin başındaki kişi tarafından tedavi edilmeleri gerekir).
- Açıkça görülen başarılar olmasa bile üstün olarak tanınmayı bekleyin.
- Başarılarını ve yeteneklerini abartırlar.
- Başarı, güç, zekâ, güzellik veya mükemmel eş hakkındaki fantezilerle meşguldürler.
- Konuşmaları tekellerine alırlar ve kendilerinden aşağı veya tehdit olarak gördükleri insanları küçümserler.
- Beklentilerine/fikirlerine özel ilgi gösterilmesini ve sorgusuz sualsiz uyulmasını bekleyin.
- Başkalarının istediklerini elde etmek için onları kullanmak.
- Empati eksikliği.
- Başkalarını kıskanırlar ve başkalarının da kendilerini kıskandığına inanırlar.
- Kibirli veya gururlu bir tavır takınmak, kendini beğenmiş, övünen ve gösterişçi biri gibi görünmek.

Machine Translated by Google

Birçok yazar, bu özelliklerin derin güvensizlik ve utanç duygularını örtbas etmeye ve yaygın bir yetersizlik duygusunu uzak tutmaya hizmet ettiğine inanır. Bu görüşün haklılığı ne olursa olsun, aşırı öz saygı alışkanlık haline gelebilir ve "kişiliğe yerleşebilir", altındaki çalkantılı sulara dair çok az ipucu verebilir. Diğer hastalar ise karma özellikler gösterir ve ne büyüklenmelerinde ne de kırılganlıklarında istikrarlı değillerdir.

Bazı hastalar sürekli olarak kırılgandır; bu, deneyimi kırılgan narsisistik işlevin hakim olduğu, neredeyse amansızca utangaç, kaçıngan, muhtaç, aşırı tetikte ve başkalarının bakışlarına karşı hassas olabilen ve kırılgan öz saygısının başkalarından sürekli hayranlık takviyesine ihtiyaç duyan kişidir. MBT klinisyeni, tüm bu sunumlarda yetersiz zihinselleştirmenin ayırt edici özelliklerini kolayca bulacaktır. Psişik eşdeğerlik baskın olduğunda sosyal etkileşimler tehlikeli hale gelir ve eleştiri olarak yorumlanabilecek yorumlar, anında fiziksel gerçeklik kadar kalıcı ve değişmez olarak temsil edilir. Bunun sonucunda aşırı duyarlılığın ortaya çıkması pek de şaşırtıcı değildir. Aynı şekilde, psişik eşdeğerlikte, kişinin kendisini olağanüstü yeteneklere sahip olarak hayal etmesi, gerçekten sahip olmak kadar iyidir. Bu izlenim, elbette, teleolojik düşünme ve bireyin etrafındakileri, hayal edilen olağanüstü yeteneklerini doğrulayacak şekilde kendilerine karşı hareket etmeye organize etme yoluyla desteklenebilir. Taklit modu, fiziksel gerçekliğin normalde başkalarının gerçekte deneyimlediği şeyler hakkındaki düşünceler ve duygular üzerinde oluşturduğu bağı ortadan kaldırır; bu da başkalarının davranışlarında bunun için gereken olağan kanıt olmadan sevildiğimize, beğenildiğimize ve takdir edildiğimize dair iddialarda bulunulabileceği anlamına gelir.

Bu sunum, yetersiz zihinselleştirme açısından anlaşılması veya yorumlanması zor olmasa da, bu kitapta şimdiye kadar ele aldığımız tekniklerin doğrudan uygulanmasında zorluklar yaratmaktadır. Sunumun karmaşıklığı, klinisyen için bir dizi zorluk yaratmakta ve bu bölümün konusu olan MBT klinik modelinde bazı değişiklikler yapılmasını gerektirmektedir. Ancak, vurgulanması gereken en önemli nokta, MBT yapısının omurgasının aynı kalmasıdır: zihinselleştirmenin değerlendirilmesi, zihinselleştirmedeki uzun vadeli sorunlar açısından formülasyon, hastayı MBT modeline adapte etme, etkisiz zihinselleştirmeyi onarmayı amaçlayan bir müdahale süreci ve süreci uzun vadeli değişimi sağlama olasılığı en yüksek olan şekilde sonlandırma.

Değerlendirme ve Formülasyon Şaşırtıcı

olmayan bir şekilde, öz işlev ve diğer temsillerin değerlendirilmesi önceliklidir, ancak MBT değerlendirmesi ve formülasyonunun diğer tüm bileşenleri de gereklidir (bkz. Bölüm 4). MBT'nin şefkatli ve yargılayıcı olmayan duruşu, narsisistik işleyişin değerlendirilmesi sırasında mutlak bir gerekliliktir. Hastanın açıklamalarına güvenilirlik kazandırmak ve anlatılarını sorgulamaktan kaçınmak için sorgulama her yerde çerçevelenir. Yüksek idealleri ve kendilerine dair aşırı değer biçilmiş fikirleri olan bireylerin yardım istemesinin veya özellikle savunmasız hisseden ve başkalarından hayranlık bekleyen kişilerin yardım için başvurdukları kişi tarafından yanlış anlaşıldıklarını ve istenmediklerini hissetmelerinin ne kadar aşağılayıcı olduğunu hayal edin. Yaşanan utanca psişik eşdeğerliğin yoğunluğuyla verilen bir tepki, narsisizmin koruyucu zırhını harekete geçirerek terapiyi suya düşürebilir ve klinisyenin yetersizlik, yetersizlik ve işe uygun olmamakla suçlanmasına neden olabilir. Bu tür patlayıcı eleştiriler kolayca resmi şikayetlere, daha kıdemli ve deneyimli birini görme talebine ve benzeri durumlara yol açabilir.

Machine Translated by Google

Zaman alıcı sonuçlar, bunların hepsi yeterli klinisyen duyarlılığı ve çoğunlukla etkisiz zihinselleştirmenin komplikasyonlarının anlaşılmasıyla önlenebilir.

Hastayı değerlendirirken, klinisyen değerlendirmenin amaçları konusunda açıktır; yani, ayrıntılı bir zihinselleştirme profili geliştirmek ve bunun hastanın hayatını nasıl etkilediğini değerlendirmek. Zihinselleştirme teorisinin ilk yinelemelerinde, narsisistik ve sınırda işlevin gelişimsel kökenlerini karşılaştırma girişimleri olmuştur. Her iki durumda da, bakım verenin koşullu işaretli yansıtmasındaki dengesizlikten kaynaklanan gelişimsel bir hasar olduğu öne sürülmüştür. Sınırda işlevselliğe karşı hassasiyet, bakım verenin uyumlu ancak işaretsiz yansıtma sağlamasından kaynaklanmakta ve bu da dengesiz bir benliğe yol açmaktadır. Buna karşılık, narsisistik işlevsellikte bunun tersi geçerli olmuş, bakım verenin işaretli ancak uyumsuz yansıtma sağlaması, "ben-değil"/sahte benlik yapısına yol açmıştır [3]. Keşke yaşam ve gelişim bu kadar basit olsaydı!

Gelişimsel bakış açısı, değerlendirme sırasında klinisyenin hastanın sosyal aktivitesini inceleyerek, hastanın öznel deneyiminin başkalarının içsel zihin durumlarına yeterince belirgin ve koşullu tepkiler verip vermediğini anlaması gerektiğini hatırlatır. NPF'de, kişilerarası bağlamlarda deneyimledikleriyle sürekli olarak çelişen bir kişi bulma olasılığımız daha yüksektir. Öznel deneyimleriyle zayıf bir eşleşme gibi görünen koşulsuz veya tutarsız yansıma, kişide tepkinin kendisiyle ilgili olsa bile öznel (duygusal) benliğini tam veya doğru bir şekilde yansıtmadığı hissine yol açar. Bu eşleşmenin yokluğunda, kişi onaylanmamış hisseder ve öz saygıları özellikle düşükse, onaylanmamış hisseder. Bu nedenle tutarsızlık veya uyumsuzluk, boşluk duygusuna ve "gerçek" duygu durumlarının tanınmamasına neden olur ki bu da savunmasız narsisistik işlevin bir özelliğidir. Ayrıca, sosyal olarak etkileşimli dünyada izolasyona ve yalnızlığa da yol açar.

Bu uyumsuzluk, başkalarının yansıması olumlu olsa bile yaşanır. Esas olan, başkalarının yansımasının zamanlaması, değeri veya yoğunluğundaki içsel durum uyumsuzluğudur. Ebeveynin, kendine dair daha ayrıntılı bir değerlendirme yerine, koşulsuz aşırı değer vermesi de aynı etkiye sahip olabilir. Çocuk, başkalarından üstün, daha yetenekli, özel ve hak sahibi hissetme hakkına sahip olarak görülür. Ancak bu, ebeveynin çocuk hakkındaki inancıdır ve temellendirilmiş benlik duygusunun yerleştiği çocuğun anayasal benlik deneyimi olmak zorunda değildir. Bu nedenle, hisseden benlik görünmez kalır ve aşırı değer verilen ancak yanlış yansıtılan bir benlik deneyimine dayalı yabancı bir benlik gelişir (bkz. Bölüm 2). Bu deneyim, baskın hale gelebilir ve anayasal benlikten daha sağlam bir şekilde yerleşebilir.

Benlik ve Diğer Zihinselleştirme

Hastanın öz deneyimini ayrıntılı olarak anlatmasını sağlama süreci zor olabilir. Hastaların kendilerini nasıl gördüklerini tanımlamaları kolay bir iş değildir. Bu, "ben-kipi" zihinselleştirmesinin bir değerlendirmesidir. "Nasıl bir insansınız?" veya "Kendinizi başkalarına nasıl tanımlarsınız?" gibi doğrudan bir soru işe yarayabilir, ancak anlamlı olması için yeterli meta-bilişsel kapasite gerektirir. Kişilik özelliklerine örnekler eklemek yardımcı olabilir: "Başkalarıyla birlikteyken kendine güvenen biri misiniz yoksa çekingen misiniz?" ve ardından "Bir örnek verebilir misiniz?" Alternatif olarak, klinisyen hasta tarafından belirtilecek bir dizi tanımlayıcı içeren bir kişilik tanımlayıcı kelime tablosu kullanabilir veya hastadan tartışmayı odaklamak için yapılandırılmış bir anket doldurması istenebilir. Bazı hastalar için,

Machine Translated by Google

Başkalarının onları nasıl gördüğünü tarif etmelerini beklemek daha da kafa karıştırıcı olabilir. Bu, "ben-modunun" (kendini nesne olarak görme) zihinselleştirmesinin bir değerlendirmesidir. Başkalarının onları takdir etmediği veya kendilerini gördükleri gibi görmediği hissini dikkatlice dinleyin. Bu ayrıntılandırma, merak, öz-yansıtma ve belki de kendini küçümseyen bir kabullenme - "takdir edilmeden yaşamak ne demek!" - yerine huzursuzluk, hayal kırıklığı ve öfke yaratıyorsa, klinisyen altta yatan narsisistik işleyişi göz önünde bulundurmalıdır.

Narsistik Aktivasyon Bağlamı Bir hastanın

narsistik süreçlerin aktivasyonuna karşı hassasiyetlerini değerlendirmek, başkaları tarafından değer görmeyi beklediği ancak insanların beklenen şekilde tepki vermediği koşulların incelenmesini gerektirir. Bu tür tetikleyiciler genellikle ilişkiseldir, bu nedenle klinisyen özellikle farklı sosyal ve ilişkisel bağlamlar hakkında sorular sorar ve etkisiz zihinselleştirmenin hayal kırıklığı duygularına nasıl katkıda bulunduğuna dikkat eder.

Klinik Örnekler: Narsisizmin İlişkisel Aktivasyonu Onlara karşı

oldukça hassastınız ve yaptıklarınızı ve bunları ne kadar iyi yaptığınızı takdir etmediklerini fark ettiniz. Bana bundan biraz daha bahseder misiniz? Çabalarınızı takdir etmediklerini anlamanıza neden olan tepkilerinin ne olduğunu açıklayabilir misiniz? (İlişkisel aktivasyon.)

Adaletsizlikle mücadele etmek için çok zaman harcıyorsunuz ve doğrudan etkilenen kişi fark etmese bile bunun yaşandığını sıklıkla görüyorsunuz. Sömürücülerin gerçekte ne olduklarını ortaya çıkarmak ve yaptıklarının yanlış olduğunu göstermek istediğinizi söylüyorsunuz. Bu açıkça önemli, ama bu konudaki rolünüzü nasıl gördüğünüzü biraz anlatabilir misiniz?
(İlişkisel ve dolaylı zihinselleştirme; başkalarına üstünlük kurarak öz saygıyı şişirme.)

Birinin istismar edildiğini ve tepki vermediğini gördüğünüzde gerçekten çok üzülüyorsunuz. Başkaları için bu kadar çok dava açabilmeniz harika, ama bu sizi nasıl etkiliyor? (İlişkisel; kendi deneyiminizin diğer deneyimlerle örtüştüğü otomatik zihinselleştirme.)

Bana, gerçekten zor olduğunu bilmene rağmen bir şeyi başaramamanın seni sürekli rahatsız edebileceğini ve başarısız olduğunu hissetmeye başlayabileceğini söylüyorsun. Kendinle ilgili beklentilerini biraz inceleyelim. (Kendine dair beklentilerle harekete geçen ve gerçeklikle uyuşmayan savunmasız narsisizm.)

Etkisiz zihinselleştirmenin yarattığı diğer tetikleyiciler, günlük etkileşimin "nasıl"ı ile ilgili olabilir; örneğin, başkalarından algılanan eleştiriler, tartışmalar, karar alma süreçlerinin dışında bırakılma veya işte ya da sosyal ortamlarda önemli kişiler tarafından görmezden gelinme, kişinin kendisine karşı aşağılayıcı ve zararlı olarak yorumlanır. Hastanın zihinselleştirmesinin hangi noktalarda etkisiz olduğunu anlamak için etkileşim tarzının ayrıntılarına ihtiyaç duyulabilir. Klinisyenin çatışma ve hassas tepkiler hakkında araştırma yapması gerekir.

Bazen etkileşimlerdeki sorunlar daha inceliklidir. Akıcı günlük etkileşimlerde, konuşmalar kolayca ilerler ve katılımcıların diyalogları otomatik olarak birbiriyle hizalanır. Sıralar arasındaki boşluklar yalnızca milisaniyeler sürer; çünkü her katılımcı, diğerinin söylediklerinin tamamlanmasını genellikle şaşırtıcı bir doğrulukla tahmin eder. Bunu, beden hareketleri, jestler veya ses tonu gibi fiziksel ipuçlarını izleyerek zihinselleştirerek yaparlar - zihinselleştirmenin dışsal odağı - bu da onların yalnızca içeriğe bağlı kalmalarını değil, akışa ve

Machine Translated by Google

Modülasyon. Otomatik olarak zihinselleştirir ve içerikle bütünleşerek, kişinin söylediklerinin sonuna ne zaman geldiğini tahmin ederiz; odağımızı diğer kişiye odaklarken kendi içeriğimizi hazırlarız. Bu akıcı karşılıklı süreç, diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi NPF'de de bozulabilir. Bu modda, kişi başkalarının söz kesmelerine ve sorularına karşı aşırı duyarlıdır, ancak kendini izlemeyi başaramaz ve başkalarının kendisini sürekli dinlemesini bekler, ipuçlarını görmezden gelir ve diğer kişinin araya girmesi için çok az zaman tanır. Dışsal ipuçlarına aşırı duyarlı olabilirler ve bu da çok hızlı ve diğer kişi sözünü söylemeden önce tepki vermelerine neden olabilir. Etkisiz zihinselleştirmenin son yaygın yolu, karşılıklılığın olmaması ve iletişimde akıcı bir etkileşimin "dansının" kaybolmasıdır. Klinisyen, değerlendirme aşamasında etkileşimli diyalogda buna dikkat etmeli ve anlık etkileşimi yönetmek için reddedici stratejilerin aniden devreye girmesine dikkat etmelidir; örneğin, "Bunun zaten farkındayım", "Söylediklerinizde yeni bir şey yok"

"Ben buraya morina psikolojisi dinlemeye gelmedim" veya "Bu saçmalık".

Grandiose/Thick-Skinned'da Etkileşimli Stile Odaklanma Narsistik İşlev

Klinik Örnekler: Etkileşimli Üsluba Yönelik Yaklaşım Hmm.

Söylediklerimdeki hataları tespit etmekte gerçekten çok iyisin. Belki sen haklısın da ben haksızım, ama bana biraz yardım et; buraya nasıl geldiğimizi bana anlat.

Benimle ve başkalarıyla konuşurken görüşlerinden çok emin olduğun anlaşılıyor. Ama son meseleyi ele alalım. Bu konuda nasıl bu kadar emin olduğunu anlamama yardım et.

İyi bir tartışmadan hoşlanan biri olduğunuzu söyleyebilir misiniz? Arkadaşınızla yaşadığınız bir tartışmayı anlatır mısınız? İkiniz için de oldukça ilgi çekici olmuş gibi görünüyor.

İş yerinde, evde veya sosyal ortamlarda sık sık çatışmaya giriyor musunuz? En son ne zaman yaşadığınızı konuşalım.

Sizinle başkaları arasında gerginlik olduğunda ne olur? Devam edebiliyor musunuz? Başka şeylerle mi meşgul oluyorsunuz? Bazen bununla fazlaca meşgul oluyor musunuz?

Ya da daha da merak

uyandırıcı: Vay canına, birinin argümanındaki zayıflıkları hemen fark edebiliyorsun. Bazen güçlü yanlarını görebiliyor musun?

Narsistik Beklenti ve Hayal Kırıklığı Narsistik işlevlerdeki çöküş

potansiyel olarak son derece acı vericidir ve hastalar ilişkilerinin yürümediğini fark ettikleri için tedavi arayışına girebilirler. Örneğin, başarısızlıkları için başkalarını suçlayarak veya başkalarını hemen reddederek öz saygılarını destekleyemezlerse, bunaltıcı bir kişisel umutsuzluk duygusu ortaya çıkar. Zihinsel çöküş, Edward Arlington Robinson'ın şiirindeki Richard Cory'ninki gibi ani ve dramatik olabilir; herkes tarafından saygı duyulan ve "her incelikte hayranlık uyandıracak şekilde eğitilmiş" ve "her şey olduğunu düşünen, Keşke onun yerinde olsaydık diye düşündüren" [4]. Bir gece eve gitti ve "kafasına bir kurşun sıktı." Göründüğü gibi biri değildi ve başkalarının onu gördüğü gibi bir "ben"di ancak merkezi bir "ben"i yoktu.

"Ben", başkalarının tasvirleriyle tanımlanan benlik olan nesneye atıfta bulunur veya daha doğrusu bu tasvirler görülür ve hissedilir ancak "sanki" benmiş gibi deneyimlenir - "Ben" [5].

Machine Translated by Google

Tanımı gereği "ben" bağlama bağlıdır; sonuçta, değişime karşı değişmez olmaktan uzak olan yakın sosyal çevrenin bir işlevidir ve bu da "ben"in içinden kaynaklanan öz deneyimleri doğası gereği istikrarsız kılar. Diğer yaklaşımlar gibi, MBT de "ben"i "ben"den ayırır; ikincisi, ideal olarak, zihinselleştirme yoluyla kişiye ait duyusal bilgilerin birikmiş bütünleştirilmesi ve sentezinden kaynaklanan tutarlı bir temsildir. Zamanla bu, çevreleyen dünyayla sürekli ve istikrarlı bir temasla somutlaşmış bir kişilik duygusu yaratır. Doğa ve yetiştirmenin optimum kombinasyonları altında "ben" tutarlı, güçlü ve istikrarlıdır. Elbette baskın bir "ben" -bağlama bağlı bir öz deneyim- "ben" deneyimlerini kesinlikle gizleyebilir ve gölgede bırakabilir. “Ben”in bütünleşmesini tehlikeye atan koşullarda (örneğin genetik yatkınlık, olumsuzluk, yoksunluk) “ben”, öz-deneyimin birincil belirleyicisi haline gelir ve bireyi, Richard Cory örneğinde olduğu gibi, yalnız bırakır ve aniden varoluşunun boşluğuyla karşılaşır.

Narsistik işlevle ilişkili olarak bu ayrımı akılda tutmak klinik açıdan neden önemlidir? Bu bağlamda değerlendirme ve devam eden tedavi için çıkarılacak ders, riskteki ani değişikliklerin, "ben"leri giderek parçalanmış olarak deneyimlendikçe duygusal olarak giderek daha düzensiz ve talepkar hale gelebilecek BPD'li kişilerde daha tipik olan bariz uyarı işaretlerinden önce gelmeyebileceğidir. Narsistik işlevde, "ben" kişilerarası bağlamda (algılanan) değişikliklerle şok edici bir hızla 100'den sıfıra düşebilir.

MBT klinisyeninin, hastanın ilişki ihtiyacı kadar ilişkiden kaçınması hakkında da bir fikir edinmesi gerekir. Bunun için, hastanın hayatından kişisel beklentilerin karşılandığı ve karşılanmadığı durumlara dair örnekler incelenmelidir. Bu, narsisistik işlev zırhındaki çatlakları ve zayıflıkları ortaya çıkarabilir; bunların onarılması gereken fay hatları olup olmadığına karar vermesi gereken kişi hastadır. Kimsenin kendi zayıflıklarını fark etmesi kolay değildir, bu nedenle zayıflıkları "olağanüstü hassasiyetler" olarak nitelendirmek en iyisidir; böylece odaklanma hastanın öz saygısını zedelemez.

Hassas ve ince derili narsisistik işlev gösteren bireyler, çoğu kişiden daha fazla, empatik olarak onaylandıklarını hissettiklerinde daha iyi etkileşim kurabilir ve doğrudan meydan okunduklarında olduğundan daha fazla epistemik öğrenme kanalı açabilirler. Buna karşılık, kalın derili ve gösterişli narsisistik işlevlerde empatik onayın çok az etkisi olacaktır çünkü birey başkalarına karşı duyarsızdır ve kendisini izole eden bir öz-önem balonu yaratmıştır. Bu durumdaki bireyler, başkalarının zihinsel durumlarını duygusal olarak anlamalarına çok az ihtiyaç duyarlar ve yakın sosyal bağlamlarından bağımsız olarak öz saygılarını güçlendirmek için bilişsel işleme sistemlerini aşırı kullanmış olabilirler.

İnce Derili Narsisizm'de Öz Beklenti ve Öz Değersizlik Kavramının İnce derili narsisistler

zihinsel destek ve yapıya ihtiyaç duyarlar.

Bunu yapmanın birçok yolu vardır ve MBT klinisyeni yine içerikle birlikte stil ve süreci de ele almaya çalışır: "nasıl ve neyle".

Klinik Örnekler: "Nasıl ile Ne"

Şu anda kendinizi biraz küçümsüyor gibisiniz. Bu bağlamda kendinizden ne gibi beklentileriniz var? Bunların nereden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?

Machine Translated by Google

Bana bu hikayeyi anlattığında sanki bunu yapman gerektiğine inanıyormuşsun gibi konuşuyordun. daha iyi. Bana umduğun kadar iyi iş çıkardığın bir zamandan bahset.

Tepkilerinden oldukça memnun görünüyorsun. Bunu bekliyor muydun? Kendin hakkındaki hislerini etkiledi mi?

Vay canına! Seni takdir etmiş gibi görünüyorlar. Bu seni nasıl etkiledi?

İnsanların, özellikle de söyledikleri şey sizin hakkınızdaysa, nasıl söylediklerini anlamak için gerçekten hassas antenleriniz var. Bir şeyleri bu kadar çabuk kavramak oldukça zor. Ama belki de göründüğünüz kadar emin değilsinizdir, çünkü o zaman zihninizde tekrar tekrar düşünüp onları çözmeye çalışıyorsunuz. Neler olduğunu ve bu kesinliğinizin nasıl şüpheye dönüştüğünü bana anlatabilir misiniz?

Narsisizm ve Bağlanma Stratejileri

Genel MBT modeline uygun olarak, klinisyen hastanın ilişkilerinde sıklıkla aktive olan genel bağlanma stratejilerini inceler. Bağlanma süreçlerinin aşırı aktif olduğu Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun (BPD) aksine, ağırlıklı olarak narsisistik işleve sahip bireyler "ilişkiler hakkında sohbet"i göz ardı edebilir ve önceki bağlanma deneyimlerini, örneğin ebeveynleriyle yaşadıklarını aktif olarak küçümseyebilir: "Annem hiç kimse değildi. Cenazesine bu kadar çok insanın gelmesi şaşırtıcı;"
"Babam hiçbir şeyi düzgün bir şekilde tamamlayamadı ve ben de kısa sürede onun bana destek olma yeteneğini aştım." Bağlanmanın hipoaktivasyonu, tıpkı hastanın hayatındaki diğer kişilerle olduğu gibi, klinisyenin de şefkatle, terapötik ve empatik bir şekilde etkileşim kurmasını zorlaştırır. Narsisistik işleve sahip bireyler, klinisyen de dahil olmak üzere, içsel durumlarını başkalarıyla paylaşmak istemezler. Özgüven, ihtiyaç ve bağımlılıktan daha önceliklidir. Genellikle eleştiriye veya takdir eksikliğine tepki olarak aktive olan reddedici ve ikincil kaçınmacı bağlanma süreçleri, genellikle narsisistik işlevle ilişkilendirilir ve bu, ilişkiler incelendiğinde belirginleşir. Hastanın söylemde kısa bir süre içinde bir ilişki hakkında zıt zihin durumları göstermesiyle, düzensizlik unsurları da olabilir. Yansıtıcı izlemedeki eksiklikler, çelişkilerin fark edilmemesine neden olur. Klinikçinin anlatının tutarlılığı hakkında sorular sorması, hastanın sinirlenmesine ve hatta tutarsızlığını haklı çıkarmak için "Dinlemedin. Söylediklerim..." demesine yol açabilir. Daha düşünceli hastalar daha fazla sorumluluk alıp "Gerçekten mi? Öyleyse neden öyle söylediğimi merak ediyorum," diyebilir, ancak sonra yapmacık bir tavır takınabilir: "Belki de zihnim, anlattığım ilişkinin farklı bir aşamasındaydı."

Hastayla yapılan seanslarda ilişkiler detaylandırıldıkça ve etkileşimler incelendikçe, stratejileri narsistik işlevin bir parçası olarak görmezden gelmeye yönelik daha fazla kanıt ortaya çıkabilir (ayrıca bkz. Kutu 6.2).

Kutu 6.2 Kayıtsız bağlanma stratejilerinde nelere dikkat edilmelidir?

Bağımlılığın inkar edilmesi ve yardıma olan ihtiyacın azalması - hasta, "sadece bazı şeyleri açıklığa kavuşturmak için" birkaç seansa ihtiyaç duyduğunu ileri sürer.
Siyah-beyaz düşünme: Bazı ilişkilerin küçümsenmesi, bazılarının ise idealleştirilmesi.
Kişisel güçlü yönlere ve başarılara aşırı vurgu.
İlişkinin tasvirinde tutarsızlık ve ayrıntı eksikliği: "O benim en yakın arkadaşımdı." "Onunla konuşamadım."

Machine Translated by Google

Kutu 6.2 (devamı)

Hastanın kendi bakış açılarıyla uyuşmayan klinisyen bakış açılarının reddedilmesi.

Klinikçinin doğrudan küçümsenmesi: "Siz profesör müsünüz? Sizi görmek için bu kadar zaman bekledim ve karşımda bu saçmalık var. Bu mu? Profesör mü? Şaka yapıyor olmalısınız."

Değerlendirme Sürecinin Sonucu

Temel modele uygun olarak (bkz. Bölüm 4), tüm bilgiler, hastanın zihinselleştirme profilinin, etkisiz zihinselleştirme biçimlerinin kullanımının ve hem sorunlu hem de etkili ilişkisel süreçlerin tanımlarının kişiselleştirilmiş ve yargılayıcı olmayan bir özeti olarak yazılan bir MBT formülasyonuna entegre edilir. En önemlisi, klinisyen ve hasta, tedavinin amaçları konusunda ayrıntılı olarak anlaşır ve üzerinde anlaşılan öncelikleri belirler.

Klinik Örnek: James James

27 yaşında ve şu anda işsiz. En son çalıştığı işveren tarafından, belirli bir çalışmanın yetersiz olduğunu ve revizyona ihtiyaç duyduğunu öne süren bir üst yöneticisine karşı hakaret ve tehdit edici davranışlarda bulunduğu gerekçesiyle işten çıkarıldı.

Başkaları tarafından hayal kırıklığına uğradığını ve "patronu gibi aptallara tahammül edemediğini" ve başını belaya sokan şeyin bu olduğunu söyleyerek şikayette bulundu. MBT hakkında okumuştu ve bunun kendisi için faydalı olma olasılığını araştırmayı düşündü.

Değerlendirme görüşmesine, klinisyene nitelikleri, eğitim seviyesi ve uzmanlık alanı hakkında sorular sorarak başladı. Klinisyen, eğitimi ve uzmanlığı konusunda tamamen açıktı. James dikkatle dinledi ve sonunda "Şimdilik kararımı saklı tutuyorum," diyerek yanıt verdi.

KLİNİSYEN: Peki, bana kendinizden bahseder misiniz?

JAMES: Yardım etmenin zor olacağının farkındayım ve hem kendi psikolojim hem de başkalarının psikolojisi hakkında kapsamlı bir anlayışa sahip olduğum için yeni başlayan biri yerine bir uzmana ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.

KLİNİSYEN: Evet, o zaman bana psikolojinizi anladığınız şekilde anlatın ki, ayağa kalkabileyim.

Kendinizi nasıl gördüğünüz konusunda hızlanmak için.

Klinikçi, tehdit oluşturmamak için kendini eğitimli bir konuma yerleştirir. James'in kibri, işvereninin eleştirilerine verdiği tepkiden de anlaşılacağı gibi, kolayca uyandırılabilen bir zaafı örtbas ediyor olabilir. İlk değerlendirme, yerleşik NPF ile yüzleşme zamanı değildir. Zihinsel zaafları ve hastanın hassas derili zaafları ile kalın derili zırhı arasındaki dengeyi değerlendirme zamanıdır.

JAMES: Aslında her şey yetiştirilme tarzım ve okul hayatımla başladı.

James, ebeveyn ilişkileri ve ergenlik dönemindeki arkadaşlıkları hakkında kapsamlı bir raporla devam etti; bunların hepsi onun için önemsiz olarak nitelendirildi. Klinisyenin yanıtları, MBT'nin bilgisiz duruşunu kullanarak keşifseldi, ancak James'in anlatısına meydan okumamak için açıklamalarına güvenilirlik kazandıracak şekilde çerçevelenmişti. Ortak hedefler belirlenecekse, bir ittifak kurmak en önemli ilk adımdır ve bunun temel unsuru, hastanın klinisyenin olayları kendi bakış açısından görmeye çalıştığını hissetmesidir.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Karşılaştığımız zorluklardan biri, sizin yeteneklerinize sahip olmayan ancak birlikte çalışmak zorunda olduğunuz kişileri nasıl yöneteceğinizi belirlemek. Bunu not edeceğim ki daha sonra konuya geri dönebilelim.

KLİNİSYEN: Sosyal çevrenizdeki ve özellikle yakın olduğunuz insanlarla nasıl geçiniyorsunuz?

JAMES: Ne kadar zamanın var? Bu karmaşık ve ilginç bir hikaye.

KLİNİSYEN: Zaman ayırıp bir sonraki görüşmemizde tekrar ele alabiliriz.

Klinikçi yine destekleyici ve ilgili davranıyor ve James'in kendisi ve hayatı hakkındaki bakış açısını hiçbir şekilde küçümsememeye dikkat ediyor.

Bir sonraki seanstan sonra klinisyen James'e tedavi hakkında aynı resmi oluşturduklarından emin olmak için bir şeyler yazacağını söyledi.

KLİNİSYEN: Sanırım yapmamız gereken iş konusunda aynı fikirde olup olmadığımızı görmek için bir şeyler yazmanın zamanı geldi. Bunu ilk ben yapacağım, böylece siz de düşünüp nerede doğru, nerede yanlış yaptığımı bana bildirebilirsiniz. MBT formatını takip edeceğim, böylece MBT'nin sizin için doğru yol olup olmadığına karar verebilirsiniz.

Sonraki hafta, klinisyen MBT formatına uygun klinik özeti inceledi. James'in karmaşık öyküsünü ve bazı zayıf yönlerini, yeteneklerini ve başarılarını çok kısa bir şekilde özetledi. Burada, formülasyonun James'in zihinselleştirme boyutlarını kullanımıyla ilgili bölümleri raporlanmakta ve ilişki tarzına ve terapide ortaya çıkabilecek sorunlara odaklanılmaktadır.

Klinik Örnek: James'in Formülasyonundan Alıntılar

Zihinselleştirme

Kendiniz ve Başkalarının
Deneyimleri Bana kendinizi nasıl gördüğünüzü ve şeyleri başkalarından daha hızlı görme veya anlama yeteneğinizi anlattınız ve bir dereceye kadar bu psikolojik anlayışınız için de geçerli. Başkalarının sizi nasıl gördüğüne karşı çok hassassınız ve size nasıl davrandıklarına oldukça dikkat ediyorsunuz. Özellikle insanların size yeterince saygı duymadığı durumlara dair birçok örnek verdiniz. Bunu fark ettiğinizde ve buna karşı oldukça tetikte olduğunuzda, oldukça hızlı bir şekilde öfkelenebilirsiniz. Bu durum yakın zamanda iş yerinizde oldu. Olanlardan dolayı onları suçluyorsunuz ve bu tür yanlış anlamalarla nasıl başa çıktığınızı konuştuk. Sebep ne olursa olsun, başkalarının sizi sizin kendinizi gördüğünüzden farklı gördüğü durumun acı verici olduğu ve bu durumları sadece öfkelenmektense daha iyi yönetebilmek istediğiniz konusunda hemfikir olduk.

Belki de çalışmamızda, başkalarının sizi sizin kendinizi gördüğünüz gibi görmemesine karşı duyarlılığınıza odaklanabiliriz. Yani, öncelikle kendi öz deneyiminizi ele alabiliriz. Bu nedenle, gerçekliğiniz ve kendinize dair algınız ile başkalarının sizin hakkınızdaki izlenimleri arasında nasıl uyumsuzluklar oluştuğu (insanların sizi neden yanlış yorumlayabildiği) hakkında daha fazla soru sorabilirim. Ayrıca, insanları nasıl gördüğünüzü ve bazen de onların size ve sizin hakkınızda sunduklarını bu kadar net göremediğiniz zamanlar olup olmadığını da inceleyebilirim. Tüm bunlar, kendinizi nasıl gördüğünüz ile başkalarının sizi nasıl görme eğiliminde olduğu arasındaki farklarla başa çıkmanıza yardımcı olacaktır.

Machine Translated by Google

Bilişsel ve Duygusal İşlev: Meslekleriniz
olmamasına rağmen, psikoloji ve felsefe hakkında alışılmadık derecede bilgilisiniz ve sorunları çözmeye net bir şekilde odaklanabiliyorsunuz. Neredeyse her durumda nasıl hissettiğiniz hakkında düşünmenin ve konuşmanın sizin için daha zor olduğu konusunda hemfikirdik ve duyguları görmezden gelme, onları zayıf ve gereksiz görme eğiliminde olduğunuzu öne sürdüm.

Belki de birlikte çalışırken, sorunları analiz etmede olduğu kadar kendi ve başkalarının duygularını da tanımlamada iyi olduğunuzdan emin olmalıyız. Bu yüzden belki de "içerik" hakkında konuştuğumuzda, bunun yanı sıra öznel duygularınızdan da bahsedeceğiz. Düşündüğünüzden ziyade neyin farkındasınız?

Otomatik ve Kontrollü İşleme Kontrolünüzün
olmadığını hissettiğiniz durumları zorlayıcı bulduğunuz konusunda hemfikiriz.
Nerede olursanız olun ve kiminle olursanız olun, size atıfta bulunabilecek yorumları dikkatlice dinlersiniz ve bu yorumların ilişki üzerindeki etkilerini anlamak için çok çalışırsınız. Bu konuda inanılmaz derecede düşünceli olsanız da, tüm bu düşünceler etkileşime rahatça girmenizi zorlaştırır. İşleri yoluna koymak, spontane olmanızı engelleyebilir, ancak buna da çok değer verirsiniz. Benimle birlikteyken, sizi takdir ettiğimi mi yoksa eleştirdiğimi mi gösterdiğimi sürekli olarak zihninizde gözlemlediğinizi belirttiniz. Bunun hiperzihinselleştirme, yani aşırı düşünme olduğunu kısaca belirttim. Bu fikri ilginç buldunuz ama ne yapacağınızdan emin değildiniz.

Birlikte çalışmamızda, ikimizin de çok fazla düşünmeye ve aşırı düşünmeye dikkat etmemiz gerekecek. Başkalarıyla birlikteyken yeterince yaşamak.

Kendiniz hakkında düşünmeye ve kendi deneyimlerinize odaklanmaya çok zaman harcıyorsunuz ve profesyonel dünyanızda önemli olduğunuzu hissetmenin haklı keyfini çıkarıyorsunuz. Ancak, başkalarının sizi nasıl gördüğüyle meşgul olduğunuzda bu daha az faydalı oluyor.

Birlikte çalışırken, kendi dünyamıza ne kadar odaklandığımız ve başkalarının dünyalarını sizinkinden ne kadar farklı gördüğümüz konusunda bir gerginlik yaşayacaksınız. Bu farklılıklar, içinizde öfkeli ve tepkisel olmanıza yol açan bir gerginliğe neden olabilir. Bunun kaçınılmaz olduğunu düşünseniz de, ikimiz de alternatif yönetim yolları bulmanın daha iyi olacağını görebiliyoruz.

Son olarak, beyninizin aşırı hızlanıp "tramvay gibi" ve belirli bir çizgide sabitlenebileceğini fark ettik - "insanlar beni takdir etmiyor" ve "nasıl oluyor da bu kadar çok aptalla aynı kafada takılıyorum?" gibi birkaç örnek vardı. Ben bunun "tramvay kazası" modu olduğunu öne sürdüm, çünkü buna "psişik eşdeğerlik modu" demek gereksiz yere jargonculuk olur.

Birlikte çalışırken, tramvay kazası modunda olduğunuzda, kazayı önlemek için harekete geçmeniz anlaşılır bir durumdur. Tramvaya neyin yol açtığını çok daha detaylı bir şekilde öğrenmemiz gerekiyor.
Eğer kaçınılacaksa çarpışma modu.

İlişkiler: Kontrolün
sizde olduğu ilişkilere olan tercihinizi açıkça dile getirdiniz.
En son ilişkiniz, başa çıkmakta zorlandığınız Amanda ileydi; başkalarının önünde sizinle sık sık fikir ayrılığına düşüyordu ve bu kabul edilemez geliyordu. Onun size göre olmadığına karar verdiniz ve onu arayıp ilişkiyi bitirdiğinizi ve bir daha görüşmeyeceğinizi söyleyerek ilişkiyi bitirdiniz. Konuyu görüşmek için sizinle iletişime geçmeye çalıştığında, onu "gizlice" terk ettiniz.

Bu, terapimiz için zor olabilir. Terapi sırasında seninle aynı fikirde olmayabilirim ve bu da senin benimle olan ilişkini bitirmek istemene yol açabilir.

Machine Translated by Google

Zaten beni takip edip işe uygun olup olmadığımı kontrol ettiğinizi söylemiştim, ikimizin de olaylara farklı bakması zaman zaman gerginlik yaratabilir. Belki de çok aptal olduğuma ve benimle görüşmeye değmeyeceğine karar verebilirsiniz. Bir gün beni arayıp bitirdiğinizi söylerseniz çok yazık olur. Sizden tüm yıl boyunca seanslara katılmanızı istemiyorum, ama belki de terapi öncesi bir anlaşma yapabiliriz; eğer böyle bir şey olursa, olanları gözden geçirmek için iki seans yapacağız. Bu anlaşmayı en baştan yapmak isterim.

Narsistik Kişilik İşlevinde Seans Odaklılık ve Müdahale: Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının

tedavisi için açıklanan temel MBT modelinde, MBT-NPD/NPF'de mütevazı değişiklikler önerilmektedir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarında, duygusal düzensizlik ve bağlanma sisteminin aşırı aktivasyonu ile öz işlev dengesizliğinin yönetimine önemli ölçüde odaklanılır. MBT'de görkemli narsistik işlevle başa çıkarken, bir ittifak kurmaya, öz yapının katılığını ve başkalarının benlikle ilişkili formüle dayalı temsilini incelemeye ve bağlanma ilişkilerinin aşağılanmasını keşfetmeye daha fazla odaklanılır. Daha savunmasız narsisizmi olan hastalarda, ilişkinin öz-onaylayıcı ihtiyaçlarına önemli ölçüde odaklanılmalı ve sık sık empatik doğrulama yapılmalıdır. Bu durumdaki tehlike, bağımlılığın yerleşmesi ve bitmek bilmeyen bir tedavi sürecidir. Bu durum, zaman sınırlı tedavi ve empatik-destekleyici müdahalelerden, meydan okuma ve ilişkisel bir odağa doğru kademeli bir geçişle önlenebilir.

Narsisistik işlev karışımı ne olursa olsun, MBT önceliği güvenlik olan ("zarar verme") bir yaklaşımı ve iatrojenik müdahalelerden kaçınmayı teşvik eder (MBT-NPD'deki müdahalelerin bir özeti için Kutu 6.3'e bakın). MBT-NPD, bu durumda büyük ölçüde öz temsillerin ve daha sonra öz-nesne temsillerinin temelini oluşturan zihinsel durumlara odaklanan, zihinsel durum temsillerini güçlendirmeye yönelik olağan MBT odağını korur. İlke, öncelikle hastaların "ben-kipi" işlevinin yararlılığı ve gücü hakkında netlik sağlamak ve kendileriyle ilgili deneyimlerini herhangi bir zorluk yaşamadan empatik olarak doğrulamaktır. Esasen bu, "ben"in tutarlılığını artırmaya odaklanan meta-bilişsel, öz-yansıtıcı bir süreçtir. Terapötik ittifak sağlamlaştığında, başkalarını birinci dereceden zihinselleştirme ve "başkalarının beni nasıl gördüğü" sorusunu ele alan kişisel ikinci derece temsil sistemlerinin bir kombinasyonu olan "ben-kipi", tedavinin odak noktası haline gelir. Hastanın başkaları tarafından görülmeyi nasıl deneyimlediği, her iki NPF türü için de kilit öneme sahiptir ve diğerinin etkili bir şekilde zihinselleştirilmesi, bazı zorluklarla karşılaşılmadan tam olarak ele alınamayabilecek bu kapasitenin temelinde yatar. Bunu, "biz-modunda", yani ilişkisel zihinselleştirmede daha ayrıntılı bir çalışma kurma girişimleri izler.

Kutu 6.3 MBT-NPD Özeti.

Değerlendirme ve Formülasyon

- Kendini ve başkalarını zihinselleştirme - detaylı, öz imaj ve öz saygıya odaklı.
- Narsistik aktivasyonun bağlamını keşfetmek.
- Narsistik beklentiler ve hayal kırıklıkları.
- Narsistik bağlanma stratejileri.

Machine Translated by Google

Kutu 6.3 (devamı)

Müdahale: “Ben Modu”ndan “Ben Modu”na ve “Biz Modu”na

Hassas Narsisizm “Ben-moduna” yönelik empatik doğrulama ve destek.
Duygulara odaklanma (baskın olmayan tema) - hastanın korkuları ve klinisyenin kaygıları, “ben-moduna” ve “biz-moduna” odaklanmak için bir adım olarak kullanılır.
İlişkisel zihinselleştirme - kaygılı bağımlılığın tespiti.
Karşı-ilişkisel zihinselleştirme - aşırı destekleyici/koruyucu tepkileri yönetme.
Meydan okuma—kırılgan “ben” bağlamında buna dikkat edin.

Görkemli/Kalın Derili Narsisizm
“Ben-modunun” empatik olarak doğrulanması ancak savunmasız narsisizme göre daha az destek.
“Ben modu”nu hedefleyen duygusal anlatılar.
Etki odağı: Hastanın katılığı ve kibri ve bunların terapötik çalışmaya nasıl müdahale ettiği.

İlişkisel zihinselleştirme - küçümseyici bağlanma stratejilerinin belirlenmesi.
Karşı-ilişkisel zihinselleştirme: Sorunlu tepkileri açıkça tanımlama ve tartışma yoluyla yönetme.

Meydan okuma—ani, güçlü, şakacı ve doğrudan.

Narsisizmi Destekleyerek Bir İttifak Kurmak James'in

formülasyonunun tonu oldukça destekleyicidir ve formülasyonun ifade tarzı, kendisinden biraz aşağı bir dünyayı nasıl yönettiği üzerine bir çalışma önererek, onun kendini yüceltmesinin yapıcı yönlerini ele almaya çalışır. Klinisyenin, hastanın öz değerlendirmesinin doğru yönlerini bulması ve böylece olaylara hastanın bakış açısından bakabilmesi önemlidir. Çalışma ittifakını kabul ederek terapötik bir ittifak kurmak mümkün olabilir, ancak ilişkisel ittifak ancak hastanın klinisyeni kendisine dayatmada bulunan biri olarak değil, yanında biri olarak deneyimlemesiyle ortaya çıkabilir. Bu nedenle empatik doğrulama, MBT-NPD'de önemli bir müdahaledir.

Hastanın, başkalarının zihin durumlarını psişik eşdeğerlik dışında (bildiği varsayılarak) anlamlı bir şekilde değerlendirmesini sağlamak için herhangi bir girişimde bulunulmadan önce, öz keşif gereklidir. Bu, hastanın neden başkalarının davrandığı gibi davrandığını düşündüğünü sormak isteyebilecek klinisyen için sorunlu olabilir; ancak hastanın bu konuda hiçbir merakı veya ilgisi olmadığını (çünkü bildiklerine ikna olmuşlardır) görebilir. Ayrıca, klinisyen güçlü narsisistik özelliklere sahip bir kişiden hoşlanmakta zorlanabilir ve hatta oldukça hızlı bir şekilde onlara karşı düşmanca davranabilir, onları katlanılmaz ve kibirli olarak görebilir. Terapide bu tür dinamik tepkilerle çok erken çalışmak, kırılgan bir ittifakı bozacaktır. Bu nedenle, karşıt-ilişkisel tepkiselliğin kullanımı, tedavinin ilerleyen dönemlerinde daha baskın bir özellik haline gelir (bkz. bu bölüm: Karşıt-İlişkisel Zihinselleştirme).

Benlik Yapısı ve İlişkisel Etkiyi Araştırmak James ile

yapılan işbirlikçi klinik anlaşmada, deneyimsel bir benliğin keşfi vurgulanmaktadır. James, kendisiyle ilgili duygu ve inançları üzerine bir değerlendirme yapılacağını kabul etmiştir. Bu konuya odaklanmanın en basit yolu, tek bir örnek almaktır.

Machine Translated by Google

James'in kendi deneyimi ile başkalarının ona davranış biçimleri arasında açık bir uyumsuzluk olduğu, ayrıntılı bir resim oluşturulduğu, farklılıkların belirlendiği ve etkileşimin daha geniş bağlamdaki etki ve izlenimlerinin yansıtıldığı bölüm.

Klinik Örnek: Deneyimsel Benliğin Keşfi Klinisyen ve James, James'in işini kaybetmesine yol açan en son "olayı" ele almaya karar verirler. Başlangıçta tartışma, James'in olay sırasındaki deneyimiyle ilgilidir. Daha sonra bu, James'in şu anki kendisi hakkındaki hislerine de genişletilmelidir.

JAMES: Zekam keskindir ve bu beni işyerindeki insanlardan ayıran en önemli şeydir. Aptaldılar. Onlara faydalıydım, ta ki onlardan daha üstün olduğumu anlayana kadar. Bundan hoşlanmadılar çünkü bu onların gerçekte kim olduklarını gösteriyordu.

KLİNİSYEN: Bunlar nelerdir?

JAMES: Muppet'lar.

KLİNİSYEN: Bir grup kuklayla çalışmak sizin için nasıl bir deneyimdi ve bu konuda ne düşünüyorsunuz? şimdi mi?

JAMES: Haklı çıktım. Artık devam etme zamanımın geldiğini hissediyorum.

KLİNİSYEN: Haklı mı çıktı? Hangi açıdan?

JAMES: Ben onlardan daha üstündüm ama onlar bunu fark etmediler.

KLİNİSYEN: Şimdi bunu söylerken canlanan bir duygu var mı?

JAMES: Açıkçası tepki verme biçimlerine öfkeliyim, çünkü benim durumumda yanlış bir şey yoktu. İşe gittim ve ofisteki herkesin önünde beni azarladılar.

Şimdi klinisyenin James'in duygusal deneyimi üzerinde daha kararlı bir şekilde çalışması gerekiyor. James, bir kırılganlık noktasından bahsediyor.

KLİNİSYEN: Bunun başkalarının önünde yapılması önemli miydi?

JAMES: Evet. Birine kişisel bir şey söylemek istiyorsan, bunu onun önünde yapmamalısın. diğer insanların.

KLİNİSYEN: Siz buna ne diyorsunuz?

JAMES: Beni küçük düşürmek içindi. Bu yüzden dışarı çıktım.

KLİNİSYEN: Vay canına, bu çok acı verici. Sen de aynısını mı hissettin?

JAMES: Kesinlikle. Sen yapmaz mıydın?

Klinisyenin şimdi odaklanması ve James'in utanç ve aşağılanma duygusuyla aniden karşılaşmasını yakalaması gerekiyor. Bu duygu, James'i geri çekilmeye ve katı ve savunmacı (ama nihayetinde sürdürülemez) üstünlüğüne olan inancını güçlendirmeye itiyor. Zihinselleştirilmemiş utanç deneyimi (psişik eşdeğerliğin getirdiği yoğunlukta deneyimlenen), James'i başkalarıyla gerçek etkileşimden çekilmeye zorladı; bu da aksi takdirde kendisine dair kırılgan ve abartılı görüşünü yumuşatabilirdi. Hak edilmemiş aşağılanma duygusuyla ilgili zihinselleştirme ve empatiyi güçlendirmek, klinisyenin bu aşamada gidebileceği en ileri noktadır. Bu deneyim, James'in açık narsisistik sunumunun bir itici gücü olabilir, ancak elbette bunu ifşa etmek bile o anda kendi başına bir aşağılanma olabilir. İşte bu nedenle MBT klinisyeni hemen empatik bir pozisyona geri döner.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Evet, yapardım. Özellikle de sizi olduğunuzdan tam tersi olarak gördüklerinde.
O kadar teşhir edilmiş olma hissi çok zor.

JAMES: Hâlâ aptalca suçlayıcı ve küçümseyici bakışlarını bana bakarken görebiliyorum. Buna dayanamadım. Sadece...
dışarı çıktı.

KLİNİSYEN: Dışarı çıkmak size nasıl hissettirdi?

JAMES: Daha iyi, ama sonra geri dönemedim. Ne yapacağımı bilemedim, bu yüzden çıktım.

Bu seansın sonuna doğru, klinisyen ve hasta öğrenilenleri özetler ve keşif, James'in karşılaştığı mücadeleyi daha iyi anlamamızı sağladıkça formülasyonu daha da geliştirir: "Sanırım burada öğrendiğimiz şey, sizi olumsuz yargılayan insanlarla karşılaştığınızda doğal olarak incinmiş ve öfkeli hissettiğinizdir. Ancak başkalarının önünde kendinizi açığa çıkmış hissederseniz, bu acı daha da artar. Sonra mecazi ve fiziksel olarak 'çekip gidersiniz.' Elbette, o zaman kendi başınıza kalırsınız ve o inanılmaz öz yeterliliğinizle yüzleşirsiniz. Bu harika, ancak onların suçlayıcı küçümsemesini geride bırakırken, aynı zamanda yüzlerinin görüntüsüyle baş başa kalırsınız ve bu da belki de kendiniz hakkında iyi hissetmenizi zorlaştırır. Öz yeterliliğin buna göre ne kadar iyi işlediğini, tüm bunlar hakkında daha fazla konuşurken aklımızda tutmamız gereken bir şey." Bu, gelecekteki seanslara odaklanmamıza yardımcı olur.

İlişkisel Zihinselleştirme: “Ben Modu”ndan “Ben Modu”na ve “Biz Modu”na

Müdahalede zaman içinde meydana gelen değişiklikler açısından, hastanın mevcut hayatındaki ve terapideki ilişkilerinin dinamiklerinin araştırılması, ancak hasta klinisyen tarafından saygı duyulduğunu ve onaylandığını hissettiğinde meyve verebilir. Bu nedenle, MBT-NPD'nin herhangi bir noktasında klinisyen tarafından herhangi bir seansta izlenen yapı, empatik onaylama ve öncelikle zihinselleştirme sürecini yönetme adım adım prosedürünü izlemeye devam eder. Ancak öz-zihinsel meta-biliş istikrarlı olduğunda, klinisyen hastanın ilişkileri ve bu ilişkilerin hastanın hayatındaki işleyişi üzerinde çalışmayı düşünür.

Narsisistik işleyişte önemli olan, terapötik karşılaşmada "ben-modunu" sabitlemek (öncelikle olayları hastanın bakış açısından görmek) üzerinde çalışmak, tedavide gerekli bir ilk adımdır. Hastanın bakış açısının klinisyen tarafından empatik bir şekilde benimsenmesi, zihinsel durumlar açısından dünyaya dair anlayışlarını netleştirmeye ve güçlendirmeye yardımcı olur; bu, önemli bir çarpıtmaya yol açsa bile. Ardından, "ben-modunun" işleyişinin zayıflıkları ve zorlukları -başkalarının beni nasıl gördüğünü gördüğüm (başkaları tarafından nasıl görüldüğüm)- hassas bir sorgulamanın konusu haline gelir. Etkili bir şekilde zihinselleştirilmiş kişisel ikinci derece temsil, kişinin kendini başkalarının gözünden görmesini gerektirir ki bu da açıkça riskler ve tehlikeler taşır. Bu çalışma ivme kazandığında, "biz-modunun" ilişkisel odağına geçilebilir -benlik ve ötekinin zihinsel durumlarının, bu durumda benlikle ilişkili olanların, ortak niyet ruhuyla bir araya getirilmesi. Bu, klinisyenin ve hastanın aynı bütünü (aynı kişinin sadece seçilmiş kısımlarını değil) görmesini gerektirir; Kişinin kendi kendini anlaması ve bir başkasını anlaması, klinisyenin hastaya birlikte odaklandıkları konu veya konularda yardımcı olma ortak niyetiyle, kişi etrafında tamamen örtüşür. Bu nedenle, MBT-NPD'de zaman içinde tedavi süreci şu şekildedir: 1. ilk seanslar - "ben-modunu" sabitlemeye odaklanma 2. orta seanslar - "ben-moduna" vurgu, ardından "biz-moduna" dönüşme 3. sonraki seanslar - "biz-modunun" pekiştirilmesi ve genelleştirilmesi.

Machine Translated by Google

Elbette bu şematik yaklaşım sadece şematiktir. Pratikte, klinisyen ve hasta bu üç keşif ve odaklanma alanı arasında gidip gelecektir. Ancak, başlangıçtaki seansların meta-bilişsel "ben-moduna" odaklandığını ve bunu nesne olarak benlik "ben-moduna" odaklanarak çalışmanın izlediğini ve sonunda ortaklaşa deneyimlenen "biz-moduna" ulaştığını hatırlamak, klinisyeni görevlerinde sağlamlaştırır. "Biz-modunda", klinisyen ve hasta, her ikisinin de tanık olduğu bir içsel deneyim yönüne dair ortak bir vizyonun yanı sıra, eşit geçerliliğe sahip farklı bakış açılarına sahip olabileceklerini kabul ederken, kişisel anlatılara birlikte odaklanabilirler.

NPF'de ortaya çıkabilecek bir komplikasyon "taklit biz-modudur". Bazı hastalar, özellikle de bağımlı özelliklere sahip bireyler için, zihinlerin "biz-modunda" birleşmesi çekici gelebilir ve biraz tutarsız bir benlik duygusunu ("ben-mod") pekiştirmeye yardımcı oluyormuş gibi hissedilebilir. Klinisyen, belirgin NPF'si olan bazı bireylerin zaman zaman kendilerini konuştukları kişinin imajında tasvir etmeye eğilimli olduklarının farkında olmalıdır. Sosyal psikolojide bu, bukalemun etkisi olarak tanımlanır; bilinçdışı olma olasılığı yüksek olan bu etki, konuşma partnerinin düşünce çizgilerinin, değerlerinin, ifadelerinin ve hatta duruşlarının, tavırlarının ve yüz ifadelerinin taklit edilmesini içerir. Bu durumlarda "ben-mod" bir anlamda "biz-moduna" bürünür, böylece hastanın davranışları klinisyenin davranışlarına uyacak şekilde pasif ve istemsizce değişir. Bu tür taklitçiliğin ardındaki motivasyon muhtemelen beğenilme isteğidir, çünkü "biz-modu"nun ilişkisel özellikleri vardır (bizim gibi olan insanları sevme eğilimindeyizdir).

Tıpkı zihinselleştirme taklidi gibi, "biz-modunu taklit etme"yi de bir klinisyenin fark etmesi zor olabilir. NPF'li bireyler, klinisyenin kendilerine verdiği tepkilere son derece hassas ve sezgisel bir şekilde uyum sağlayabilir ve neredeyse kusursuz bir kimlik izlenimi yaratmak için kendi davranışlarını sürekli olarak uyarlayabilirler. Genel olarak, maskeli özellikler klinisyen tarafından büyük ölçüde olumlu ve hatta faydalı olarak görülür ve epistemik güvenle karıştırılabilir. Ancak hastanın ödediği bedel, "ben-kipi"nin artan istikrarının yanıltıcı olmasıdır. Gerçek "biz-kipi", zihinlerin ve bakış açılarının mistik bir şekilde kaynaşmasını içermez; aksine, gücü aynı konu üzerinde farklı bakış açılarını bir araya getirmesinden ve farklı insanların bakış açılarından faydalanmak için bu bakış açısı farklılığının farkında olmaya dayanmasından kaynaklanır. Öte yandan yanıltıcı "biz-kipi", genellikle söz konusu konu üzerinde tamamen hemfikir olma çabası ve farklı bakış açılarının reddedilmesiyle karakterize edilir.

Hastaların zaafları çoğu zaman başkalarıyla birlikteyken daha belirgin hale gelir. Etkileşimsel uyumsuzluklar, karşılıklılık eksikliği ve yetersiz saygı, zırhlı benliğin sertleşmesine, narsistik yapıların güçlenmesine ve başkalarından uzaklaşmaya yol açar. Klinisyen, bu geri çekilmeye, hastanın hayatında (hastanın olayları anlatış biçimine dayanarak) ve seanslarda ortaya çıktığında vurgulayarak mümkün olduğunca karşı çıkar. Buradaki amaç, hastanın ilişkilerinde daha katılımcı ve esnek olmasını desteklemektir. Hastanın klinisyenle olan ilişkisine dair deneyimi, yeterli epistemik güven varsa (hasta, kişisel anlatısının anlamının klinisyen tarafından zihinselleştirildiğini algılarsa) bu amaç için kullanılabilir. Klinik hekim-hasta etkileşimine odaklanmanın yanı sıra, hastanın terapi dışındaki ilişkilerinden bir veya daha fazlasının dikkatlice incelenmiş olması ve ilişkisel hipoaktivasyon ve epistemik reddetmeden, ihtiyaç aktivasyonu ve epistemik uyanıklığa veya daha da iyisi, epistemik güvene doğru evrilmiş olması, hastanın dünyada benzer düşünen, sevimli ve kendisini seven başkaları olduğunu hissetmesi faydalıdır. Bu ilişkiler güvenli bir şekilde incelenebilir ve hastadan bu ilişkilerle karşılaştırma yapması istenebilir.

Machine Translated by Google

Zihin durumları, takdir ettikleri diğer kişilerin zihin durumlarıyla farklı bakış açılarına sahip olabilir. MBT, bu noktada ilişkilerin "neden"inden çok, "nasıl" kullanıldıkları ve "nasıl" işledikleriyle ilgilenir; tek taraflı mıdırlar yoksa hastaların kendileri hakkında daha fazla şey öğrenmelerine ve başkalarının deneyimlerine karşı şefkatli olmalarına olanak tanıyan bir karşılıklılık mı vardır?

Karşıt İlişkisel Zihinselleştirme Karşıt

ilişkisel zihinselleştirme, belirgin narsisistik işleve sahip hastaların tedavisi sırasında dikkatli bir yönetim ve özel bir odaklanma gerektirir. Hastanın küçümseyici stratejileri ve buyurgan tavrı, başkalarına karşı şefkat ve kırılganlık eksikliği "yorucu" hale gelebilir. Klinisyenin, hastanın zayıf yönleriyle temas halinde kalması ("gürültüyü görmezden gelip acıyı aramak") gerekir.
Hastanın bakış açısıyla "birlikte" kalmak, bazen neredeyse imkansız olsa da, elzemdir; şefkat güdüsüyle zihinsel yapılarının katılığına meydan okumak gereklidir, ancak bu, tahriş güdüsüyle meydan okuyarak kolayca aşılabilir. Bilmeme duruşunun titizlikle uygulanması, bu zorlu karşı tepkilerle başa çıkmaya yardımcı olur, ancak hastanın ilişkilerinin dinamikleri hakkında daha fazla öz-düşünümsel olması için baskı yapan şey, duygu odaklı yaklaşımın kullanımı ve klinisyen karşı tepkisinin sunumudur.

Duygulanım Odaklılık (Odadaki Fil) ve Narsisizm Narsistik işleve sahip

klinisyen ile hasta arasında kurulan karakteristik ilişkisel dinamik tanımlanmalı, yaşanmalı ve araştırılmalıdır. 4. Bölüm'de ana hatlarını çizdiğimiz gibi, duygulanım odağı, hasta ile klinisyen arasındaki, şu anda bir şekilde ifade edilen ancak sözelleştirilemeyen duygusal olarak belirgin etkileşimsel dinamiktir. Dinamik, sıklıkla tedaviye müdahale eden ve örtük/otomatik olarak işlenerek bilinçdışı bir düzeyde kalabilen baskın olmayan bir temanın parçasıdır. Bu bir "odadaki fil"dir. MBT'deki görev iki yönlüdür: 1. baskın olmayan etkileşimsel temayı otomatik olandan daha açık olana taşımak 2. dinamiği eşitlik noktasından

keşfetmek - katılımcıların etkileşimsel bir sürece eşit şekilde katkıda bulundukları bir sistemin parçası oldukları yer.

Bunu başarmak için klinisyen, farkına vardığı dinamik süreçlerden bazılarını açıkça tanımlar. Bu müdahalenin önemli bir kısmı, hastanın narsisizmiyle ilgili, ifade edilmemiş duygusal açıdan belirgin bir sürecin ilk göstergesi olabilecek klinisyenin karşıt-ilişkisel deneyiminden yararlanabilir. Örneğin, klinisyen, hastanın yanıtlarının tonu makul görünse bile, söylediği her şeyin göz ardı edildiğini ve üzerinde düşünülmediğini fark edebilir: "Hayır, bunun doğru olduğunu düşünmüyorum", "Bunun alakalı olduğunu düşünmüyorum", "Belki de bunu daha fazla açıklamam gerekiyor." Klinisyen, bir sonraki klinik örnekte ("James'in fili") gösterildiği gibi, takdir edilmediğini hisseder ve sonunda rahatsız olur.

Fil, klinik güvenlik ve risk yönetimi açısından önemli olabilir.
Hasta riskten kaçınabilir, ancak klinisyen öznel olarak bir endişe yaşar; örneğin intihar eğilimi gibi ve bu endişe zaman geçtikçe giderek daha da belirginleşir. Bunu dile getirmek ve öneminin araştırılması klinisyenin sorumluluğundadır: "Böyle bir hayal kırıklığıyla nasıl başa çıkacağınız konusunda oldukça emin görünüyorsunuz. Benim görüşüme göre,

Machine Translated by Google

Bakış açısına göre, senden biraz daha fazla endişeleniyorum. Başkalarının eleştirilerine karşı hassassın. Sana bu konuda daha fazla soru sorduğumda beni uzaklaştırman beni endişelendiriyor. Burada önemli bir şeyi kaçırmak istemem."

Klinik Örnek: James'in Fili James'in tedavisindeki

filler oldukça sorunluydu. Klinisyenin hayal kırıklığı ve kibrine verdiği tepki, tedavinin başlarında ortaya çıktı. Tedavinin bir noktasında James, ayaklarını kendisi ve klinisyen arasındaki alçak masaya koydu. Kendini rahat hissettirerek, klinisyenden "kendimi anlamama yardımcı olmak için biraz daha çaba göstermesini" istedi. "Şu ana kadar burada olanların çoğu benim için şaşırtıcı değildi. Çoğunlukla benden geldi. Değişmek için senden bundan daha fazlasına ihtiyacım var." Klinisyen yalnızca kendi karşı tepki hissini değil, aynı zamanda bunun bir parçası olduğu etkileşimi de göz önünde bulundurmalıdır. İlk olarak, karşı tepkisinin kaynağı tanımlanırken "karantinaya alınması" gerekir.

KLİNİSYEN: Sanırım daha fazlasına ihtiyaç duyduğunuz konusunda haklısınız. Şu anda işlerin değişmediğini görebiliyorum. Görünüşe göre anlaşmamızın, sizin yeteneklerinize sahip olmayan insanları nasıl idare edeceğiniz konusundaki soru işaretlerine geri döndük. Bu yüzden belki de sizin hakkınızdaki bazı şeyleri yanlış anladığım zamanlarda beni nasıl daha iyi idare edebileceğinizi düşünebiliriz.

JAMES: Sadece dürüst olmak istedim. Olmam gerekenin bu olduğunu sanıyordum. Neredeyse dört aydır geliyorum ve sanırım senden henüz pek bir şey öğrenemedim.

KLİNİSYEN: Evet. Ben de senin ve benim yaşadığım sorunu düşünüyordum. Bana göre, birbirimize yaklaşıyoruz. Farklı yönlere. Başkalarına karşı ne kadar hassas olabileceğiniz konusunda sizi itip kakıyorum, siz de bana bu konudan uzak olduğumu söyleyerek diğer tarafa itiyorsunuz. Dürüst bir tartışmaya ne dersiniz?
bunun etrafında mı?

JAMES: Bana uyar. Sen başla. Ben dinlerim, sonra sen de beni dinlemek zorundasın.

KLİNİSYEN: Sorunlarınızı başkalarıyla konuşmaya başladığım anda bana kendinizi kapatıyormuşsunuz gibi geliyor ve kararınızı vermişsiniz gibi hissediyorum. Daha başlamadan beni haksız çıkarıyorsunuz gibi geliyor.

JAMES: Aslında tam olarak öyle değil...

KLİNİSYEN: Bir dakika bekle, çünkü tam olarak demek istediğim bu. Daha yeni başlıyorum ve şu anda beni dinlediğinizi kabul ettik... Ama belki de gerçekten mesele budur. Birbirimizi yeterince açık bir şekilde dinlemiyoruz, bu da birbirimizi ciddiye aldığımız anlamına geliyor.

Klinisyen şimdi "fil"in ayrıntılarını tanımlamaya ve açıkça ortaya koymaya çalışıyor. Amaç, "birbirini dinlememenin" terapötik çalışmayı ve epistemik güvenin kurulmasını engelleyen baskın olmayan bir dinamik süreç olduğu farkındalığını artırmaktır. Ancak dinlemenin kişisel öğrenme ve düşünme için bir araç olarak faydalı olması için epistemik güvenin mevcut olması gerekir. Şu anda James, klinisyeni dinlemiyor ve klinisyenin James'i dinlemesi giderek zorlaşıyor. İlk adım, bu sorunu tanımlamak, fark etmek ve ister James'in klinisyenle deneyimi, ister klinisyenin James'le deneyimi olsun, ne zaman ortaya çıkarsa çıksın "dinlememe"yi birlikte tanımlamaktır.

Narsistik işleve karşı savunmasızlık bağlamındaki meydan okuma, utanç duygusunu tetiklemekten ve bir tür suçluluk duygusunu yoğunlaştırmaktan kaçınmak için oldukça hassas, hatta geçici bir şekilde ele alınmalıdır.

Machine Translated by Google

Hastada zihinselleştirmeyi tehlikeye atacak bir başarısızlık. Büyüklük narsisizmi durumunda, meydan okuma hassas bir şekilde yapılmalı ve dikkatlice zamanlanmalıdır, ancak daha az çekingen olabilir. Klinisyen yoğun bir rahatsızlık hissettiğinde meydan okumadan kaçınılmalı ve yalnızca hastaya karşı şefkat baskın olduğunda kullanılmalıdır. Terapötik ittifak güçlü olduğunda, meydan okuma daha güçlü ve ısrarcı olabilir: "Zorluklarınızı anlamaya yönelik tüm girişimlerimin 'yer kaybı' olduğu gerçeğini gerçekten anlayamıyorum. Bu kadar işe yaramaz gördüğünüz birini görmeye gelmenize neyin sebep olduğuna siz ve ben karar vermeliyiz." Bu yüksek riskli bir manevradır, ancak terapötik ilişkiyi serbest bırakma ve hastada bir anlık düşünme tetikleme şansı vardır. Klinisyen, havlu atıp tedaviyi sonlandırmak yerine sorunu çözmek istediğini gösterirken aynı zamanda çizgiyi korumalıdır.

Sonuç Açıklamaları

MBT-NPD/NPF'de, zihinselleştirmenin benlik/başkası boyutunun ayrıntılı bir değerlendirmesi gerekir ve hastanın değişim konusunda içten bir "katılım" sağlaması terapi için gerekli bir ön koşuldur. Tedavinin odak noktası zamanla değişir; benliğin "ben-kipi"nin katılığını ve kırılganlıklarını keşfetmekten, "ben-kipi" veya "başkalarının beni nasıl gördüğü" hakkında daha fazla düşünme ve merak geliştirmeye kadar. Paylaşılan zihinsel durumların "biz-kipi"nin ortak veya ilişkisel zihinselleştirilmesi için güçlü bir benlik duygusu şarttır; böylece, hasta ve klinisyenin farklı bakış açılarına sahip olabileceği kabul edilirken kişisel anlatılara ortak dikkat gösterilebilir ve her ikisi de eşit geçerliliğe sahiptir. Zihinsel süreçlerin başkalarınınkilerle güvenli bir şekilde paylaşılması noktasına istikrarlı bir şekilde ulaşılmışsa, hastanın narsisizmi, sosyal zihinselleştirmenin ve arkadaşlık kurmanın temelleri olan karşılıklılık ve aidiyet duygusuna izin verecek kadar yumuşamış olacaktır; bu da gerçekten olumlu bir sonuçtur.

Referanslar 1.

Skodol AE, Bender DS, Morey LC ve diğerleri. DSM-5 için önerilen kişilik bozukluğu tipleri. J Pers Disord 2011; 25: 136–69.

2. Tyrer P, Crawford M, Mulder R ve diğerleri. Yeniden sınıflandırmanın gerekçesi Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın (ICD-11) 11. revizyonunda kişilik bozukluğu. Kişisel Ruh Sağlığı 2011; 5: 246–59.

3. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Duygulanım Düzenlemesi, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York, NY: Other Press LLC, 2002.

4. Robinson EA. Robinson: Şiirler. Donaldson S, ed. New York, NY: Everyman's Library, 2007 (ilk olarak 1897'de yayınlandı); 33.

5. James W. Psikolojinin İlkeleri. New York, NY: Henry Holt, 1890.

Machine Translated by Google

Bölüm 6

Narsistik Kişilik Bozukluğu

Giriş Klinisyenler

narsisistik kişilik işlevi (NPF) ile giderek daha fazla ilgilenmeye başlamıştır. Belki de bu, DSM ve ICD-11 kişilik bozukluğu çalışma gruplarının, narsisistik kişilik bozukluğunu (NPD) kategorik sınıflandırmalardan çıkarma yönündeki önceki tehditleri göz önüne alındığında iyi bir şeydir; çünkü bu durum, bu durum hakkında araştırma eksikliğinden kaynaklanmaktadır [1,2]. Zihinselleştirme yaklaşımı benimsemek, klinisyenin kişiliği belirli tanımlayıcı özelliklerin varlığını veya yokluğunu belirlemek yerine, zihinselleştirmenin boyutsal alanları açısından değerlendirmesini gerektirdiğinden, kategori sorununu aşar. Hastanın sosyal deneyiminde bozulmaya neden olabilecek boyutsal bileşenlerin (dengesizliğinin) ayrıntıları, daha kişiselleştirilmiş bir değerlendirmenin merkezini oluşturur. Genel tercihimiz, mümkün olduğunca etiketlemekten kaçınmak ve süreç ve eyleme atıfta bulunmaktır. Bu nedenle, bu bölümde çoğunlukla NPD yerine NPF, narsisistik işlev veya kısaca narsisizm ifadelerine yer veriyoruz. Ancak, bir miktar tutarsız olarak, yüksek düzeyde narsisizm gösteren hastaların tedavisinin, borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan hastaları tedavi etmek için geliştirilen orijinal MBT protokolünün değiştirilmesini gerektirdiğini belirtmek için NPD için zihins

Zihinselleştirme yaklaşımı, birçok yönden, insanların tanıdıkları kişiler hakkında konuşurken narsisizmin çeşitli özelliklerini tanımladıkları günlük yaşamda sıklıkla karşılaşılan sağduyulu yaklaşımla örtüşmektedir. Bireyler karakteristik şekillerde tanımlanır; örneğin, "kendini beğenmiş", "sadece kendini düşünür", "kendini herkesten üstün görür", "gösteriş meraklısı ve kibirli". Vurgu, kişinin yüksek öz saygısı ve öz imajı üzerindedir; örneğin, "Hepsi ben, ben, ben, başkalarını hiç düşünmeden." Belki de başkalarını etkilemek ve onlar tarafından beğenilmek için iyi hissetmeye ve iyi görünmeye aşırı odaklanma söz konusudur. Ayrıca, "biraz fazla mükemmeliyetçi" veya "aşırı titiz" olarak tanımlanan, narsisizmin farklı yönlerini gösteren kişiler de vardır; bir şeyi "doğru yapmak" için aşırı zaman harcarlar, aşırı titiz olurlar ve gizemli, ulaşılamaz standartları karşılamaya çalışırlar, ancak başarısız olduklarında bir yığın halinde çökerler ve işlev göremez hale gelirler. Tüm bu benmerkezciliğin temel bir kusuru var: Eleştiriye (gerçek veya algılanan) aşırı duyarlılık, aşağılanma tehdidini tetiklediği için tepkiselliğe ve savunmacılığa yol açtığında ortaya çıkıyor. Bu riski yönetmek için

Günlük narsisizmin farklı yönlerinin ortak bir noktası vardır: Hepsi öz saygı ve yönetimiyle ilgilidir. Zihinselleştirme, öz saygının yöneticisidir. Kısacası, sağlıklı narsisizm, öz saygının ve toplumsal imajın etkili zihinselleştirme yoluyla içsel yönetimidir. Eylemi anlamanın nasıl gerçekleştiğiyle ilgili olarak psişik eşdeğerlik, rol yapma modu veya teleolojik düşünme (2. Bölüm'de açıklanmıştır) ortaya çıkmaya başlarsa,

Machine Translated by Google

Kişi kendinde ve başkalarında deneyimlendiğinde, çarpıtılmış öz değerlendirme potansiyeli artar. Öz saygıyı ve toplumsal imajı iyi yönetmek için, yalnızca istikrarlı bir öz deneyime değil, aynı zamanda öz saygımızı artırmak ve aynı zamanda kendimize dair olumlu algımızı zedeleyebilecek tehditleri azaltmak için dış faktörleri ve ilişkileri uygun şekilde kullanma becerisine de ihtiyacımız vardır. Etkisiz zihinselleştirme bu süreçleri baltalar. Sosyal çevreyi manipülatif bir teleolojik modda yönetmek, sosyal ilişkileri baltalar. Başkalarının yorumlarını veya eylemlerini aşırı somut bir şekilde, psişik eşdeğerlikte yorumlamak, kişiyi eleştirilmeye ve değersizleştirilmeye karşı savunmasız hale getirir. Buna karşılık, sosyal deneyimden yapmacık bir şekilde kopmak, öz değeri abartabilir ve kendini beğenmişlik riskini artırabilir. Etkili zihinselleştirme, başkalarının tepkilerini merakla ele alır, diğerinin veya kendisinin ilk tepkisini gerçek ve kesin olarak değil, anlık ve değişime açık olarak kabul eder ve en önemlisi, siyah-beyaz düşünceye karşı her zaman temkinli davranır ve olumlu değerlendirmeleri bile alçakgönüllülük ve sağduyulu bir dengeyle ele alır. Etkisiz zihinselleştirme baskın olduğunda, bu sağlıklı narsisistik süreçler tehlikeye girer, etkili zihinselleştirmenin dengesi belirli bir yönün aşırı veya yetersiz kullanımı nedeniyle bozulur ve doğal öz-koruyucu narsisizm, başkalarıyla yakın ilişkilere müdahale etmeye ve sosyal etkileşimleri bozmaya başlar. Bir sonraki bölümde (Değerlendirme ve Formülasyon) bunun nasıl olabileceğini açıklayacağız.

Bunu yapmadan önce, biraz temkinli (zihinselleştirici) bir alçakgönüllülük katmak istiyoruz. MBT'nin, bu konuyu belki de burada önerdiğimizden daha iyi ve daha etkili bir şekilde ele alan uzun bir terapi ve terapist çizgisini takip ettiğinin farkındayız. Amacımız, düşük öz değer veya abartılı öz-önemle mücadele eden bireyleri desteklemek için alternatif yaklaşımlarla rekabet etmeye çalışmak değil. Sadece birçok parlak klinik zekanın sunduğu bir dizi fikir ve tekniği bir MBT formülasyonu ve tedavisi bağlamına yerleştirmek. Bu tür bir destek sunan birçok kişiyle birlikte, zihinselleştirme modelini klinik uygulamada uygularken, sırasıyla kalın ve ince derili narsisizm olarak da bilinen görkemli ve kırılgan narsisizm hakkında düşünmenin faydalı olduğuna inanıyoruz. Görkemli tipin özellikleri literatürde iyi tanımlanmış ve Kutu 6.1'de özetlenmiştir.

Kutu 6.1 Büyüklük narsisizmi olan bireylerin özellikleri.

- Abartılı bir öz-önem duygusuna sahip olmak.
- Hak sahibi olma duygusuna sahipler ve sürekli, aşırı hayranlık bekliyorlar.
- Kendilerinin üstün olduğuna inanırlar ve sadece kendileri kadar özel kişilerle görüşebilirler (örneğin, kliniğin başındaki kişi tarafından tedavi edilmeleri gerekir).
- Açıkça görülen başarılar olmasa bile üstün olarak tanınmayı bekleyin.
- Başarılarını ve yeteneklerini abartırlar.
- Başarı, güç, zekâ, güzellik veya mükemmel eş hakkındaki fantezilerle meşguldürler.
- Konuşmaları tekellerine alırlar ve kendilerinden aşağı veya tehdit olarak gördükleri insanları küçümserler.
- Beklentilerine/fikirlerine özel ilgi gösterilmesini ve sorgusuz sualsiz uyulmasını bekleyin.
- Başkalarının istediklerini elde etmek için onları kullanmak.
- Empati eksikliği.
- Başkalarını kıskanırlar ve başkalarının da kendilerini kıskandığına inanırlar.
- Kibirli veya gururlu bir tavır takınmak, kendini beğenmiş, övünen ve gösterişçi biri gibi görünmek.

Machine Translated by Google

Birçok yazar, bu özelliklerin derin güvensizlik ve utanç duygularını örtbas etmeye ve yaygın bir yetersizlik duygusunu uzak tutmaya hizmet ettiğine inanır. Bu görüşün haklılığı ne olursa olsun, aşırı öz saygı alışkanlık haline gelebilir ve "kişiliğe yerleşebilir", altındaki çalkantılı sulara dair çok az ipucu verebilir. Diğer hastalar ise karma özellikler gösterir ve ne büyüklenmelerinde ne de kırılganlıklarında istikrarlı değillerdir.

Bazı hastalar sürekli olarak kırılgandır; bu, deneyimi kırılgan narsisistik işlevin hakim olduğu, neredeyse amansızca utangaç, kaçıngan, muhtaç, aşırı tetikte ve başkalarının bakışlarına karşı hassas olabilen ve kırılgan öz saygısının başkalarından sürekli hayranlık takviyesine ihtiyaç duyan kişidir. MBT klinisyeni, tüm bu sunumlarda yetersiz zihinselleştirmenin ayırt edici özelliklerini kolayca bulacaktır. Psişik eşdeğerlik baskın olduğunda sosyal etkileşimler tehlikeli hale gelir ve eleştiri olarak yorumlanabilecek yorumlar, anında fiziksel gerçeklik kadar kalıcı ve değişmez olarak temsil edilir. Bunun sonucunda aşırı duyarlılığın ortaya çıkması pek de şaşırtıcı değildir. Aynı şekilde, psişik eşdeğerlikte, kişinin kendisini olağanüstü yeteneklere sahip olarak hayal etmesi, gerçekten sahip olmak kadar iyidir. Bu izlenim, elbette, teleolojik düşünme ve bireyin etrafındakileri, hayal edilen olağanüstü yeteneklerini doğrulayacak şekilde kendilerine karşı hareket etmeye organize etme yoluyla desteklenebilir. Taklit modu, fiziksel gerçekliğin normalde başkalarının gerçekte deneyimlediği şeyler hakkındaki düşünceler ve duygular üzerinde oluşturduğu bağı ortadan kaldırır; bu da başkalarının davranışlarında bunun için gereken olağan kanıt olmadan sevildiğimize, beğenildiğimize ve takdir edildiğimize dair iddialarda bulunulabileceği anlamına gelir.

Bu sunum, yetersiz zihinselleştirme açısından anlaşılması veya yorumlanması zor olmasa da, bu kitapta şimdiye kadar ele aldığımız tekniklerin doğrudan uygulanmasında zorluklar yaratmaktadır. Sunumun karmaşıklığı, klinisyen için bir dizi zorluk yaratmakta ve bu bölümün konusu olan MBT klinik modelinde bazı değişiklikler yapılmasını gerektirmektedir. Ancak, vurgulanması gereken en önemli nokta, MBT yapısının omurgasının aynı kalmasıdır: zihinselleştirmenin değerlendirilmesi, zihinselleştirmedeki uzun vadeli sorunlar açısından formülasyon, hastayı MBT modeline adapte etme, etkisiz zihinselleştirmeyi onarmayı amaçlayan bir müdahale süreci ve süreci uzun vadeli değişimi sağlama olasılığı en yüksek olan şekilde sonlandırma.

Değerlendirme ve Formülasyon Şaşırtıcı

olmayan bir şekilde, öz işlev ve diğer temsillerin değerlendirilmesi önceliklidir, ancak MBT değerlendirmesi ve formülasyonunun diğer tüm bileşenleri de gereklidir (bkz. Bölüm 4). MBT'nin şefkatli ve yargılayıcı olmayan duruşu, narsisistik işleyişin değerlendirilmesi sırasında mutlak bir gerekliliktir. Hastanın açıklamalarına güvenilirlik kazandırmak ve anlatılarını sorgulamaktan kaçınmak için sorgulama her yerde çerçevelenir. Yüksek idealleri ve kendilerine dair aşırı değer biçilmiş fikirleri olan bireylerin yardım istemesinin veya özellikle savunmasız hisseden ve başkalarından hayranlık bekleyen kişilerin yardım için başvurdukları kişi tarafından yanlış anlaşıldıklarını ve istenmediklerini hissetmelerinin ne kadar aşağılayıcı olduğunu hayal edin. Yaşanan utanca psişik eşdeğerliğin yoğunluğuyla verilen bir tepki, narsisizmin koruyucu zırhını harekete geçirerek terapiyi suya düşürebilir ve klinisyenin yetersizlik, yetersizlik ve işe uygun olmamakla suçlanmasına neden olabilir. Bu tür patlayıcı eleştiriler kolayca resmi şikayetlere, daha kıdemli ve deneyimli birini görme talebine ve benzeri durumlara yol açabilir.

Machine Translated by Google

Zaman alıcı sonuçlar, bunların hepsi yeterli klinisyen duyarlılığı ve çoğunlukla etkisiz zihinselleştirmenin komplikasyonlarının anlaşılmasıyla önlenebilir.

Hastayı değerlendirirken, klinisyen değerlendirmenin amaçları konusunda açıktır; yani, ayrıntılı bir zihinselleştirme profili geliştirmek ve bunun hastanın hayatını nasıl etkilediğini değerlendirmek. Zihinselleştirme teorisinin ilk yinelemelerinde, narsisistik ve sınırda işlevin gelişimsel kökenlerini karşılaştırma girişimleri olmuştur. Her iki durumda da, bakım verenin koşullu işaretli yansıtmasındaki dengesizlikten kaynaklanan gelişimsel bir hasar olduğu öne sürülmüştür. Sınırda işlevselliğe karşı hassasiyet, bakım verenin uyumlu ancak işaretsiz yansıtma sağlamasından kaynaklanmakta ve bu da dengesiz bir benliğe yol açmaktadır. Buna karşılık, narsisistik işlevsellikte bunun tersi geçerli olmuş, bakım verenin işaretli ancak uyumsuz yansıtma sağlaması, "ben-değil"/sahte benlik yapısına yol açmıştır [3]. Keşke yaşam ve gelişim bu kadar basit olsaydı!

Gelişimsel bakış açısı, değerlendirme sırasında klinisyenin hastanın sosyal aktivitesini inceleyerek, hastanın öznel deneyiminin başkalarının içsel zihin durumlarına yeterince belirgin ve koşullu tepkiler verip vermediğini anlaması gerektiğini hatırlatır. NPF'de, kişilerarası bağlamlarda deneyimledikleriyle sürekli olarak çelişen bir kişi bulma olasılığımız daha yüksektir. Öznel deneyimleriyle zayıf bir eşleşme gibi görünen koşulsuz veya tutarsız yansıma, kişide tepkinin kendisiyle ilgili olsa bile öznel (duygusal) benliğini tam veya doğru bir şekilde yansıtmadığı hissine yol açar. Bu eşleşmenin yokluğunda, kişi onaylanmamış hisseder ve öz saygıları özellikle düşükse, onaylanmamış hisseder. Bu nedenle tutarsızlık veya uyumsuzluk, boşluk duygusuna ve "gerçek" duygu durumlarının tanınmamasına neden olur ki bu da savunmasız narsisistik işlevin bir özelliğidir. Ayrıca, sosyal olarak etkileşimli dünyada izolasyona ve yalnızlığa da yol açar.

Bu uyumsuzluk, başkalarının yansıması olumlu olsa bile yaşanır. Esas olan, başkalarının yansımasının zamanlaması, değeri veya yoğunluğundaki içsel durum uyumsuzluğudur. Ebeveynin, kendine dair daha ayrıntılı bir değerlendirme yerine, koşulsuz aşırı değer vermesi de aynı etkiye sahip olabilir. Çocuk, başkalarından üstün, daha yetenekli, özel ve hak sahibi hissetme hakkına sahip olarak görülür. Ancak bu, ebeveynin çocuk hakkındaki inancıdır ve temellendirilmiş benlik duygusunun yerleştiği çocuğun anayasal benlik deneyimi olmak zorunda değildir. Bu nedenle, hisseden benlik görünmez kalır ve aşırı değer verilen ancak yanlış yansıtılan bir benlik deneyimine dayalı yabancı bir benlik gelişir (bkz. Bölüm 2). Bu deneyim, baskın hale gelebilir ve anayasal benlikten daha sağlam bir şekilde yerleşebilir.

Benlik ve Diğer Zihinselleştirme

Hastanın öz deneyimini ayrıntılı olarak anlatmasını sağlama süreci zor olabilir. Hastaların kendilerini nasıl gördüklerini tanımlamaları kolay bir iş değildir. Bu, "ben-kipi" zihinselleştirmesinin bir değerlendirmesidir. "Nasıl bir insansınız?" veya "Kendinizi başkalarına nasıl tanımlarsınız?" gibi doğrudan bir soru işe yarayabilir, ancak anlamlı olması için yeterli meta-bilişsel kapasite gerektirir. Kişilik özelliklerine örnekler eklemek yardımcı olabilir: "Başkalarıyla birlikteyken kendine güvenen biri misiniz yoksa çekingen misiniz?" ve ardından "Bir örnek verebilir misiniz?" Alternatif olarak, klinisyen hasta tarafından belirtilecek bir dizi tanımlayıcı içeren bir kişilik tanımlayıcı kelime tablosu kullanabilir veya hastadan tartışmayı odaklamak için yapılandırılmış bir anket doldurması istenebilir. Bazı hastalar için,

Machine Translated by Google

Başkalarının onları nasıl gördüğünü tarif etmelerini beklemek daha da kafa karıştırıcı olabilir. Bu, "ben-modunun" (kendini nesne olarak görme) zihinselleştirmesinin bir değerlendirmesidir. Başkalarının onları takdir etmediği veya kendilerini gördükleri gibi görmediği hissini dikkatlice dinleyin. Bu ayrıntılandırma, merak, öz-yansıtma ve belki de kendini küçümseyen bir kabullenme - "takdir edilmeden yaşamak ne demek!" - yerine huzursuzluk, hayal kırıklığı ve öfke yaratıyorsa, klinisyen altta yatan narsisistik işleyişi göz önünde bulundurmalıdır.

Narsistik Aktivasyon Bağlamı Bir hastanın

narsistik süreçlerin aktivasyonuna karşı hassasiyetlerini değerlendirmek, başkaları tarafından değer görmeyi beklediği ancak insanların beklenen şekilde tepki vermediği koşulların incelenmesini gerektirir. Bu tür tetikleyiciler genellikle ilişkiseldir, bu nedenle klinisyen özellikle farklı sosyal ve ilişkisel bağlamlar hakkında sorular sorar ve etkisiz zihinselleştirmenin hayal kırıklığı duygularına nasıl katkıda bulunduğuna dikkat eder.

Klinik Örnekler: Narsisizmin İlişkisel Aktivasyonu Onlara karşı

oldukça hassastınız ve yaptıklarınızı ve bunları ne kadar iyi yaptığınızı takdir etmediklerini fark ettiniz. Bana bundan biraz daha bahseder misiniz? Çabalarınızı takdir etmediklerini anlamanıza neden olan tepkilerinin ne olduğunu açıklayabilir misiniz? (İlişkisel aktivasyon.)

Adaletsizlikle mücadele etmek için çok zaman harcıyorsunuz ve doğrudan etkilenen kişi fark etmese bile bunun yaşandığını sıklıkla görüyorsunuz. Sömürücülerin gerçekte ne olduklarını ortaya çıkarmak ve yaptıklarının yanlış olduğunu göstermek istediğinizi söylüyorsunuz. Bu açıkça önemli, ama bu konudaki rolünüzü nasıl gördüğünüzü biraz anlatabilir misiniz?
(İlişkisel ve dolaylı zihinselleştirme; başkalarına üstünlük kurarak öz saygıyı şişirme.)

Birinin istismar edildiğini ve tepki vermediğini gördüğünüzde gerçekten çok üzülüyorsunuz. Başkaları için bu kadar çok dava açabilmeniz harika, ama bu sizi nasıl etkiliyor? (İlişkisel; kendi deneyiminizin diğer deneyimlerle örtüştüğü otomatik zihinselleştirme.)

Bana, gerçekten zor olduğunu bilmene rağmen bir şeyi başaramamanın seni sürekli rahatsız edebileceğini ve başarısız olduğunu hissetmeye başlayabileceğini söylüyorsun. Kendinle ilgili beklentilerini biraz inceleyelim. (Kendine dair beklentilerle harekete geçen ve gerçeklikle uyuşmayan savunmasız narsisizm.)

Etkisiz zihinselleştirmenin yarattığı diğer tetikleyiciler, günlük etkileşimin "nasıl"ı ile ilgili olabilir; örneğin, başkalarından algılanan eleştiriler, tartışmalar, karar alma süreçlerinin dışında bırakılma veya işte ya da sosyal ortamlarda önemli kişiler tarafından görmezden gelinme, kişinin kendisine karşı aşağılayıcı ve zararlı olarak yorumlanır. Hastanın zihinselleştirmesinin hangi noktalarda etkisiz olduğunu anlamak için etkileşim tarzının ayrıntılarına ihtiyaç duyulabilir. Klinisyenin çatışma ve hassas tepkiler hakkında araştırma yapması gerekir.

Bazen etkileşimlerdeki sorunlar daha inceliklidir. Akıcı günlük etkileşimlerde, konuşmalar kolayca ilerler ve katılımcıların diyalogları otomatik olarak birbiriyle hizalanır. Sıralar arasındaki boşluklar yalnızca milisaniyeler sürer; çünkü her katılımcı, diğerinin söylediklerinin tamamlanmasını genellikle şaşırtıcı bir doğrulukla tahmin eder. Bunu, beden hareketleri, jestler veya ses tonu gibi fiziksel ipuçlarını izleyerek zihinselleştirerek yaparlar - zihinselleştirmenin dışsal odağı - bu da onların yalnızca içeriğe bağlı kalmalarını değil, akışa ve

Machine Translated by Google

Modülasyon. Otomatik olarak zihinselleştirir ve içerikle bütünleşerek, kişinin söylediklerinin sonuna ne zaman geldiğini tahmin ederiz; odağımızı diğer kişiye odaklarken kendi içeriğimizi hazırlarız. Bu akıcı karşılıklı süreç, diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi NPF'de de bozulabilir. Bu modda, kişi başkalarının söz kesmelerine ve sorularına karşı aşırı duyarlıdır, ancak kendini izlemeyi başaramaz ve başkalarının kendisini sürekli dinlemesini bekler, ipuçlarını görmezden gelir ve diğer kişinin araya girmesi için çok az zaman tanır. Dışsal ipuçlarına aşırı duyarlı olabilirler ve bu da çok hızlı ve diğer kişi sözünü söylemeden önce tepki vermelerine neden olabilir. Etkisiz zihinselleştirmenin son yaygın yolu, karşılıklılığın olmaması ve iletişimde akıcı bir etkileşimin "dansının" kaybolmasıdır. Klinisyen, değerlendirme aşamasında etkileşimli diyalogda buna dikkat etmeli ve anlık etkileşimi yönetmek için reddedici stratejilerin aniden devreye girmesine dikkat etmelidir; örneğin, "Bunun zaten farkındayım", "Söylediklerinizde yeni bir şey yok"

"Ben buraya morina psikolojisi dinlemeye gelmedim" veya "Bu saçmalık".

Grandiose/Thick-Skinned'da Etkileşimli Stile Odaklanma Narsistik İşlev

Klinik Örnekler: Etkileşimli Üsluba Yönelik Yaklaşım Hmm.

Söylediklerimdeki hataları tespit etmekte gerçekten çok iyisin. Belki sen haklısın da ben haksızım, ama bana biraz yardım et; buraya nasıl geldiğimizi bana anlat.

Benimle ve başkalarıyla konuşurken görüşlerinden çok emin olduğun anlaşılıyor. Ama son meseleyi ele alalım. Bu konuda nasıl bu kadar emin olduğunu anlamama yardım et.

İyi bir tartışmadan hoşlanan biri olduğunuzu söyleyebilir misiniz? Arkadaşınızla yaşadığınız bir tartışmayı anlatır mısınız? İkiniz için de oldukça ilgi çekici olmuş gibi görünüyor.

İş yerinde, evde veya sosyal ortamlarda sık sık çatışmaya giriyor musunuz? En son ne zaman yaşadığınızı konuşalım.

Sizinle başkaları arasında gerginlik olduğunda ne olur? Devam edebiliyor musunuz? Başka şeylerle mi meşgul oluyorsunuz? Bazen bununla fazlaca meşgul oluyor musunuz?

Ya da daha da merak

uyandırıcı: Vay canına, birinin argümanındaki zayıflıkları hemen fark edebiliyorsun. Bazen güçlü yanlarını görebiliyor musun?

Narsistik Beklenti ve Hayal Kırıklığı Narsistik işlevlerdeki çöküş

potansiyel olarak son derece acı vericidir ve hastalar ilişkilerinin yürümediğini fark ettikleri için tedavi arayışına girebilirler. Örneğin, başarısızlıkları için başkalarını suçlayarak veya başkalarını hemen reddederek öz saygılarını destekleyemezlerse, bunaltıcı bir kişisel umutsuzluk duygusu ortaya çıkar. Zihinsel çöküş, Edward Arlington Robinson'ın şiirindeki Richard Cory'ninki gibi ani ve dramatik olabilir; herkes tarafından saygı duyulan ve "her incelikte hayranlık uyandıracak şekilde eğitilmiş" ve "her şey olduğunu düşünen, Keşke onun yerinde olsaydık diye düşündüren" [4]. Bir gece eve gitti ve "kafasına bir kurşun sıktı." Göründüğü gibi biri değildi ve başkalarının onu gördüğü gibi bir "ben"di ancak merkezi bir "ben"i yoktu.

"Ben", başkalarının tasvirleriyle tanımlanan benlik olan nesneye atıfta bulunur veya daha doğrusu bu tasvirler görülür ve hissedilir ancak "sanki" benmiş gibi deneyimlenir - "Ben" [5].

Machine Translated by Google

Tanımı gereği "ben" bağlama bağlıdır; sonuçta, değişime karşı değişmez olmaktan uzak olan yakın sosyal çevrenin bir işlevidir ve bu da "ben"in içinden kaynaklanan öz deneyimleri doğası gereği istikrarsız kılar. Diğer yaklaşımlar gibi, MBT de "ben"i "ben"den ayırır; ikincisi, ideal olarak, zihinselleştirme yoluyla kişiye ait duyusal bilgilerin birikmiş bütünleştirilmesi ve sentezinden kaynaklanan tutarlı bir temsildir. Zamanla bu, çevreleyen dünyayla sürekli ve istikrarlı bir temasla somutlaşmış bir kişilik duygusu yaratır. Doğa ve yetiştirmenin optimum kombinasyonları altında "ben" tutarlı, güçlü ve istikrarlıdır. Elbette baskın bir "ben" -bağlama bağlı bir öz deneyim- "ben" deneyimlerini kesinlikle gizleyebilir ve gölgede bırakabilir. “Ben”in bütünleşmesini tehlikeye atan koşullarda (örneğin genetik yatkınlık, olumsuzluk, yoksunluk) “ben”, öz-deneyimin birincil belirleyicisi haline gelir ve bireyi, Richard Cory örneğinde olduğu gibi, yalnız bırakır ve aniden varoluşunun boşluğuyla karşılaşır.

Narsistik işlevle ilişkili olarak bu ayrımı akılda tutmak klinik açıdan neden önemlidir? Bu bağlamda değerlendirme ve devam eden tedavi için çıkarılacak ders, riskteki ani değişikliklerin, "ben"leri giderek parçalanmış olarak deneyimlendikçe duygusal olarak giderek daha düzensiz ve talepkar hale gelebilecek BPD'li kişilerde daha tipik olan bariz uyarı işaretlerinden önce gelmeyebileceğidir. Narsistik işlevde, "ben" kişilerarası bağlamda (algılanan) değişikliklerle şok edici bir hızla 100'den sıfıra düşebilir.

MBT klinisyeninin, hastanın ilişki ihtiyacı kadar ilişkiden kaçınması hakkında da bir fikir edinmesi gerekir. Bunun için, hastanın hayatından kişisel beklentilerin karşılandığı ve karşılanmadığı durumlara dair örnekler incelenmelidir. Bu, narsisistik işlev zırhındaki çatlakları ve zayıflıkları ortaya çıkarabilir; bunların onarılması gereken fay hatları olup olmadığına karar vermesi gereken kişi hastadır. Kimsenin kendi zayıflıklarını fark etmesi kolay değildir, bu nedenle zayıflıkları "olağanüstü hassasiyetler" olarak nitelendirmek en iyisidir; böylece odaklanma hastanın öz saygısını zedelemez.

Hassas ve ince derili narsisistik işlev gösteren bireyler, çoğu kişiden daha fazla, empatik olarak onaylandıklarını hissettiklerinde daha iyi etkileşim kurabilir ve doğrudan meydan okunduklarında olduğundan daha fazla epistemik öğrenme kanalı açabilirler. Buna karşılık, kalın derili ve gösterişli narsisistik işlevlerde empatik onayın çok az etkisi olacaktır çünkü birey başkalarına karşı duyarsızdır ve kendisini izole eden bir öz-önem balonu yaratmıştır. Bu durumdaki bireyler, başkalarının zihinsel durumlarını duygusal olarak anlamalarına çok az ihtiyaç duyarlar ve yakın sosyal bağlamlarından bağımsız olarak öz saygılarını güçlendirmek için bilişsel işleme sistemlerini aşırı kullanmış olabilirler.

İnce Derili Narsisizm'de Öz Beklenti ve Öz Değersizlik Kavramının İnce derili narsisistler

zihinsel destek ve yapıya ihtiyaç duyarlar.

Bunu yapmanın birçok yolu vardır ve MBT klinisyeni yine içerikle birlikte stil ve süreci de ele almaya çalışır: "nasıl ve neyle".

Klinik Örnekler: "Nasıl ile Ne"

Şu anda kendinizi biraz küçümsüyor gibisiniz. Bu bağlamda kendinizden ne gibi beklentileriniz var? Bunların nereden kaynaklandığını düşünüyorsunuz?

Machine Translated by Google

Bana bu hikayeyi anlattığında sanki bunu yapman gerektiğine inanıyormuşsun gibi konuşuyordun. daha iyi. Bana umduğun kadar iyi iş çıkardığın bir zamandan bahset.

Tepkilerinden oldukça memnun görünüyorsun. Bunu bekliyor muydun? Kendin hakkındaki hislerini etkiledi mi?

Vay canına! Seni takdir etmiş gibi görünüyorlar. Bu seni nasıl etkiledi?

İnsanların, özellikle de söyledikleri şey sizin hakkınızdaysa, nasıl söylediklerini anlamak için gerçekten hassas antenleriniz var. Bir şeyleri bu kadar çabuk kavramak oldukça zor. Ama belki de göründüğünüz kadar emin değilsinizdir, çünkü o zaman zihninizde tekrar tekrar düşünüp onları çözmeye çalışıyorsunuz. Neler olduğunu ve bu kesinliğinizin nasıl şüpheye dönüştüğünü bana anlatabilir misiniz?

Narsisizm ve Bağlanma Stratejileri

Genel MBT modeline uygun olarak, klinisyen hastanın ilişkilerinde sıklıkla aktive olan genel bağlanma stratejilerini inceler. Bağlanma süreçlerinin aşırı aktif olduğu Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun (BPD) aksine, ağırlıklı olarak narsisistik işleve sahip bireyler "ilişkiler hakkında sohbet"i göz ardı edebilir ve önceki bağlanma deneyimlerini, örneğin ebeveynleriyle yaşadıklarını aktif olarak küçümseyebilir: "Annem hiç kimse değildi. Cenazesine bu kadar çok insanın gelmesi şaşırtıcı;"
"Babam hiçbir şeyi düzgün bir şekilde tamamlayamadı ve ben de kısa sürede onun bana destek olma yeteneğini aştım." Bağlanmanın hipoaktivasyonu, tıpkı hastanın hayatındaki diğer kişilerle olduğu gibi, klinisyenin de şefkatle, terapötik ve empatik bir şekilde etkileşim kurmasını zorlaştırır. Narsisistik işleve sahip bireyler, klinisyen de dahil olmak üzere, içsel durumlarını başkalarıyla paylaşmak istemezler. Özgüven, ihtiyaç ve bağımlılıktan daha önceliklidir. Genellikle eleştiriye veya takdir eksikliğine tepki olarak aktive olan reddedici ve ikincil kaçınmacı bağlanma süreçleri, genellikle narsisistik işlevle ilişkilendirilir ve bu, ilişkiler incelendiğinde belirginleşir. Hastanın söylemde kısa bir süre içinde bir ilişki hakkında zıt zihin durumları göstermesiyle, düzensizlik unsurları da olabilir. Yansıtıcı izlemedeki eksiklikler, çelişkilerin fark edilmemesine neden olur. Klinikçinin anlatının tutarlılığı hakkında sorular sorması, hastanın sinirlenmesine ve hatta tutarsızlığını haklı çıkarmak için "Dinlemedin. Söylediklerim..." demesine yol açabilir. Daha düşünceli hastalar daha fazla sorumluluk alıp "Gerçekten mi? Öyleyse neden öyle söylediğimi merak ediyorum," diyebilir, ancak sonra yapmacık bir tavır takınabilir: "Belki de zihnim, anlattığım ilişkinin farklı bir aşamasındaydı."

Hastayla yapılan seanslarda ilişkiler detaylandırıldıkça ve etkileşimler incelendikçe, stratejileri narsistik işlevin bir parçası olarak görmezden gelmeye yönelik daha fazla kanıt ortaya çıkabilir (ayrıca bkz. Kutu 6.2).

Kutu 6.2 Kayıtsız bağlanma stratejilerinde nelere dikkat edilmelidir?

Bağımlılığın inkar edilmesi ve yardıma olan ihtiyacın azalması - hasta, "sadece bazı şeyleri açıklığa kavuşturmak için" birkaç seansa ihtiyaç duyduğunu ileri sürer.
Siyah-beyaz düşünme: Bazı ilişkilerin küçümsenmesi, bazılarının ise idealleştirilmesi.
Kişisel güçlü yönlere ve başarılara aşırı vurgu.
İlişkinin tasvirinde tutarsızlık ve ayrıntı eksikliği: "O benim en yakın arkadaşımdı." "Onunla konuşamadım."

Machine Translated by Google

Kutu 6.2 (devamı)

Hastanın kendi bakış açılarıyla uyuşmayan klinisyen bakış açılarının reddedilmesi.

Klinikçinin doğrudan küçümsenmesi: "Siz profesör müsünüz? Sizi görmek için bu kadar zaman bekledim ve karşımda bu saçmalık var. Bu mu? Profesör mü? Şaka yapıyor olmalısınız."

Değerlendirme Sürecinin Sonucu

Temel modele uygun olarak (bkz. Bölüm 4), tüm bilgiler, hastanın zihinselleştirme profilinin, etkisiz zihinselleştirme biçimlerinin kullanımının ve hem sorunlu hem de etkili ilişkisel süreçlerin tanımlarının kişiselleştirilmiş ve yargılayıcı olmayan bir özeti olarak yazılan bir MBT formülasyonuna entegre edilir. En önemlisi, klinisyen ve hasta, tedavinin amaçları konusunda ayrıntılı olarak anlaşır ve üzerinde anlaşılan öncelikleri belirler.

Klinik Örnek: James James

27 yaşında ve şu anda işsiz. En son çalıştığı işveren tarafından, belirli bir çalışmanın yetersiz olduğunu ve revizyona ihtiyaç duyduğunu öne süren bir üst yöneticisine karşı hakaret ve tehdit edici davranışlarda bulunduğu gerekçesiyle işten çıkarıldı.

Başkaları tarafından hayal kırıklığına uğradığını ve "patronu gibi aptallara tahammül edemediğini" ve başını belaya sokan şeyin bu olduğunu söyleyerek şikayette bulundu. MBT hakkında okumuştu ve bunun kendisi için faydalı olma olasılığını araştırmayı düşündü.

Değerlendirme görüşmesine, klinisyene nitelikleri, eğitim seviyesi ve uzmanlık alanı hakkında sorular sorarak başladı. Klinisyen, eğitimi ve uzmanlığı konusunda tamamen açıktı. James dikkatle dinledi ve sonunda "Şimdilik kararımı saklı tutuyorum," diyerek yanıt verdi.

KLİNİSYEN: Peki, bana kendinizden bahseder misiniz?

JAMES: Yardım etmenin zor olacağının farkındayım ve hem kendi psikolojim hem de başkalarının psikolojisi hakkında kapsamlı bir anlayışa sahip olduğum için yeni başlayan biri yerine bir uzmana ihtiyacım olduğunu düşünüyorum.

KLİNİSYEN: Evet, o zaman bana psikolojinizi anladığınız şekilde anlatın ki, ayağa kalkabileyim.

Kendinizi nasıl gördüğünüz konusunda hızlanmak için.

Klinikçi, tehdit oluşturmamak için kendini eğitimli bir konuma yerleştirir. James'in kibri, işvereninin eleştirilerine verdiği tepkiden de anlaşılacağı gibi, kolayca uyandırılabilen bir zaafı örtbas ediyor olabilir. İlk değerlendirme, yerleşik NPF ile yüzleşme zamanı değildir. Zihinsel zaafları ve hastanın hassas derili zaafları ile kalın derili zırhı arasındaki dengeyi değerlendirme zamanıdır.

JAMES: Aslında her şey yetiştirilme tarzım ve okul hayatımla başladı.

James, ebeveyn ilişkileri ve ergenlik dönemindeki arkadaşlıkları hakkında kapsamlı bir raporla devam etti; bunların hepsi onun için önemsiz olarak nitelendirildi. Klinisyenin yanıtları, MBT'nin bilgisiz duruşunu kullanarak keşifseldi, ancak James'in anlatısına meydan okumamak için açıklamalarına güvenilirlik kazandıracak şekilde çerçevelenmişti. Ortak hedefler belirlenecekse, bir ittifak kurmak en önemli ilk adımdır ve bunun temel unsuru, hastanın klinisyenin olayları kendi bakış açısından görmeye çalıştığını hissetmesidir.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Karşılaştığımız zorluklardan biri, sizin yeteneklerinize sahip olmayan ancak birlikte çalışmak zorunda olduğunuz kişileri nasıl yöneteceğinizi belirlemek. Bunu not edeceğim ki daha sonra konuya geri dönebilelim.

KLİNİSYEN: Sosyal çevrenizdeki ve özellikle yakın olduğunuz insanlarla nasıl geçiniyorsunuz?

JAMES: Ne kadar zamanın var? Bu karmaşık ve ilginç bir hikaye.

KLİNİSYEN: Zaman ayırıp bir sonraki görüşmemizde tekrar ele alabiliriz.

Klinikçi yine destekleyici ve ilgili davranıyor ve James'in kendisi ve hayatı hakkındaki bakış açısını hiçbir şekilde küçümsememeye dikkat ediyor.

Bir sonraki seanstan sonra klinisyen James'e tedavi hakkında aynı resmi oluşturduklarından emin olmak için bir şeyler yazacağını söyledi.

KLİNİSYEN: Sanırım yapmamız gereken iş konusunda aynı fikirde olup olmadığımızı görmek için bir şeyler yazmanın zamanı geldi. Bunu ilk ben yapacağım, böylece siz de düşünüp nerede doğru, nerede yanlış yaptığımı bana bildirebilirsiniz. MBT formatını takip edeceğim, böylece MBT'nin sizin için doğru yol olup olmadığına karar verebilirsiniz.

Sonraki hafta, klinisyen MBT formatına uygun klinik özeti inceledi. James'in karmaşık öyküsünü ve bazı zayıf yönlerini, yeteneklerini ve başarılarını çok kısa bir şekilde özetledi. Burada, formülasyonun James'in zihinselleştirme boyutlarını kullanımıyla ilgili bölümleri raporlanmakta ve ilişki tarzına ve terapide ortaya çıkabilecek sorunlara odaklanılmaktadır.

Klinik Örnek: James'in Formülasyonundan Alıntılar

Zihinselleştirme

Kendiniz ve Başkalarının
Deneyimleri Bana kendinizi nasıl gördüğünüzü ve şeyleri başkalarından daha hızlı görme veya anlama yeteneğinizi anlattınız ve bir dereceye kadar bu psikolojik anlayışınız için de geçerli. Başkalarının sizi nasıl gördüğüne karşı çok hassassınız ve size nasıl davrandıklarına oldukça dikkat ediyorsunuz. Özellikle insanların size yeterince saygı duymadığı durumlara dair birçok örnek verdiniz. Bunu fark ettiğinizde ve buna karşı oldukça tetikte olduğunuzda, oldukça hızlı bir şekilde öfkelenebilirsiniz. Bu durum yakın zamanda iş yerinizde oldu. Olanlardan dolayı onları suçluyorsunuz ve bu tür yanlış anlamalarla nasıl başa çıktığınızı konuştuk. Sebep ne olursa olsun, başkalarının sizi sizin kendinizi gördüğünüzden farklı gördüğü durumun acı verici olduğu ve bu durumları sadece öfkelenmektense daha iyi yönetebilmek istediğiniz konusunda hemfikir olduk.

Belki de çalışmamızda, başkalarının sizi sizin kendinizi gördüğünüz gibi görmemesine karşı duyarlılığınıza odaklanabiliriz. Yani, öncelikle kendi öz deneyiminizi ele alabiliriz. Bu nedenle, gerçekliğiniz ve kendinize dair algınız ile başkalarının sizin hakkınızdaki izlenimleri arasında nasıl uyumsuzluklar oluştuğu (insanların sizi neden yanlış yorumlayabildiği) hakkında daha fazla soru sorabilirim. Ayrıca, insanları nasıl gördüğünüzü ve bazen de onların size ve sizin hakkınızda sunduklarını bu kadar net göremediğiniz zamanlar olup olmadığını da inceleyebilirim. Tüm bunlar, kendinizi nasıl gördüğünüz ile başkalarının sizi nasıl görme eğiliminde olduğu arasındaki farklarla başa çıkmanıza yardımcı olacaktır.

Machine Translated by Google

Bilişsel ve Duygusal İşlev: Meslekleriniz
olmamasına rağmen, psikoloji ve felsefe hakkında alışılmadık derecede bilgilisiniz ve sorunları çözmeye net bir şekilde odaklanabiliyorsunuz. Neredeyse her durumda nasıl hissettiğiniz hakkında düşünmenin ve konuşmanın sizin için daha zor olduğu konusunda hemfikirdik ve duyguları görmezden gelme, onları zayıf ve gereksiz görme eğiliminde olduğunuzu öne sürdüm.

Belki de birlikte çalışırken, sorunları analiz etmede olduğu kadar kendi ve başkalarının duygularını da tanımlamada iyi olduğunuzdan emin olmalıyız. Bu yüzden belki de "içerik" hakkında konuştuğumuzda, bunun yanı sıra öznel duygularınızdan da bahsedeceğiz. Düşündüğünüzden ziyade neyin farkındasınız?

Otomatik ve Kontrollü İşleme Kontrolünüzün
olmadığını hissettiğiniz durumları zorlayıcı bulduğunuz konusunda hemfikiriz.
Nerede olursanız olun ve kiminle olursanız olun, size atıfta bulunabilecek yorumları dikkatlice dinlersiniz ve bu yorumların ilişki üzerindeki etkilerini anlamak için çok çalışırsınız. Bu konuda inanılmaz derecede düşünceli olsanız da, tüm bu düşünceler etkileşime rahatça girmenizi zorlaştırır. İşleri yoluna koymak, spontane olmanızı engelleyebilir, ancak buna da çok değer verirsiniz. Benimle birlikteyken, sizi takdir ettiğimi mi yoksa eleştirdiğimi mi gösterdiğimi sürekli olarak zihninizde gözlemlediğinizi belirttiniz. Bunun hiperzihinselleştirme, yani aşırı düşünme olduğunu kısaca belirttim. Bu fikri ilginç buldunuz ama ne yapacağınızdan emin değildiniz.

Birlikte çalışmamızda, ikimizin de çok fazla düşünmeye ve aşırı düşünmeye dikkat etmemiz gerekecek. Başkalarıyla birlikteyken yeterince yaşamak.

Kendiniz hakkında düşünmeye ve kendi deneyimlerinize odaklanmaya çok zaman harcıyorsunuz ve profesyonel dünyanızda önemli olduğunuzu hissetmenin haklı keyfini çıkarıyorsunuz. Ancak, başkalarının sizi nasıl gördüğüyle meşgul olduğunuzda bu daha az faydalı oluyor.

Birlikte çalışırken, kendi dünyamıza ne kadar odaklandığımız ve başkalarının dünyalarını sizinkinden ne kadar farklı gördüğümüz konusunda bir gerginlik yaşayacaksınız. Bu farklılıklar, içinizde öfkeli ve tepkisel olmanıza yol açan bir gerginliğe neden olabilir. Bunun kaçınılmaz olduğunu düşünseniz de, ikimiz de alternatif yönetim yolları bulmanın daha iyi olacağını görebiliyoruz.

Son olarak, beyninizin aşırı hızlanıp "tramvay gibi" ve belirli bir çizgide sabitlenebileceğini fark ettik - "insanlar beni takdir etmiyor" ve "nasıl oluyor da bu kadar çok aptalla aynı kafada takılıyorum?" gibi birkaç örnek vardı. Ben bunun "tramvay kazası" modu olduğunu öne sürdüm, çünkü buna "psişik eşdeğerlik modu" demek gereksiz yere jargonculuk olur.

Birlikte çalışırken, tramvay kazası modunda olduğunuzda, kazayı önlemek için harekete geçmeniz anlaşılır bir durumdur. Tramvaya neyin yol açtığını çok daha detaylı bir şekilde öğrenmemiz gerekiyor.
Eğer kaçınılacaksa çarpışma modu.

İlişkiler: Kontrolün
sizde olduğu ilişkilere olan tercihinizi açıkça dile getirdiniz.
En son ilişkiniz, başa çıkmakta zorlandığınız Amanda ileydi; başkalarının önünde sizinle sık sık fikir ayrılığına düşüyordu ve bu kabul edilemez geliyordu. Onun size göre olmadığına karar verdiniz ve onu arayıp ilişkiyi bitirdiğinizi ve bir daha görüşmeyeceğinizi söyleyerek ilişkiyi bitirdiniz. Konuyu görüşmek için sizinle iletişime geçmeye çalıştığında, onu "gizlice" terk ettiniz.

Bu, terapimiz için zor olabilir. Terapi sırasında seninle aynı fikirde olmayabilirim ve bu da senin benimle olan ilişkini bitirmek istemene yol açabilir.

Machine Translated by Google

Zaten beni takip edip işe uygun olup olmadığımı kontrol ettiğinizi söylemiştim, ikimizin de olaylara farklı bakması zaman zaman gerginlik yaratabilir. Belki de çok aptal olduğuma ve benimle görüşmeye değmeyeceğine karar verebilirsiniz. Bir gün beni arayıp bitirdiğinizi söylerseniz çok yazık olur. Sizden tüm yıl boyunca seanslara katılmanızı istemiyorum, ama belki de terapi öncesi bir anlaşma yapabiliriz; eğer böyle bir şey olursa, olanları gözden geçirmek için iki seans yapacağız. Bu anlaşmayı en baştan yapmak isterim.

Narsistik Kişilik İşlevinde Seans Odaklılık ve Müdahale: Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarının

tedavisi için açıklanan temel MBT modelinde, MBT-NPD/NPF'de mütevazı değişiklikler önerilmektedir. Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastalarında, duygusal düzensizlik ve bağlanma sisteminin aşırı aktivasyonu ile öz işlev dengesizliğinin yönetimine önemli ölçüde odaklanılır. MBT'de görkemli narsistik işlevle başa çıkarken, bir ittifak kurmaya, öz yapının katılığını ve başkalarının benlikle ilişkili formüle dayalı temsilini incelemeye ve bağlanma ilişkilerinin aşağılanmasını keşfetmeye daha fazla odaklanılır. Daha savunmasız narsisizmi olan hastalarda, ilişkinin öz-onaylayıcı ihtiyaçlarına önemli ölçüde odaklanılmalı ve sık sık empatik doğrulama yapılmalıdır. Bu durumdaki tehlike, bağımlılığın yerleşmesi ve bitmek bilmeyen bir tedavi sürecidir. Bu durum, zaman sınırlı tedavi ve empatik-destekleyici müdahalelerden, meydan okuma ve ilişkisel bir odağa doğru kademeli bir geçişle önlenebilir.

Narsisistik işlev karışımı ne olursa olsun, MBT önceliği güvenlik olan ("zarar verme") bir yaklaşımı ve iatrojenik müdahalelerden kaçınmayı teşvik eder (MBT-NPD'deki müdahalelerin bir özeti için Kutu 6.3'e bakın). MBT-NPD, bu durumda büyük ölçüde öz temsillerin ve daha sonra öz-nesne temsillerinin temelini oluşturan zihinsel durumlara odaklanan, zihinsel durum temsillerini güçlendirmeye yönelik olağan MBT odağını korur. İlke, öncelikle hastaların "ben-kipi" işlevinin yararlılığı ve gücü hakkında netlik sağlamak ve kendileriyle ilgili deneyimlerini herhangi bir zorluk yaşamadan empatik olarak doğrulamaktır. Esasen bu, "ben"in tutarlılığını artırmaya odaklanan meta-bilişsel, öz-yansıtıcı bir süreçtir. Terapötik ittifak sağlamlaştığında, başkalarını birinci dereceden zihinselleştirme ve "başkalarının beni nasıl gördüğü" sorusunu ele alan kişisel ikinci derece temsil sistemlerinin bir kombinasyonu olan "ben-kipi", tedavinin odak noktası haline gelir. Hastanın başkaları tarafından görülmeyi nasıl deneyimlediği, her iki NPF türü için de kilit öneme sahiptir ve diğerinin etkili bir şekilde zihinselleştirilmesi, bazı zorluklarla karşılaşılmadan tam olarak ele alınamayabilecek bu kapasitenin temelinde yatar. Bunu, "biz-modunda", yani ilişkisel zihinselleştirmede daha ayrıntılı bir çalışma kurma girişimleri izler.

Kutu 6.3 MBT-NPD Özeti.

Değerlendirme ve Formülasyon

- Kendini ve başkalarını zihinselleştirme - detaylı, öz imaj ve öz saygıya odaklı.
- Narsistik aktivasyonun bağlamını keşfetmek.
- Narsistik beklentiler ve hayal kırıklıkları.
- Narsistik bağlanma stratejileri.

Machine Translated by Google

Kutu 6.3 (devamı)

Müdahale: “Ben Modu”ndan “Ben Modu”na ve “Biz Modu”na

Hassas Narsisizm “Ben-moduna” yönelik empatik doğrulama ve destek.
Duygulara odaklanma (baskın olmayan tema) - hastanın korkuları ve klinisyenin kaygıları, “ben-moduna” ve “biz-moduna” odaklanmak için bir adım olarak kullanılır.
İlişkisel zihinselleştirme - kaygılı bağımlılığın tespiti.
Karşı-ilişkisel zihinselleştirme - aşırı destekleyici/koruyucu tepkileri yönetme.
Meydan okuma—kırılgan “ben” bağlamında buna dikkat edin.

Görkemli/Kalın Derili Narsisizm
“Ben-modunun” empatik olarak doğrulanması ancak savunmasız narsisizme göre daha az destek.
“Ben modu”nu hedefleyen duygusal anlatılar.
Etki odağı: Hastanın katılığı ve kibri ve bunların terapötik çalışmaya nasıl müdahale ettiği.

İlişkisel zihinselleştirme - küçümseyici bağlanma stratejilerinin belirlenmesi.
Karşı-ilişkisel zihinselleştirme: Sorunlu tepkileri açıkça tanımlama ve tartışma yoluyla yönetme.

Meydan okuma—ani, güçlü, şakacı ve doğrudan.

Narsisizmi Destekleyerek Bir İttifak Kurmak James'in

formülasyonunun tonu oldukça destekleyicidir ve formülasyonun ifade tarzı, kendisinden biraz aşağı bir dünyayı nasıl yönettiği üzerine bir çalışma önererek, onun kendini yüceltmesinin yapıcı yönlerini ele almaya çalışır. Klinisyenin, hastanın öz değerlendirmesinin doğru yönlerini bulması ve böylece olaylara hastanın bakış açısından bakabilmesi önemlidir. Çalışma ittifakını kabul ederek terapötik bir ittifak kurmak mümkün olabilir, ancak ilişkisel ittifak ancak hastanın klinisyeni kendisine dayatmada bulunan biri olarak değil, yanında biri olarak deneyimlemesiyle ortaya çıkabilir. Bu nedenle empatik doğrulama, MBT-NPD'de önemli bir müdahaledir.

Hastanın, başkalarının zihin durumlarını psişik eşdeğerlik dışında (bildiği varsayılarak) anlamlı bir şekilde değerlendirmesini sağlamak için herhangi bir girişimde bulunulmadan önce, öz keşif gereklidir. Bu, hastanın neden başkalarının davrandığı gibi davrandığını düşündüğünü sormak isteyebilecek klinisyen için sorunlu olabilir; ancak hastanın bu konuda hiçbir merakı veya ilgisi olmadığını (çünkü bildiklerine ikna olmuşlardır) görebilir. Ayrıca, klinisyen güçlü narsisistik özelliklere sahip bir kişiden hoşlanmakta zorlanabilir ve hatta oldukça hızlı bir şekilde onlara karşı düşmanca davranabilir, onları katlanılmaz ve kibirli olarak görebilir. Terapide bu tür dinamik tepkilerle çok erken çalışmak, kırılgan bir ittifakı bozacaktır. Bu nedenle, karşıt-ilişkisel tepkiselliğin kullanımı, tedavinin ilerleyen dönemlerinde daha baskın bir özellik haline gelir (bkz. bu bölüm: Karşıt-İlişkisel Zihinselleştirme).

Benlik Yapısı ve İlişkisel Etkiyi Araştırmak James ile

yapılan işbirlikçi klinik anlaşmada, deneyimsel bir benliğin keşfi vurgulanmaktadır. James, kendisiyle ilgili duygu ve inançları üzerine bir değerlendirme yapılacağını kabul etmiştir. Bu konuya odaklanmanın en basit yolu, tek bir örnek almaktır.

Machine Translated by Google

James'in kendi deneyimi ile başkalarının ona davranış biçimleri arasında açık bir uyumsuzluk olduğu, ayrıntılı bir resim oluşturulduğu, farklılıkların belirlendiği ve etkileşimin daha geniş bağlamdaki etki ve izlenimlerinin yansıtıldığı bölüm.

Klinik Örnek: Deneyimsel Benliğin Keşfi Klinisyen ve James, James'in işini kaybetmesine yol açan en son "olayı" ele almaya karar verirler. Başlangıçta tartışma, James'in olay sırasındaki deneyimiyle ilgilidir. Daha sonra bu, James'in şu anki kendisi hakkındaki hislerine de genişletilmelidir.

JAMES: Zekam keskindir ve bu beni işyerindeki insanlardan ayıran en önemli şeydir. Aptaldılar. Onlara faydalıydım, ta ki onlardan daha üstün olduğumu anlayana kadar. Bundan hoşlanmadılar çünkü bu onların gerçekte kim olduklarını gösteriyordu.

KLİNİSYEN: Bunlar nelerdir?

JAMES: Muppet'lar.

KLİNİSYEN: Bir grup kuklayla çalışmak sizin için nasıl bir deneyimdi ve bu konuda ne düşünüyorsunuz? şimdi mi?

JAMES: Haklı çıktım. Artık devam etme zamanımın geldiğini hissediyorum.

KLİNİSYEN: Haklı mı çıktı? Hangi açıdan?

JAMES: Ben onlardan daha üstündüm ama onlar bunu fark etmediler.

KLİNİSYEN: Şimdi bunu söylerken canlanan bir duygu var mı?

JAMES: Açıkçası tepki verme biçimlerine öfkeliyim, çünkü benim durumumda yanlış bir şey yoktu. İşe gittim ve ofisteki herkesin önünde beni azarladılar.

Şimdi klinisyenin James'in duygusal deneyimi üzerinde daha kararlı bir şekilde çalışması gerekiyor. James, bir kırılganlık noktasından bahsediyor.

KLİNİSYEN: Bunun başkalarının önünde yapılması önemli miydi?

JAMES: Evet. Birine kişisel bir şey söylemek istiyorsan, bunu onun önünde yapmamalısın. diğer insanların.

KLİNİSYEN: Siz buna ne diyorsunuz?

JAMES: Beni küçük düşürmek içindi. Bu yüzden dışarı çıktım.

KLİNİSYEN: Vay canına, bu çok acı verici. Sen de aynısını mı hissettin?

JAMES: Kesinlikle. Sen yapmaz mıydın?

Klinisyenin şimdi odaklanması ve James'in utanç ve aşağılanma duygusuyla aniden karşılaşmasını yakalaması gerekiyor. Bu duygu, James'i geri çekilmeye ve katı ve savunmacı (ama nihayetinde sürdürülemez) üstünlüğüne olan inancını güçlendirmeye itiyor. Zihinselleştirilmemiş utanç deneyimi (psişik eşdeğerliğin getirdiği yoğunlukta deneyimlenen), James'i başkalarıyla gerçek etkileşimden çekilmeye zorladı; bu da aksi takdirde kendisine dair kırılgan ve abartılı görüşünü yumuşatabilirdi. Hak edilmemiş aşağılanma duygusuyla ilgili zihinselleştirme ve empatiyi güçlendirmek, klinisyenin bu aşamada gidebileceği en ileri noktadır. Bu deneyim, James'in açık narsisistik sunumunun bir itici gücü olabilir, ancak elbette bunu ifşa etmek bile o anda kendi başına bir aşağılanma olabilir. İşte bu nedenle MBT klinisyeni hemen empatik bir pozisyona geri döner.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Evet, yapardım. Özellikle de sizi olduğunuzdan tam tersi olarak gördüklerinde.
O kadar teşhir edilmiş olma hissi çok zor.

JAMES: Hâlâ aptalca suçlayıcı ve küçümseyici bakışlarını bana bakarken görebiliyorum. Buna dayanamadım. Sadece...
dışarı çıktı.

KLİNİSYEN: Dışarı çıkmak size nasıl hissettirdi?

JAMES: Daha iyi, ama sonra geri dönemedim. Ne yapacağımı bilemedim, bu yüzden çıktım.

Bu seansın sonuna doğru, klinisyen ve hasta öğrenilenleri özetler ve keşif, James'in karşılaştığı mücadeleyi daha iyi anlamamızı sağladıkça formülasyonu daha da geliştirir: "Sanırım burada öğrendiğimiz şey, sizi olumsuz yargılayan insanlarla karşılaştığınızda doğal olarak incinmiş ve öfkeli hissettiğinizdir. Ancak başkalarının önünde kendinizi açığa çıkmış hissederseniz, bu acı daha da artar. Sonra mecazi ve fiziksel olarak 'çekip gidersiniz.' Elbette, o zaman kendi başınıza kalırsınız ve o inanılmaz öz yeterliliğinizle yüzleşirsiniz. Bu harika, ancak onların suçlayıcı küçümsemesini geride bırakırken, aynı zamanda yüzlerinin görüntüsüyle baş başa kalırsınız ve bu da belki de kendiniz hakkında iyi hissetmenizi zorlaştırır. Öz yeterliliğin buna göre ne kadar iyi işlediğini, tüm bunlar hakkında daha fazla konuşurken aklımızda tutmamız gereken bir şey." Bu, gelecekteki seanslara odaklanmamıza yardımcı olur.

İlişkisel Zihinselleştirme: “Ben Modu”ndan “Ben Modu”na ve “Biz Modu”na

Müdahalede zaman içinde meydana gelen değişiklikler açısından, hastanın mevcut hayatındaki ve terapideki ilişkilerinin dinamiklerinin araştırılması, ancak hasta klinisyen tarafından saygı duyulduğunu ve onaylandığını hissettiğinde meyve verebilir. Bu nedenle, MBT-NPD'nin herhangi bir noktasında klinisyen tarafından herhangi bir seansta izlenen yapı, empatik onaylama ve öncelikle zihinselleştirme sürecini yönetme adım adım prosedürünü izlemeye devam eder. Ancak öz-zihinsel meta-biliş istikrarlı olduğunda, klinisyen hastanın ilişkileri ve bu ilişkilerin hastanın hayatındaki işleyişi üzerinde çalışmayı düşünür.

Narsisistik işleyişte önemli olan, terapötik karşılaşmada "ben-modunu" sabitlemek (öncelikle olayları hastanın bakış açısından görmek) üzerinde çalışmak, tedavide gerekli bir ilk adımdır. Hastanın bakış açısının klinisyen tarafından empatik bir şekilde benimsenmesi, zihinsel durumlar açısından dünyaya dair anlayışlarını netleştirmeye ve güçlendirmeye yardımcı olur; bu, önemli bir çarpıtmaya yol açsa bile. Ardından, "ben-modunun" işleyişinin zayıflıkları ve zorlukları -başkalarının beni nasıl gördüğünü gördüğüm (başkaları tarafından nasıl görüldüğüm)- hassas bir sorgulamanın konusu haline gelir. Etkili bir şekilde zihinselleştirilmiş kişisel ikinci derece temsil, kişinin kendini başkalarının gözünden görmesini gerektirir ki bu da açıkça riskler ve tehlikeler taşır. Bu çalışma ivme kazandığında, "biz-modunun" ilişkisel odağına geçilebilir -benlik ve ötekinin zihinsel durumlarının, bu durumda benlikle ilişkili olanların, ortak niyet ruhuyla bir araya getirilmesi. Bu, klinisyenin ve hastanın aynı bütünü (aynı kişinin sadece seçilmiş kısımlarını değil) görmesini gerektirir; Kişinin kendi kendini anlaması ve bir başkasını anlaması, klinisyenin hastaya birlikte odaklandıkları konu veya konularda yardımcı olma ortak niyetiyle, kişi etrafında tamamen örtüşür. Bu nedenle, MBT-NPD'de zaman içinde tedavi süreci şu şekildedir: 1. ilk seanslar - "ben-modunu" sabitlemeye odaklanma 2. orta seanslar - "ben-moduna" vurgu, ardından "biz-moduna" dönüşme 3. sonraki seanslar - "biz-modunun" pekiştirilmesi ve genelleştirilmesi.

Machine Translated by Google

Elbette bu şematik yaklaşım sadece şematiktir. Pratikte, klinisyen ve hasta bu üç keşif ve odaklanma alanı arasında gidip gelecektir. Ancak, başlangıçtaki seansların meta-bilişsel "ben-moduna" odaklandığını ve bunu nesne olarak benlik "ben-moduna" odaklanarak çalışmanın izlediğini ve sonunda ortaklaşa deneyimlenen "biz-moduna" ulaştığını hatırlamak, klinisyeni görevlerinde sağlamlaştırır. "Biz-modunda", klinisyen ve hasta, her ikisinin de tanık olduğu bir içsel deneyim yönüne dair ortak bir vizyonun yanı sıra, eşit geçerliliğe sahip farklı bakış açılarına sahip olabileceklerini kabul ederken, kişisel anlatılara birlikte odaklanabilirler.

NPF'de ortaya çıkabilecek bir komplikasyon "taklit biz-modudur". Bazı hastalar, özellikle de bağımlı özelliklere sahip bireyler için, zihinlerin "biz-modunda" birleşmesi çekici gelebilir ve biraz tutarsız bir benlik duygusunu ("ben-mod") pekiştirmeye yardımcı oluyormuş gibi hissedilebilir. Klinisyen, belirgin NPF'si olan bazı bireylerin zaman zaman kendilerini konuştukları kişinin imajında tasvir etmeye eğilimli olduklarının farkında olmalıdır. Sosyal psikolojide bu, bukalemun etkisi olarak tanımlanır; bilinçdışı olma olasılığı yüksek olan bu etki, konuşma partnerinin düşünce çizgilerinin, değerlerinin, ifadelerinin ve hatta duruşlarının, tavırlarının ve yüz ifadelerinin taklit edilmesini içerir. Bu durumlarda "ben-mod" bir anlamda "biz-moduna" bürünür, böylece hastanın davranışları klinisyenin davranışlarına uyacak şekilde pasif ve istemsizce değişir. Bu tür taklitçiliğin ardındaki motivasyon muhtemelen beğenilme isteğidir, çünkü "biz-modu"nun ilişkisel özellikleri vardır (bizim gibi olan insanları sevme eğilimindeyizdir).

Tıpkı zihinselleştirme taklidi gibi, "biz-modunu taklit etme"yi de bir klinisyenin fark etmesi zor olabilir. NPF'li bireyler, klinisyenin kendilerine verdiği tepkilere son derece hassas ve sezgisel bir şekilde uyum sağlayabilir ve neredeyse kusursuz bir kimlik izlenimi yaratmak için kendi davranışlarını sürekli olarak uyarlayabilirler. Genel olarak, maskeli özellikler klinisyen tarafından büyük ölçüde olumlu ve hatta faydalı olarak görülür ve epistemik güvenle karıştırılabilir. Ancak hastanın ödediği bedel, "ben-kipi"nin artan istikrarının yanıltıcı olmasıdır. Gerçek "biz-kipi", zihinlerin ve bakış açılarının mistik bir şekilde kaynaşmasını içermez; aksine, gücü aynı konu üzerinde farklı bakış açılarını bir araya getirmesinden ve farklı insanların bakış açılarından faydalanmak için bu bakış açısı farklılığının farkında olmaya dayanmasından kaynaklanır. Öte yandan yanıltıcı "biz-kipi", genellikle söz konusu konu üzerinde tamamen hemfikir olma çabası ve farklı bakış açılarının reddedilmesiyle karakterize edilir.

Hastaların zaafları çoğu zaman başkalarıyla birlikteyken daha belirgin hale gelir. Etkileşimsel uyumsuzluklar, karşılıklılık eksikliği ve yetersiz saygı, zırhlı benliğin sertleşmesine, narsistik yapıların güçlenmesine ve başkalarından uzaklaşmaya yol açar. Klinisyen, bu geri çekilmeye, hastanın hayatında (hastanın olayları anlatış biçimine dayanarak) ve seanslarda ortaya çıktığında vurgulayarak mümkün olduğunca karşı çıkar. Buradaki amaç, hastanın ilişkilerinde daha katılımcı ve esnek olmasını desteklemektir. Hastanın klinisyenle olan ilişkisine dair deneyimi, yeterli epistemik güven varsa (hasta, kişisel anlatısının anlamının klinisyen tarafından zihinselleştirildiğini algılarsa) bu amaç için kullanılabilir. Klinik hekim-hasta etkileşimine odaklanmanın yanı sıra, hastanın terapi dışındaki ilişkilerinden bir veya daha fazlasının dikkatlice incelenmiş olması ve ilişkisel hipoaktivasyon ve epistemik reddetmeden, ihtiyaç aktivasyonu ve epistemik uyanıklığa veya daha da iyisi, epistemik güvene doğru evrilmiş olması, hastanın dünyada benzer düşünen, sevimli ve kendisini seven başkaları olduğunu hissetmesi faydalıdır. Bu ilişkiler güvenli bir şekilde incelenebilir ve hastadan bu ilişkilerle karşılaştırma yapması istenebilir.

Machine Translated by Google

Zihin durumları, takdir ettikleri diğer kişilerin zihin durumlarıyla farklı bakış açılarına sahip olabilir. MBT, bu noktada ilişkilerin "neden"inden çok, "nasıl" kullanıldıkları ve "nasıl" işledikleriyle ilgilenir; tek taraflı mıdırlar yoksa hastaların kendileri hakkında daha fazla şey öğrenmelerine ve başkalarının deneyimlerine karşı şefkatli olmalarına olanak tanıyan bir karşılıklılık mı vardır?

Karşıt İlişkisel Zihinselleştirme Karşıt

ilişkisel zihinselleştirme, belirgin narsisistik işleve sahip hastaların tedavisi sırasında dikkatli bir yönetim ve özel bir odaklanma gerektirir. Hastanın küçümseyici stratejileri ve buyurgan tavrı, başkalarına karşı şefkat ve kırılganlık eksikliği "yorucu" hale gelebilir. Klinisyenin, hastanın zayıf yönleriyle temas halinde kalması ("gürültüyü görmezden gelip acıyı aramak") gerekir.
Hastanın bakış açısıyla "birlikte" kalmak, bazen neredeyse imkansız olsa da, elzemdir; şefkat güdüsüyle zihinsel yapılarının katılığına meydan okumak gereklidir, ancak bu, tahriş güdüsüyle meydan okuyarak kolayca aşılabilir. Bilmeme duruşunun titizlikle uygulanması, bu zorlu karşı tepkilerle başa çıkmaya yardımcı olur, ancak hastanın ilişkilerinin dinamikleri hakkında daha fazla öz-düşünümsel olması için baskı yapan şey, duygu odaklı yaklaşımın kullanımı ve klinisyen karşı tepkisinin sunumudur.

Duygulanım Odaklılık (Odadaki Fil) ve Narsisizm Narsistik işleve sahip

klinisyen ile hasta arasında kurulan karakteristik ilişkisel dinamik tanımlanmalı, yaşanmalı ve araştırılmalıdır. 4. Bölüm'de ana hatlarını çizdiğimiz gibi, duygulanım odağı, hasta ile klinisyen arasındaki, şu anda bir şekilde ifade edilen ancak sözelleştirilemeyen duygusal olarak belirgin etkileşimsel dinamiktir. Dinamik, sıklıkla tedaviye müdahale eden ve örtük/otomatik olarak işlenerek bilinçdışı bir düzeyde kalabilen baskın olmayan bir temanın parçasıdır. Bu bir "odadaki fil"dir. MBT'deki görev iki yönlüdür: 1. baskın olmayan etkileşimsel temayı otomatik olandan daha açık olana taşımak 2. dinamiği eşitlik noktasından

keşfetmek - katılımcıların etkileşimsel bir sürece eşit şekilde katkıda bulundukları bir sistemin parçası oldukları yer.

Bunu başarmak için klinisyen, farkına vardığı dinamik süreçlerden bazılarını açıkça tanımlar. Bu müdahalenin önemli bir kısmı, hastanın narsisizmiyle ilgili, ifade edilmemiş duygusal açıdan belirgin bir sürecin ilk göstergesi olabilecek klinisyenin karşıt-ilişkisel deneyiminden yararlanabilir. Örneğin, klinisyen, hastanın yanıtlarının tonu makul görünse bile, söylediği her şeyin göz ardı edildiğini ve üzerinde düşünülmediğini fark edebilir: "Hayır, bunun doğru olduğunu düşünmüyorum", "Bunun alakalı olduğunu düşünmüyorum", "Belki de bunu daha fazla açıklamam gerekiyor." Klinisyen, bir sonraki klinik örnekte ("James'in fili") gösterildiği gibi, takdir edilmediğini hisseder ve sonunda rahatsız olur.

Fil, klinik güvenlik ve risk yönetimi açısından önemli olabilir.
Hasta riskten kaçınabilir, ancak klinisyen öznel olarak bir endişe yaşar; örneğin intihar eğilimi gibi ve bu endişe zaman geçtikçe giderek daha da belirginleşir. Bunu dile getirmek ve öneminin araştırılması klinisyenin sorumluluğundadır: "Böyle bir hayal kırıklığıyla nasıl başa çıkacağınız konusunda oldukça emin görünüyorsunuz. Benim görüşüme göre,

Machine Translated by Google

Bakış açısına göre, senden biraz daha fazla endişeleniyorum. Başkalarının eleştirilerine karşı hassassın. Sana bu konuda daha fazla soru sorduğumda beni uzaklaştırman beni endişelendiriyor. Burada önemli bir şeyi kaçırmak istemem."

Klinik Örnek: James'in Fili James'in tedavisindeki

filler oldukça sorunluydu. Klinisyenin hayal kırıklığı ve kibrine verdiği tepki, tedavinin başlarında ortaya çıktı. Tedavinin bir noktasında James, ayaklarını kendisi ve klinisyen arasındaki alçak masaya koydu. Kendini rahat hissettirerek, klinisyenden "kendimi anlamama yardımcı olmak için biraz daha çaba göstermesini" istedi. "Şu ana kadar burada olanların çoğu benim için şaşırtıcı değildi. Çoğunlukla benden geldi. Değişmek için senden bundan daha fazlasına ihtiyacım var." Klinisyen yalnızca kendi karşı tepki hissini değil, aynı zamanda bunun bir parçası olduğu etkileşimi de göz önünde bulundurmalıdır. İlk olarak, karşı tepkisinin kaynağı tanımlanırken "karantinaya alınması" gerekir.

KLİNİSYEN: Sanırım daha fazlasına ihtiyaç duyduğunuz konusunda haklısınız. Şu anda işlerin değişmediğini görebiliyorum. Görünüşe göre anlaşmamızın, sizin yeteneklerinize sahip olmayan insanları nasıl idare edeceğiniz konusundaki soru işaretlerine geri döndük. Bu yüzden belki de sizin hakkınızdaki bazı şeyleri yanlış anladığım zamanlarda beni nasıl daha iyi idare edebileceğinizi düşünebiliriz.

JAMES: Sadece dürüst olmak istedim. Olmam gerekenin bu olduğunu sanıyordum. Neredeyse dört aydır geliyorum ve sanırım senden henüz pek bir şey öğrenemedim.

KLİNİSYEN: Evet. Ben de senin ve benim yaşadığım sorunu düşünüyordum. Bana göre, birbirimize yaklaşıyoruz. Farklı yönlere. Başkalarına karşı ne kadar hassas olabileceğiniz konusunda sizi itip kakıyorum, siz de bana bu konudan uzak olduğumu söyleyerek diğer tarafa itiyorsunuz. Dürüst bir tartışmaya ne dersiniz?
bunun etrafında mı?

JAMES: Bana uyar. Sen başla. Ben dinlerim, sonra sen de beni dinlemek zorundasın.

KLİNİSYEN: Sorunlarınızı başkalarıyla konuşmaya başladığım anda bana kendinizi kapatıyormuşsunuz gibi geliyor ve kararınızı vermişsiniz gibi hissediyorum. Daha başlamadan beni haksız çıkarıyorsunuz gibi geliyor.

JAMES: Aslında tam olarak öyle değil...

KLİNİSYEN: Bir dakika bekle, çünkü tam olarak demek istediğim bu. Daha yeni başlıyorum ve şu anda beni dinlediğinizi kabul ettik... Ama belki de gerçekten mesele budur. Birbirimizi yeterince açık bir şekilde dinlemiyoruz, bu da birbirimizi ciddiye aldığımız anlamına geliyor.

Klinisyen şimdi "fil"in ayrıntılarını tanımlamaya ve açıkça ortaya koymaya çalışıyor. Amaç, "birbirini dinlememenin" terapötik çalışmayı ve epistemik güvenin kurulmasını engelleyen baskın olmayan bir dinamik süreç olduğu farkındalığını artırmaktır. Ancak dinlemenin kişisel öğrenme ve düşünme için bir araç olarak faydalı olması için epistemik güvenin mevcut olması gerekir. Şu anda James, klinisyeni dinlemiyor ve klinisyenin James'i dinlemesi giderek zorlaşıyor. İlk adım, bu sorunu tanımlamak, fark etmek ve ister James'in klinisyenle deneyimi, ister klinisyenin James'le deneyimi olsun, ne zaman ortaya çıkarsa çıksın "dinlememe"yi birlikte tanımlamaktır.

Narsistik işleve karşı savunmasızlık bağlamındaki meydan okuma, utanç duygusunu tetiklemekten ve bir tür suçluluk duygusunu yoğunlaştırmaktan kaçınmak için oldukça hassas, hatta geçici bir şekilde ele alınmalıdır.

Machine Translated by Google

Hastada zihinselleştirmeyi tehlikeye atacak bir başarısızlık. Büyüklük narsisizmi durumunda, meydan okuma hassas bir şekilde yapılmalı ve dikkatlice zamanlanmalıdır, ancak daha az çekingen olabilir. Klinisyen yoğun bir rahatsızlık hissettiğinde meydan okumadan kaçınılmalı ve yalnızca hastaya karşı şefkat baskın olduğunda kullanılmalıdır. Terapötik ittifak güçlü olduğunda, meydan okuma daha güçlü ve ısrarcı olabilir: "Zorluklarınızı anlamaya yönelik tüm girişimlerimin 'yer kaybı' olduğu gerçeğini gerçekten anlayamıyorum. Bu kadar işe yaramaz gördüğünüz birini görmeye gelmenize neyin sebep olduğuna siz ve ben karar vermeliyiz." Bu yüksek riskli bir manevradır, ancak terapötik ilişkiyi serbest bırakma ve hastada bir anlık düşünme tetikleme şansı vardır. Klinisyen, havlu atıp tedaviyi sonlandırmak yerine sorunu çözmek istediğini gösterirken aynı zamanda çizgiyi korumalıdır.

Sonuç Açıklamaları

MBT-NPD/NPF'de, zihinselleştirmenin benlik/başkası boyutunun ayrıntılı bir değerlendirmesi gerekir ve hastanın değişim konusunda içten bir "katılım" sağlaması terapi için gerekli bir ön koşuldur. Tedavinin odak noktası zamanla değişir; benliğin "ben-kipi"nin katılığını ve kırılganlıklarını keşfetmekten, "ben-kipi" veya "başkalarının beni nasıl gördüğü" hakkında daha fazla düşünme ve merak geliştirmeye kadar. Paylaşılan zihinsel durumların "biz-kipi"nin ortak veya ilişkisel zihinselleştirilmesi için güçlü bir benlik duygusu şarttır; böylece, hasta ve klinisyenin farklı bakış açılarına sahip olabileceği kabul edilirken kişisel anlatılara ortak dikkat gösterilebilir ve her ikisi de eşit geçerliliğe sahiptir. Zihinsel süreçlerin başkalarınınkilerle güvenli bir şekilde paylaşılması noktasına istikrarlı bir şekilde ulaşılmışsa, hastanın narsisizmi, sosyal zihinselleştirmenin ve arkadaşlık kurmanın temelleri olan karşılıklılık ve aidiyet duygusuna izin verecek kadar yumuşamış olacaktır; bu da gerçekten olumlu bir sonuçtur.

Referanslar 1.

Skodol AE, Bender DS, Morey LC ve diğerleri. DSM-5 için önerilen kişilik bozukluğu tipleri. J Pers Disord 2011; 25: 136–69.

2. Tyrer P, Crawford M, Mulder R ve diğerleri. Yeniden sınıflandırmanın gerekçesi Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın (ICD-11) 11. revizyonunda kişilik bozukluğu. Kişisel Ruh Sağlığı 2011; 5: 246–59.

3. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Duygulanım Düzenlemesi, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York, NY: Other Press LLC, 2002.

4. Robinson EA. Robinson: Şiirler. Donaldson S, ed. New York, NY: Everyman's Library, 2007 (ilk olarak 1897'de yayınlandı); 33.

5. James W. Psikolojinin İlkeleri. New York, NY: Henry Holt, 1890.

Machine Translated by Google

Bölüm 7

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Giriş Antisosyal

kişilik bozukluğu (ASPD), narsisistik kişilik işlevi (NPF) ve borderline kişilik bozukluğunun (BPD) psikolojik profilleri arasında önemli bir örtüşme vardır [1,2]. Klinik uygulamada birçok hastanın her üç bozukluğun da özelliklerini gösterdiği iyi bilinmektedir. ASPD'li kişilerde yüksek düzeyde NPF ve BPD'li birçok bireyde yüksek düzeyde antisosyal özellikler bulunur; bu durum, kişilik bozukluğuna yönelik kategorik yaklaşımın amaca tam olarak uygun olmadığını hatırlatır. Ancak kategorizasyonun başarısızlığı, klinik sunumlar arasında ayrım yapmaya yardımcı olan bazı genel ilkelere karşı bir argüman değildir, çünkü bu sunumlar, hastanın ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılanması için farklı terapötik müdahale biçimlerinin gerekli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle bu bölümde ASPD terimini kullanacağız (ve hasta ve klinisyene atıfta bulunacağız, ancak desteklediğimiz tutum eşitlikçidir), ancak ASPD'yi bir tanı varlığı olarak değil, zihinselleştirme temelli tedavinin (MBT) MBT-ASPD olarak tanımlayacağımız belirli bir müdahale kümesiyle ele alabileceği ortak bir dizi soruna sahip bireylerin bir göstergesi ola
Önemlisi, ASPD tanısı almış olan ve çoğunlukla erkek olan bireyler, genelleştirilmiş sosyal davranış göstermede ve yapıcı sosyal işbirliğine girmede sürekli bir başarısızlık göstermektedir; bu durum toplumla tekrarlayan çatışmalara, güvensiz arkadaşlıkların oluşumuna ve sorunlu yakın ilişkilere yol açmaktadır.

ASPD'li MBT'nin Uzun ve Kısa Vadeli Amaçları Kimlik Değiştirme ve Vazgeçme 2.

Bölüm'de tartıştığımız gibi, MBT'den iyi sonuçlar elde etmek için

önemli olan, bireyin sosyal iş birliği bağlamlarında işlev görme becerisiyle ilgili bilgi içeren sosyal iletişimlerin, bireyin öğrenebileceği bir kaynak olarak faydalı olmasıdır. Sosyal dünyada nasıl çalışılacağına dair bu bilgiler, daha karmaşık sosyal ortamlarda, hatta stresli bir ortamda ve zihinsel olmayan ortamlarda bile kullanılabilir. Nasıl iletişim kurulacağını düşünmek, ASPD'li kişilerle çalışırken özellikle önemlidir, çünkü

başkalarına o kadar güvensiz olabilirler ki, başkalarında bir kişinin kimliğinde, zevklerinde, değerlerinde veya tercihlerinde değişikliklere yol açabilecek iletişimin kişisel önemini göremeyebilirler. Tehdit ve şiddet yoluyla yönettikleri, düşmanca bir dünyada hayatta kalma kalıbına sıkışıp kaldıkları için, olumlu fırsatları ve değişim yollarını fark etmekte genellikle daha zorlanırlar. Bu bağlamda, bunu başarmanın zor olması şaşırtıcı değildir.

Machine Translated by Google

değişim. Ceza adalet sistemlerinin talep ettiği (ve sıklıkla tedavi çalışmalarında birincil sonuç olarak kullanılan) şiddetten vazgeçme, onlar tarafından yenilgi olarak deneyimleniyor. Ama asıl önemli olan bizi vazgeçmeye doğru götüren süreçtir.

Süreç aslında bilginin benlikle ilgili algılanan ilişkisindeki değişimle ilgilidir; dünyayı hiçbir şeyin öğrenilemeyeceği düşmanca bir yer olarak algılamaktan, öğrenmenin mümkün olduğu bir yer olarak algılamaya doğru bilişsel bir dönüşümdür.

Vazgeçme, genellikle başkaları aracılığıyla, suçlu kimliğinin olumsuz niteliklerinin farkına varılması ve hastanın baskın olmayan sosyal kimliğinin kademeli olarak güçlendirilmesiyle gerçekleşir. Bir suçlunun kimliği, kendisi için önemli ve diğer ortamlara genelleştirilebilir olduğunu düşündüğü yeni bilgiler edinmesiyle değişir ve bu nedenle, öz yapılarının değiştirilmesiyle gelecekte etkinleştirilmek üzere saklanır. Ancak o zaman, kişinin mecazi anlamda "geçmişle bağlarını koparmış" olduğundan bahsedebiliriz.

Yeni bir benlik giderek şekillenir. Yeni bilgiler, özümsenip ilgili benlik şemalarına entegre edildikten sonra, dünya görüşlerinin değişmesi ve bir zamanlar önemli olan şeylerin artık önemli olmaması (ya da çok daha az önemli olması), daha önce önemli olmayan şeylerin ise artık önemli olması (ya da biraz daha önemli olması) anlamına gelir. Daha da önemlisi, giderek daha istikrarlı bir zihinselleştirmeyle yönlendirilen bu değişim süreci, bizi hastalarımızın sosyal bağlamına ve suçluların hayatlarına hakim olan süregelen ilişkilere çok daha fazla dikkat etmeye ve bu ilişkiler bağlamında güven ve güvensizlik sorunlarını doğrudan ele almaya zorlamı

Bu nedenle, ASPD'de değişimin temel vurgusu klinik ortam ve zihinselleştirme kapasitesinin geri kazanılması değil, ASPD'li birey ile çevresindeki insanlar arasında sosyal ilişkilerin değişmesini sağlamaktır. Buradaki amaç, hastanın daha önce kendisi için uygun (yani, anlamlı) olarak kabul etmeye yanaşmadığı başkalarından gelen bilgi ve deneyime daha açık hale gelmesini desteklemek ve bu bilgileri karşılaştığı ortamın (yani, genelleştirilebilir) ötesindeki ortamlara uygulayabilmesini ve mevcut bilgi yapılarıyla bütünleştirip değiştirebilmesini (yani, akılda kalıcı) sağlamaktır.

Epistemik güven arttıkça (bkz. Bölüm 3), birey çevresindeki sosyal ağa giderek daha iyi entegre olur. Bu, öz anlatıları kalıcı olarak değiştirmek için daha fazla öğrenme fırsatına yol açar ve bu da stres ve sıkıntı zamanlarında şiddeti kışkırtan sosyal stratejilerin kullanılma sıklığının azalmasına neden olur.

Özetle, değişim, yani şiddetten vazgeçme, bir kombinasyona bağlıdır:
üç kritik etkiden:

1. zihinselleştirmenin geliştirilmesi, 2. başkalarının
deneyimlerine ilişkin artan ilgi ve epistemik güvenle karakterize edilen iyileştirilmiş sosyal bağlantılar yoluyla antisosyal davranışlarda (örneğin şiddet) azalma, bu da sırayla şunları sağlar:
3. Sosyal yardım sağlayanların bireyin kişisel anlatısına etki ederek değişimin kalıcı olmasını sağlamaları.

Bu sürecin oluşturulmasında başlangıç noktası, zihinselleştirmeye, tedaviye katılıma ve başkalarına güvenin kolaylaştırılması, "canlı" sosyal etkileşimlerin uygulanmasına ve bu etkileşimlerden elde edilen öğrenimin bireyin kişisel sosyal bağlamına genelleştirilmesine vurgu yapan dikkatlice düzenlenmiş grup tedavisidir.

Zihinselleştirme ve Şiddet

Bu kitap, MBT'de klinisyen için başlangıç noktasının hastanın zihinsel sorunlarını haritalamak ve bağlamları tanımlamak olduğunu ısrarla vurgulamıştır.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirmelerinin savunmasız olduğu, özellikle bağlanma stratejileri etkinleştirildiğinde sosyal ve kişilerarası duyarlılığa odaklanan durumlar. Hastanın zihni, bu zamanlarda düşük zihinselleştirme modlarının -psişik eşdeğerlik, teleolojik mod ve rol yapma modu- egemenliğine karşı savunmasızdır (bkz. Bölüm 2). Benliği ve dünyayı deneyimlemenin bu farklı modları arasında hızlı ve bağlanmaya bağlı bir hareket, Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun (BPD) karakteristik özelliğidir, ancak ASPD'de şiddetin bir arada görülmesiyle değişir. ASPD'li kişiler dünyayı çoğunlukla teleolojik anlayışa ("yapma" modu) göre yorumlar ve eylemin, insanların bir şeyi anlamasını sağlamanın veya benliğe yönelik bir tehdidi etkisiz hale getirmenin tek yolu olduğu temelinde hareket ederler.

Bu sürecin, yabancı benliğin dışsallaştırılmasının katılığı sayesinde istikrarını koruduğunu öne sürüyoruz (bkz. Bölüm 2). Bu durum, hastayla çalışan klinisyen için ciddi sorunlar doğurmaktadır. Sistemin katılığına meydan okunmalıdır, ancak bu meydan okuma şiddete yol açabilir [3,4].

ASPD'de yabancı benlik kesin ve katı bir şekilde dışsallaştırılır. Bir partner, düşüncesiz ve bağımlı olarak tasvir edilebilir ve bu nedenle ne yapması gerektiği söylenmeye ihtiyaç duyabilir; bir sosyal sistem otoriter ve tehditkâr bir boyun eğme olarak tasvir edilebilir. Bu şematik temsil yapılarına yönelik tehditler (örneğin, bir partnerin "kabul edilemez" düzeyde bir bağımsızlık talep etmesi) beklentilerle uyumsuzluk yaratarak bağlanma kaygısına yol açar. Bu durum, zihinselleştirmenin engellenmesini tetikler ve bu da içsel durumları kontrol edememe korkularına ve yabancı benliğin geri dönme tehdidine yol açar. Klinisyenin, yabancı benliği istikrara kavuşturan özenle oluşturulmuş bir sistemi istikrarsızlaştırabilecek temel süreçleri hatırlaması önemlidir. Bunlar şunlardır: öz saygıya yönelik tehditler, öz kimliğe yönelik tehditler, utanç duygusunun harekete geçirilmesi.

Öz saygıya yönelik tehditler, öz saygıları gerçeklikle örtüşmeyen bireylerde şiddeti tetikler; çünkü bu bireyler öz değerlerini abartırlar (narsisizm; ayrıca 6. Bölüm'e bakın) ve başkaları tarafından farklı görülme riskiyle karşı karşıya kalırlar. ASPD'li kişiler, yüzeysel düzeyde öz saygılarını abartma, başkalarından saygı talep etme, çevrelerindeki insanları kontrol etme ve bir korku atmosferi yaratma eğilimindedir. Bu, büyük ölçüde sosyal çevrelerine uyum sağlamalarıyla ilgilidir ve farklı bir şey yapmak onları kişisel tehlikeye sokar.

Ancak, bebeği banyo suyuyla birlikte dökerler. Başkalarına karşı güvensizlikleri çok derindir ve sosyal dünyadan öğrenebilecekleri hiçbir bilgi yoktur.

Değişim, onların prososyallik kıvılcımlarını fark etmelerini ve yapıcı, iş birlikçi ilişkiler geliştirmek için bunları en üst düzeye çıkarmalarını gerektirir. ASPD'li birçok birey bunu yapmaya çalışır; partnerleri ve çocuklarıyla ilişkilerini sürekli korumaya çalışırlar, ancak bunların konumlarını ve kimliklerini tehdit eden dış tehditler (örneğin, baba veya hane reisi olarak) tarafından bozulduğunu fark ederler. Statü kaybı yıkıcıdır, çünkü yabancı benlik geri döner ve onları alt etmekle tehdit eden içsel durumları ortaya çıkarır. Deneyim, psişik eşdeğerliğe daha sağlam bir şekilde kök salarak (algılanan) statü kaybı durumuna yoğunluk ve gerçeklik katar ve "işleri yoluna koyma" ihtiyacına yol açar. Sorun zihinsel olarak değil, fiziksel dünyadan kaynaklanıyormuş gibi görülür ve bu nedenle, teleolojik modda kişi fiziksel eylemde bulunur. Suçluluk, başkalarına duyulan sevgi ve fiziksel benlik korkusu gibi duygulara erişim yoktur; bu duygular çoğumuzun şiddet içeren davranışlarda bulunmasını engelleyebilir ve ASPD'li bireylerin bu tür duyguları deneyimleme becerilerinin azalmasıyla birlikte zihinselleştirmenin kaybı, bu tür engelleyici duyguların harekete geçmesini engeller.

Machine Translated by Google

Mekanizmalar. Örneğin, fiziksel bir benliğin hayatta kalma korkusu yoktur ve şiddetle ilişkili sıradan tehlikeler göz ardı edilir. Taklit modunun başlangıcı, yakalanma riskinin "gerçek dışı" olduğu ve yanıltıcı bir güvenlik duygusu ve gerçeklik eksikliğinin hakim olduğu anlamına gelir. İçsel durum artık dış gerçeklikle bağlantılı değildir: "Filmlerdeki gibi oldu", "Gerçek gibi gelmedi".

Utancın düzenlenmesi bu süreçte önemli bir faktördür [5]. Yabancı benliğin geri dönüşü, psişik eşdeğerliğin gerçekliğinde deneyimlenen utanç duygularını tetikler ve bu nedenle "dışarıda" -benliğin dışında- görülen kaynağı kontrol etme girişimleri kaçınılmazdır. Tehlikenin kaynağına yönelik saldırganlık, fiziksel olmayan saldırganlıkla (örneğin bağırma) sınırlı değildir; çünkü bu, zihinselleştirme bozulduğunda kaybolan diğerinin zihinsel durumunun farkında olmayı gerektirir. Bir başkasını ayrı bir zihne sahip bir insan olarak hayal etme yeteneğini korumak şiddeti engeller. Diğer kişi bir bedenden veya fiziksel bir tehditten başka bir şey olmadığında fiziksel saldırıya izin veren şey zihinselleştirmenin kaybıdır. Dolayısıyla, karmaşık bir resmin bu son unsurunu daha ayrıntılı olarak anlamak için şimdi şiddet konusuna dönüyoruz.

Şiddete giden yaygın yol, zihinselleştirme kapasitesinin anlık olarak engellenmesidir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, zihinselleştirme şiddete başvurmaktan korur. Bazı bireyler, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde şiddetten vazgeçmeyi başaramaz ve başkalarının yüz ifadeleri veya ses tonlarından altta yatan zihinsel durumlarını doğru bir şekilde anlamak için dışsal zihinselleştirme süreçlerini kullanmada yapısal olarak yetersiz görünürler. Bu kişiler genellikle "duygusuz ve duygusuz" olarak tanımlanır veya başkalarının tepkilerinden etkilenmeyen "psikopatlar" olarak kabul edilirler. Çoğumuz için, başkalarında acı verici bir durum uyandırmak kaygıyı harekete geçirir ve davranışlarımızda bir değişikliğe yol açar. Ancak bu bireylerde böyle bir durum görülmez. Zihinselleştirmeye yönelik yeni oluşan kapasitelerinin, erken yaşamdaki acımasız ve travmatik deneyimler veya çocukta önemli ölçüde kaygı yaratan kalıcı düşüncelere, tutumlara ve tepkilere sahip bir bağlanma figürü tarafından aşınmış olması muhtemeldir; bunun sonucunda bu bireyler başkalarının öznel deneyimleri hakkında düşünmekten kaçınırlar. Bu nedenle MBT'de şiddetin bağlanma sisteminin dağınıklığından kaynaklanabileceği olasılığının farkında olmak önemlidir. Bir çocuk, aslında bağlanma ilişkileriyle ilgili kaygıdan kaynaklanan ve yalnızca yapısal olmayan, belirgin bir duyarsızlık sergileyebilir. Gerçekten duyarsız ve duygusuz değillerdir, ancak dehşete kapılmışlardır ve asla yaratamadıkları daha güvenilir bir bağlanma için çabalamaktadırlar. Zorlu bir erken çocukluk dönemi, altta yatan zihinsel durumları ifade etmenin bir yolu olarak gelecekte kişilerarası şiddete daha fazla ihtiyaç duyulduğunun sinyalini verir. Şiddet, benliğin ifadesi ve ilişkilerin yönetimi için bir araç haline gelir. Bu modeli destekleyen çalışmalar, çocukluk çağı istismarı ile dışsallaştırma sorunları arasındaki ilişkinin muhtemelen yetersiz kişilerarası anlayış (sosyal yeterlilikler) ve çevresel taleplere yanıt olarak sınırlı davranışsal esneklik (ego dayanıklılığı) tarafından aracılık edildiğini göstermiştir [6].

Saldırganlığı erken çocukluk döneminde yüksek olan ve ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde de devam eden hastaların, hem güçlü ancak esnek bir öz-eylem duygusu hem de psikolojik bir varlık olarak diğerini istikrarlı bir şekilde deneyimlemede başarısız olan bağlanma deneyimleri yaşamış olma ihtimalinin yüksek olduğunu savunuyoruz [7]. Psikolojik savunma mekanizmaları, nörobiyolojik gelişim ve travma sonrası durumlarda beyin aktivitesindeki değişimler arasında, zihinselleştirme aktivitesinin bozulmasına yol açan bir etkileşim vardır. Kortikal kontrol dengesindeki değişim, çocuklukta kötü muamele geçmişi olan kişiyi aşağıdakilerle ilişkili bir zihinsel işlev biçimine kilitler:

Machine Translated by Google

Durumun alternatif temsillerini kullanma becerisinin olmaması (yani, ikincil temsiller yerine birincil temsiller düzeyinde işlev görme) Karşılaşılan kişinin zihin durumunu açıklamada güçlükler (meta-temsil) Ayrışmış kopuş durumlarıyla ilişkili zihinsel işleyiş biçimlerini kullanma eğilimi; bu durumlarda kişinin kendi eylemleri gerçek dışı veya gerçekçi sonuçları olmayan olarak deneyimlenir.

Tedavide bu hususların hepsinin ele alınması gerekir.

ASPD'li Hastalar İçin MBT Grubuna Hazırlık

Başkalarından öğrenme, başkaları aracılığıyla kendini tanıma ve daha önce kırılgan ama sıkı sıkıya korunan katı benliğin kısıtlamalarından kurtularak farklı bir benlik deneyimi yaratma amaçlarına ulaşmak için ASPD'li hastalar için MBT grubu (MBT-ASPD-G), tüm katılımcılar arasında üzerinde anlaşılan temel değerlere sahip bir sosyal ortam yaratmaya çalışır ve katılımcılar arasında düşünmeyi teşvik eden etkileşimleri hassas bir şekilde inşa eder.
Bu nedenle, ASPD'li hastalar için MBT'nin klinik uygulamada özel ilgiye ihtiyaç duyan bazı özel alanları vardır [8,9]. Bunlar şunlardır:

Tedavi katılımının formatı: Eşitlik ve hiyerarşiye değinme; Kişisel değerlerin formülasyonunun tartışılması: Teşvik etmeden iş birliği yapma Öz saygıya yönelik tehditler (aşağılanma) Kişisel faaliyet üzerine düşünme Hastaların kendilerinde ve başkalarında duygu tanımlaması Başkalarına karşı empatik ilgi ve alaka Öz işlevselliğin istikrarsızlaştırıcısı olarak utancın ayrıntılı olarak ele alınması ve yönetilmesi Saldırganlık ve şiddetin zihinselleştirmenin felaketli bir kaybı olarak görülmesi Hiyerarşik ilişkilerden işbirlikçi "biz-modu" işleyişine geçiş.

Tedavi Formatı Bireysel

seanslar başlangıçta değerlendirme ve katılım amacıyla sunulur. Formülasyon üzerinde anlaşmaya varıldıktan sonra hastaya MBT-ASPD-G sunulur. Bireysel seanslar yalnızca hasta tarafından talep edilmesi halinde ve belirli amaçlar için sunulur. Bu amaçlar şunları içerebilir: kendine ve/veya başkalarına yönelik riskte değişiklik, sorunlu alanların artması (örneğin, uyuşturucu/alkol kullanımı); eş zamanlı durumlar (örneğin, depresyon); yalan söyleme; aşırı dışsallaştırma, grup seanslarına katılmama ve grupta kalmak için desteğe ihtiyaç duyma, hassas kişisel materyallerin keşfi, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerine çalışma, klinisyen tarafından yazılacak raporlar hakkında tartışma ve anlaşma (örneğin, çocuk velayeti kararları veya mahkeme süreçleriyle ilgili), yeniden formüle etme.

MBT-ASPD, grup çalışması etrafında şekillenir. Bir bireyin kendisiyle aynı gördüğü kişileri dinleme ve onlardan öğrenme olasılığının daha yüksek olduğu zihinselleştirme ilkesine uygun olarak, gruptaki herkes ASPD'ye sahiptir ve çoğu, ceza adalet sistemiyle defalarca karşı karşıya gelmiş ve toplum tarafından terk edilmiş, hatta bir ölçüde dışlanmış hissetmiştir. Zihinselleştirme perspektifinden bakıldığında, insanların zihinselleştirilmiş hissettiklerinde...

Machine Translated by Google

Yani, endişelerinin ve duygusal durumlarının, kendilerine benzer gördükleri başka bir kişi tarafından kendi bakış açılarından doğru ve şefkatli bir şekilde yansıtıldığını deneyimlerler. Bu, zihinselleştirmeyi destekleyen sosyal süreçlere aidiyet ve katılım duygusu yaşamalarına ve aynı zamanda zihinsel ve sosyal izolasyonlarını ve epistemik adaletsizlik duygularını azaltmalarına olanak tanıyabilir. Zihinselleştirmeyi yeniden kazanmak, kolayca şiddeti tetikleyen sosyal tehlikeyle ilgili geçmiş deneyimlerini azaltmaya ve bugüne kadar eksik olan ve saldırgan veya şiddet içeren antisosyal eylemlere daha da olanak sağlayan empati düzeylerini artırmaya hizmet eder. Zihinselleştirmeyi yeniden kazanmak ayrıca kişilerarası bağlantıları yeniden kurar ve sosyal öğrenme için bir kanal açarak, kendilerini görme ve başkalarıyla etkileşim kurma biçimlerinde değişimi kolaylaştırır.

Tedaviye Katılım

ASPD'li bireyler, akıl sağlığı sorunları olan kişiler olarak görülme konusunda genellikle oldukça hassastırlar. Psişik eşdeğerlik (İçten Dışa) ve teleolojik (Dıştan İçe) düşünme biçiminde, başkalarının kendilerine sorun çıkardığını düşünürler. "Zihinselleştirme" teriminden bile hoşlanmazlar, sadece "zihinsel" kısmını duyarlar ("Zihinsel olmalısın!" gibi).

Katılım, yönlendirmeyi dikkatlice çerçevelemesi ve nedenini birey için anlamlı hale getirmesi gereken yönlendiren kişiyle başlar. Yönlendirmeyi kolayca kabul eden hastalar (MBT-ASPD, mahkeme kararıyla zorunlu tedavi planlarının bir parçası olarak sunulmaz), depresyonda hisseden ve yardım isteyen kişiler olabilir. Yaygın bir durum, eski bir partner veya sosyal hizmetler, konut hizmetleri veya çocuk koruma ekibi gibi bir kuruluş tarafından tehlikeli olarak gösterilmekten endişe duymaları ve bu tasvirin hayatlarını olumsuz etkilemesidir. Yetkililer tarafından, örneğin çocuklarına erişimlerine izin verilmemesi gereken "kötü örnek" olarak tanımlanabilirler ve şiddet geçmişleri, sert bir kararın güvenilirliğini desteklemek için kanıt olarak kullanılabilir. Çok azımız kendimizi kötü örnek olarak gösteririz ve başkaları tarafından kendilerinin görmediği bir şekilde görülmek, ASPD'li bireylerin yanlış anlaşıldıklarını ve toplumdan ve tam olarak dahil olmadıkları bir sosyal sistemden daha da yabancılaştıklarını hissetmelerine neden olur. Amaçsal düşünceleri söz konusu olduğunda, eylemleri başkalarının başarısızlığına makul bir tepki olmuştur.

İlk görüşmede "tedavi" genellikle hastanın aklından çok uzaktadır; ön planda, yetkililerle olan tartışmalarında destek toplamak vardır; örneğin, sosyal desteğin yeniden sağlanması veya çocuklarına erişimlerinin iyileştirilmesi gibi. Ancak MBT'yi kişisel hedeflerine ulaşmanın bir yolu olarak deneyimlediklerinde "terapiye" katılırlar; ki bu, çoğu kişi için şu anda bir "sahte" terapidir. Sahte terapiyi kişisel terapiye dönüştürmek, ilk seansların zorlu işlevidir. ASPD'li hastaları dahil etmenin zorlukları, hastaların genellikle kendileri için tedavi aradıkları ve sıkıntı durumlarını iyileştirme ve destekleyici bir ilişkide daha iyi hissetmeyi bekleme amaçlarıyla aktif olarak etkileşime girmeye çalıştıkları BPD ve diğer bazı kişilik bozukluğu kategorilerindeki hastaların katılımındaki zorluklardan farklıdır.

Tedaviye Katılım Süreci: Özet ASPD'li bireylerin katılımına yönelik MBT yaklaşımının temel özellikleri aşağıdaki gibidir.

Kişinin belirttiği pratik amacı kabul edin.

– Kendi psikolojik ve davranışsal hedeflerinizi belirlemeye çalışmayın; örneğin, günlük stresler karşısında zihinselleştirmeyi dengelemelerine yardımcı olmak, şiddeti ve saldırganlığı azaltmak veya sosyal davranışları desteklemek gibi.

Machine Translated by Google

– MBT klinisyeni mümkün olduğunca açık fikirli olmaya çalışır,
Hastanın gruba katılma isteğinin motivasyonunu belirler ve davranışsal ve psikolojik hedefleri yavaş yavaş ortaya koymak için terapötik ittifakın gelişimini izler.

Sıradan bir insan gibi davranın ve bilmeden davranın. Herhangi bir varsayımda bulunmayın veya yargıda bulunmayın.
Hastanın yabancılaşma ve dışlanma hissini empatik bir şekilde onaylayın; başkaları tarafından yanlış anlaşılmanın rahatsız edici ve üzücü doğasını kabul edin.
Sunulan yardımda hastaya yönelik içerik ve odak noktasının ortaklaşa geliştirilmesi (bunun "tedavi" olarak tanımlanmaması gerekir).
Katılımı kolaylaştırmak için MBT-ASPD programında tedaviyi tamamlamış deneyimli bir uzmanı dahil edin (deneyimli uzmanlar bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanmaktadır).

Klinik Örnek: 24 yaşındaki

Bryan, sürekli şiddet tehditleri nedeniyle sevk edildi. Daha önceki şiddet geçmişinde, 4 ve 6 yaşlarındaki iki çocuğuna erişim konusunda bir tartışma sırasında partnerine saldırması ve partnerinin erkek kardeşini tehdit etmesi de vardı. Partneri, tehditleri nedeniyle aile evini ziyaret etmesini engellemek için mahkemeye ihtiyati tedbir kararı çıkarmıştı. Bryan, şu anda babası ve annesiyle birlikte, "tehditlerle dolu" olarak tanımlanan bir evde yaşıyordu ve babası onu sürekli "acınası bir erkek örneği" olarak küçümsüyordu.

Bryan, geçmiş yaşantısını anlatırken babasının bir suç çetesine dahil olduğunu ve "koruma" parası toplamak için infazcı olarak çalıştığını vurguladı. Koruma paralarını ödemeyenlere tehditler savuruyordu. Ödememenin sonuçları arasında fiziksel ceza da vardı. 8 yaşından itibaren babasının para toplama çemberine dahil edildi ve 12 yaşına geldiğinde levye kullanarak "diz kapağı takma" konusunda uzmanlaştı. İki yıl önce hapisten çıktıktan sonra tüm bu faaliyetleri bıraktığını ve babasına herhangi bir suç faaliyetinde katılmayı reddettiğini bildirdi. Asıl mesleği spor salonuna gitmek ve ağırlık çalışmaktı.

İlk değerlendirmede, yalnızca bir rapora ihtiyaç duyduğu için orada bulunduğunu söyledi. Çocuklarını görebileceğini söyledi. Bu da şu konuşmaya yol açtı:

KLİNİSYEN: Hadi bunu konuşalım. Rapora ne yazacağız? Belki bana kendi durumunuzdan bahsedersiniz. Önce çocuklar ve onların nasıl oldukları.

BRYAN: Onlar benim çocuklarım.

KLİNİSYEN: Evet. Onların nasıl olduklarını ve belki de sizin nasıl olduğunuzu anlamak istiyordum. Peki. Bana şu an 6 yaşında olan Jimmy'den bahset.

Bu ilk yaklaşımın, MBT klinisyenlerinin düşük zihinselleştirmeyi ele almak için kullandıkları MBT Döngüsü (bkz. Bölüm 4) ile bir bağlantısı vardır. İlk görüşmenin amacı, zihinsel teleskopu çevirip dar, sınırlı bir bakış açısını veya talebi daha geniş bir perspektife dönüştürmektir (yani, "uzaklaştırma") ve ardından belirli endişeleri daha fazla değerlendirme için odak noktasına geri getirmektir (yani, "yakınlaştırma"). Bu nedenle, raporun içeriği ayrıntılı olarak tartışıldıkça, klinisyen hastanın çocuklarına dair anlayışının keşfinden (örneğin, onu görmelerinin neden önemli olduğu) kendini bir baba olarak nasıl gördüğüne (örneğin, çocuklarını daha sık görmesinin neden önemli olduğu) hassas bir şekilde gidip gelir. Bu hareket, keşif yaratma ve uyarma potansiyeline sahiptir.

Machine Translated by Google

Biraz öz-benlik ve öz-öteki yansıması. Çocuklar nasıl tanımlanıyor? Karakter ve kişiliğe sahip kişiler mi (yansıtıcı zihinselleştirme) yoksa hastanın "baba olarak görme hakkı" olan kişiler mi (düşük zihinselleştirmeli tanımlama ve talep)? Bu durumda, hastanın tepkisi düşük zihinselleştirmeli bir tepkiydi ve oğluna özgü hiçbir unsur içermiyordu. Bu nedenle klinisyen, hastayı çocuklarını kendi ihtiyaçları ve nitelikleri olan bireyler olarak nasıl gördüğünü düşünmeye zorlar.

Sonunda, klinisyen hastanın başkaları tarafından nasıl görüldüğünü değerlendirebilir ("ben-mod" veya kişiselleştirilmiş başkası-ben-zihinselleştirme). Partneri ve onun erkek kardeşi onu evden kovmuş ve o da buna karşı çıkıyor. "Başkaları tarafından nasıl görüldüğüm" fikrini ele almak için, hastanın onu nasıl gördüğünü sormadan önce, hastanın başka biri hakkında ne düşündüğünü öğrenmek en iyisidir.

Klinik Örnek: Bryan (devamı)

KLİNİSYEN: Partnerinizle birlikteyken onu nasıl tanımlarsınız? Gördüğünüz kadar değil. Şimdi onunla birlikteydin, ama ne zaman onunla ve çocuklarınla birlikteydin?

BRYAN: Değişti. Her zaman çok sinirliydi ve bazen bana saldırıyordu ama sosyal hizmetler bunu umursamıyor, değil mi? Ben ona sadece bana saldırdığında vuruyordum. Ama çocuk sahibi olmadan önce çok nazik olabiliyordu ve istediğimde bana yardım ediyordu, ayrıca beni hapishanede ziyaret ediyordu.

KLİNİSYEN: Bana onun sinirliliği hakkında daha fazla bilgi ver.

Bryan'ın eski partnerinin bu tanımı üzerinde biraz düşündükten sonra, klinisyen sohbete dalarak onun nasıl görülmüş olabileceği konusuna geçiyor.

KLİNİSYEN: İşler bozulmaya başlamadan önce sizi nasıl görüyordu?

Eşitlik ve Hiyerarşi Arasındaki İlişkinin Formülasyonu ve Ele Alınması Bryan, partneriyle olan ilişkisinin, partnerinin görev bilincine sahip ve itaatkar olması (ki bu hoşuna gider) ile partnerinin kendisine karşı gergin ve saldırgan olması (ki bu da hoşuna gitmez) arasında gidip geldiğini anlattı. Bunu, bir dereceye kadar tehditkâr ve kontrolcü davranarak başardığını ve partnerinin sık sık onun bir "kontrol manyağı" olduğundan şikayet ettiğini kabul etti.
Toplantının sonuna doğru, kendisinin "patron" olduğu zamanlarda rahat hissettiği, ancak birlikte olduğu insanların "kendi işlerini yaptıkları" zamanlarda rahatsız hissettiği anlaşıldı.
Bu noktada klinisyen, Bryan ile arasındaki gelişen ilişkiyi zihninde canlandırmaya çalıştı: "Biliyor musun, bunu söylediğinde, bu seansa geldiğinde patronun sen olduğunu ve haklı olduğunu, bana raporu istediğini ve benim de vermem gerektiğini söylediğini anlıyorum. Şimdi, bitmeden önce biraz beklemeyi kabul ettiğimize göre durum nasıl?"

İlk görüşmelerde "Patron/Hizmetçi", "Talep/Uyum", "Kontrol/Kontrol Edilen" ve "Üstün/Aşağı" olarak çeşitli şekillerde tanımlanan bu ilişki dinamiği, klinisyenin seansın sonuna doğru Bryan ile yaptığı görüşmenin yazılı özetinde ana hatlarıyla belirtilmişti. Bryan'ın "patron" olarak görülmekten duyduğu memnuniyet, kendisine dair böyle bir imajın öz saygısını artırdığını gösteriyordu. Bu nedenle klinisyen, tedavinin erken aşamalarında bir ittifak oluşturmak adına bu imajı sorgulamak yerine desteklemeyi aklına not etti.

Machine Translated by Google

Toplantı özetlerinin ortaklaşa yazılması ve hastalara yazılı tüm bilgilere açık erişim sağlanması eşitliğin temel bir unsurudur ve hastanın değerlendirme ve tedavi sürecine olan güvensizliğini azaltmak için gereklidir.

Klinik Örnek: Bryan için Yazılı Özet/Formülasyon İnsanların sizi nasıl gördüğünü ve bunun yanlış olduğu ve önceki davranışlarınıza dayandığı konusundaki endişenizi konuştuk. Çocuklarınıza erişiminizi destekleyen bir rapor yazmamız için çalışmamızı istiyorsunuz. Siz ve ben bunun nasıl olabileceği, kimin ve neyin değişmesi gerektiği üzerinde çalışmadan, herhangi bir raporun bunu sağlayıp sağlamayacağını bilmediğimi söyledim.
Bunun şu anda sizin için rahatsız edici olduğunu biliyorum, çünkü kontrolün sizde olduğunu hissettiğinizde o Patron/Hizmetçi hissini zorluyor. Bu konuda zaman zaman öfkelendiğinizi biliyoruz. Bu, insanların size saygı duymaması, sizi ciddiye almaması veya sizinle konuşmadan bir şeyler yapmasından kaynaklanıyor. İnsanlar size saygı duyduğunda ve sizi örnek alınacak biri olarak gördüğünde kendinizi iyi hissediyorsunuz, bu yüzden bunun farkında olmalıyız. Ciddiye alınmadığınızda tepki verirsiniz, çünkü dışlanırsınız ve insanlar bakış açınızı dinlemez. Bu durum eşinizde de yaşandı ve sizin kendinizi ifade etmenize yol açtı; o ve erkek kardeşi buna tehdit adını verdi. Ayrıca, bazen öfkelendiğinizde "kendi dünyanızda" olduğunuz konusunda da hemfikirdik.

Gruba, hayatlarında benzer endişeler yaşayan diğer insanlarla tanışmak için geliyorsunuz ve bu özeti kendinizi tanıtmak için kullanacaksınız. Önemli olan, insanların sizi dinlemesini ve size saygı duymasını beklemeniz ve diğerlerinin de aynı beklentilere sahip olduğunu görmeniz. Bu yüzden, başlarken mevcut durumunuzu onlara anlatmanızı isteyeceğiz. Bu arada, grubun nasıl işlediği hakkında birkaç seans yapacağız.

Toplantılarımızda üzerinde anlaştığımız değerlerden biri açıklık/şeffaflıktır; aklımıza gelen her şeyi tartışacağız ve sizin bilginiz olmadan Çocuk Koruma Ekibi veya denetimli serbestlik görevlisiyle hiçbir şekilde iletişime geçilmeyecektir.

Bu yalın özet, Bryan'ın gruba uyum sağlamasını kolaylaştırmak ve çalışmanın odak noktasının ilişkileri ve duygusal tepkileri olmasını sağlamak amacıyla yazılmış formülün ilk bölümüdür. Zihinselleştirme boyutsal profiliyle ilgili ek unsurlar, gruba başlamadan önce bireysel seanslar sırasında eklenir.
Hastaların gruba girişi, Bölüm 5'te anlatılan prosedürle aynıdır.

Gruba Katılmadan Önce Değerlerin Tartışılması

Klinikçi, hasta gruba katılmadan önce kişisel konularla ilgili bir dizi soru sorarak hastanın değerlerini araştırır. Örneğin: 1. Başkaları, kolay

kolay sinirlenmemek, kontrolü ele geçirmeden önce zaman tanımak, şiddete daha az çabuk kapılmak, sevgi dolu ilişkiler yaşamak veya çalışmak gibi sizin için önemli olması gereken bazı şeyler olduğunu düşünüyor mu? İnsanların sizi haksız yere yargıladığını düşünseniz bile, bunlardan herhangi biri sizin için önemli mi? Hasta, tedavi odağının kendisi için kişisel olarak anlamlı olmasını değerlendirmelidir. ASPD'li kişiler, odak noktasının toplum için önemli olduğunu ancak kendileri için önemli olmadığını düşünüyorlarsa, onları tedaviye dahil etmek mümkün değildir.

2. Hiç kimse bunu bilmese ve kimse sizi yargılamasa bile bu "değer" hala önemli midir? Bu soru, kişinin uyum sağlamaya yönelik dış baskıdan ziyade, farklı olma isteğiyle motive olduğundan emin olmak için kullanılır.
3. Şu anki hayatınızda bir rolü olmasa bile sizin için önemli mi?

Machine Translated by Google

Bu sorular etrafında yapılan araştırmalar, klinisyenin ve hastanın kişisel olarak önemli endişelerini ele almalarını ve uzun vadeli hedefler belirlemelerini sağlar. Sonuç olarak, klinisyen ve hasta, hastanın nasıl olduğunu değil, nasıl olmak istediğini birlikte değerlendirir. Yavaş yavaş tedavi için bir odak noktası oluşturur ve hedefleri birlikte belirlerler. Bu hedefler, bir dizi sorunun nihai ürünü olarak görülen saldırganlık/şiddetin önlenmesinden daha geniş bir odak noktasına sahip olmalıdır; terapötik çalışmanın odak noktası ise eylemlerin ardında yatan zihinselleştirme sorunları olmalıdır. ASPD hastaları genellikle "öfkeli insanlar" olarak görüldüklerinden ve öfke yönetimi kurslarına gönderildiklerinden şikayet ederler; bu kurslar yalnızca kendilerini klişeleşmiş ve yanlış anlaşılmış hissettirmeye yarar.

Hastaları MBT gruplarına dahil etmek ve tutmak için diğer stratejiler şunlardır: kaçırılan seansların ardından katılımcıları aktif olarak aramak, hastalarla kararlaştırılan gün veya bir önceki gün, katılmaları için tüm katılımcılara mesaj atmak, grup seansı başlamadan önce onlara ikramlar sağlamak, katılmama konusunda esnek bir politikaya sahip olmak; hastaların neden katılmak istemeyebilecekleri veya katı bir sayıda kaçırılan seanstan sonra onları taburcu etme prosedürüne bağlı kalmak yerine, neden katılmak istemeyebilecekleri veya katılamayacakları konusunda merak ve anlayışı teşvik etmek

Katılımcıların güvenini korumak, gizlilik konusunda açık ve şeffaf rehberlik sağlamak, bireysel seanslar kullanarak gruba katılımı engelleyen, diğer grup katılımcılarına yönelik olumsuz duygu ve tutumlarla ilgili sorunları ele almak.

MBT-ASPD-G

MBT-ASPD-G için MBT-I MBT-

ASPD-G'deki ilk grup çalışması psikoeğitimseldir. Hasta, tedavi sırasında izlenecek zihinselleştirme çerçevesini öğrenir. Gelecek çalışmanın ana temaları, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları için kullanılan yapıyı izleyen MBT-Giriş Grubu (MBT-I) oturumlarında ele alınacaktır (bkz. Bölüm 4).

MBT-ASPD'de, MBT-I seanslarının içeriği bir ölçüde değiştirilmiştir. Zihinselleştirme, duygular, bağlanma ve ilişkiler hakkındaki tartışmalar oldukça benzerdir, ancak klinisyen hastalar için geçerli örnekler kullanır. Ayrıca, şiddeti ve diğer antisosyal davranışları zihinselleştirme kaybıyla ilişkilendiren ek bir modül de eklenmiştir.

Zihinselleştirme

Modülleri Zihinselleştirme modüllerinde, klinisyen hastaların şunları yapmasını sağlamaya çalışır: 1. Öz saygılarını ve bunu değerlendirdikleri temeli göz önünde bulundurmak ("Ben-modu") 2. Başkaları hakkındaki endişe düzeyini ve ne düşündüklerini ve hissettiklerini değerlendirmek ("Ben-modu") 3. Başkalarının onları nasıl gördüğünü belirlemek ("Kişiselleştirilmiş Ben-modu") 4. Ne zaman "aklını kaçırdıklarını" ve hangi şekilde - Patlama Zamanı/Bil ve Şimdi/İçten Dışa (psişik eşdeğerlik), Eylem Adamı/Yapma Zamanı/İçten Dışa (teleolojik mod) veya Balon Modu (taklit modu) - 5. "Biz-modu" işlevini belirlemek - yakınlık ve paylaşımda güvenlik.

Machine Translated by Google

Duygular Modülü

Duygular modülünde, utancın bir duygu olarak ele alınması önemlidir. Saldırganlığa da bir miktar vurgu yapılır, ancak bu, hayatta kalmak için gerekli temel bir duygu olarak kabul edilir; tedavi edilemeyen bir özellik olmaktan ziyade, çevresel hayal kırıklıklarına ikincil bir tepki olarak sunulur. Klinisyen, hepimizi öfkelendirebilecek günlük durum örnekleri kullanır ve utanç ortaya çıktığında öfkenin nasıl tetiklenebileceğini açıklar; başkalarının önünde alay edildiğimizde veya eleştirildiğimizde ve aşağılandığımızı hissettiğimizde, isteklerimiz dışında bir şey yapmaya zorlandığımızda/zorlandığımızda ve böylece kendimizi değersiz hissettiğimizde veya bir başkasını istekleri dışında bir şey yapmaya zorladığımızda ve daha sonra zalim olduğumuzu fark ettiğimizde ne olur. Bu noktada, grup üyelerinden kendi değerlerini ve kişisel standartlarını karşılamadıkları yaşamlarından örnekler olup olmadığını düşünmeye başlamalarını istemek faydalı olabilir.

Ek Modülü

Bağlanma modülünde, her grup katılımcısının ilişkisel örüntüleri, herhangi bir yargılama veya yorum yapılmadan belirlenir. Bu ilişkisel örüntüler, her katılımcının formülasyonunda zaten tartışılmış olacaktır. Buradaki amaç, örüntüleri belirlemek ve bunları tedavide yararlı ve zararlı sonuçları açısından incelenecek bir unsur olarak kaydetmektir. Hangi ilişkiler destekleyicidir ve neden böyledir? Hangileri yararsızdır ve kişinin uzun vadeli isteklerine aykırıdır? Sorunu yaratan nedir?

Şiddet Modülü

Şiddet modülü, kişilerarası şiddetin nasıl düşünülebileceğine dair kısa bir taslak sunar; yani, "duygusal patlama" ile "planlama ve komplo kurma" arasındaki farkları ele alır.
Hastalara kendi eylemlerini kategorize edip edemeyecekleri ve bunlara örnekler verip veremeyecekleri sorulur. Kişisel örnekler verirken kendilerini ve başkalarını yargılamamaları istenir. Çoğu örnek duygusal şiddetle ilgili olacağından, klinisyen zihinselleştirmeme aşamasının ayrıntılarını ortaya koyar ve katılımcıların kendileriyle ilgili deneyimlerini, başkalarının güdüleriyle ilgili deneyimlerini ve bu deneyimin onlarda kabul edilemez ve dayanılmaz buldukları duyguları nasıl uyandırdığını belirler.
Şiddet, zihinselleştirme yeteneğinin kaybının bir sonucudur ve bu bölümün başında özetlediğimiz bilgilerin bir kısmı bu modülde tartışılmaktadır.

Tartışmanın bir kısmına odaklanmanın ve kişiselleştirmenin bir yolu, grupta Açık Saldırganlık Ölçeği Değiştirilmiş'i (OAS-M) [10] kullanmaktır, çünkü bu, her hastanın sözel, fiziksel ve kendi kendine saldırganlığı ile birlikte mala zarar verme eğilimi hakkında düşünmesini gerektirir.

Son olarak, şiddet veya yapıcı olmayan sosyal etkileşim yaşandığında, bunun grupta tartışma konusu haline getirilmesi gerektiği konusunda bir anlaşmaya varılır. Sorunlarına birincil çözüm olarak şiddetten vazgeçmek, benimseyebilecekleri bir değer midir? Değilse, neden? Öyleyse, neden? Kişinin grupta devam edebilmesi için ilk soruya olumlu cevap verilmesi gerekmez. Bu, grup üyeleri arasında antisosyal davranışların hayatları üzerindeki etkileri ve sosyal davranışlarını artırmaları durumunda nelerin değişebileceği veya kaybolabileceği konusunda düşünmeyi teşvik etmeyi amaçlar.

Deneyimle Bir Uzmanla Tanışma

Deneyimli uzmanlar (MBT-ASPD tedavisini tamamlamış hastalar) normal klinik gizlilik sözleşmeleri kapsamında bilgi sağlamak ve

Machine Translated by Google

Yeni hastalarla programı tartışmak için. Deneyimli uzman, MBT-ASPD-G seanslarında oturur ve tartışmalara katkıda bulunur, genellikle seansların odak noktasını netleştirmeye yardımcı olur. Bu düzenleme, yeni hastaların benzer deneyimler yaşadıklarını bildikleri kişilerden bilgi kabul etme ve onları dinleme olasılıklarının daha yüksek olduğu zihinselleştirme ilkesiyle uyumludur. Bu bağlamda, epistemik uyanıklık azalır ve öğrenme artar. Deneyimli uzmanlar, klinisyenlere göre hastalara karşı daha doğrudan olma eğilimindedir; örneğin, yeni hastalara "kendileri üzerinde çalışmaları gerektiğini" söyler veya onlara "Hayatınızı değiştirmek istiyor musunuz?" diye sorarlar. Motivasyonun içeriden gelmesi gerektiğini ve "başkalarının sizin için bir şeyler yapmasını beklemenin bir anlamı olmadığını" vurgularlar. Bununla birlikte, yeni hastaların karşılaştığı zorlukların da farkındadırlar, çünkü kendileri de genellikle uzun yıllar hayatlarını değiştirmek için mücadele etmişl

Uzmanların deneyimlerine göre yapılan çalışmaların bazı yan etkileri olabilir, bunlara dikkat etmek gerekir.

Deneyimli bazı uzmanlar aşırı katı ve eleştirel ya da aşırı yönlendirici olabilir; örneğin, bir tanesi, gruptaki tüm üyelerin odaya girdiklerinde cep telefonlarını bir kovada bırakmaları konusunda ısrar etmiş ve onlara, dış dünyadan uzakta, birlikte etkileşim kurmak ve kendileri hakkında düşünmek için orada olduklarını söylemişti! Bu durum, deneyimli uzmanların çalışmalarına başlamadan önce tamamladıkları kısa eğitim programında dikkate alınır.

Diğer deneyimli uzmanlar aşırı müdahil olabilir, telefon numaralarını paylaşabilir veya hastaları evlerinde ziyaret edebilirler. Bu sorunlara karşı korunmak için, deneyimli uzmanın MBT klinik ekibinin tam anlamıyla entegre bir üyesi olması ve sadece bir eklenti olmaması önemlidir. Haftada bir kez ekip toplantılarına gelirler ve bunun için ücret alırlar. Bu toplantılarda hastalar tartışılır ve deneyimli uzmanın bakış açısına ekibin geri kalanının görüşleri kadar önem verilir. Deneyimli uzmanlar ve klinisyenler arasındaki bu çalışma ilişkisi, tedavi ekibinin dikkatini gerektirir. Ekipte deneyimli uzman için bir yer yaratmak ve eşitlik ve karşılıklı saygıya dayalı bir atmosfer yaratmak, ekibin çalışma biçimi ve dolayısıyla grubun işleyişi üzerinde faydalı etkilere sahip olabilir. Deneyimli uzmanlar genellikle hastaların zihinsel mücadelesine MBT klinisyenlerinden daha duyarlıdır ve bu nedenle klinisyenlerin hastalarını daha iyi anlamalarına yardımcı olma görevi vardır. Klinikçilerin zihinsel süreçleri ile hastaların zihinsel süreçleri arasındaki boşluğu kapatmaları, grubu, tüm katılımcıların bir sorunu ayrı ama örtüşen bakış açılarından ele aldığı "biz-mod" işleyişine doğru yönlendirmeleri gerekiyor; bu da karmaşık bir görev.

Grup Yapısı ve Grupta Özyönetim Odaklılık

MBT-ASPD-G, standart MBT-G çerçevesini (bkz. Bölüm 5) takip eder, ancak üzerinde anlaşılan değerlerin ve ek yapının oluşturulmasına daha fazla vurgu yapar.

Mutabık

Kalınan Değerler Açıklık, hoşgörü ve saygı gibi mutabık kalınan değerler, grup odasındaki bir beyaz tahtaya veya flip chart'a yazılması en iyisidir. Değerlendirme aşamasında hasta ve klinisyen arasında mutabık kalınan herhangi bir bireysel değer, grup tarafından tartışıldıktan sonra grubun değerler listesine eklenir. Liste, hem grup üyelerine hem de klinisyenlere mutabık kalınan değerleri hatırlatır ve grup sırasında "kurallar" çiğnendiğinde veya kurallara sosyal açıdan uygun bir şekilde uyulduğu görüldüğünde bu listeye başvurulabilir. Mutabık kalınan değerleri açık bir şekilde ve

Machine Translated by Google

Grup sırasında bunlara atıfta bulunmanın amacı, bu değerlerin grup içindeki otomatik zihinselleştirme süreçlerine kademeli olarak yerleşmesi ve böylece prososyal bir kültür potansiyeli yaratmasıdır. Bir değer ihlal edildiğinde, bu durum bir grup üyesi, deneyimli bir uzman veya klinisyen tarafından dile getirilir ve gruptan, kabul edilen değerleri ihlal etmenin ele alınması gereken antisosyal bir tutum olduğu temelinde değeri tekrar ele alıp tartışmaları istenir. Önemli olan, ortak anlaşmanın ihlaline tepki vermek yerine, bundan ders çıkarmaktır.

Öz-Yönetim

Öz-yönetim, bir bireyin özgür bir birey olarak hareket etme ve özgür iradesini kullanma kapasitesini ifade eden bir ifade olarak umut verici bir şekilde kendini açıklar niteliktedir. Ancak, klinik müdahaleyle hedeflenmesi ve geliştirilmesi ilginç bir şekilde karmaşıktır. Klinisyen ve hastanın bir çerçeve izlemesi gerekir. Özünde, öz-yönetimin iki temel zihinselleştirici unsuru vardır. İlk olarak, kişinin kendisini, tehdit altında bile olsa, normatif ve kişilik duygusu sağlayan tutarlı bir kişisel anlatı temelinde, o anda kavrayabilme yeteneği vardır.
İkinci olarak, kişisel değerleri ve deneyimleri barındıran olumlu ve olumsuz anıların hatırlanmasıyla aktive olan geçmiş benlik ile bu geçmişi paylaşan ve işleyen gelecekteki benlik arasında psikolojik bir bağlantının kurulduğu bir zaman ayrımı vardır. Bu ikisini bir araya getirmek, bireyin mevcut bağlamında bir "yapan" haline gelmesini ve böylece geçmişle süreklilik gösteren devam eden bir gelecek ve yaşamaya değer bir hayat yaratmasını sağlar. Dolayısıyla, zihinselleştirmeyi geliştirmenin, geçmişteki benlik, şimdiki benlik ve gelecekteki benlik arasındaki süreklilik nedeniyle öz-eylemliliği artırması kaçınılmazdır. Öz-zihinselleştirmenin bu üçlemesi üzerinde çalışmak, ilişkilerin karmaşıklığı üzerine ortak bir düşünceye olanak tanır; çünkü daha güçlü bir öz-eylemliliğe sahip olmak, başkalarını görmezden gelerek savunmacılığı ve öz-korumayı azaltır.

İlişkilerde şimdiki, geçmiş ve gelecekteki benliğin keşfi nasıl gerçekleşir?
Grupta neler yapılacağı hastalarla gruba girmeden önce konuşulur.

Ben Modundan Ben Moduna

Grup katılımcılarından, kişisel deneyimleri ve olayları tartışırken "ben-modundan" "ben-moduna" ve başlangıçta şimdiden geçmişe ve geçmişten şimdiye doğru organize olmaları istenir: "Eğer bu şimdiki ben isem, 'ben' nereden geldi? Eğer bu o zaman ben isem, şimdi benim için ne anlama geliyor?" Otobiyografik ve anlamsal bellek süreçleri arasında bir etkileşim vardır.

Ardından, diğer tüm katılımcılardan, yalnızca sunumu yapan kişi hakkında ne düşündüklerini değil, duydukları deneyim ve bunun kendileri için ne anlama geldiği hakkında konuşmaları istenir. Ardından tartışma, "ben-mod" etkileşiminin "ben-mod" düşüncelerini değiştirip değiştirmediğini ve eğer değiştiriyorsa, nasıl değiştirdiğini değerlendiren sunum yapan kişiye döner.

Klinik Örnek: Bryan (devamı)

KLİNİSYEN: Bryan, sizden isteyeceğimiz şey sorunlu bölgelerinizden bazılarını alıp
Bunlar hakkında kendi bakış açınızdan (ben modu) açıkça konuşun. Gruptaki diğer kişilerden, sizin veya başka birinin ne yapması gerektiği konusunda sizi yargılamaları veya tavsiye vermeleri değil, sadece yaşadıklarınızla ilgili duygularınızı açıklamanıza ve ifade etmenize yardımcı olacak sorular sormaları isteniyor.

Machine Translated by Google

Konuşmak, nasıl hissettiğiniz, neyle mücadele ettiğiniz ve şu anda tüm bunlar hakkında nasıl hissettiğiniz açısından sizin için neyin zor olduğunu anlamanızı sağlar. Örneğin, sorunlarınızı partnerinizle tartışıyorsanız, size onun söylediği veya yaptığı şeyin sizi tepki vermeye ittiğini, bunun sizde ne uyandırdığını ve bunu nasıl ifade ettiğinizi ve onun sizde ne gördüğünü düşündüğünüzü soracaktır. Ardından herkesten hikayenizin onlar için ne anlama geldiğini düşünmeleri istenecek ve bunun sizin ve hikayeniz hakkında başka şeyler ortaya çıkarıp çıkarmadığını görmek için dinlemeniz istenecektir.

Başkalarının Duygusal Durumlarının Tanınması ve

Tepki Verilmesi ASPD'li kişiler, başkalarının zihinsel durumları hakkında otomatik varsayımlarda aşırıya kaçarlar ve başkalarının güdülerini ve altta yatan duygularını anlamak için kontrollü zihinselleştirmeye geçmekte yavaş davranırlar. Başkalarındaki yüz ve ses ipuçlarını ve ilişkili altta yatan duyguları tanıma yetenekleri düşüktür; bu, yalnızca öfke, korku, tiksinti ve üzüntü gibi olumsuz duyguları değil, aynı zamanda şaşkınlık ve mutluluk gibi olumlu duyguları da tanımayı içerir. Sonuç olarak, başkalarının tepkileri onlar için bir bilmece olabilir. Ayrıca, başkalarının dışa dönük bir şey ifade etmesinden ancak bunun "sahte" olduğundan ve içlerinde hissettikleriyle tutarsız olduğundan endişe duyarlar. Aslında, başkalarının duygusal ifadelerine güvenmezler. Özellikle yardımsever ve kapsayıcı görünen insanlara karşı şüphecidirler, çünkü bu onların dünyaya dair şematik ve otomatik tasvirlerini sorgular; örneğin, biri hoş görünebilir, ancak bu kötü niyetli ve istismarcı bir zihin durumunu örtebilir.

Bu hastaların epistemik güvensizlik düzeyleri yüksektir ve bu nedenle hoşluk ve güvenilirlik ifadelerinden bile çekinirler. Uyumlu ve uyumsuz iç ve dış ifadeler arasında ayrım yapmak, günlük yaşamda pratik gerektirir. Bu süreci geliştirmek, grup etkileşimini, başkalarındaki duygusal durumları tanıma ve bunların ardında yatan zihin durumlarını doğrulama hizmetinde otomatik/kontrollü zihinselleştirme boyutunu kullanan sosyal söylem için bir eğitim alanı olarak kullanarak başlar.

Klinik Örnek: Bryan (devamı)

KLİNİSYEN: Size bir örnek vereyim; bunu size söylerken biraz şaşkın görünüyorsunuz ve oldukça şüpheli. Ama yüzünü ve bana bakışını gözlemlerken zihnini böyle okuyorum. Söylediklerim konusunda kendimi emin olamıyorum. Tamamen yanılıyor olabilirim, bu yüzden sana şunu soracağım: Grupta yapmamızı önerdiğim şeyden biraz şüpheleniyor musun ve eğer öyleyse, seni bu kadar şüphelendiren şey ne?

BRYAN: Bunun ne anlamı var anlamıyorum.

KLİNİSYEN: Ah, peki tepkinizle ilgili varsayımım doğru mu?

BRYAN: Aslında hayır.

KLİNİSYEN: Peki, ifadenizin ardında ne var? Aklınızdan neler geçiyordu?

BRYAN: Bilmiyorum ama tüm bunlar bana insanlara sormam gerektiğinin söylenmesini istemediğimi düşündürüyor. gruba ne hissettiklerini anlatın.

KLİNİSYEN: Bunun rahatsız edici tarafını kavrayabilir misiniz?

BRYAN: Emin değilim.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Aslında, buna odaklanmamızın temel nedeni, hepimizin her birimiz hakkında sıklıkla varsayımlarda bulunmamızdır. Başkalarının hisleri ve güdülerinin yanlış olduğu ortaya çıkıyor, sanki yetkililerin sizi yanlış anladığını fark etmişsiniz gibi. Değil mi? (Bryan başını sallıyor.) Birbirimiz hakkında sürekli bu anlık yargılarda bulunuyoruz. Yetkililer sizin zararlı bir ruh hali içinde olduğunuza karar verdiler ve bunu davranışlarınıza dayandırdılar, ama siz onların bunu yanlış anladığını düşünüyorsunuz. Bu grupta, birbirimizi ne kadar iyi okuyabileceğimizi ve ne kadar doğru olabileceğimizi pratik ediyoruz. Çoğu zaman yanılırız. Bu şekilde, genellikle o anki hislerimizle beslenen kör noktalarımızı öğrenirken, aynı zamanda anlık tahminlerimizin ötesinde olanı nasıl soracağımızı da pratik ediyoruz.

BRYAN: Hmm. Tamam.

Utanç Duygusunu Sorunlu Bir Duygu Olarak

Ele Almak Utanç, iğrenme, öfke ve kaygıyı içeren çok yönlü, karmaşık bir duygudur ve genellikle geri çekilme ve başkalarından kaçınma gibi davranış değişiklikleriyle ilişkilendirilir.
Utanç, kişinin içsel standartlarını karşılamamasından kaynaklanan olumsuz bir deneyimle birlikte, bir "ben" ve bir "öteki" bileşenine sahiptir. Bu deneyim, başkalarının bu deneyimi aynı derecede olumsuz bir şekilde görüp yargılayacağı ve bizi ağır bir şekilde cezalandırmak isteyeceği inancıyla birleşir. Utanç, sosyal reddedilme endişesi ve algılanan tetikleyiciden, ister kişilerarası (birinin gördüğü bir şey) ister zihinsel (düşünüldüğü veya hayal edildiği bir şey) olsun, uzaklaşma isteği uyandırır. İçsel ve dışsal utanç arasında ince bir denge olabilir veya bir tarafa veya diğerine aşırı ağırlık verilebilir. İçsel utanç öz deneyime odaklanır ve bireyler kendilerine dair olumsuz değerlendirmeleriyle meşgul olurlar. Bu durum, bireylerin başkaları tarafından nasıl görüldükleri konusunda daha fazla endişe duydukları dışsal utanca kıyasla ASPD'de daha az yaygındır. Başkalarının gözünde küçülebileceklerinden endişe ederek, ya kendileri farklı davranarak ya da daha sıklıkla diğer kişinin onları farklı görmesini zorlayarak başkalarının fikirlerini değiştirmekle meşgul olurlar; bu nedenle, kendilerinde utanç duygusu uyandıran bir kişiye karşı ani bir öfke duyarlar. Bir klinisyenin, bir hastanın eylemleri hakkında yargılayıcı hale gelmesi ve bunu yaparken hastada öfke ve/veya kaçınma gibi bir utanç tepkisini tetiklemesi çok kolaydır; bu da hastanın tehdit edici bir şekilde davranmasına veya seansı terk etmesine neden olabilir. MBT-ASPD-G'de, hastalar birbirlerinde utanç duygusunu harekete geçirebilirler ve klinisyenin, patlayıcı etkileşimlere yol açabilecek ve derhal gerilimin düşürülmesini gerektirebilecek potansiyel utanç tepkilerinin sürekli farkında olması gerekir (sorunlu veya tehdit edici etkileşimlerin düşürülmesi bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanmaktadır).

ASPD hastalarında utanç kalıcı olabilir ancak birey tarafından fark edilmeyebilir. Kişi, utanç duygusunu daha yapıcı bir şekilde yönetmektense, ilişkileri etkisizleştirmek ve duygulardan tamamen kaçınmakla daha fazla ilgilenir. Utanç, tanımı gereği ASPD'li bireylerde körelmiş olan suçluluk duygusuyla aynı şey değildir. Suçluluk duygusu, yanlış bir şey yapıldığının farkına varılmasını gerektirir ve genellikle haksızlığa uğrayan kişiye duyulan empati ve toplumsal kopuşu onarma arzusuyla yönlendirilen yanlışı düzeltme çabalarına yol açar.
Sürekli utanç, bireyin zihinselleştirmenin dışsal boyutunun aşırı kullanımı sonucu başkalarının ruh hallerine karşı aşırı duyarlı hale gelmesi ve başkaları tarafından yapılan her türlü olumsuz değerlendirmeyi çıkarsaması şeklinde kendini gösterir.

Klinikçinin utancı daha erişilebilir bir konu haline getirmek ve "odada bulunan fil" olmaktan çıkarmak için yapabileceği birkaç şey vardır.

Machine Translated by Google

1. MBT-I toplantılarında utancı günlük bir insan duygusu olarak tanımlayın ve normalleştirin; yani adlandırın ve not edin. Günlük örnekler kullanın: "Bazen birileri bizim yapabileceğimizi düşündüğümüz bir şeyi yapamadığımızı gördüğünde, onlara kızar ve onları denemeye zorlarız; böylece onların da başarısız olmasını umarız."
2. MBT-I modüllerinde ve MBT-ASPD-G oturumlarında bir örnek keşfedin . Hasta, kendisi hakkında olumsuz bir değerlendirme yaptığını bildiriyor.
3. Gruptaki diğer hastalara, kendisi hakkında bir şeyler anlatan bir katılımcı hakkında ne düşündüklerini sorun. Yanıtları genellikle kınamaktan ziyade şefkatlidir.

4. MBT'yi keşfederken yargılayıcı olmayan, bilgisiz duruşu koruyun
   Potansiyel utanç duygusunu ve empatik bir "biz-mod" odağı kullanın: "Sanırım orada aklınıza bir şey geldi. Bazen böyle durumlarda kendimiz hakkında kötü hissedebiliriz. Bu konuda konuşurken kendiniz hakkında ne hissediyordunuz?" Burada klinisyenin müdahalesinin tonu ve beden dili önemlidir, çünkü hasta sözel olmayan ipuçlarına aşırı odaklanacaktır. "Biz" bileşeninin gerçek olması gerekir ve bunun için klinisyenin utançla özdeşleşmesi gerekir.

   bir dereceye kadar.

5. Hasta bunu yönetebiliyorsa prototipik utanç olaylarını araştırın ve tanımlayın.
   Zihinsel yaklaşımları ve tepkileri. Tepkilerini değiştirmek mi, bununla yaşamak mı yoksa ellerinden geldiğince gizlemek mi istiyorlar? Değişim önemliyse, bu nasıl gerçekleşebilir?
   Belki de başkalarına utançlarını ifade ederken aynı zamanda öz eleştiriyi harekete geçirmek yerine öz şefkatlerini koruyabilmeleri gerekiyor. Başka birinin onlara karşı ne kadar şefkatli olabileceğini ve kendilerine karşı ne kadar kınayıcı olduklarını fark etmek, oyunun kurallarını değiştirebilir.

Gelecekteki Ben

Hastaların kendilerini gelecekte nasıl gördüklerini ve şimdi kendilerinde neleri değiştirmek istediklerini belirlemek, ilk formülasyonda ve ardından grupta yapılması gereken önemli bir tartışmadır. Grup, değerler tartışmasının bir parçası olarak konuyu birlikte ele alır: "Kendimizi gelecekte nerede görüyoruz? Hayatımızdan ne elde etmek istiyoruz? Ne tür sosyal ve kişisel rollerimiz var ve bunların nasıl değişmesini istiyoruz?"

Hastalar kendileri hakkında aşırı hırslı olabilir veya pratik olmayan fikirlere sahip olabilir ve gruptaki temel amaç, kendileri ve ilişkilerinde başkalarına karşı tepkileri hakkında ne kadar rahat hissettiklerini değerlendirmeleridir. Örneğin, sevgisiz ve sevilmeyen bir kişi yerine, daha belirgin bir şekilde sevgi dolu bir kişi olarak kişisel bir gelecek aramak veya iddialı ama saldırgan olmayan biri olmak MBT-ASPD-G'nin hedefleriyle daha uyumludur.

Taklit Modu

MBT-ASPD-G seansları genellikle katılımcılar arasında sistemin ne kadar korkunç olduğu ve kimseye güvenilemeyeceği üzerine sözde felsefi-politik bir dille ifade edilen bir tartışmayla başlar. Tartışma, gerçeklikle bağlantısı olmayan ortak bir inanç sistemi bağlamında gerçekleşir. Özünde bu, taklit modudur. Ancak, taklit moduna her zaman mevcut olduğu anda değinme ilkesinin aksine, klinisyen doğal bir sessizlik oluşana kadar konuşmayı bırakır ve ancak o zaman bir önceki haftaya geri dönerek seansı başlatır. Bu açılış "sohbet modu" olarak düşünülebilir.

Machine Translated by Google

ve gruba birlik duygusu getirme gibi faydalı bir amaca hizmet eder. Ancak, grup seansı sırasında ortaya çıkan taklit modunun normal şekilde ele alınması gerekir.

Öfkeyi Sorunlu Bir Duygu Olarak Ele Almak

Klinik Örnek: Sorunlu Bir Duygu Olarak Öfke "Barmenden çok kibarca bir

içki istedim. Beni görmezden geldi, orada durmaya devam etti ve yüzüme bile bakmadı. Tekrar kibarca sordum. Beni tekrar görmezden gelince, barda duran bardakları alıp arkasındaki aynaya fırlattım. Kendine böyle davranılmasına izin veremezsin."

Bu öykü, antisosyal şiddetle ilişkilendirilen pek çok özelliği bünyesinde barındırıyor. Şiddet, beklenmedik olduğu kadar ani de olabilir ve öz saygıya yönelik kişilerarası bir tehdit bağlamında ortaya çıkar; anlatıcı, onların görüşüne göre, küçümsenmiş, görülmeyen ve saygısızlığa uğrayan bir kişidir. ASPD'li kişileri tedavi ederken, klinisyenin saldırganlık eyleminin arkasını görmesi ve bunun tarafından dikkatinin dağılmaması önemlidir. Dram üzerine odaklanmak ve eylemin ardındaki psikolojik acıyı gözden kaçırmak çok kolaydır. Genel bir kural olarak, klinisyen, aksi kanıtlanana kadar ASPD'li kişilerin en çok korktuğu içsel durumların öz saygıya tehdit oluşturduğunu varsaymalıdır. Daha önce de tartıştığımız gibi, ASPD'li kişiler başkalarından saygı talep ederek, çevrelerindekileri kontrol ederek ve hatta bir korku atmosferi yaratarak öz saygılarını şişirirler. Bu, gurur, prestij ve statüyü korur; çevrelerindeki dünyada statülerine dair kanıtlar vardır ve insanların onlara karşı davranışları, öz değerlendirmeleriyle örtüşür. Statü kaybı, psişik eşdeğerlikte deneyimlendiğinde yıkıcıdır; çünkü zayıf ve küçülmüş bir benliğin yeni bir gerçekliği ortaya çıkar ve kişiyi bunaltmakla tehdit eden, reddedilmiş utanç verici içsel durumları açığa çıkarır. Dolayısıyla, herhangi bir statü kaybı tehdidi, fiziksel güçle başa çıkılması gereken tehlikeli bir gerçeklik olarak kökleşir. Zihinselleştirmede anlık bir yetersizlik -kendilerini tehdit ettiği anlaşılan kişinin zihnindeki tehdidin arkasını görememe- hızla düşen öz saygıyı ve konum kaybını engellemenin hiçbir yolu olmadığı anlamına gelir.

Grupta olayları araştırırken yapılan klinik müdahale, şiddete yol açan olaylara özel bir odaklanma ile MBT etki yörüngesini takip eder (bkz. Bölüm 4).
Kendine zarar veren bir hastadan, eylemle ilişkili olayları ve zihinsel durumlarını gözden geçirmesi istendiği gibi (bkz. Bölüm 4), şiddet uygulayan hastadan da grupta şiddeti çevreleyen olayları ve zihinsel durumları değerlendirmesi istenir. Grup üyelerinden şunlar istenir: 1. Anlatıcının, durum
gelişirken yaşadığı duygu ve deneyimleri keşfetmesi.
zaman

2. Anlatıcının o sırada olup bitenlere ilişkin geriye dönüp baktığında ne düşündüğünü sorun.
olay

3. Hikayeyi anlatırken anlatıcının gruptaki deneyimlerini araştırın. 4. Hikayeye karşı kendi tepkilerini ve bundan neler öğrenebileceklerini düşünün.

MBT-ASPD-G'de Yaygın Klinik Sorunlar Bu bölümde ASPD'li

hastaların tedavisiyle ilişkili bazı yaygın klinik sorunlar özetlenmektedir.

Machine Translated by Google

Bir Amaca Yönelik İşe Alım

ASPD'li hastalar birbirlerini kendi "davalarına" dahil ederler. Dava, genellikle bir kuruluşun veya bireyin kendilerine ne kadar adaletsiz davrandığıyla ilgilidir; örneğin, aldıkları sosyal yardımlardaki adaletsizlik veya denetimli serbestlik hizmetinin etkili yardım sağlayamaması gibi.
Katılımcılar arasındaki tartışma, organizasyon içindeki insanların başarısızlıklarına ve kusurlarına odaklanır. Anlatıcı, sorunları hakkında konuşurken, grubun diğer üyelerini de yavaş yavaş kendi davasına dahil eder ve bunu yaparken grup üyeleri, "mağdur" grup üyesini desteklemek için örgütlenir ve grup liderlerinden sorunla ilgili bir şeyler yapmalarını talep eder.

Bir davaya katılım, grup içinde rol yapma moduna ulaşmanın yaygın bir yoludur.
Tek bir bakış açısı ortaya çıkıyor - şaşırtıcı olmayan bir şekilde, artık kinini haklı çıkaran kahramanın bakış açısı - ve herkes başka birinin bir şeyler yapması gerektiği konusunda hemfikir. Klinisyenin görevi, grup sürecini aktif olarak yöneterek bu sahte moda doğru gidişi durdurmaktır.

Klinik Örnekler: Bir Amaca Katılım

Örnek 1 Bir
hasta, yerel yönetim konut departmanının daire başvurusunu istediği şekilde ele almadığını anlattı. Başvurusunun bir sağlık görevlisi tarafından değerlendirilip değerlendirilmediğini sormuştu. Başvuruyu kıdemli bir konut yöneticisinin gördüğü ve gereksiz görüldüğü için sağlık görevlisine gönderilmediği söylendi. Bu noktada hasta, konut görevlisine işlerini doğru yapmadıklarını söyledi ve "onları halletmek için" departmana geleceğini söyleyerek onları tehdit etti.

Buna karşılık başka bir hasta, konut departmanının işini asla düzgün yapmadığını ve oradaki insanların sadece kendileriyle ilgilendiğini söyledi. "Çözülmeleri" gerektiğini kabul etti. Bu tartışma, yavaş yavaş grubun tüm üyeleri arasında konut departmanındaki insanların ne kadar beceriksiz ve işe yaramaz oldukları hakkında bir tartışmaya dönüştü. Birçok örnek verildi. Sonunda grup, gruba liderlik eden klinisyenlere yöneldi ve onlara konut departmanına yazıp bu konuda bir şeyler yapmaları gerektiği söylendi.

Örnek 2 Bir
hasta, birini ölümcül olmayan bir şekilde, ancak "yaralamak ve uyarmak" amacıyla bıçakladığını bildirdi. Yeğeninin kıdemli üyelerinden biri olduğu yerel bir çetenin toplantıları için dairesinin kullanılmasına izin vermişti. Geç olduğu için gitmelerini istediğini söyledi. Çete lideri uyuşturucu kullanmıştı ve hazır olduğunda ve kendisi istediğinde gideceklerini söyleyerek karşılık verdi. Buna karşılık hasta ona 10 dakika ve ardından 5 dakika daha uyardı. Liderin gitmeyecek gibi görünmesi üzerine hasta mutfağa gitti, bir mutfak bıçağı aldı ve kısa bir uyarının ardından lideri kolundan bıçakladı. Çete lideri, hasta onu kovalarken kaçtı ve diğer çete üyeleri hızla oradan ayrıldı. Hastanın hikayesini duyan grup, bu eylemin saygısızlığa uygun ve orantılı olduğunu hemen savunmaya başladı.

İkinci klinik örneği ele alırsak, gruba liderlik eden klinisyenler, bu olayın görünürdeki risk nedeniyle dikkatli bir şekilde araştırılması gerektiğini düşündüler, ancak bunu yapmaya çalıştıklarında diğer katılımcılar bıçaklamanın

Machine Translated by Google

Koşullara uygun bir tepki. Hastanın uyarılarda bulunmasına atıfta bulundular: "Bu adil. Bir uyarıda bulunursunuz ve eğer dikkate almazlarsa başlarına gelecekler," "Bakın, üç uyarıda bulundu. Bu fazlasıyla yeterli.
Sadece bir tanesi gerekli olmalı." "Gençlerin cömertliğinizden faydalanmasına izin veremezsiniz", "Sizin hakkınızda yanlış bir fikre kapılıp yumuşak olduğunuzu düşünmeye başlarlar" ve "Bu tür insanlar sadece bu tür dersleri anlar" şeklinde belirttiler. Katılımcılar, bu tepkinin durumu yönetmenin tek mantıklı yolu olduğu ve aynı koşullarda yaşıyor olsalardı klinisyenlerin bunu anlayacakları sonucuna vardılar.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Hastaların deneyimlerine empati kurun; örneğin, görmezden gelinme,
   Saygısızlık görmek veya suistimal edilmek—vurguladıkları noktalar konusunda tarafsız kalırken: "Kimse suistimal edilmekten hoşlanmaz. Birinden kibarca bir şey yapmasını istediğinizde, bu isteğe itiraz etmeleri sorunludur; kimse otoritesinin sorgulanmasından hoşlanmaz. Bu sefer sizin için bu kadar zor olan neydi?"
2. Zihinselleştirme sürecini yönetin: Hikâye ortaya çıktıktan sonra, hikâyeyi geri sarın ve hastanın olay sırasındaki deneyimine özellikle vurgu yaparak inceleyin ve bunu hikâyeyi anlatırken yaşadığı mevcut deneyimle ilişkilendirin. Duygu şimdi aynı aciliyet ve tehdit duygusunu taşıyor mu? Olanları yeniden değerlendirebiliyorlar mı? Bundan ne öğrendiler? Diğer hastalardan, hikâyeyi dinlerken anlatıcının duygularını tanımlamalarını ve değerlendirmelerini isteyin ve ardından hikâyeyi dinleme deneyimlerini anlatmalarını isteyin. Katılımcılar anlatıcıyla özdeşleşecek ve bu, herkesin utanç veya aşağılanmaya karşı duyarlılığını veya narsistik büyüklenmelerini tehdit eden bir başkası tarafından kontrol edilme deneyimini keşfetmelerine olanak tanıyabilir.

   Eylemi duygusal bir bağlama yerleştirmenin amacı, odağı duygusal bir bağlamdan uzaklaştırmaktır. Katılımcılar tarafından büyük beğeniyle karşılanan davranışsal eylemlerden, olan bitene dair bütünleşik bir bilişsel/duygusal zihinsel anlayışa ve bunu kişilerarası bir bağlama oturtmaya, yani inceleme alanını genişletmeye kadar her şeyi ele alır. Örneğin, bıçaklama olayı hakkındaki tartışma yalnızca olası bir aşağılanmayla ilgili olmamalı, aynı zamanda otoriteye meydan okumayla da ilgili olmalıdır. Odak noktası, bıçaklamanın uygun bir tepki olarak görülmesinden, şu koşullar altında şu şekilde hareket eder: "Biliyorsunuz, bazen insanlar istediğimizi yapmadığında, bundan dolayı kendimizi zorlanmış hissederiz ve başkalarının gözündeki konumumuzu kaybetmemek için elimizden geleni yapmamız gerekir. Şimdi geriye dönüp baktığınızda, sizin de başınıza böyle bir şey geldi mi?"
3. Nihai eylemin tek uygun yanıt olduğu konusundaki ısrarlarını sorgulayın.
   ASPD'li kişiler, başkalarının yalnızca teleolojik modda iletildiğinde "mesajı alacağına" inanırlar ve kendileri başkalarının zihinsel durumlarını yalnızca kendi eylemlerine göre anlarlar: "Konut yöneticisinin başvuruyu sağlık görevlisine iletmeme nedeni, benim yeniden eve yerleştirilmemi engellemek istemesiydi" veya "Onu bıçaklamak doğru ve makul bir tepkiydi çünkü işe yaradı - diğer kişi benim ona söylediğim gibi daireden ayrıldı." Klinik tedavi uzmanı, grubu soruna teleolojik olmayan çözümler düşünmeye teşvik etmelidir - örneğin, "Konut yöneticisine yazın, sağlık görevlisine de bir kopyasını gönderin ve deneyimli bir uzmanın yardımıyla", "Hastanın çete liderinin ağabeyini (veya saygı duyduğu ve endişe duyduğu birini) ve hastanın arkadaşını arayabileceğini ve bu kişiden telefonla 'onunla konuşmasını' ve ona gitmesi gerektiğini, aksi takdirde başının derde gireceğini söylemesini isteyin."

Machine Translated by Google

Özetle: 1.

Hikayeyi dinleyin ve diğer hastaların hikayeyle özdeşleşmelerine izin verin.

2. Geri sarın ve anlatıyı duygusal bakış açısından yeniden keşfetmeye çalışın.
anlatıcının halleri.

3. Diğer katılımcıları, duyguların karmaşıklığını belirlemeye teşvik edin.
anlatıcı.

4. Mümkün olduğunda deneyimi genelleştirerek temel veya baskın olmayanlara odaklanın.
Bunlar arasında genellikle potansiyel aşağılanma ve ilişkisel tehdit gibi bileşenler yer alır.

5. Öz saygınıza yönelik altta yatan tehdidi farklı şekilde yönetmenin yollarını belirleyin.

Meydan okuma

ASPD'li kişiler, kurallarla karşılaştıklarında "asi" olurlar ve algılanan veya gerçek otoriteye karşı çıkarlar. Elbette bunun büyük bir değeri olabilir ve yaşam deneyimleri bağlamında anlaşılabilir olabilir, ancak klinisyenleri otorite sahibi ve "kuruluşun" bir parçası ve dolayısıyla kuralları koyan kişiler olarak görme eğilimindedirler. Bu inanç ve varsayımlar, tıpkı yüksek düzeydeki epistemik güvensizliklerinin tüm ilişkilerine şüphe aşılaması gibi, hastaların katılımını ve tedavisini etkileyecektir. Hastalar ve klinisyen arasındaki dinamik anında rekabetçi hale gelir ve klinisyende zıt bir tutumun harekete geçmesi çok kolaydır. Bu gerçekleştiğinde, hasta direnir.

Örneğin, değerlendirme sırasında klinisyen, bireyden saldırganlık eylemlerini azaltmayı düşünmesini isteyebilir. Ancak, hastanın böyle bir amacı olmayabilir. Klinisyen amacı ne kadar çok dayatmaya ve bunu bir değişim alanı olarak ne kadar çok vurgularsa, ASPD'li kişi o kadar meydan okuyan bir tavır takınabilir ve örneğin, değişmesi gerekenin kendisi değil, dünya olduğunu savunabilir. Hasta birçok nedenden dolayı değişimden korkabilir; bunların en önemlisi, dünyayla ilişkisinin kişisel güvenlik ve dokunulmazlık duygusu etrafında şekillenmiş olmasıdır. Değişim, boyun eğme, itibar kaybı ve utanç deneyimi olarak deneyimlenir; klinisyen, hastaya doğrudan meydan okuyarak bu tür duyguları uyandıracaktır. Bu nedenle, klinisyenler başlangıçta kendi bakış açılarında ısrar etmekten kaçınmalı ve hastanın deneyimini ayrıntılandırmak için kararlı bir şekilde bilgisiz bir duruş sergilemelidir.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Karşıt bir dinamiğin tetiklenmediğinden emin olun. Bu, MBT Döngüsü kullanılarak (bkz. Bölüm 4) gerçekleştirilir ve klinisyen zihinselleştirmeyi sürdürür ve karşı tepkisini engeller.

2. Katılımcının bakış açısı tanımlandıktan, incelendikten ve kısmen doğrulandıktan sonra, katılımcının dikkate alması için kendi görüşlerini sunarlar.

Klinik Örnek: Meydan Okumaya Yönelik Yaklaşım

Bir hasta iş bulma kurumu tarafından iş aramaya zorlandığından şikayet ediyordu.

HASTA: İş bulma kurumu beni işe gitmem için sıkıştırıyor. Beni sürekli arayıp her gün iş bulma kurumuna gitmem konusunda ısrar ediyorlar. İşe geri dönmeyeceğim. Bu bir taciz.

İş merkezi tarafından algılanan tacize dair yorum yapmadan, klinisyen hassas bir şekilde konuşmayı hastanın kendi çalışma yeteneğini nasıl değerlendirdiğine getirdi.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: İşe geri dönmeyi nasıl değerlendiriyorsunuz?

HASTA: İstiyorum ve kendim için para kazanamayacağım fikri hoşuma gitmiyor. Ama kazanamıyorum.
henüz hazır değil.

KLİNİSYEN: Nasıl?

HASTA: Henüz hazır değilim.

KLİNİSYEN: (hastanın kaygısına ilişkin karşılıklı anlayışları bağlamında) Bana öyle geliyor ki...
kaygınız konuşuyor.

HASTA: Uzun zamandır çalışmıyorum, o yüzden şaşırtıcı değil.

KLİNİSYEN: Anlaşılan bunu görmüyorlar. Seni nasıl görüyorlar, sence?

HASTA: Süngerciyim ama değilim.

KLİNİSYEN: Şu anda kendi standartlarınızı karşılayamadığınız hissiyle yaşıyorsunuz ve doğal olarak hayatınızdaki yeni düzen konusunda endişeleniyorsunuz. Ama gerçekte durum böyle değilken, başkaları tarafından bir sömürücü olarak görülmek korkunç bir şey.

HASTA: Siz ne düşünüyorsunuz?

KLİNİSYEN: İşe geri dönmenizi öneriyormuşum gibi geliyorsa özür dilerim, ama kaygınızla başa çıkmanın yanı sıra tüm bunların başka bir yönünü de düşünüyorum. Çalışmanın, kişisel başarı duygunuzu geliştirmenin ve kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlamanın bir yolu olabileceğini düşündüm. Bir şeyleri başardığınızı hissetmeye nasıl başlayabileceğiniz üzerinde çalışmaya değer mi?

3. Hastanın bakış açısını doğrulayın, ancak bir farkla. MBT terimleriyle, bu ince bir farktır.
(Bkz. Bölüm 4) muhalif olmaya varmayan bir meydan okuma. Amaç, aynı duruma hastanın daha önce hiç düşünmediği bir bakış açısıyla bakarak biraz farklı bir bakış açısı sunmak: "Çalışmak çoğu zaman acı vericidir.
Katılıyorum. Ama yeteneklerimizi kullanma şeklimiz, kendimiz hakkında iyi hissetmemiz ve özgüven kazanmamızla ilgili. Şu anda genel olarak kendinizi iyi hissediyor musunuz?
4. Hastanın dahil olduğu etkileşim hakkında bir etki odağı kullanın (bkz. Bölüm 4): "Burada bir şeye yaklaşıyoruz gibi görünüyor. Çalışma ve sizi neyin durdurabileceği hakkında ne kadar çok soru sorarsam, siz o kadar çok karşı çıkıyorsunuz.
"Bunu hissediyor musun? Belki de almamam gereken bir pozisyon alıyorum. Bu tür bir etkileşimin tekrarlanıp tekrarlanmayacağını düşünmemiz daha iyi olabilir."

Artan Tehditler: Hastadan Hastaya

Katılımcılar, grup içinde veya grup dışında WhatsApp, Facebook veya diğer sosyal medya platformlarında birbirlerini tehdit edebilirler. Elbette bu kabul edilemez.
Grubun başında yapılan anlaşmaya göre, tüm katılımcılara sözlü tehditler ve fiziksel şiddet yasaktır. Bununla birlikte, grup üyeleri arasında veya grup üyeleriyle klinisyenler arasında (daha sonra ele alınacaktır) saldırganlık meydana gelebilir. Grup üyeleri arasındaki saldırganlık genellikle birinin söylediklerini yanlış yorumlama veya otomatik olarak

Machine Translated by Google

Diğer kişinin yüz ifadesine veya ses tonuna dayanarak onun hakkında varsayımlarda bulunmak. Hastalar arasındaki tehditler, klinisyende kaygı ve korku uyandırır ve zihinselleştirmeyi zayıflatır. Bu durumda, klinisyenin temel görevi zihinselleştirmeyi sürdürmek ve hızla müdahale etmektir.

Klinisyen, hastalar arasında artan gerginliği hissettiği anda müdahale etmek önemlidir. Yaklaşan saldırganlığı erken aşamada azaltmak, başarılı bir çözümün anahtarıdır. Başlangıçta saldırganlık genellikle sözeldir, ancak katılımcıların sıklıkla belirttiği gibi, sözel ve fiziksel saldırganlık arasındaki zaman aralığı çok kısa olabilir.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Faydalı olabileceğini düşündüğünüz herhangi bir yatıştırıcı tekniği kullanın! Sözlü ve fiziksel olarak sakin olun ve doğal göz temasıyla nispeten nötr bir yüz ifadesi koruyun. Hastaya bakmayın, öne eğilmeyin veya yumruklarınızı sıkmayın. Hasta oturmuyorsa fiziksel mesafeyi koruyun ve ona dokunmayın.

Klinik Örnek: Fiziksel Temasa Tepki Bir personel,

koridorda yüksek sesle konuşan iki hastaya sessiz olmalarını söylemek için odadan çıktı. Bunu yaparken, düşünmeden birinin omzuna dokundu.
Hasta durdu ve görevliye döndü: "Bana neden dokundun? Bana dokunmaya cesaret etme. Sen kendini ne sanıyorsun?"

Düşük zihinselleştirme modundaki bir hastayla fiziksel temas, bedensel ve zihinsel benliğin devamlılığına yönelik bir müdahale ve tehlike olarak deneyimlenebilir ve sonuç olarak yanıtlanması gereken bir saldırı olarak algılanabilir.

Konuşmaya devam edin ve grubun zihinselleştirmenin mevcut olduğu önceki bir konuya geri dönmesini önerin. Gerekirse, yapmak istediğiniz şeyi "bozuk plak" gibi tekrar edin; geri sarın ve tekrar düşünün.

2. MBT klinisyeni, grubu yönetme yetkisini almakla etkileşimli bir zihinselleştirme sürecini teşvik etme rolü arasında bir denge kurmalıdır. Katılımcılar arasında artan tehditler, zihinselleştirmenin çöktüğünü gösterir. Bu, klinisyenin yetkiyi alması gereken noktadır (otoriter olmaktan farklıdır, çünkü bu artan bir yaklaşımdır).

Klinik Örnek: Roger ve Steve

ROGER: Gel buraya ve söyle bunu.

STEVE: Oraya gelip bunu söylememi istemezsin. Gerçekten istemezsin. Sen tam bir sidik sanatçısısın.

KLİNİSYEN: Teşekkür ederim. Birbirimize hakaret etmek için burada değiliz. Steve, özür dilediğin için teşekkürler ve Roger, özrü kabul ettiğin için teşekkürler. Şimdi, birinin güvenilir olup olmadığını nasıl anlayacağımızı konuştuğumuz zamana geri dönelim.

STEVE: Ben özür dilemedim.

KLİNİSYEN: Hayır, ben verdim, teşekkür ederim. Geriye dönersek, dediğim gibi...

Burada klinisyen, saldırganlığı hızla azaltarak ve etkileşim üzerinde bir miktar kontrol sağlayarak durumu yönetmeye çalışır.

Machine Translated by Google

İki katılımcı arasında daha sonra bir sorun yaşanabilir. ASPD'li kişiler kin beslemeye eğilimli olabilir ve anlamlı bir şekilde affetme olasılıkları düşüktür. Bazen klinisyene, sorunu kendi aralarında çözdükleri söylenir. Bu, bunun nasıl yapıldığını ve saldırganlık olmadan çatışmayı nasıl çözebileceklerine dair bir örnek olarak bunun hakkında konuşup konuşamayacaklarını sormak için bir göstergedir.

3. Steve, Roger ile yaşadığı bu tartışmanın ardından gruptan ayrılırsa, Klinisyenler (grubu iki klinisyen yönetiyorsa) onunla konuşmak için dışarı çıkabilirken, diğer klinisyen gruptaki atmosferi sakinleştirmeye çalışır ve Roger'la konuşur. Steve'i gruba geri dönmeye ikna etmek her zaman en iyi yol olmayabilir. Şimdi eve gidip gelecek hafta geri dönmesi daha iyi olabilir. Ancak Steve sakinleşirse, klinisyen gruba geri dönüp geri dönmesinin güvenli olup olmadığını öğrenebilir. Daha sonra Steve'e rapor verebilir ve tüm katılımcılar ve Steve ile Roger arasında hızlı bir güvenlik anlaşması müzakere edebilir.

Klinik Örnek: Roger ve Steve (devamı)

KLİNİSYEN 1 (Steve'e): Tamam. Herkesin güvende olup olmadığını görmek için tekrar içeri gireceğim ve... Roger da daha sakin.

KLİNİSYEN 1 (gruba geri döndüğünde): Steve ile konuştum ve şimdi iyi. Eğer burada işler daha sakinleşirse, ona geri dönmesini söyleyeyim mi? Sonra neler olup bittiğini düşünmeye devam edebiliriz. Ama güvenli olduğundan ve tekrar tartışmayacağımızdan emin olmam gerekiyor. Roger, ne düşünüyorsun?

ROGER: Umurumda değil.

KLİNİSYEN 2: Roger, Steve ile tartışmaya girmeden devam edebileceğimizi ve olup bitenler hakkında daha fazla düşünebileceğimizi düşünüyor musun?

İki klinisyen daha sonra bir karar alır. İzlenecek ilke, her klinisyenin etkileşimde farklı bir tarafı desteklemesi (taraf tutma olarak bilinen bir yaklaşım; bkz. Bölüm 5) ve grubun yeniden toplanması kararında klinisyenlerin yetki sahibi olmasıdır.

4. Her iki hastadan da gruptan ayrılmalarını istemek gerekebilir. Bu durumda, aynı anda ayrılmalarını istemeyin. İkisinin de ayrılmasının daha iyi olacağını söyleyin. Ardından bir klinisyen, hastalardan birini gruptan çıkarır ve onunla kısa bir görüşme yaparak ittifakı sürdürmeye ve durumu yatıştırmaya çalışır. Gruptaki diğer klinisyen de aynısını diğer hastayla yapar ve uygun bir süre sonra gruptan ayrılmasını ister.

Artan Tehditler: Hastadan Hekime Bir

bakıma, hekimin güvenliğine yönelik tehditler, grubun yakın gelecekte devam etmesi için daha önemlidir. Hekimler, kendilerine veya ailelerine yönelik sürekli tehditler bağlamında kendi zihinsel süreçlerini sürdüremezler.

Klinikçide zihinselleştirmeyi sürdürmek, bir MBT grubu için en önemli önceliktir. Bu nedenle, prensip olarak klinisyenin kişisel bir tehdit durumunda kendi zihinselleştirmesini sürdürmesi veya yeniden başlatması gerekir.

Machine Translated by Google

Klinikçi Ne Yapabilir?

Her şeyden önce, klinisyen kendi kişisel güvenliğini sağlamalıdır. Güvende olduklarından emin değillerse, grup seansını durdurmalı ve diğer personelden destek almalıdırlar.
Kişisel güvenliklerinin tehdit altında olmadığı varsayıldığında, klinisyenin bir takım seçenekleri vardır.

1. Hasta-hasta tehditleri bölümünde anlatıldığı gibi durumu yatıştırın.
2. Tehdit altındayken düşünmede zorluk çektiği için özür dileyin. Klinikçinin bunu teslimiyetçi olmadan ifade etmenin bir yolunu bulması gerekir; örneğin, "Tehdit altında hissettiğimde nasıl yardım edeceğimi düşünmek benim için gerçekten zor" veya "Sorunlarınız hakkında birlikte çalışmamızı geliştirmede kendimi güvende hissedemezsem, yardım etmeye devam etmem zorlaşır."

3. Tehdit şiddetli değilse ve hasta ile klinisyen arasındaki hiyerarşik bir ilişkiyle daha fazla ilişkiliyse, bunun tedaviye müdahale eden bir duygu odaklılık olarak tanımlanması gerekir.

Hastaların Kendilerini Bir Grup Olarak İdealleştirmeleri

ASPD hastaları, tedavinin başlarında birbirleriyle hızla özdeşleşir ve kendi kişisel özelliklerini ve sorunlarını aralarında paylaşıldığını görürler. Bu, birçoğunun benzer sorunları paylaşan başkalarıyla ilk kez bir araya geldiği ve diğer bireylerle özdeşleşebilmenin rahatlatıcı olduğu anlamına gelebilir. Bu tamamen iyi bir şey. Ancak kısa sürede grup düşüncesiyle grup taklidi moduna dönüşür.

Hızla, belki de fazla hızlı bir şekilde, hastalar birbirlerini iyi anladıklarını düşünmeye başlarlar. Klinisyenler bir hastaya soru sormaya başladığında, diğer hastalar o kişi adına cevap verir ve klinisyenlerin hastayı grup üyelerinin birbirlerini anladığı şekilde anlamadıklarını öne sürerler. Klinisyenler, hastaların kendilerini bir grup olarak idealleştirmelerinden dışlanırlar. Hastalar, karşılıklı destek olarak çerçevelenen grup dışında bir şey bile ayarlayabilirler. Klinisyenler buna meydan okumaya çalışırlarsa, müdahaleci ve grup üyelerinin birbirlerine nasıl karşılıklı destek verebileceklerini anlayamayan kişiler olarak görülürler: "Başka kimse bize yardım etmiyor, bu yüzden birbirimize yardım etmeliyiz." Bu, birbirine pratik tavsiyelerde bulunmanın norm haline geldiği bir zamandır. Ancak teleoloji, zihinselleştirmeyi iyileştirmeye yardımcı olmaz.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Başlangıçta, idealleştirmenin sağladığı uyum ve birliği kabul etmek en iyisi olabilir. Kendilerini bir grup olarak getirirler. Grubun başlangıcında bir süre rol yapma modunun çalışmasına izin verin.
2. Hastaların sorunlarını paylaşma deneyimlerini, bu deneyimin getirdiği aidiyet duygusunu ve özellikle karşılıklılık deneyimini çok sık yaşamadığınızda bunun ne kadar değerli olduğunu doğrulayın.

3. Doğrulamadan, bu birliğin mükemmel olduğunu öne sürmeye geçin çünkü bu, hepsinin bakış açılarındaki farklılıkları keşfetmeleri için ihtiyaç duydukları arka planı sağlar ve bu gerçekten faydalıdır.
4. Tüm grup sürecine meydan okumayı düşünün (meydan okuma tartışması için bkz. Bölüm 4). Bu, sezgiye aykırı yorumlar, tartışmanın daireselliği ve yüzeyselliğinin açıklığa kavuşturulması ve belki de bazılarının da katılımıyla yaramazlık yapmayı gerektirecektir.

Machine Translated by Google

Örneğin, kuruluşlarda karşılaştıkları tüm insanların yararsız ve "aptal" olduğuyla ilgili bir tartışma bağlamında, alaycılık: "Günlük hayatımızda bu kadar çok işe yaramaz ve umutsuz insanla karşılaşmamız şaşırtıcı. Hepimiz bir şekilde onları çekiyoruz gibi görünüyor."

5. Grup üyelerinin bu konuda birbirlerine sıklıkla verdikleri genel tavsiyeler üzerinde çalışın. Bunu daha kişisel kılmak için bağlam kullanın - örneğin, "Ben de aynı sorunu yaşadım. Sen de ... yapmalısın." Burada klinisyen, tavsiyeden bir zihinselleştirme süreci çıkarmaya çalışmalıdır: "Mark'ta senin çözümünün ona uygun olabileceğini düşünmeni sağlayan şey nedir?" Çözümün kişiye fayda sağlayan yönlerini ve önerisinin diğer kişi için faydalı olduğunu düşünmesini sağlayan şeyin ne olduğunu araştırın. Diğer kişiden çözümü ayrıntılı olarak değerlendirmesini isteyin.

Duygusal İfade: Benlik Bu

bölümün başlarında, ASPD'li kişilerin, özellikle kişilerarası bağlamlarda, kendi içsel durumlarının duygusal bileşenlerini ifade etmekte sorun yaşadıklarını öne sürmüştük. Duygularını, özellikle utanç ve aşağılanma gibi kırılganlıkla ilişkili olanları belirlemek ve bunları mevcut kişilerarası bağlam içinde ifade etmek, hastaların grup içinde doğal olarak yapacakları bir şey değildir. Ancak bunun bir istisnası vardır: Grup üyeleri ne kadar gergin olduklarını veya ne kadar "uçurumun kenarında" ve patlayıcı hissettiklerini zorla ifade ederler. Ayrıca öfke ifade eder ve tehditler savururlar. Bu, gruptaki kişilerarası bağlamla daha az ilişkilidir ve daha çok temel durumlarının veya polis, konut departmanı veya sosyal yardım ofisi gibi birlikte tartıştıkları kuruluşlar hakkındaki bir hissin ifadesi olma olasılığı yüksektir.

Grubun amacı, hastaları dış kuruluşlar hakkındaki öfkelerini dile getirmek yerine, gruptaki mevcut duygularını tanımlamaya teşvik etmek ve bağlamın bunu nasıl etkilediğini daha iyi anlamalarını sağlamaktır. Örneğin, klinisyenlerin onları dinleyip sorunlarını ciddiye alması sakinleştirici olabilirken, görmezden gelinme hissi uyandırıcı olabilir.

ASPD'li kişiler, temel duyguların sosyal duygularla şekillenmesiyle, duyguların karmaşıklığını da sınırlı bir şekilde fark edebilirler. Bu durum MBT-I seanslarında ele alınır ve hastalara bunu hatırlatmak gerekebilir. Hayatta kalmanın bir parçası olarak saldırganlık, örneğin aşağılanma korkusunu kapsayabilir veya kontrol kaybı veya başka birinin onları kontrol etmeye çalışması korkusuyla ilişkili olabilir.

Son olarak, bir katılımcının duygu ifadesi, gruptaki diğer kişilerin bu durumu erken fark etmesinin incelenmesine olanak tanır. Klinisyen, bir bireyin duygusal ifadesini, bu durumun başkaları tarafından fark edilmesiyle ilgili bir tartışmayla birleştirir.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Katılımcılara MBT-I oturumlarında verilen duygularla ilgili bilgilerin hatırlatılmasını sağlayın.

2. Gruptaki etkileri özellikle belirlemeye çalışın: "Şu anda nasıl hissediyorsunuz?" Eğer hasta duyguyu etiketleyemiyorsa, bedensel hislerinden genel gerginlik seviyelerine kadar durumunu olabildiğince iyi tanımlamasını isteyin.
3. Eğer şu duygu tespit edilirse, olası nedenleri araştırın: "Size ne hissettiriyor? "Bu mu? Bu belirli bir kişilerarası bağlamla mı ilgili?"
5. Diğer hastalardan, ilk hastanın ne hissettiğini ve bu sonuca nasıl ulaştıklarını anlatmalarını isteyin. Hangi kanıtları kullanıyorlar? Bu kanıtlar kendi deneyimlerine mi dayanıyor?

Machine Translated by Google

Kişinin bedensel ve duygusal ifadesine karşı duyarlılık mı, yoksa daha çok tartışmanın içeriğiyle özdeşleşmek ve benzer durumlarda kendilerinin nasıl hissedeceğiyle mi ilgili?

6. Son olarak, hastalara ilk hastayı dinledikten sonra ne hissettiklerini ve bunun kendileriyle ilgili zihinlerinde neleri canlandırdığını sorarak çemberi kapatın.

Duygusal İfade: Başkalarında Tanınma Bir kişinin

içsel duygusal durumu, grubun diğer üyeleri tarafından tanınabilir veya tanınmayabilir; ancak ASPD'li kişilerin bilişsel olarak başkalarının durumlarının farkında olabileceklerini, ancak bu duygu durumunun diğer kişi üzerindeki etkisini anlayamadıklarını unutmamak önemlidir. Bazen başka birinin altta yatan durumuna ilişkin anlayışlarını yanlış kullanırlar.

Klinik Örnek: Başka Bir Kişinin Duygusal Durumunu Anlamanın Kötüye Kullanımı Bir hasta, nasıl

hissettiğini tanımlamanın kendisi için ne kadar zor olduğunu anlattı. Klinisyen, hastadan nasıl hissettiğini söylemesini istemenin, bu kişinin gruptaki diğer üyelerin önünde kendini ifşa olmuş ve utanmış hissetmesine neden olduğunu fark etti. Bu nedenle, hastanın spot ışıkları altında olması ve bunun kendisi için ne kadar zor olduğunu anlayan klinisyen, hassas bir şekilde konuyu değiştirdi. Neredeyse hemen, diğer hastalardan biri "Konuyu bu kadar çabuk değiştirme. Sanırım Gary'nin nasıl hissettiğini söylemesi gerekiyor. Nasıl hissediyorsun? Hadi, anlat bize." dedi. Bu kişinin, utanan hastanın giderek daha rahatsız hissetmesini istediği, kendisi ise giderek daha baskın ve kontrol sahibi hissettiği ortaya çıktı.

Bu durumda klinisyen, diğer kişiye eziyet eden kişiden kendi içsel durumunu tarif etmeye başlamasını isteyerek zihinselleştirme sürecini yeniden dengelemeye çalışır.
Bu, "taraf tutmanın" başka bir örneğidir. Klinikçi, odak noktasını savunmasız kişiden uzaklaştırarak, bu durumda "saldırgana" doğru kaydırarak, savunmasız kişiyi psikolojik olarak korumaya çalışır; saldırgan, şu anki hissinin ne olduğu sorulduğunda daha da rahatsız olur.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Grup üyeleriyle birlikte çalışarak, diğerinin nasıl olduğunu tespit edip etmediklerini görün.
Katılımcı hissediyordu veya hissediyor. Değilse, neden? Duygunun ifade edilip edilmemesi mi, yoksa kişinin hissine karşı uyanık olmamaları mı? Örneğin, grup üyelerinden birinin sıkıntılı olduğunu fark etmemiş olabilirler, ancak klinisyenler hastanın tavır ve yüz ifadesinden bunu anlamış olabilirler.

2. Dışsal zihinsel odaklanmayı keşfedin ve bunun başka birinin nasıl hissettiğini anlamamızı nasıl artırdığını, ancak varsayımlarımızı test etmediğimiz sürece kafa karışıklığına neden olabileceğini keşfedin.

3. Grupta hastanın nasıl hissettiğine ve bunun olup olmadığına dair belirli bir örnek üzerinde çalışın.
grubun geri kalanına da açıktı.

Dışsal Zihinsel Odaklanmadan Başkalarının Zihinlerine İçsel Odaklanmaya Geçiş Başkalarının

niyetlerini belirtmek için yüz ifadeleri, göz hareketleri ve vücut duruşu gibi dışsal ipuçlarına güvenmek normal bir süreçtir ve birçok günlük etkileşimin temelini oluşturur. ASPD'li kişiler genellikle dışsal ipuçlarına, özellikle de

Machine Translated by Google

Bunlar birinin onlara bakış şekliyle ilgiliyse; "bakış" saldırganlık ve şiddet için evrensel bir tetikleyicidir ve yine de nadiren bunun onlara nasıl göründüğünü açıklayabilirler. Bu tür iyi tanımlanmamış ipuçlarıyla akıl yürütmek bir sorun ortaya çıkarır: "'Bakış' nedir? 'Bakış' birinin ne düşündüğü ve hissettiği hakkında ne anlama gelir?" İfadeler ortaya çıktıklarında iyi tanınır, ancak anlamlı bir şekilde tanımlanamaz. Dışsal ipuçlarına duyarlılık, diğerinin içsel duygusal durumlarına ilgi duymaya veya diğerinin altta yatan güdüleri hakkında merak duymaya dönüşmez. ASPD'li kişiler, aksi kanıtlanmadıkça genellikle başkalarının güdülerinin kötü niyetli olduğunu varsayarlar ve karşılaştıkları duygulanım ifadelerinden bağımsız olarak tehdide karşı koymak için buna göre tepki verirler. Klinisyenin bu hastaların durmasına, bu otomatik düşünme türünü durdurmasına ve dışsal bir ipucu belirledikten sonra diğer insanların içsel durumlarına gerçek bir ilgi duymasına yardımcı olması gerekir.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Grup çalışmasında, hastalardan gruptaki birine içsel durumları hakkında soru sormalarını isteyin: "Bana seni böyle bağırtan şeyin ne olduğunu söyle." Hastaların o kişinin cevaplarını dinlemeleri konusunda ısrarcı olun.
2. Gruptaki bir etkileşimi ele alın ve kişilerarası etkileşimin unsurlarına odaklanın. anlayış.

Klinik Örnek: Başkalarının İçsel Durumlarını Anlamak Bir hasta, çocuk koruma sosyal hizmet uzmanına ne kadar kızgın olduğunu söylüyordu ve iddia edilen yetersizliğini anlatırken sesini yükseltiyordu. Konuşmasına ara verdiğinde, klinisyen, grubun hastanın mevcut hislerini ve anlayışlarının temelini anlamaları için durmasını istedi. Grup, hastanın bağırdığı için açıkça kızgın olduğunu söyledi. Klinisyen bunu görebildiğini, ancak bu kişinin sosyal hizmet uzmanı tarafından yanlış anlaşıldığı için de mağdur hissettiğini ve ayrıca artık hiçbir şeyi değiştiremeyecek kadar güçsüz hissettiğini düşündüğünü söyledi. Klinisyen daha sonra hastadan, hislerine dair bu anlayışının doğruluğunu değerlendirmesini istedi.

3. Katılımcıların duygu durumlarını değerlendirmelerini destekleyen bir süreç oluşturun ve ASPD'li kişilerin sıklıkla benimsediği "benim için veya bana karşı" ikili anlayışından daha karmaşık olan altta yatan nedenleri kabul etmek.

Paranoyak Tepkiler

Grupta paranoyak tepkiler ortaya çıkabilir. Bunlar, daha önce açıklanan artan tehditlere yol açabilir. Bu tehditler, genellikle yanlış anlamalar, hassasiyet ve söylenen bir şeyin açıkça paranoyak yorumlanması veya dışsal bir zihinsel odaklanmaya ve başkalarının niyetleri hakkındaki varsayımlara uygunsuz bir şekilde güvenilmesiyle tetiklenir.
Bazen hasta, klinisyenin veya diğer katılımcılardan birinin söylediği bir şeye ani tepki verebilir ve bu durumda tehditleri azaltmak için önerilen müdahaleler önerilir. Ancak, tepki fiziksel olmaktan ziyade zihinsel olabilir ve hasta sözlü olarak tepki verebilir, ancak önemli ölçüde kaygı ifade edebilir.

Klinik Örnek: Paranoyak Tepkiler Duygular üzerine yapılan bir tartışmada, klinisyen, grubun öfkelenmeye başladıklarını nasıl fark etmeye başladıklarını düşünmelerinin yararlı olabileceğini öne sürdü.

Machine Translated by Google

JAMES (aniden tepki vererek): Bizi kontrol etmeye çalışıyorsunuz. Bizi ele geçirmeye çalışıyorsunuz. Ben bunu yapmayacağım.
bunu. Sen sadece zihnimizin nasıl çalıştığını öğrenmek istiyorsun ki, kontrolü ele geçirebilesin.

KLİNİSYEN: Çok üzgünüm James. Bana ne söylediğimi veya yaptığımı söyleyebilir misin?
bunu mu düşünüyorsun?

JAMES: Bizden sadece zihnimizde neler olup bittiğini anlatmamızı istiyorsun ki, böylece ne düşündüğümüzü kontrol edebilesin.

KLİNİSYEN: Lütfen bunu nasıl yaptığımı anlatabilir misiniz? Bunu kesinlikle yapmak istemiyorum. Bu yüzden, size bunu
hissettirmeye devam etmemem gerekiyor çünkü böyle durumlarda hepimizin rahatsız olacağını ve ne hissettiğimizi
kimsenin bilmesini istemediğimizi görebiliyorum.

JAMES: Beni neyin kızdırdığını neden bilmek istiyorsun? Sadece bilerek...
istediğin zaman beni kızdırabilirsin.

Klinikçi Ne Yapabilir?

1. Hastanın bakış açısını anlamaya çalışın. Amacın hastayı rahatsız etmek olmadığını öne sürün.
   Hastayı kontrol etmek, klinisyenin önceki klinik örnekte açıkladığı gibi, ancak hastanın bunu böyle
   görmesine neden olan şeyin ne olduğunu anlamaya çalışmak istersiniz: "Söylediklerimden
   bunu nasıl anladığınızı anlamama yardım edin. Bunu yapmaya çalışan başka insanları tanıyor
   musunuz? Başka birinin sizi kontrol etmeye çalıştığı zamanı hatırlıyor musunuz?"
2. Hastadan hastaya değişen güdüleri ve tepkileri inceleyin. Hepsi aynı mı?
   Klinikçinin motivasyon deneyimi nedir? "Bu, başkalarının da ilişki kurabileceği bir şey mi?"
3. Tepki içinde doğrulayabileceğiniz bir şey bulmaya çalışın. James, babasıyla bazı zor deneyimler
   yaşamıştı; babası ona sadece onu cezalandırmak için soru soruyordu: "James gibi babasını
   hatırlayan bir babanız varsa, biri size kendiniz hakkında soru sormaya çalıştığında şüphelenmeniz
   başkaları için de mantıklı mı?"

4. Tartışmayı gruba açarken ve katılımcılara diğerinin/klinisyenin motivasyonu hakkında benzer bir
   anlayışa sahip olup olmadıklarını sorarken (ki bu MBT Döngüsü'nün bir parçasıdır; bkz. Bölüm
   4), klinisyen paranoyak tepkinin muhtemel sebebine, yani çaresizlik ve utanç korkusuna yönelir.
   Bunu yaparken hastayı küçük düşürmekten kaçının. Kişinin güçsüzlüğünün hatırlatılması kesinlikle
   küçük düşürücüdür. Paranoyak bir atağın ortasında, tepkinin sebebinin bir parçasıysa, altta
   yatan utancı araştırmaya çalışmak için en iyi zaman olmayabilir. Bu araştırma ancak hastalar
   daha sakin ve daha düşünceli olduklarında ve kendilerine dönüp bakabildiklerinde yapılabilir.

   Bununla birlikte, klinisyen bunu kendi zihninde canlandırarak, aktivitelerle ilgili soruları yanıtlarken
   kendilerini son derece savunmasız hissedecekleri gerçeğiyle empati kurabilir ve bunun
   öngörülemeyen cezalara yol açabileceğini bilebilir. Hatta klinisyen, James'in acımasız bir
   ebeveynle ne kadar iyi ve cesurca başa çıktığına hayranlığını bile dile getirebilir.

Sonuç Açıklamaları

MBT, ASPD'li bireylerin tedavisi için modifiye edilmiş olsa da, modelin temel süreçleri ve müdahaleleri korunmuştur. Yaklaşımın etkinliği, tüm bireylerin aynı anda tedavi edilebileceği ilkesine dayanarak, randomize kontrollü bir çalışmayla şu anda araştırılmaktadır:

Machine Translated by Google

Zihinselleştirmeye dayalı tedavi yaklaşımları titiz bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır [11, 12]. Mevcut bulgular, tedavinin faydalı etkilere sahip olduğunu ve MBT-ASPD-G'nin bir ruh sağlığı hizmetinde başarıyla uygulanabileceğini göstermektedir. Antisosyal davranışların suç sayılması ve cezalandırılmasına yol açan bir varsayımı bozmak için ceza adalet sistemiyle bütünleşme gereklidir. Bu durum, bireyin yabancılaşma ve sosyal izolasyon deneyimini daha da derinleştirmeye ve sosyal dünyadan prososyal davranış öğrenerek kişisel tutum değişikliğini engellemeye hizmet eder.

Referanslar 1.

Sharp C, Wright AG, Fowler JC ve diğerleri. Kişilik patolojisinin yapısı: hem genel ('g') hem de özel ('s') faktörler? J Anormal Psychol 2015; 124: 387–98.

2. Wright AG, Hopwood CJ, Skodol AE, Morey LC. Kişilik patolojisinin genel ve spesifik yapısal özelliklerinin uzunlamasına doğrulanması. J Abnorm Psychol 2016; 125: 1120–34.

3. Bateman A, Bolton R, Fonagy P. Antisosyal kişilik bozukluğu: Zihinselleştirme çerçevesi. Focus 2013; 11: 178–86.

4. Bateman A, Fonagy P. Eşlik eden hastalık antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları: mentalizasyona dayalı tedavi. J Klinik Psikoloji 2008; 64: 181–94.

5. Gilligan J. Şiddet: En Ölümcül Salgınımız Üzerine Düşünceler. Londra, İngiltere: Jessica Kingsley Yayınları, 2000.

6. Kim J, Cicchetti D. Uzunlamasına Çocuk istismarını, duygu düzenlemesini, akran ilişkilerini ve psikopatolojiyi birbirine bağlayan yollar. J Child Psychol Psychiatry 2010; 51: 706–16.

7. Sharp C, Vanwoerden S, Van Baardewijk Y ve diğerleri. Duygusuz-duygusuz özellikler, ergenlik öncesi çocuklarda karmaşık duyguları tanımada eksikliklerle ilişkilidir. J Personal Disord 2015; 29: 347–59.

8. Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

9. Bateman A, Motz A, Yakeley J. Toplum ve hapishane ortamlarında antisosyal kişilik bozukluğu. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 335–49.

10. Coccaro EF. Dürtüsel saldırganlık ve aralıklı patlayıcı bozukluğu hedefleyen klinik deneyler için Değiştirilmiş Açık Saldırganlık Ölçeği (OAS-M): geçerlilik, güvenilirlik ve korelasyonlar. J Psychiatr Res 2020; 124: 50–57.

11. Fonagy P, Yakeley J, Gardner T ve diğerleri. Yetişkin Erkekleri Suçlamak İçin Zihinselleştirme (MOAM): Mentalizasyona dayalı tedaviyi değerlendirmek için randomize kontrollü bir deneme için çalışma protokolü Toplum denetimindeki erkek suçlularda antisosyal kişilik bozukluğu. Denemeler 2020; 21: 1001.

12. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N ve ark. Eşlik eden borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda mentalizasyon temelli tedavi ile yapılandırılmış klinik yönetimin karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışma. BMC Psikiyatri 2016; 16: 304.

Machine Translated by Google

Bölüm 8

Kaçıngan Kişilik Bozukluğu

Giriş Kaçıngan

kişilik bozukluğu (KKB), çoğu klinisyen için özel bir zorluk teşkil etmektedir. Bu durum, borderline kişilik bozukluğu (BPD) üzerine yapılan önemli araştırmaların aksine, bu grupla ilgili araştırmaların yetersizliğinden kaynaklanmaz; ayrıca AvPD ile başvuran bir bireyin formülasyonunu destekleyecek ikna edici bir teorik çerçevenin eksikliğinden veya açıkça çok büyük sıkıntı yaşayan bireyler için yapılandırılmış, kanıta dayalı müdahalelerin eksikliğinden de kaynaklanmaz. Bu zorluğun nedeni, AvPD'li kişilerin öznel deneyimlerinin işbirlikçi bir şekilde ifade edilmesinin zor olmasıdır; bu da genellikle klinisyeni, hasta için "kaçınma" veya hatta "iyileşme"nin ne anlama geldiği gibi temel sorular konusunda karanlıkta bırakır. Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavinin (MBT) olağan klinik stratejileri de, içsel deneyimlerin temel tanımları ve yetersiz anlamlandırma karşısında yetersiz kalmaktadır.

AvPD Tanısı DSM-5'in [1] ve

ICD-11'in [2] III. Bölümündeki alternatif modelde açıklandığı gibi, kendi ve diğer kişilik işlevlerinin şiddetinin boyutsal sınıflandırması ve kişilik özelliği alanlarının belirlenmesi, genel olarak MBT yaklaşımına çok daha uygundur. Bu, klinik uygulamada AvPD için de şüphesiz geçerlidir. Bununla birlikte, DSM-IV'te AvPD'nin "yaygın bir sosyal inhibisyon, yetersizlik hissi ve olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı duyarlılık örüntüsü" (Amerikan Psikiyatri Birliği [3], s. 672) olarak tanımlanması, etkili iletişim uğruna basitleştirilmiş olsa bile, klinik bir tanımlama sağlamada yardımcı olmaya devam etmektedir. Bu ve literatürdeki diğer bazı klinik tanımlar [4–7], Kutu 8.1'de özetlenmiştir.

Kutu 8.1 AvPD'nin tanımlayıcı özellikleri ve onu diğer kişilik bozukluklarından ayırabilecek bazı özellikler.

- Yaygın sosyal inhibisyon örüntüsü.
- Yetersizlik duyguları.
- Olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı duyarlılık.
- Haz duyma yeteneğinin azalması.
- Ruhsal acıya karşı aşırı duyarlılık.
- Utangaçlık ve çekingenlik, az ödüllü ve çok acılı bir hayata yol açar.
- Sosyal ilişkilere başlama konusunda isteksizlik (Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler sosyal ilişki kurmak istemezler).

Machine Translated by Google

Kutu 8.1 (devamı)

İçselleştirilmiş utanç duygusunun yoğun olması ve ait olma ihtiyacı hissedilmesine rağmen ilişkilerden aktif olarak kaçınma isteği.
Reddedilme veya aşağılanma korkusu, kişinin kendine güvenmeyen biri gibi görünmesine neden olabilir (bağımlı kişilik bozukluğu olan bireyler terk edilmekten daha fazla korkabilir, izolasyonla başa çıkamayabilir ve kabul gördükleri ilişkileri başlatabilir ve bu ilişkilere yapışabilirler).

Bu tanımlayıcılar, AvPD'nin fobik doğasını vurgulamakta ve utanma veya yetersiz hissetme korkularının yanı sıra düşük öz saygı ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılıkla ilgili yönlerin küçümsenmesiyle de karakterize edilen sosyal anksiyete bozukluğu (SAD) ile olası örtüşmelere işaret etmektedir. Bazı yazarlar, SAD ve AvPD arasında niteliksel farklılıklar olduğuna inanmaktadır. Kişilerarası bir bakış açısından, SAD, sosyal fobi ve AvPD, belirgin bir sosyal kaçınma ve çekingenlik eğilimiyle tanımlanmaktadır [8]. Varsa, niteliksel farklılıklar muhtemelen incelikli olup kişinin bu kişilerarası zorlukla psikolojik ve fiziksel olarak nasıl başa çıktığıyla ilgilidir [9].
Öz saygı, kimlik ve ilişkisel işlevsellik konusunda daha yoğun endişe ve keyif alma yeteneğinin azalması, AvPD'yi SAD'den farklılaştırabilir [10].

MBT, çeşitli ciddi bozukluklar için tek bir nihai ortak gelişimsel kırılganlık yolu arayarak bu tanısal sorunları büyük ölçüde atlatır; ancak bu durum, farklı klinik tabloların ihtiyaçlarını karşılamak için teknik değişiklik gerektiren bir çekirdek modele dayalı bir müdahale ailesi kullanılarak ele alınabilir. Dolayısıyla, AvPD gibi belirli bir tanıya ilişkin MBT formülasyonlarının iki yönlü bir zorluğu vardır: 1. Sunumu MBT teknikleriyle uygun şekilde yönetilebilen zorluklar "ailesine" bağlayan zihinselleştirme alanındaki genel bir başarısızlığı tespit etmek

2. AvPD için açıklanan fenomenoloji ve mevcut kanıt tabanıyla doğrudan bağlantılı olan belirli bir zihinselleştirme anomalisi konfigürasyonunun veya örüntüsünün varlığını tanımlamak, tedavinin uygulanma biçimine odaklanmak ve yönlendirmek için yeterli ayrıntıya sahip bireysel formülasyonlara olanak sağlamak.

AvPD'li Hastaların Temel Endişelerinin Belirlenmesi

AvPD ile ilişkili karakteristik zorluk, başkalarının ulaşılabilir olmayacağı beklentisidir ve bu nedenle, başkalarının onaylamaması da dahil olmak üzere olumsuz sonuçlardan kaçınmak için duyguları ve bireysel ihtiyaçları bastırmak mantıklıdır [11]. AvPD'li kişilerin yoğun endişeleri öz saygı, kimlik ve ilişkisel işlevsellik ile ilgilidir ve bu kişiler aynı zamanda keyif almayı da zor bulurlar.

AvPD Deneyimi

AvPD deneyiminin karmaşıklığı, BPD'nin "it-çek-sen" olarak adlandırılan dinamiklerinden bazılarını yansıtır; yoğun bir şekilde kararsız bağlanma organizasyonuyla -bir yandan korku, diğer yandan bağlantı özlemi, aynı zamanda yoğun bir şekilde yalnızlık arzusu. Hem hasta hem de klinisyen için, birinin uyum sağlamayı ve bir topluluğun parçası olmayı, anlamlı bir ilişki kurmayı istemesi kafa karıştırıcıdır.

Machine Translated by Google

Çevrelerindeki insanlarla bağ kurarken, aynı zamanda yalnız ve hatta izole olmanın kendilerine sağladığı özgürlük ve yenilenmeye yönelik güçlü bir ihtiyaç ifade ederler.

En tehdit edici olanı, başkalarının duygu ve yargıları, sebepleri ve güdüleri, olası hedefleri ve özlemleridir. Başkalarına yakınlık, arzu edilir olsa da, AvPD'li kişiler yakınlık arttıkça kendilerini giderek daha savunmasız hissettikleri için hızla yararsız hale gelir; yakınlaşma olasılığı, bir şekilde "ortaya çıkma" veya "ifşa olma" riskini artırır.

AvPD tanısı almış çoğu birey için izolasyon iyi bir çözüm değildir. Kendi başlarına kalmak, onları acı verici öznel deneyimleri ve kendilerine dair yoğun olumsuz duygularıyla baş başa bırakır; zihinlerinde dönüp duran kontrolsüz fikir ve duygular tarafından ezilme ve boğulma tehlikesiyle karşı karşıya bırakır. Bu fikirlerin bazıları, kendileri hakkında dayanılmaz şüpheler ve kendi başarıları, tutumları, planları, algıları, inançları, hisleri, istekleri, niyetleri ve görüşleri -aslında benliğe atfedilebilecek herhangi bir yönü- hakkındaki derin belirsizliklerdir.

Narsistik kişilik bozukluğu (NPD) (bkz. Bölüm 6) ve antisosyal kişilik bozukluğu (bkz. Bölüm 7) olan bireylerde olduğu gibi, AvPD tanısı almış kişiler için de "itibar kaybından", yani aşağılanmaktan kaçınmak son derece önemlidir. Hastalar, yaşadıkları sıkıntının tüm boyutlarını açığa vurma konusunda isteksiz olabilirler çünkü dışarıdan normal bir görünüm sergilemek ve başkalarının kendilerine göründüğü gibi görünmek -sakin, güvenli, yetkin, kendinden emin vb.- çoğu kişiden daha fazla fayda sağlarlar. Bu bireyler için, dikkat çekmemek, öne çıkmamak veya fark edilmemek özellikle önemlidir, çünkü bu, başkalarının herhangi bir tepkisinden kaynaklanabilecek ezici yargılardan kaçınmalarını sağlar. Sosyal geri çekilme, "kalabalığa karışma" stratejisi başarısız olduğunda ortaya çıkar; kısacası, kaçınma başkalarıyla temastan kaçınmak istemekle değil, başkalarının kaçınılmaz tepkisi olarak hissedilebilecek şeylerden kaçınmak istemekle ilgilidir.

Bu düşünce ve fikirlerin yarattığı sıkıntı düzeyi önemli olduğundan (BPD'li bireylerin deneyimlediği sıkıntıya benzer), AvPD hastaları genellikle oldukça bencildir; deneyimlerini hem titizlikle inceler hem de tamamen görmezden gelmeye çalışırlar. Ancak yetersiz sosyal etkileşim, bireysel davranışlar ve işbirlikçi sosyal davranışlar hakkında bilinçli normatif yargılarda bulunma kapasitelerinin oldukça sınırlı olduğu anlamına gelir. Bu, günlük dünyadaki yerleri konusunda bir belirsizlik hissine yol açar ve ontolojik bir güvensizlik duygusuna katkıda bulunur. Kendi deneyimlerinden biraz uzaklaşmış gibi görünürler ve istekleri, iradeleri ve daha genel olarak öznellikleri hakkında çok az şey anladıkları izlenimini verirler. Bu durum, klinisyen için AvPD'li hastaların içsel deneyimleri hakkında bilgi edinme girişimlerini derinden sinir bozucu hale getirebilir.

Öznelliğe giden en iyi yol çoğu zaman hastanın etrafını saran fiziksel dünya olabilir, çünkü bu, acı verici ve verimsiz öz sorgulamadan hoş bir sığınak sağlar.
Doğrudan sorgulamanın çok az değerli bilgi sağlayabileceği durumlarda, rahatlama sağlayan aktivitelere (örneğin doğa yürüyüşleri, evcil hayvanlar, sanat, müzik) başvurmak, kişilerarası ilişkileri keşfetmenin bir yolu olabilir.

Klinik Örnek: Jane 24

yaşındaki Jane, dünyada yalnız olma ve orada olsalar bile asla insanlarla birlikte olmama hissini gerçekçi bir şekilde anlattı.

Machine Translated by Google

Kendini her zaman başkalarından farklı hissediyordu ve bu deneyimi çocukluğundan hatırlıyordu. İlkokulda bile sık sık başkalarının oyun oynamasına bakıp kendisinin öğrenmediği bir şeyi öğrenmiş gibi göründüğünü düşünürdü. Kendini farklı hissediyor ve mümkün olduğunca arka planda kalmaya çalışıyordu. Ortaokula geçişi zor buldu ve yeni bilgiler öğrenmek ve alışılmadık bir ortama uyum sağlamak zorunda kaldığı için değişimin kafasının karıştığını ve strese girdiğini hatırlıyordu. Başkaları tarafından farklı görülüyordu, ancak küçük bir akran grubuna katılabildiği için zorbalığa uğramaktan kaçınmayı başardı. Zekiydi ve lise sınavlarını başarıyla geçti, ancak üniversiteye gitmemeye ve bunun yerine ailesiyle evde kalmaya karar verdi. Vergi dairesinde bir iş buldu, vergi beyannamelerindeki bilgileri takip etti ve vergi beyannamelerinin incelenmesi gerektiğini düşündüren anormallikleri aradı. Sosyal hayatı okuldaki birkaç kişiyle sınırlıydı. Ancak şimdi bile onlarla birlikteyken kendini izole hissettiğini, farklı ve yalnız hissettiğini bildiriyordu. Oldukça yalnız bir figürdü ve zamanının çoğunu kendi başına geçiriyordu. Aile evindeki deneyimi, anne ve babasının her zaman sessizce yaşadıkları ve kendisinin kendisi hakkında konuşma girişimlerini genellikle görmezden geldikleri yönündeydi; tıpkı onun görüşüne göre her zaman yaptıkları gibi: "Bana bakacak, konuşacak, bir şeyler soracak veya anlamadığım şeyleri anlamama yardımcı olacak kimse yoktu."

Kendisinde bir sorun olup olmadığını veya otistik olup olmadığını öğrenmek istiyordu. Dikkatli bir değerlendirme, durumun böyle olmadığını ve sorunlarının daha çok reddedilme korkusu, kişisel yetersizlik ve başkalarından farklılık duygularıyla karakterize olduğunu gösterdi. Bu durum, sosyal etkileşimden, özellikle de arkadaşlık ve yakınlıktan aşırı derecede kaçınmasına yol açtı. Endişelendiği şey buydu. İlişkiler kurmak istiyordu.

Değerlendirme Deneyimi Muhtemel AvPD

tanısı almış bir hastayla yapılan değerlendirme görüşmesinin nispeten anlamsız bir soru-cevap oturumuna dönüşmesi oldukça kolaydır. Sorular araştırıcıdır, ancak cevaplar yüzeyseldir ve klinisyenin beklediği hastanın yaşamına dair zengin ve canlı betimlemelerden yoksundur. Hasta sıklıkla "Bilmiyorum" diye yanıt verir veya klinisyenin önerisini onaylar, ancak klinisyene önerilenin tam tersini de onaylayabileceği izlenimini verir. Ortalama bir klinisyenin eğitimi, zengin bir şekilde ifade edilmiş açıklamaların engellenmeden dile getirilmesine olanak tanır ve odak noktasını söz konusu olguda tutmak için nazik yönlendirmeler yapar. Ancak, AvPD'li bireylerle yapılan görüşmeler, ayrıntılı ve derinlemesine bir olgu anlatımının elde edileceği beklentisini karşılamayacaktır. Elde edilen bilginin sınırlılığı karşısında, klinisyenin yetersiz, biraz sabırsız, hatta sinirli hissetmesi muhtemeldir; belki de ortaya çıkarabildiği bilginin yetersizliğinden dolayı hissedebileceği utanç duygusunu örtbas etmeye çalışmaktadır. Bu hem uygunsuz hem de son derece yararsızdır. Bilginin yetersizliği, mesajın ta kendisidir. Klinik değerlendirmenin ortaya koyduğu şey, hastanın deneyiminin en iyi yetenekleri doğrultusunda aktarılmasıdır ve bu genel sunumda sıklıkla iki farklı zihinselleştirme biçimi ayırt edilebilir: hipozihinselleştirici biçim ve hiperzihinselleştirici biçim.

Hipomentalize Edici Form

Hipomentalize edici formda, mesaj içeriğin yokluğudur ve aslında iletilen şeyin yavanlığında bulunur. Hasta gerçekten ne olduğunu bilmez.

Machine Translated by Google

Klinisyene anlatmak için. Burada araştırılması gereken konu, hastanın sorular sorulup cevapları bilmemesinin nasıl bir şey olduğudur; ne söyleyeceğini bilememek veya başkalarının ondan ne istediğini anlamamak, diğer kişinin ne söylediğini anlamamak vb.: "Beni görmek ve tüm bu soruların bana sorulması nasıl bir şey? Cevaplayamayacağın şeyler sormamın senin üzerinde nasıl bir etkisi var?" MBT'de hastanın içsel deneyimini ortaya çıkarmak için kullanılan bilmeme duruşu önemlidir, ancak aynı zamanda klinisyen, çok az şey buldukları için hastanın iç dünyasını bulmayı umduğu şeylerle doldurmaya neredeyse zorlanır. İster örtük ister açık olsun, böyle bir sabırsızlık, bu kişilerin konsültasyona geldikleri eleştiriye karşı aşırı duyarlılığı besler ve terapötik diyalog potansiyelinin çökmesine yol açabilir (ve sıklıkla da açar).

Hiperzihinselleştirici Form

Diğer hastalarda, genel sorunların aynı konfigürasyonu, hipermentalizasyonla karakterize farklı bir şekilde ortaya çıkabilir. Soru-cevap seanslarında, kişisel deneyimlerini ayrıntılı olarak anlatmaları istendiğinde ortaya çıkan uzun sessizlikler ve acı verici iletişim kopuklukları konusunda deneyimli olan hasta, çok ciddi konuları en yüzeysel yollarla ele aldıkları, yardımsever ve dostça bir anlatı söylemi sunar. MBT bunu, klinisyenin hayali bir kişi ve terapisti arasında hayali bir söyleme katılmaya davet edildiği, taklit modunun bir yönü olarak adlandırır. Hasta, bu diyaloğa girmeyi nispeten kolay bulur çünkü sanki kendisiyle ilgiliymiş gibi hissetmez. Hastalar, konuşma sürecinin utancını azaltmak için buna katılırlar ve muhtemelen beğenilme arzusuyla motive olurlar; kendileri çok rahatsız olsalar ve katıldıkları sürecin sınırlamalarının tamamen farkında olsalar bile, klinisyeni rahat hissettirmeye çalışmayı önceliklendirirler. MBT'de sabit rol yapma modu için önerilen bir müdahale olan Challenge (bkz. Bölüm 4), bu bağlamda hem verimsiz hem de adil değildir. Klinisyen, böylesine üretken bir ortam yaratma çabaları için hastaya minnettarlığını ifade ederse ve tüm işi üstlenip karşılığında çok az şey aldığını hissetmesine empati gösterirse, ilerleme kaydedilme olasılığı daha yüksektir. Bu hastaların, bazen başkalarının da duyabildiği şekilde deneyimlerini anlatmakta yaşadıkları zorluğa değinmek, değerlendirmenin önemli bir son noktasıdır ve müdahale için arzu edilen bir odak noktası oluşturur.

Klinik Örnek: Jane (devamı)

Jane, kendisi ve ailesi hakkında ayrıntılı olarak konuştu. Özellikle de erkek kardeşinin kendisinden farklı olduğunun farkındaydı. Evden ayrılmış ve kız arkadaşıyla yaşıyordu. Konuşmaya çalıştığı tek kişi oydu ama ona "tuhaf" olduğunu ve "endişelenmeyi bırakması gerektiğini" söylüyordu. Başkalarının onu böyle gördüğünü ve kendisinde göremediği bir şeyi gördüklerini düşünüyordu.

KLİNİSYEN: Kendinizden çok iyi bahsediyorsunuz. Bunu anlatırken, sizde ne hissettirdiğini söyleyebilir misiniz?

JANE: Tamamdır.

KLİNİSYEN: Hikayenizi anlatmanın size bir faydası oldu mu?

Machine Translated by Google

JANE: Evet.

KLİNİSYEN: Nasıl bir şekilde?

JANE: Faydalıdır.

Jane'in anlattığı hikâye, hiperzihinselleştirici bir rol yapma modunda işlenmişti. Tutarlıydı ve neler olduğunu kendi kendine çözmüştü. Ancak klinisyenin sorduğu birkaç soru, hikâyenin deneyim ve duyguyla bağlantılı olmadığını gösteriyor.
Jane'in bilişsel ve duygusal süreçleri arasında bir kopukluk var. Cevapları kısa ve öz ve sonunda hem onu hem de klinisyeni hayal kırıklığına uğratacak, ikisini de düşük zihinsel etkileşime itecek. Klinisyenin zihni boşluğa düşecek. MBT formülasyonunun önemi tam da bu noktada ortaya çıkıyor. Tedavi tıkandığında referans noktası olarak kullanılabilir.

Tedavi Deneyimi Bir tedavi sürecine başlandığında,
değerlendirme aşamasında belirlenen ilişkisel sorunlar büyük ölçüde geri dönecektir ve MBT'nin temel süreçleri dikkate alınmalıdır, yani: 1. Terapötik karşılaşmanın sınırlamalarına ilişkin zihinsel bir anlayış 2. Hastanın
bağlanma stratejileri 3. Mücadele ettikleri karakteristik zihinselleştirme bozuklukları.

Sınırlamalar

Değerlendirme ne kadar yorucu olsa da, tedavi de aynı derecede zorlayıcı olabilir çünkü ortalama bir terapiyle karşılaştırıldığında, hastanın getirdiği psikolojik içerik üzerinde çalışmak için yalnızca seyrek malzeme sunar. Bu durum deneyimli bir MBT klinisyenini bile etkileyebilir ve bilmeme duruşu, netleştirme, ayrıntılandırma, duygu anlatısı çalışması ve ilişkisel zihinselleştirme gibi olağan stratejilerle zihinselleştirme üretme becerilerini zorlayabilir. Başlangıçta yardımcı olabilecek genel bir husus, daha önce bahsedilen klinisyenin karşı tepkisiyle ilgilidir. Etkisiz zihinselleştirme, daha etkisiz zihinselleştirmeye yol açar; bulaşıcıdır ve klinisyenler bunu hastalarından "kapabilirler". AvPD'li bireylerin tedavisi sırasında ortaya çıkabilen, kolayca tanınabilen bir ikincil kaçınma olgusu vardır. Hastanın oluşturduğu engelleri aşamayan klinisyenler, çeşitli gerekçeler kullanarak (örneğin hasta çok savunmasızdır, sosyal bağlamı gerçekten düşmancadır) engellerin aşılmaz olduğunu dolaylı olarak kabul ederek veya hastanın yapmacık düşünce
tarzıyla etkileşime girerek ve temelde kaçınmacı stratejileri geliştirmek için onunla birlikte çalışarak hastayla işbirliği yapmaya meyilli olabilirler. Sınırda kişilik bozukluğu (BPD) olan hastaların dürtüselliği, terapötik şevkin böylesine uygunsuz bir şekilde köreltilmesine nadiren izin verirken, Sınırda Kişilik Bozukluğu (ABPD) hastalarının tedavisi sırasında "drama" eksikliği bazen klinisyenin hastanın altta yatan acısı konusunda uygunsuz bir şekilde kayıtsız kalmasına ve yapmacık başa çıkma duygusunun altında, daha "dramatik" hastalarda olduğu kadar derin -daha belirgin bir şekilde de olsa- bir sıkıntı olabileceğini unutmasına neden olur.

Machine Translated by Google

AvPD'de Bağlanma Stratejileri

Bağlanma kaygısı, özellikle de yoğun terk edilme korkusu, hem bağlanma kaygısı hem de bağlanmadan kaçınmanın yüksek seviyelerini gösteren AvPD'li hastaların önemli bir özelliğidir ve bu durum korkulu bağlanma stiliyle uyumludur [12,13]. Kaçıngan bağlanma stilinde diğeri olumsuz olarak nitelendirilirken, kaygılı bağlanma stili başkalarından destek bekleyen bir benliğin olumsuz temsilleriyle bağlantılıdır; kaygı ve kaçınmanın birleşimi, yakınlık arama veya kaçınmada hiçbir teselli sağlamaz. Önceki bölümlerde gösterildiği gibi, bu bağlanma stratejileri kombinasyonu hiçbir şekilde AvPD'li bireylere özgü değildir ve BPD ve NPD'li kişiler ve belki de yüksek düzeyde zihinsel rahatsızlık semptomları olan herkes tarafından paylaşılır (bkz. Bölüm 2). Bununla birlikte, Simonsen ve Euler'in de belirttiği gibi, bağlanma stratejilerinin yapılandırması örtüşebilse de, AvPD'li hastaların psikopatolojisi, bağlanma ilişkilerinin yerleştiği sosyal statü sisteminin dikkate alınmasını gerektirir [14]. AvPD'li hastalar ayrılıktan korkabilirler, ancak birçok durumda - ve NPD'li bireylerde olduğu gibi - özerklik ve ilişkisel güç dinamikleri konularına da odaklanabilirler.

AvPD'li hastaların bağlanma stratejilerinin önemli bir yönü, hastanın iyiliğini belirleyen bir tepki olarak deneyimlenen bağlanma figürüne verilebilen muazzam - neredeyse yaşam ve ölüm - güçtür. Zihinselleştirme çerçevesinde, bu, benliğin yabancı parçaları (bkz. Bölüm 2) - eleştirel, aşağılayıcı, küçük düşürücü parçalar - olarak anlaşılacaktır; bunlar bağlanma figürüne dışsallaştırılır, aksi takdirde içeriden daha da acı verici ve sıkıntılı içsel zulme yol açan benlik yapısının yönleri için bir araç haline gelirler. Bu görüşü desteklemek için Beeney ve arkadaşları, benlik/diğer sınırlarının (örneğin, duygu bulaşmasıyla ilgili zorluklar, başkalarından ayrı hissetme) bağlanma kaygısı ile AvPD arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bulmuşlardır [15]. Benliğin eleştirel yabancı parçasının dışsallaştırılması nedeniyle, sıkıntıdayken koruma ve destek için başkalarına yönelme olasılığı nadiren uygulanabilir bir seçenek gibi görünebilir. Kişilerarası dünya, düşmanca ve eleştirel seslerle dolar.

AvPD'de Zihinselleştirme Zorlukları

Zihinselleştirme boyutları, belirli klinik gruplarda sıklıkla karşılaşılan sınırlamaları yakalamak için klinik olarak kullanılır. Elbette, farklı klinik gruplar arasında semptomlarda bir örtüşme olduğu gibi, tanılar arasında zihinselleştirme zorluklarında da bir miktar örtüşme vardır; özellikle de bir hasta zihinselleştirme boyutunun bir ucunda takılıp kaldığında, bu durum diğer boyutlardaki zihinselleştirmeyi etkilediğinden (zihinselleştirme boyutları hakkında bir tartışma için Bölüm 2'ye bakın). Ancak, bir hastanın boyutsal profilini düşünmek, değerlendirme ve tedavi sürecinde ortaya çıkan klinik tabloyu anlamak için faydalı bir yapı sağlar. AvPD'deki zihinselleştirme sorunlarına dair kanıtlar Kutu 8.2'de

Kutu 8.2 AvPD'de zihinselleştirme sorunları.
Otomatik/Kontrollü Kontrollü
olmaktan çok otomatik.
Çocukluk bağlanma anlatılarında düşük örtük/açık yansıtıcı işlevsellik.
Diğerinin deneyiminin olumsuz olduğu varsayımına dayanarak kendi deneyiminin otomatik olarak doldurulması.
AvPD'nin tarzına bağlı olarak hipermentalizasyon veya hipomentalizasyon.

Machine Translated by Google

Kutu 8.2 (devamı)

Bilişsel/Duygusal Duygusal
olmaktan çok bilişsel.
Kendinin duygusal durumlarına ilişkin düşük yansıtma.
Azalmış zihinsel duygusallık.
Duyguları başkalarıyla paylaşamama ve duygusal ifadeyi bastırma.

Dış/İç Dışsal ipuçlarının
aşırı kullanımı ve içsel durumları tanımlama yeteneğinin azalması.
İçsel bedensel duyumlar ile ilgili dış uyaranlar arasındaki bağlantının kopması.
Yüz ifadesinden duygunun yanlış sınıflandırılması.

Ben/Diğer
Kendi ve başkalarının zihinsel durumlarını izlemede düşük puanlar.
Başkalarının kendisi hakkındaki düşüncelerine aşırı odaklanma.
Sosyal etkileşim sırasında aşırı derecede kendine odaklı olma, diğerinin ruh halini çok az dikkate alma.

Kendinin ve diğerlerinin güçlü bir şekilde olumsuz karakterizasyonu.

Otomatik (Örtük)/Kontrollü (Yansıtıcı, Açık) Zihinselleştirme

İlginçtir ki, AvPD üzerine bildirilen nispeten az sayıdaki deneysel araştırmanın önemli bir kısmı, bu bozuklukta zihinselleştirmenin hangi yollarla sınırlı olduğuyla ilgilidir. Yetişkin Bağlanma Görüşmesi'nde çocukluk bağlanma deneyimlerinin anlatıları üzerinde zihinselleştirmeyi yansıtıcı işlev olarak işlevselleştiren bir çalışma, AvPD ile yansıtıcı işlevle ilgili zorluklar arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir ve bu ilişki otomatik/kontrollü boyutun kontrollü (yansıtıcı, açık) kutbuna yüksek oranda yüklenmiştir [16]. Başka bir çalışma, AvPD'li hastalarda ve sosyal fobisi olan bireylerde zihinsel durumları anlama becerisini karşılaştırmış ve AvPD'li hastaların en düşük puanlara sahip olduğunu bildirmiştir [17]. Benzer şekilde, özellikle AvPD'li bireyler zihinsel durumları izlemede zorluklar yaşıyor gibi görünmektedir [18]. Bu zorlukların, bir şey hakkındaki kendi duyguları veya düşünceleri hakkında açık bir şekilde düşünme sırasında onları belirsiz ve kafaları karışık bırakması beklenir. Bu, kişilerarası temsili dünyalarında hem benliğin hem de diğerinin son derece olumsuz nitelendirilmesi nedeniyle açık zihinselleştirmeden savunmacı bir kaçınma olabilir. Birisi neden utanç veya değersizlik duygusu üzerine düşünmek için bilişsel çaba harcamak istesin ki? Elbette, bu öz-tanımlamaların otomatik varsayımları ele alınacaksa, tam da böyle bir odaklanma en faydalı şey olabilir. Bu odaklanma olmadan, otomatik varsayımlar (örtük zihinselleştirme) bu öz-deneyim biçiminin sürdürülmesini sağlayacaktır. Klinisyenin çabasını açık zihinselleştirmeyi etkinleştirmeye ve güçlendirmeye ve gerekirse bu kendi kendini sürdüren döngüye meydan okumaya odaklaması gerekir. Hastanın rahatsız edici öz-tasarımlarını zihinselleştirmesini sağlamak için bu sürece yeterli empatiyle yaklaşmalı ve yaklaşımını hassas bir şekilde yumuşatmalı, ilerlemesini yavaşlatmalı ve açık zihinselleştirme çok acı verici hale geldiğinde daha destekleyici olmalıdır.

Machine Translated by Google

Bu bölümde daha önce de belirttiğimiz gibi, AvPD'li kişiler genellikle hipermentalizasyon (örneğin, entelektüalizasyon, geviş getirme) ile karakterize edilirler; bu, zihinselleştirmenin otomatik/kontrollü boyutunun kontrollü kutbunun aşırı kullanımı olarak görülebilir. Hiperzihinselleştirme, yansıtıcı kapasitenin gerçeklikten kopuk olması, yani taklit modunda olması nedeniyle ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, düşük yansıtıcı kapasite aynı zamanda hipomentalizasyon (örneğin, boş boş bakma) olarak da kendini gösterebilir. Hızlı düşünme/otomatik/örtük zihinselleştirmede somutlaşan sezgisel gerçeklik bilgisi artık fikirler üzerinde bir fren işlevi görmez ve hayal gücü dış gerçeklikten kopar. AvPD'li bireyler böylece düşünceleri ve yansıtmayı, belirli durumların uyandırdığı duygulardan kendilerini uzaklaştırmanın bir yolu olarak kullanabilirler. Bu da bir tür taklit modudur. Hatırlatmak gerekirse, taklit modu (daha ayrıntılı bir tartışma için 2. Bölüm'e bakın), zihinselleştirmeye benzediği ancak duygusal özgünlükten yoksun olduğu için bu şekilde adlandırılmıştır; aşırı derecede entelektüel, analitik veya sadece olasılık dışı olabilir [19,20]. Taklit modu gerçeklikten kopuk olduğu için, onunla klinik olarak etkileşime girmenin (yani, hastayla tartışmanın) üretken olması pek olası değildir. Gerçeklikle sınırlandırılmadığı için, tamamen bencil olmasını hiçbir şey engelleyemez; bu da diğer zihinselleştirme boyutlarında (kendinden ötekine, bilişselden duygusala) yapıcı bir bakış açısı değişimi yaratma şansını tehlikeye atar.

Klinisyen için özellikle zor olan bir diğer konu ise, hastanın katkılarının sınırlılıklarının vurgulanmasını eleştiri olarak deneyimlemesi ve klinisyenin zihinselleştirmedeki sınırlılık olarak gördüğü şeyin farkında olmamasıdır. Bu durum, tekrarlara ve ilerleme eksikliğine yol açabilen terapötik ilişki için önemli bir tehdit oluşturmaktadır.

Bilişsel/Duygusal Zihinselleştirme

AvPD'li hastalar zihinselleştirme duruşlarında duygusal olmaktan çok bilişsel olma eğilimindedirler. AvPD'de duygusal deneyimleri algılama, yansıtma, tolere etme ve ifade etme kapasitesi sınırlı görünmektedir [21]. Duygulanım bilinci ve kavramsal ifade gücü, AvPD'li hastalarda BPD'li hastalara göre daha düşüktür [22]. Zihinselleştirilmiş duygulanım az ya da çok yok olabilir ve bu da dengeli bilişsel/duygusal zihinselleştirmeden bilişsel kutba doğru belirgin bir kaymaya neden olur. Kaygı ve utanç genellikle baskındır, ancak zihinselleştirme stratejileri bu duygusal deneyimlerden kaçınmak üzere yapılandırılmıştır; örneğin, hipo-zihinselleştirme (örneğin, duygular hakkında hiç düşünmeme) veya bunlarla ilgili olarak hiperzihinselleştirme. AvPD hastalarını, akıl sağlığı sorunu teşhisi konmamış kontrollerle karşılaştıran bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışması, AvPD'li hastalarda açık bir duygu düzenleme görevi beklentisiyle amigdala hiperreaktivitesi buldu [23]. Bu nedenle, dizinin genellikle artan amigdala tepkileriyle tetiklenen hiperzihinselleştirme olabileceğini ve düzensizliğe, ardından kaçınma ve hipomentalleştirmeye yol açtığını varsayıyoruz.

AvPD'li kişilerde duyguları algılama ve anlamlandırmaya yönelik bilişsel kapasite de bozulmuş olabilir; bu durum, bu popülasyonda aleksitimiyi (kişinin kendi duygularını tanımada zorluk çekmesi) inceleyen çalışmalarda öne sürülmüştür [24], ancak daha yeni çalışmalar bunun AvPD'li bireylerin yalnızca bir oranında (%50-60) önemli bir sorun olduğunu göstermiştir [25]. Bu hastalarda sorunlu zihinselleştirmenin kilit rolünü destekleyen "eşlik eden tanılı olmayan" AvPD hastaları üzerinde yapılan bu son çalışma, aleksitimi puanlarının kişilik işlev bozukluğunun güçlü bağımsız yordayıcıları olduğunu göstermiştir. AvPD'li kişilerde duygularını başkalarıyla paylaşmada belirgin sorunlar vardır. Bu, potansiyel bir

Machine Translated by Google

Bu durum yalnızca klinisyenler için değil, aynı zamanda kişinin yaşadığı acının farkında olmayabilecek kişinin ailesi için de sorun teşkil edebilir [26]. Zihinsel açıdan bakıldığında, bu durum hem duygusal yansıtmanın hem de duyguların işaretlenmesinin tutarlılığı açısından büyük bir iletişim sorunu olarak görülebilir.

İçsel/Dışsal Zihinselleştirme

Klinik deneyim ve bazı sistematik çalışmalar, AvPD'li hastaların zihinsel durumlar hakkında değerlendirilmesi daha zor olan içsel bilgi kaynaklarına erişmekte zorluk çektiğini ve bu durumun onları dışsal ipuçlarına gereksiz yere vurgu yapmaya yönelttiğini göstermektedir. Metabilişsel yeteneklerin belirli alt bileşenlerinin incelendiği bir araştırmada, AvPD'li hastaların hem kendi içsel durumlarını hem de başkalarının içsel durumlarını izlemekte zorluk çektikleri bulunmuştur ("merkezden uzaklaşma", daha sonra daha ayrıntılı olarak açıklanacaktır; bkz. bu bölüm: Kendini/Başkasını Zihinselleştirme) [18]. Bu bulgu, karşılaştırma gruplarının diğer kişilik bozuklukları olan bireylerden oluşması nedeniyle daha da ilginçtir; bu da AvPD'li kişilerde belirli bir zorluk olduğunu göstermektedir. Bir fMRI çalışmasının bulguları, bu zorluğun nedenine işaret ediyor olabilir. Güçlü olumsuz duygusal içerikli resimler gösterildiğinde, AvPD hastaları, BPD hastaları veya klinik olmayan kontrollerle karşılaştırıldığında daha az insula-ventral anterior singulat işlevsel bağlantısı sergilediler [27]. Bu, interoseptif farkındalık anomalisinden kaynaklanan içsel durumların tam olarak anlaşılamamasına işaret etmektedir. AvPD hastalarında, içsel bedensel duyumlar ile ilgili dış uyaranlar arasında bağlantı kurma süreci bozulabilir. Önemli bir şekilde, bu tür bir işlev bozukluğu SAD hastalarında da tespit edilmiştir [28].

Bir çalışma, AvPD hastalarının korku dolu yüz ifadelerini yanlış sınıflandırdığı gösterilerek, duyguların dışsal göstergelerine ilişkin yargılamada bir miktar bozulma olduğunu ileri sürmüştür [29]. Simonsen ve Euler'in de belirttiği gibi, bu durum duygusal ifadenin yanlış okunmasından ziyade, bu bireylerin hassas duygu düzenlemelerini yönetmenin bir yolu olarak yoğun duygulara odaklanmaktan tamamen kaçınmaya yönelik bir dikkat stratejisinin tezahürü olabilir [14].

AvPD'de duygusal ifade hakkında daha az şey biliyoruz, ancak önemli ölçüde bozulmuş olması muhtemeldir. Klinik deneyimlerimizden, AvPD'li kişilerin duygularını dışa vuramayabileceğini biliyoruz; bu da başkaları tarafından anlaşılmalarını zorlaştırıyor ve hem yakınları hem de klinisyen için bir iletişim zorluğu yaratıyor. Uygun ve belirgin bir koşullu duygu ifadesi hem empati hem de iletişim için önemlidir ve hem öğrenme hem de bağlanma için hayati önem taşıması muhtemeldir [30]. AvPD'de gördüğümüz körelmiş ifade, bu bireylerin sosyal izolasyonunun [31] ve yakınları üzerinde oluşturdukları epistemik teyakkuzun önemli ancak az çalışılmış bir nedeni olabilir.

Benlik/Başkası

Zihinselleştirmesi AvPD hastalarının zihinselleştirmelerini organize etmede karşılaştıkları zorluk, kendini zihinselleştirme ve merkezden uzaklaşma eğilimiyle ilişkili görünmektedir (bu bölümün ilerleyen kısımlarında ele alınacaktır). Gördüğümüz gibi, AvPD'de bağlanma stratejilerinin yapılandırması ağırlıklı olarak korku odaklıdır. Hem benlik hem de başkaları olumsuz bir ışık altında görülür. Başkalarının iyi huylu temsilleri (iyi içsel nesneler) kırılgandır ve yeterince gelişmemiştir, bu nedenle keşif için güvenli bir arka plan sağlayamazlar. Bu nedenle, başkalarının zihinsel durumlarını özgürce ve kısıtlanmadan araştırmaktan kaçınılır ve bu da hem psikolojik hem de davranışsal engellemeye yol açar.

Machine Translated by Google

AvPD'li kişilerin varsayılan zihinselleştirme pozisyonu, başkası yerine benliktir [32,33]. Başkasının zihinsel durumu, bu tanıya sahip bireyler için belirgin odak noktası olabilir, ancak diğerinin benlik hakkındaki düşünceleri ve hisleri birincil endişe alanıdır. AvPD'li bireyler, hem aleksitimi hem de merkezden uzaklaşma kapasitesiyle (yani, başkalarının kendilerinden farklı bir bakış açısına sahip olduğu gerçeğiyle başa çıkma) daha ciddi meta-bilişsel zorluklar yaşarlar [18,24]. AvPD'ye ilişkin bu anlayış, zihinselleştirmenin ve MBT'nin benlik/diğer boyutunun nasıl organize edildiği, sosyal etkileşim ve psikopatolojide benlik ve diğer işlevler arasında ayrım yapılması hakkında ayrıntıların oluşturulmasına yardımcı olur. Maresh ve Andrews-Hanna, benlik için üç zihinselleştirme odağının, benliği başkasından ayırt etme karmaşık sürecinde ayrıntılı olarak ele alınması gerektiğini öne sürmektedir: (a) zihinsel durumlar hakkındaki çıkarımların hedefi olarak benlik; (b) zihinselleştirme çıkarımları hakkında bilgi kaynağı olarak benlik deneyimi; ve (c) diğeriyle etkileşimden oluşturulan, diğerinin gördüğü benlik imgesi [34]; 6. Bölüm'de bunu "ben-nesne" zihinselleştirmesi veya "ben-modu" olarak tanımladık.

Kişinin kendi zihinsel durumlarını çıkarsaması -veya William James'in deyimiyle "içgözlem" [35]- benlik hedef olduğunda zihinselleştirmedir. Bu, "Ben"dir. Her ne kadar bu basit ve net görünse de, normal sosyal etkileşimlerde bireylerin kendilerini zihinselleştirmenin hedefleri olarak ne ölçüde gördüklerini bilmiyoruz [36].
2. Bölüm'de tartıştığımız gibi, öz odaklı zihinselleştirme için mevcut bilgi kaynakları fizyolojik ve duygusal tepkilerdir; zihinselleştirmenin hedefi başkası olduğunda normalde erişilemeyen içsel deneyimlerdir. Ayrıca, öz algı önyargılarının yaygınlığı, öz-bilginin önemli sınırları olduğunu ve sezgisel olarak yansıtıcı, açık zihinselleştirme için erişilebilir olması gereken bilgilerin çoğunun aslında bilinçli farkındalık dışında gerçekleştiğini ve bu nedenle sosyal etkileşim sırasında kullanılmasını imkansız hale getirdiğini göstermektedir. MBT'de, etkili zihinselleştirmeye duyulan ilgi, zihinselleştirmenin öz/öteki boyutu boyunca dengesine ve uygunluğuna odaklanmaya yol açar.

Öz odaklı (kendini hedef olarak gören) zihinselleştirme, diğer odaklı zihinselleştirmeyle aynı veya benzer çıkarım mekanizmalarını kullanır. Örneğin, zihinsel durumlar hakkında doğru çıkarımlar yapmak için kişinin kendi davranışını gözlemlemesini içgözlemin temeli olarak içerebilir [34]. Ne hissettiğimizi ve ne düşündüğümüzü yaptıklarımız aracılığıyla anlamaya başlarız. Kendimizi anlayarak bir başkasını tanımaya başlarız. Öz odaklı ve diğer odaklı zihinselleştirmede işleyen belirli sinir yapılarının niteliksel olarak farklı süreçlere işaret edebileceği öne sürülmüştür, ancak bunlar esasen aynıdır. Sinirbilim çalışmalarından elde edilen kanıtlar, her iki durumda da beynin medial prefrontal korteksinin (mPFC) ventral ve dorsal bölgelerinin aktivasyon örüntülerinde önemli bir örtüşme olduğunu göstermektedir. Bu beyin yapısının, kişiyle ilgili bilgileri işlemek için "etkenden bağımsız" konumu oluşturması muhtemeldir. Ne benliğe ne de diğerine özgü değil, her ikisine de özgüdür. mPFC'de kendine ve başkalarına yönelik zihinselleştirme için belirgin bir konuma dair kanıt, mPFC'nin ventral ve dorsal bölgelerinin uzmanlaşmış olduğu soyutlama düzeyindeki farklılıklara atfedilebilir. Dorsal mPFC alt sisteminin, soyut ve yansıtıcı zihinsel süreçleri içerdiğinde hem kendine odaklı hem de başkalarına yönelik zihinselleştirmede birincil bir rolü olduğu görülmektedir [37].

AvPD'de zihinselleştirme, sosyal etkileşimler sırasında aşırı derecede kendine odaklıdır. Bu, sosyal çevreden gelen bilgilerin işlenmesinin zararınadır. AvPD'li bireyler, düşünceleri, duyguları ve içsel duyumları izlemeye aşırı derecede odaklanırlar. Zihinselleştirmenin benlik/diğer kutuplarının tamamlayıcı doğası göz önüne alındığında, bir kişinin

Machine Translated by Google

Kendine aşırı odaklanma, diğerinin doğru bir şekilde zihinselleştirilmesi pahasına ortaya çıkar. Kendini veya başkasını zihinselleştirmenin görünürdeki "sıfır toplamlı oyunu", kendini hedef olarak zihinselleştirmenin kaçınılmaz olarak dikkati diğerinden kendine kaydırması nedeniyle ortaya çıkar. AvPD'li bireyler, diğerinin zihinsel durumunu gerçekten dikkate almaktan kaçındıkları için, kendini zihinselleştirmenin aşırı aktivasyonu, aynı zamanda diğerinin düşünceleri ve duyguları hakkındaki çıkarımları, benliğin içsel durumuna daha yakın olacak şekilde çarpıtabilir. Başka bir deyişle, deneyim, "başkalarının beni, benim kendimi gördüğüm gibi görmesidir".

Kişinin kendisiyle ilgili içeriği önceliklendiren önyargı, diğerinin zihinsel durumu hakkındaki çıkarımları da etkiler. Korku ifadelerini tasvir eden yüzleri kategorize etme çalışmalarında görüldüğü gibi [38], diğerinden uzaklaşma eğilimi, diğer odaklı zihinselleştirmenin doğruluğunu azaltan yargılama bozukluklarına neden olabilir. Bilişsel kaynakların diğerine yetersiz tahsisi de daha ciddi işlev bozukluklarına katkıda bulunabilir. Kaynakların eksikliği, fiziksel gerçekliğin diğer odaklı zihinselleştirmeden kopmasına yol açabilir ve bu da AvPD'li bireylerde hiperzihinselleştirme ile karakterize edilir. Dolayısıyla, yanlışlık yalnızca zihinsel durumların iç ve dış sinyallerinin tanınmasındaki zorluğu içermez. Daha ciddisi, benliğe yönelik olumsuz, hiperzihinselleştirici bir odaklanmanın neden olduğu bu tür sinyallere dikkat edilmemesi, bireyin olumsuz öz-zihinselleştirme sarmalına karşı koyabilecek değerli sosyal bilgiler alamadığı anlamına gelir.

Bu varsayımlarla uyumlu olarak, beyin görüntüleme çalışmaları sosyal açıdan kaygılı bireylerde ventral mPFC aktivasyonunun arttığını göstermiştir; bu da öz-ilişkili uyaranların daha fazla belirginliğini yansıtmaktadır [39].

2. Bölüm'de zihinselleştirmenin benlik/diğer boyutunu tanımlarken, zihinselleştirme için bilgi kaynağının dış dünya olmayıp, uygunsuz bir şekilde benlik veya diğerinin bakış açısından alınması durumunda ortaya çıkabilecek önyargıları ele aldık. Bunlardan ilki genellikle benmerkezci önyargı [40] olarak adlandırılırken, ikincisi ise benmerkezci önyargı [41,42] olarak bilinir. Diğerinin bakış açısını dikkate alma konusundaki kaçınılmaz çekim bazı bağlamlarda sorunlara yol açabilse de (örneğin, Sınırda Kişilik Bozukluğunda (BPD) taklit etmeye aşırı yatkınlık), benmerkezci önyargı AvPD'de belirgin bir sorun değildir. Kaçınma ile ilişkili bozukluklar, bilgi kaynağı aslında benlikten geldiğinde başka bir kişiyi zihinselleştirmenin ("hedef olarak diğerini" zihinselleştirme) içerdiği önemli sorunlara iyi örneklerdir. Benmerkezci önyargının üstesinden gelmek için, benliğe sunulan bilgiyi diğerinin zihinsel durumu hakkında sunulan bilgiyle karşılaştırmak gerekir [43]. Baskı durumlarında (örneğin, kişilerarası bir bağlamda olumsuz öz değerlendirme), bu AvPD'li birinin kapasitesinin ötesinde olacaktır.

Klinik deneyimler, benliğin diğerinin zihinsel durumu hakkında bilgi kaynağı olduğu zihinselleştirmenin AvPD'de yaygın olduğunu doğrulamaktadır; bunun sosyal anksiyetesi olan bireylerde de yaygın olarak görüldüğü belirtilmiştir [44]. AvPD'li bireylerin, başkalarının algısını yansıtması beklenen sosyal durumlarda kendilerine dair imgeler ürettiklerini varsayıyoruz. Ancak bu imgeler benmerkezci önyargılardan derinden etkilenmektedir ve olumsuz içsel benlik perspektiflerini yansıtır. Bu eğilim, benmerkezci anlayışla tutarsız bilgi edinmeyi engellediği için kendi kendini sürdürür. Yeni bilginin yokluğunda, ilerleme, bireyin erişebildiği seyrek verilerin giderek daha ayrıntılı analiziyle sınırlıdır.

AvPD'ye özgü hiperzihinselleştirme, benmerkezciliğin ("kendini kaynak olarak görme" zihinselleştirmesi) sınırlamasını yansıtır ve kaçınma eğilimi olan kişilerde görülen genel düşünceli hiperzihinselleştirme tablosunun bir parçası olabilir [45,46].

Machine Translated by Google

Gördüğümüz gibi, AvPD'nin öznel deneyimi, bireyin sosyal dünyasıyla kişilerarası etkileşimlerini yansıtan anıların ve zihinsel imgelerin inşasını gerektirir. Prensip olarak, bu imgeler birinci şahıs bakış açısıyla (yani, benliğin gözünden görülerek) veya üçüncü şahıs bakış açısıyla (yani, benliğin görsel bir imgesinin inşa edildiği ve zihinsel imgenin bir nesnesi olarak algılandığı) inşa edilebilir [47]. İki imgeleme biçimi arasındaki farkın bir soyutlama düzeyini yansıttığı öne sürülmüştür [48]. Birinci şahıs bakış açısı, olayın deneyimsel ve somut yönlerini yansıtırken, üçüncü şahıs veya gözlemci bakış açısı, hatırlanan deneyimin genel kişisel anlamını yansıtır [48,49].

Bu farklılaşma, birinci şahıs imgelerinin eylemin somut yorumlarına karşılık geldiği, üçüncü şahıs imgelerinin ise soyut yorumları yansıttığı zihinsel durum atıfları için de geçerli olabilir [34]. Sosyal açıdan kaygılı kişiler, kendilerinin sosyal nesneler olarak imgelerini oluştururlar. Kendilerini, başkalarının onlar hakkında nasıl düşünebileceğini tasvir eden üçüncü şahıs bakış açısıyla hayal ederler. Zihinselleştirmede benlik kutbunun baskınlığı, bu imgenin kendi duygularına ve deneyimlerine dayandığı anlamına gelir. Bellekteki sosyal durumları tasvir etmek için üçüncü şahıs bakış açısının kullanılması ve böylece daha soyut bir işleme düzeyi ortaya çıkarılması, yüksek düzeyde sosyal kaçınmanın karakteristiği olan yerleşik olumsuz benlik zihinselleştirmesinin altında yatan nedenlerden biri olabilir.
Kaçınma, benliğin bir nesne olarak algılandığı düşüncenin genelleştirilmesinin bir sonucu olabilir; üçüncü şahıs bakış açısıyla yeniden deneyimlenir ve bu da ona gerçekte hiçbir gerçek sosyal bilgiye dayanmayan bir gerçeklik görünümü kazandırır. Ancak, bu üçüncü şahıs bakış açısında yer alan soyutlama, olumsuz benlik imajını genelleştirilmiş bir "göründüğüm gibi ben" yapısı içinde pekiştirir. Üçüncü şahıs (nesne olarak benlik) bakış açısı, zaten olumsuz olan benlik imajına olumsuz içeriği "yerleştirir". Kişinin zihninde kendini yetersiz, utanç verici, alay konusu veya beceriksiz olarak görmesi, bireyin nasıl görüldüğüne dair "ben-mod" etkinleştirildiğinde geri dönmeye hazır, kaçınılmaz bir imaj haline gelir. Dahası, kaygılı bireyler bu tür imajları kullandıklarında, soyut yapıları nedeniyle bağlamlar ve ortamlar arasında kolayca genelleştirilebilirler; tarihsel ancak imajın artık alakasız olduğu durumları istila edebilir veya benzer tüm durumlarda kaçınmayı haklı çıkarmak için kullanılan beklenen gelecekteki olaylara sızabilirler.

AvPD için Zihinselleştirme Formülasyonunun Özeti

Kaçınma, ruhsal eşdeğerliğin aşırı bir biçimidir. AvPD hastasının hayal ettiği sonuçlar her bakımdan gerçekliktir ve her ne pahasına olursa olsun kaçınılmalıdır. Ruhsal eşdeğerlik, sonuçları abartır ve hastanın hayal gücünde eylemin olası sonuçları genellikle felakettir. Bu hayal edilen sonuçlara karşı koymak için derinlemesine düşünme ve açık zihinselleştirme mevcut değildir ve korku kontrolden çıkar. En korkutucu sonuç, eylemin (kontrolün) tamamen kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan aşağılanma, karalanma veya alaydır. Benliğe reddedilen eylem, benlik üzerinde alışılmadık bir güç ve neredeyse baskıcı, yıkıcı bir etki kazanan ötekine atfedilir. Bu "kaçınılmaz" korkulan hayali sonucun baskısından kurtulmak, yaygın bir taklit biçiminin benimsenmesidir; kaçınmayı mümkün kılan anlamsız ayrıntılara kaçış yoluyla öznel olanın fiziksel gerçeklikten ayrılmasıdır. Aşırı ruhsal eşdeğerlik, bedensel benliği ve fiziksel tepkileri içerir. Böylece AvPD'li kişi, kızarma gibi öznel durumlarıyla tutarlı bedensel tepkileri hayal edebilir ve kendisini gözlemleyen herkesin duygusal tepkisini fark edeceğine ikna olabilir.

Machine Translated by Google

AvPD'li kişilerde yansıtıcı açık zihinselleştirmenin yokluğunu ve bilişin duyguya baskınlığını (bazı aleksitimi belirtileriyle birlikte) gözlemledik. Ayrıca, duygusal uyarılmanın dış koşullara bağlanmasıyla ilişkili içsel algı deneyimindeki anormalliklerin, AvPD'li kişilerin aleksitimik deneyiminin temelini oluşturabileceğinden şüpheleniyoruz. Benlik/diğer boyutunun üç yönü AvPD'li hastalarla terapide önemli olabilir: 1. Benliğin zihinselleştirme hedefi olarak uygunsuz baskınlığı 2. Zihinselleştirme için bilgi kaynağının benlik olması 3. Geçmiş ve gelecek deneyimlerin,

özellikle imgelemde, zihinsel temsilinin olması

birinci şahıs bakış açısı yerine üçüncü şahıs bakış açısının hakim olduğu.

Bu ve benzeri önyargılar, bu kitabın farklı bölümlerinde ele alınan diğer bozukluklarla ilişkili olarak kaydedilmiştir. Başkalarınınkine odaklanmak yerine kişinin kendi zihinsel durumlarını çıkarsamayı tercih etmesi, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve NPD'nin karakteristik özelliği olabilir. Aslında bu, "p faktörü" kavramının (2. Bölüm'de tartışılmıştır) mantıksal olarak gerektirdiği türden bir transdiagnostik psikopatoloji göstergesi olabilir [39]. Benzer şekilde, öz-bakış açısını engellemede zorluk olarak daha iyi yorumlanabilecek benmerkezcilik önyargısı, AvPD'de baskın olabilir çünkü benliğin işlenmesi, dikkati başkasına yönlendirmekten daha az bilişsel kaynak gerektirir.

Tekrar ediyorum, bunun AvPD'ye özgü olması pek olası değildir. Son olarak, benliği dışarıdan görme eğilimi -nesnel olduğu düşünülen ama elbette nesnel olmayan bir gözlemcinin bakış açısını benimsemek- AvPD'nin diğer tüm veya çoğu kişilik bozukluğuyla paylaştığı bir şey olabilir. Anıları temsil etmede ve olası bir geleceğe dair imgeler yaratmada üçüncü şahıs bakış açısının tüm kişilik bozukluklarında tercih edildiği gösterilseydi, bu, bu bozuklukların geleneksel olarak neden daha istikrarlı ve zaman geçtikçe değişme olasılığının daha düşük olarak kabul edildiğini açıklamaya yardımcı olabilirdi. Gözlemci bakış açısıyla ilgili argüman, kişinin kendini dışarıdan görmesinin olaya kapsamlı bir kişisel anlam kazandırmasının muhtemel olduğu ve bu bakış açısının herkes tarafından paylaşılması ve dolayısıyla nesnel olarak doğru olması gerektiği gibi felç edici bir hisle birleştiği yönündedir [48,49]. Böyle bir bakış açısının yarattığı kesinlik ve önem duygusu, koşullar değişse bile, bu bakış açısının değişmesini zorlaştırır.

Tedavi Yaklaşımı Genel olarak,

AvPD'ye yönelik tedavi yaklaşımı, hastanın getirdiği genellikle az sayıdaki materyalin sabırla ve detaylı bir şekilde incelenmesini gerektirir. Sunulan fikirlerin hemen altında yatan acı ve sıkıntıya karşı ilgi, gerçek merak ve şefkat yansıtan hassas bir yaklaşımla bu sürece dahil olmak, önemli ve anlamlı bir terapötik zorluktur. Kişilik bozukluklarının "dramatik" kümesinde ortaya çıkan sorunların aksine, burada teknik zorluk, tamamen kaçınmayı ve kolay çözümleri kabul etmekten kaçınmayı önlemek ve bunu, AvPD'li bir kişinin etkili bir şekilde yönetemeyeceği düzeyde bir kaygı yaratmadan başarmaktır.

Kişilik bozukluklarının tedavisinde MBT yaklaşımının temel özelliğinin epistemik güvenin tesisi olduğunu düşünürsek, kaygı ve korkulu bağlanmanın birleşiminin epistemik aşırı uyanıklığın başlatıcısı ve devam ettiricisi ve epistemik güvenin yeniden tesis edilmesinin önünde bir engel olduğunu görebiliriz. Diğer tüm bozukluklarda olduğu gibi AvPD'de de MBT'nin amacı, hastanın zihinselleştirmesini yeniden sağlamaktır. Önceki bölümde açıklanan formülasyon göz önüne alındığında, AvPD olarak nitelendirilen anomalinin nedeni

Machine Translated by Google

Oluşabilecek ve sürdürülebilecek tek şey, benlik ve diğerinin uygun ve dengeli bir şekilde zihinselleştirilmesinin başarısızlığıdır. Bu nedenle, AvPD'nin önemli bir özellik olduğu bireylerde klinisyen şunları yapmalıdır: "İçsel göz"ün etkisini azaltmak, benliğin diğerlerine "ödünç verilmesini" engellemek, benliğe takıntılı bir şekilde yönelmeyi, olumsuz değerlendirmeyi ve incelemeyi en aza indirmek faaliyetleri.

Ek olarak, klinisyenin şunları göz önünde bulundurması gerekir: psişik eşdeğerlik, sosyal bir dünyada benliği deneyimlemenin tüm yolu olarak bir araya getirilmiştir; klinisyen, hastanın iç deneyimini dış gerçekliğe göre ayarlamasına yardımcı olmalı, belirsizliği ve bakış açısını getirmek için açık zihinselleştirmeyi kullanmalıdır. Hiperzihinselleştirici taklit modunu baskın zihinselleştirmeyen mod olarak kullanmalı, kaçınan hipozihinselleştirmeyi ise terapötik karşılaşmalar da dahil olmak üzere sosyal bağlamlarda aşırı acı verici, düzensiz içsel durumlarla başa çıkmanın bir yolu olarak kullanmalıdır.

İlk adım, çalışmanın MBT formülasyonu içerisinde yer almasıdır.

Formülasyon Bir

MBT tedavi protokolü perspektifinden bakıldığında, klinik formülasyon, AvPD ile ilgili uygulamaya rehberlik eden klinik önceliklere oldukça basit bir şekilde tercüme edilebilir. Açık bir öncelik, benlik ve diğer zihinselleştirme arasındaki dengesizliği ele almaktır ve AvPD tedavisi, benlik/diğer zihinselleştirmede belirli bir değişimi gerektirir. Klinisyenin, benliğin zihinselleştirmenin hedefi olarak uygunsuz veya aşırı derecede kolayca kullanıldığı durumlara özellikle dikkat etmesi gerekir. Benliğin tüm zihinselleştirmelerin ana odağı olarak aşırı kullanımından kaynaklanan belirli sorunlar belirlenmeli, hasta ile sorunlu alanlar olarak mutabakata varılmalı ve ardından hastanın hayatından örneklerle açıklanmalıdır. MBT, klinisyenlerden zihinselleştirmenin esnekliğini artırmak amacıyla, benlikten diğerlerine ve diğerlerinden benliğe geçişe rutin olarak yardımcı olmalarını ister; yani zıt hareketler kullanmak (bkz. Bölüm 4). Bu bir öncelik olmaya devam etmektedir ve klinisyenin üzerinde çalışmakta ısrar edeceği bir süreç olarak açıkça tanımlanmalıdır.

Hastalara belirli bir ortamdaki tüm kahramanların zihinsel durumlarını çıkarsama görevinde destek olmak, müdahale için belki de en yüksek önceliktir. Klinisyen ve hastanın, başkalarının sahip olabileceği rol uygun şekilde dikkate alınmadan, sosyal durumların sonuçlarına ilişkin açıklamalar olarak sunulan benliğin zihinsel durumlarına karşı uyanık olması gerekir. Standart MBT tekniklerini kullanarak, klinisyen, diğerinin öznel deneyimine yeterince dikkat edilmemesine dayanıyor gibi göründüğünde, diğeriyle ilgili yargıların doğruluğu konusunda merak ve endişe ifade etmelidir. Bu durumda bilmeme duruşunun kullanılmasıyla zihinselleştirme sürecinin serbest bırakılamaması, sosyal anlatının bir yönüne odaklanan rol yapma veya oyun oynamanın faydalı olabileceğini göstermektedir.

Klinik Örnek: Jane ile Tartışılan Formülasyon Konuştuğumuz

birkaç konuyu kapsayan bir özet aşağıdadır.

1. Kendiniz hakkında düşünmeye ve neden böyle olduğunuzu anlamaya çalışmaya çok zaman harcadığınızı fark ettik. Bir şeyleri yazıya dökmeye ve kendinizle ilgili hikayeler anlatmaya çalıştığınızdan bahsettiniz. Bunu yaparken de sürekli olarak...

Machine Translated by Google

Kendin hakkında ne kadar olumsuz olduğun ve tıpkı kardeşinin sana söylediği gibi kendini ne kadar "tuhaf" bulduğun konusuna geri dön. Kendini başka türlü görmek senin için gerçekten zor.

Tedaviye odaklanın: Kendinizi nasıl gördüğünüz. (Öz temsili - zihinselleştirilmiş ben modu.)

2. Başkalarıyla birlikteyken, kendinizi sürekli onlara sanki gerçekten onlarla birlikte değilmişsiniz gibi bakarken bulursunuz. Aranızda bir mesafe vardır ve başkalarıyla birlikte olmanın, onların anladığı bir şey olduğunu sanırsınız. Sürekli olarak sizi sizin kendinizi gördüğünüz gibi gördüklerini hayal edersiniz - belki de yine "tuhaf".

Tedaviye odaklanma: Sizinle diğer insanlar arasında neler oluyor ve onların zihninde ne olduğunu ve sizin hakkınızda gerçekten ne düşündüklerini nasıl anlıyorsunuz? (Diğer ikinci dereceden temsil sistemleri ve başkalarını kendine göre zihinselleştirme - ben modu ve kişiselleştirilmiş ben modu.)

3. Çoğu zaman saklanmak istiyorsunuz ve bu bir yandan size yardımcı oluyor, diğer yandan da izolasyonunuzun acısını artırıyor ve bu da değiştirmek istediğiniz bir şey.

Tedaviye odaklanın: Arka planda kaldığınızı hissettiğiniz zamanları ve sizi bunu yapmaya iten şeyin ne olduğunu düşünün. Eğer yapmazsanız ne olabilir?
(Olayların anlatımını kullanarak gerçek zamanlı deneyim ve kaçınma süreçlerine odaklanmak.)

4. Hikayeniz hakkında çok fazla bilginiz var ve defalarca tekrar ettiniz. Buna saygı duymalı ve elbette değinmeliyiz, ancak siz zaten bunu yaptığınız için, konuyu tekrar tekrar ele almaktan kaçınmamız faydalı olabilir.

Tedaviye odaklanın: İkimiz de her şeyi daha fazla açıklamaya başladığımızda, ancak hiçbir şeyin değişmediğini gördüğümüzde dikkatli olalım. (Hem klinisyeni hem de hastayı, hiperzihinselleştirmenin ilerlemenin önünde bir engel olduğuna dair duyarlı hale getirmeye çalışın.)

5. Bazen bir şeyler hakkında düşündüğümüzde sanki tamamen durmuş gibi oluyoruz.
O zamanları fark etmeyi ve olan biteni keşfetmek için ikimizin de kendi içimizde bir arayışa girmeyi kabul edebilir miyiz? Sanırım geriye dönüp neler olduğunu görmek önemli olabilir, çünkü bu, bir kopukluk varmış gibi görünme eğiliminde.

Tedaviye odaklanma: Bir tartışma başlatmaya çalışırken herhangi bir kopukluk. (Bu bir etki odağıdır ve Jane'in yerleşik kaçınma örüntüsünün bir parçası olabilecek, tedavide ilişkisel bir müdahaleyi tespit eder.)

6. İlişkilerinize bir bakalım. Ne kadar özlem duyduğunuzu söylediniz.
Başkalarıyla bağlantı kurmak ve "içeri bakıyormuş" gibi hissetmeyi bırakmak. İlişkiler istiyorsun ama aynı zamanda insanların sana yakın olup seninle birlikte olmanı istemesinden de korkuyorsun. Sonunda yalnız kalmanın daha iyi olduğunu düşünüyorsun ama bunu da istemiyorsun.

Tedaviye odaklanın: Belki buna “Korku ve Özlem” adını veririz, böylece sizde ne zaman gerçekten güçlü olduğunu ve onu ön plana çıkaran şeyin ne olduğunu anlamaya başlayabiliriz.
(Sonraki oturumda tartışılacak içeriği özetleyen kısa bir ifade.)

Bu kadarı yeterli. Eğer konuyla alakasız görünüyorsa, ilerledikçe her şeyi değiştirebiliriz.

Formülasyonda Dikkat Edilmesi Gereken Müdahalenin Yan Etkileri

AvPD tedavisindeki ana risk, sözde zihinselleştirmeyi teşvik etmektir, bu nedenle bu formülasyonda vurgulanır - örneğin, "Kolayca aşırı zihinselleştirmeye girebiliriz-

Machine Translated by Google

Detaylı bir tartışma ve ağaçlardan ormanı görememek. Belki ikimiz de bunun ne zaman gerçekleştiğinin farkında olabilir ve neyi kaçırdığımızı düşünmek için durabiliriz." Jane ile tartışılan formülasyonda (önceki kutuya bakın) bu, 4. maddede her iki tarafın da dikkat etmesi gereken bir şey olarak belirtilmiştir; ayrıca MBT'de "Fark Edilmesi ve Adlandırılması" gereken bir şey olarak da anılır (4. Bölüme bakın).

Bu risk, gerçekleştiğinde (ki kesinlikle gerçekleşecektir) nasıl azaltılabilir? Durup araştırarak! Başka bir aktörün zihinsel durumunu değerlendirmek için gerekli bilgileri edinmek üzere hastayı durdurmak, elde edilen çıkarımları yakından takip etmek ve gerektiğinde hastaya hafifçe meydan okumak, AvPD müdahalesinin temel bir parçası haline gelir.

"İçsel Göz"ün Etkisini Azaltmak: Başkalarını Anlamak İçin Kendine Aşırı Odaklanmayı Ele Almak Bir diğer öncelik, benmerkezcilik

önyargısı izlenimi veren içeriklere dikkat etmektir. Bunlar, benlik/başkası ayrımlarının bulanıklaştığı ve benliğin başkaları hakkında en uygun bilgi kaynağı olarak aşırı odaklandığı durumlardır. Bu tür durumlar muhtemelen çok yaygındır ve tekrar tekrar tespit edilip sorgulanmalıdır. Diğerinin zihinsel durumundan, kısmen zihinsel acı beklentisi nedeniyle sistematik olarak kaçınıldığını varsayıyoruz. Bu doğru olabilir, ancak aynı zamanda, son derece olumsuz bir öz imaja sahip bir birey için benmerkezcilik önyargısının, diğerinin zihinsel durumu hakkındaki yanlış yargının yaratabileceği kadar, hatta belki de daha fazla zihinsel acıya yol açtığını da biliyoruz. Dolayısıyla, kaçınmanın etkisizleştirilmesi gerekenin sadece bir parçasıdır. Benmerkezcilik önyargısından uzaklaşmanın iki ayrı gereksinimi vardır.

1. Empatik doğrulama, açıklama ve alternatif bir bakış açısı sunma gibi olağan adımlarla gerçek bir ötekinin ortaya çıkmasını sağlamalıdır . Klinisyen, hastadan herhangi bir anlatıdaki tüm katılımcıları dikkate almasını hassasiyetle ister. Diğer kişi anlatıdan kademeli olarak çıkmalı ve çeşitli bakış açılarından deneyimlenmelidir: (a) kahramanın kendi bakış açısı (ne düşündüğü ve hissetmiş olabileceği); hasta bunu değerlendirebilir mi?

Klinik Örnek: Jane'in Bakış Açısından Diğer Kişinin Deneyimi

JANE: Bana tuhaf bir şekilde baktılar. Her zamanki gibi beni tuhaf görüyorlardı.

KLİNİSYEN (ÖRNEK SORULAR): Buna nasıl ulaştınız? Orada ne alıyordunuz? Bu bir...
Zihinselleştirmenin dışsal odağı, yüz ifadelerine veya ses tonlarına mı dayanıyor?

(b) hastanın bakış açısı: Kesin olarak bildikleri ve hayal gücünün tabloyu tamamlamaya eklediği şeyler (herkesin hayal gücü gibi): "Nasıl bu kadar eminsin? Bunu bu şekilde okumanın senin üzerinde nasıl bir etkisi oldu?" Hasta, deneyimi, genel olarak dünya tarafından paylaşılacak nesnel ve gerçek bir gerçekmiş gibi mi tanımlıyor, yoksa kendine özgü, kişisel bir bakış açısı olarak mı tanımlıyor? Eğer kahraman hakkında daha genel bir anlayış tanımlıyorsa, bu hassasiyetle sorgulanmalıdır.

Machine Translated by Google

(c) gerçek bir gözlemcinin bakış açısı—örneğin, klinisyenin, olaya dahil olan herkesin öznelliklerinden bağımsız olarak bundan ne çıkaracağı: "Eğer orada olsaydım, söylediklerinize bakılırsa, şunu düşünürdüm."
(d) resmin bir parçasıysalar (yani hastaya ek olarak en az iki başkarakter varsa) diğer başkarakterlerin dolaylı bakış açıları: "Sizce John, Fiona'yı nasıl gördü? Bu size Fiona hakkında ne anlattı? Haklı mıydı? Bu, sizin düşündüklerinizle nasıl karşılaştırılır?"

Bu, her ilgili bölümle mekanik olarak gerçekleştirilmemelidir, ancak Bu tür birçok durumda dinamik olarak incelenir. Ancak her olayla ilgili olarak uygun şekilde birden fazla bakış açısı teşvik edilmelidir. Jane'in, başkalarının ne düşündüğünü ve nasıl tepki verdiğini gördüğü arasındaki farkı ve bunun, fark edemediği "üçüncü" kişi (gözlemci) bakış açısı hakkında ona ne anlattığını düşünmesi çok önemlidir.

2. Benmerkezciliğin engellenmesini desteklemelidir. Benmerkezcilik engellenmezse, gerçek bir ötekine duyulan kaygı, yavaş yavaş ortaya çıksa bile, asla gelişmeyecektir. Benmerkezciliğe yatkınlık güçlü bir şekilde yerleşmiştir ve şiddetli zihinsel acıyı azaltan güçlü bir savunma işlevine sahiptir. Zorluk, çekici ve kaygı yaratmayan bir alternatif yaratmaktır. Belki de bu, yüzleşmeyle değil, "benmerkezciliğin ötesine geç" yönünde ısrarcı bir taleple en iyi şekilde başarılabilir. Benmerkezciliğin engellenmesi, onu yıkarak değil, zihinselleştiren alternatifin zenginleştirilmesiyle sağlanır. Öz-üretilmiş olumsuz zihinselleştirmenin yerine, ötekinde olumlu bilişleri (hayranlık, şefkat, ilgi, empati, ilgi veya hatta sevgi) belirlemek, kaçınmayı geçersiz kılan içsel bir değer yaratabilir. Elbette, hastanın sosyal çevresi olumsuzsa ve bu nedenle gerçekten düşmanca tutumlarla çevriliyse ilerleme daha yavaş olacaktır, ancak bu, klinisyenin görevden uzaklaştırılması gerektiği anlamına gelmez.

İçsel Deneyim ve Dışsal Gerçekliğin Kalibre Edilmesi: Duygu Odaklılık ve İlişkisel Zihinselleştirme Psişik

eşdeğerlik, AvPD'nin tüm yapısıyla bir araya getirildiğinde, psişik eşdeğerlik için MBT müdahalesinde yaygın olarak kullanılandan daha fazla yönlendirmeye ihtiyaç duyar (bkz. Bölüm 4). Psişik eşdeğerlikte işlev gören bir hastada büyük bir sıkıntıya neden olan daha az kesinlik ve düzensizlik yaratmaya ve kaygıyı azaltmaya başlamanın bir yolu, oyunlar kullanmaktır. Oyunlar, altta yatan bir duygu odağına, yani "odadaki fil"e ulaşmanın bir yolu olarak kullanılabilir. Klinisyen, öz-önyargı tarafından yoğun bir şekilde ihlal edilen terapötik ilişkisel süreç üzerinde doğrudan çalışarak yaratılabilecek olandan daha az rahatsız edici ama daha katlanılabilir bir durum yaratmak için rol yapma sırasında hastanın deneyiminin engellerini ve sınırlarını araştırır. Hasta-hekim etkileşiminin ayrıntılarına yönelik ilişkisel zihinselleştirme müdahalelerinin çok fazla kaygıya yol açması ve ya hiperzihinselleştirmeyle birlikte rol yapma moduna ya da hipozihinselleştirmeyle birlikte davranışsal ve zihinsel kaçınmaya yol açması muhtemeldir.

Klinikçi ve hasta arasındaki sorunlu bir etkileşimi keşfetmek için tersine bir rol yapma oyunu, klinisyenin şu sözlerle başlamasıyla başlatılabilir: "Ben senim ve sen de beni... Hissettiklerimi sana anlatıyorum ve sen, terapist olarak, söylediklerime cevap vermek zorunda kalacaksın." Hastanın zor olduğunu bildirdiği bir etkileşime dayalı rol yapma, kaygı açısından daha az sorunludur.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Jane (devamı)

KLİNİSYEN: Meslektaşınızla birlikte işte olduğunuzu varsayalım. Size belirli bir vergi formuyla ilgili ne yaptığınızı ve inceleme gerektirip gerektirmediğini soruyorlardı. Ben siz olacağım ve siz de meslektaşınız olabilirsiniz.

(rol yapmaya başlarken)

KLİNİSYEN JANE OLARAK: (O anki olumsuz öz deneyimini ele alarak) Bana neden soruyorsun? Yanlış bir şey yaptığımı mı düşünüyorsun?

JANE, MESLEĞEN OLARAK: Ah, bilmiyorum. Öyle demek istemedim sanırım.

KLİNİSYEN JANE OLARAK: Peki ne demek istediniz?

JANE MESLEĞİ OLARAK: Ne düşündüğünüzü bilmek istedim.

KLİNİSYEN JANE OLARAK: Ah, sanırım yanlış bir şey yaptığımı düşündüğünüz anlamına geliyordu. Sanırım bu sadece benim varsayımımdı.

Rol yapma oyunu, Jane'in olumsuz benliğini ön plana çıkarıyor ve şimdi Jane'in başkalarına uyguladığı olumsuz benlik deneyimi içindeki kişisel utanç duygusunu açığa çıkarmaya başlıyor. Bu, daha sonra etkileşimlerinin farklı bağlamlarında daha ayrıntılı olarak incelenebilir. Jane ve klinisyen, zihinsel bir duruş sergilerken yaşananlara odaklanır: "Tepkilerim hakkında ne düşünüyorsun? Seninkilere ne kadar yakınlar? Senin güdülerini ne kadar doğru anladığımı düşünüyorsun?" Klinisyen ayrıca kendi deneyimlerini de anlatacaktır.

Rol yapma, “oynama” veya “taklit etme” olarak adlandırılan bir oyun türüdür ve bu nedenle birincil başa çıkma biçimi bu mekanizma yoluyla olan kişi tarafından kabul edilebilir. Gerçekte bir şeyin içinde olmaktan ziyade, içindeymiş gibi görünebilirler. Başkalarının zihinsel durumlarına, yalnızca kendi zihinsel durumlarını yansıtmadan yaklaşabilirler. Ancak hastanın alışılmış rol yapma güdüsü kaçınma olsa da, terapötik oyunlar bağlamında tam tersi bir hal alır ve MBT terminolojisinde şefkatli bir meydan okuma olarak adlandırılır. Ancak, MBT'deki diğer meydan okuma biçimlerinde olduğu gibi, amaç yalnızca deneyimsel değil, aynı zamanda zihinselleştirmenin iyileştirilmesine de yoğun bir şekilde odaklanmıştır.

Zihinlerde olup bitenlere odaklanan oyunlar düzenlenebilir. Örneğin, Aile çalışmalarında kullanılan “zihin-beyin taramaları” (bkz. Bölüm 15) kullanılabilir.

Klinik Örnek: Jane ile Kullanılan Zihin-Beyin Taraması Klinisyen,

Jane'e ventrikülleri ve çevresindeki alanları gösteren bir beyin taslağı çizimi verir. Taslak, doldurulması gereken birkaç boşlukla değiştirilir: "ben", "onlar", "benim hakkımda onlar" ve "ben onlar hakkında".

KLİNİSYEN: Jane, işte beynin ve yapısının bir taslağı. Ama beynin ne yaptığını anlayıp sanki bir insan zihniymiş gibi davranabilmemiz için birkaç boşluk var. Bu boşluklar, insanların ne düşündüğünü yazmamız için var. Bunu meslektaşınız olarak düşünün. Siz onun zihninden geçenleri yazın, ben de duyduklarımı yazayım.

Bu ve diğer oyunları terapötik kılan şey, yalnızca zihinsel durumların geliştirilmesini teşvik etmeleri değil. Asıl faydası, iletişimi teşvik etmeleridir.

Machine Translated by Google

İnsanlar arasındaki zihinsel durumlar hakkında. Bu nedenle, bu tür oyunlar eğlenceli bir ortamda oynanmalıdır; örneğin, klinisyen Jane'in gülünç bulabileceği şeyler yazabilir, ancak bunların bir miktar geçerliliği olabilir.

Oyunlar kendi başlarına MBT'de bir son nokta olarak kabul edilmez. Zihinsel durumların klinisyen tarafından yönlendirilen açık bir şekilde ortaya konmasından başlayıp kademeli olarak daha hasta odaklı ve örtük bir yansıtmaya doğru ilerleyen önemli uyarıcılardır. Daha da önemlisi, hasta ve klinisyen arasında güvenilir bir ilişki kurmak için de kullanılabilirler. Oyun oynarken "eğlenme" deneyiminin ortak deneyimi, danışma odasında bir "biz modu" yaratarak epistemik güveni tetikleyebilir ve bu da güvenilir güvence ve kabul edilebilir tavsiyelerin yolunu açabilir.

Karşı-İlişkisel Tepkisellik

Oyuna katılımın belki de daha az belirgin bir yönü, klinisyenin hastaya karşı tepkisini değiştirme işlevidir. Bu bölümün başlarında belirttiğimiz gibi, AvPD hastalarının yaygın kaçınması, klinisyende hayal kırıklığına ve nihayetinde eylemlilik kaybına yol açabilir. Kafasını duvara vurmak nadiren öğretici ve özgürleştirici bir süreçtir. Oyunlar, kaçınan kişinin terapötik diyaloğu yapılandırmasının onu önemli bir rolden mahrum bıraktığı ilişkisel bir bağlamda klinisyenin eylemliliğini yeniden kazanmasına yardımcı olabilir. Oyunlar, yalnızca hastadaki kaçınmayı değil, aynı zamanda klinisyenin ikincil kaçınmasını da engellemede yardımcı olabilir. "Daha fazlasını söyleyemediğinde (kaçınma tetiklendi) benim için oldukça zor oluyor çünkü sonunda zihnim kuruyor ve ne soracağımı veya ne önereceğimi bilemiyorum. Şu anda ne olduğunu bilmiyorum ama zihnim boşaldı, sanki bir kovalamacadan vazgeçmişim gibi. Belki de zihnimi özgürleştirmek için senden biraz terapi almam gerekiyor (eğlencelilik), çünkü bunun senin başına sık sık geldiğini biliyorum. Zihnini nasıl geri kazanıyorsun?"

Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları gibi, AvPD'li birçok birey de terk edilmekten korkar [50], ancak çoğu zaman kontrol edilme, eleştirilme ve alay edilme hissine de sahip olurlar; ancak içlerinde olup biteni açıkça zihinselleştiremezler. Bu nedenle, az önce verilen örnekteki gibi bir karşı-ilişkisel müdahaledeki mizah, hem bir klinisyen olarak kendine hem de hastaya karşı dikkatli ve şefkatli bir şekilde kullanılmalıdır.

Bazen hastanın terk edilme korkusu pasif-agresif davranışlar olarak ortaya çıkabilir, ancak çoğunlukla klinisyenin hastayla "aynı frekansta olmadığı" hissine kapılmasıyla kendini gösterir. Klinisyen, hastanın bu tür tepkilerinin illa ki ilişki kurmaktan duyduğu rahatsızlıktan kaynaklanmadığının, aynı zamanda hastanın özerkliğinin tehdit edildiği hissinden de kaynaklanabileceğinin farkında olmalıdır.

Sahte Modda Hipermentalizasyon

AvPD'de klinik zorluğa neden olan birincil zihinselleştirme biçimi hiperzihinselleştirmedir. Bu durum, meydan okumanın (bkz. Bölüm 4) AvPD'ye göre daha olası olduğu BPD'de de görülür ve özellikle kafa karışıklığını azaltmak için hiperzihinselleştiren ve bunu yaparken akranlarından izole olan ergenler arasında yaygındır (bkz. Bölüm 14). AvPD'li kişilerde motivasyon, beklenen eleştiriden kaçınma ve ayrıca onay ve kabul görme ihtiyacı olma olasılığı daha yüksektir; özellikle de hastaların başlangıçta sorunlarıyla ilgili ve önemli görünen bir şekilde konuştukları terapötik ortamda. Bununla birlikte, AvPD'li hastalar zihinselleştirici bir değişimin veya kişilerarası olayın mikro yönlerine odaklanır ve bunu o kadar çok perspektiften, sonsuz sayıda olası olmayan çıkarımla ele alırlar ki, karşılaşmanın anlamını yeniden yaratmak imkansızdır.

Machine Translated by Google

Klinisyen (hastayla iletişim kuran herkes gibi), hastanın keşfinin ipini kaçırma eğilimindedir ve bu ip, görünüşte önemsiz yönlere odaklanabilir. Sonuç, hastanın bakış açısından, zihinselleştirmenin terk edilmeye ve reddedilmeye yol açtığı ve hastanın kendini izole, bitkin ve desteksiz hissettiği başka bir deneyimdir. Hasta ve klinisyenin her biri kendi "silolarında" olduğu büyük bir iletişim boşluğu vardır.
Hastanın bilişsel sözde zihinselleştirmesi, yani düşüncenin etkisizce anlaşılmış içsel göstergelerine ve yüzeysel olarak değerlendirilen duygulara odaklanması, klinisyen için son derece yetersizdir ve hastayla ortak bir zemin bulmakta zorlanacaktır. AvPD hastalarıyla yapılan terapide amaç, bu süreci tersine çevirmek ve hastanın içinde sıkışıp kaldığı içsel, korkulu, aşırı zihinselleştirme pozisyonuna (sevilmek veya sevilmemek) ruhsuz bir şekilde odaklanmaktan uzaklaşarak, dikkati sürekli olarak dışa ve duygusal olana kaydırırken, nazik bir keşifle güvenliği korumak arasında akıllıca bir denge kurmaktır.

MBT'de oyunculuk

AvPD'de etkisiz zihinselleştirmenin yerleşik doğası ve tedavide karşılaşılan ilişkisel ve karşı-ilişkisel sorunların ciddiyeti, MBT modeline eklemeler yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Oyunculuk, MBT temel modelinin önemli bir parçasıdır, ancak daha çok zihinsel kaçınma için bir müdahale olarak kullanılır. AvPD hastalarının oyun ve merak duygularına erişmede belirgin zorluk çektiği belirtilmiştir [51]. Çiftler ve ailelerle yapılan MBT çalışmalarında (bkz. Bölüm 15 ve 16), yapılandırılmış rol yapma oyunlarının ve video geri bildiriminin akıllıca kullanımı, zihinselleştirmeden kaçınmanın baskın olduğu ailelerde bile zihinselleştirmeye elverişli bir atmosfer yaratmaya yardımcı olur. Yapılandırılmış "zihinselleştirme oyunları" kaçınmayı zorlar ve güvenli (eğlenceli) ve sonuçsuz bir alternatif deneyimi yaratır. Bu bölümde daha önce açıklandığı gibi, rolleri değiştirmek ("başkasının yerine geçmek") gibi basit uygulamaları içeren çok basit rol yapma oyunları yaygın olarak kullanılır. Yüksek düzeyde aleksitimi olan bireylerle çalışırken, bir desteden çekilen kartlara yazılan duyguların canlandırıldığı ve oyunu oynayan diğer kişilerin aynı kartı çekmeleri durumunda duyguyu orijinal kahramanla aynı şekilde canlandırması gereken "duygu bulma oyunu" gibi oyunlar faydalı olabilir. Daha karmaşık ancak oldukça etkili rol yapma oyunları, zorlu kişilerarası karşılaşmalar planlamayı ve bunlara "hazırlanmayı" içerir; klinisyen de (bazen zorlu şekillerde) hastanın kahramanı rolünü üstlenir. Bazen klinisyen, hastanın zorlu durumlarla başa çıkmasına destek olmak için bir başa çıkma modeli sunabilir. MBT protokolüne yapılan bu tür eklemelerin içeriği, muayenehanede kullanımlarıyla yaratılan genel önemsizlik (eğlencelilik) tavrından daha az önemlidir. Bu oyunlar, hasta için psişik eşdeğerlik tiranlığını yıkmaya hizmet eder.

Hafıza Geliştirme ve İmgeleme

Zihinselleştirme formülasyonunun önerdiği bir diğer teknik girişim, hastanın hafızasının ve hatta fantezi imgelerinin işlenmesini desteklemeyi içerir. Hastanın nesne olarak benlik görüşünü sunma eğilimi, kendisinden daha az soyut ve daha somut imgeler sunması istenerek giderilebilir. Bu, hastayı öz-özne olarak benlik perspektifi oluşturmaya ve sunmaya zorlar. Hasta, öz algısı açısından bu tür ayrıntıları sunmaya fazlasıyla hazır olabilir (benmerkezciliğin bir başka örneği), ancak klinisyenin bunu nazikçe reddetmesi ve ele alınan belirli olayla ilgili olarak başkalarının bir görüşünü talep etmek adına bir kenara bırakması gerekir. Oysa aşırı ayrıntı,

Machine Translated by Google

Benliğin benlik/diğer boyut üzerindeki hakimiyetiyle ilgili hiperzihinselleştirmenin uyarı işareti, bu durumda algısal ayrıntı, görüntüler ve ses gibi fiziksel gerçekliğe yakın ayrıntıların, olayın fiziksel bağlamıyla ilişkili yönlendirilmiş imgelerle güçlendirilmesi, "ben modu"nun önlenmesini sağlamanın meşru bir yoludur.

Yazarların deneyimlerine göre, MBT'de bazen Sınırda Kişilik Bozukluğu için kullanılan yaramaz veya "çılgın" meydan okumalar gibi dramatik müdahaleler, AvPD'de nadiren etkilidir. Muayenehanede yoğun bir duygu uyandırmak nispeten kolaydır, ancak hasta ile klinisyen arasındaki kişilerarası gerçekliğin bir parçası haline geldiğinde bunu kontrol altına almak oldukça zordur. Kronik olarak düşük olduğunda duygusal uyarılmayı kasıtlı olarak artırmak MBT'nin araç setinin bir parçasıdır. Ancak, bu aracın uygulanması hassasiyet ve biraz beceri gerektirir. Örneğin, başkasının hayal kırıklığına uğraması gibi bir tepkiye alternatif açıklamaları göz ardı etme eğiliminde olan bir hastayla yüzleşmek, hastanın hemen (ama hatalı bir şekilde) kendisine atfettiği bir tepkinin sebebi olarak, diğer kişiye karşı artan ilgi ve kaygı gibi istenen sonucu beraberinde getirmeyebilir. "Seni bu kadar hayal kırıklığına uğratan ne?" sorusu hastanın zihninde "Çok hayal kırıklığına uğradım ve sen bunu biliyorsun" ile yer değiştirir. Aslında, diğer kişinin zihinsel durumunu terapötik ortak gerçekliğin daha somut bir parçası haline getirmek, ters etki yaratabilir. Olayın bağlamı çok ayrıntılı olarak incelenmeden önce, hayal kırıklığı tepkisiyle ilgili olarak empati eşliğinde şaşkınlık, sürpriz ve bilmeme/meraklı duruş gibi geleneksel MBT tekniklerinin kullanılmasını öneriyoruz. Ortak bir anlayış zemini sağlandığında, bu gerçekten de alternatif açıklamaların potansiyelini artırabilir. İşbirlikçi (demokratik) bir yaklaşım kullanmak, mümkün olduğunca keşiflerin sabırsız klinisyen yerine hastaya bırakıldığı durumlarda, nihayetinde kazanç sağlayacaktır.

Süpervizyon

Kıdemli uygulayıcılar tarafından süpervizyon ve kişinin çalışmalarının akranları tarafından tartışılması MBT'nin temel bir parçasıdır (ayrıca Bölüm 4'e bakın). AvPD hastalarıyla çalışan klinisyenlerin hastalarıyla tartışabilmeleri ve düzenli süpervizyon almaları, hastanın kaçınma davranışına ortak olmalarını veya can sıkıntısı duygularını dışa vurmalarını önlemek açısından önemlidir. Her şeyden önce, klinisyenlerin duygusal olarak canlı kalabilmek için yardıma ihtiyaçları vardır. Klinisyenin hiperzihinselleştirme modlarına katılma eğilimi sürekli bir tuzaktır ve ancak başkalarıyla yapılan tartışmalarda ortaya çıkabilir. Son olarak, konuşmanın tekrarlayıcılığı ve döngüselliği ile içeriğin yetersizliği, seanslarda net düşünemeyen klinisyenin zihinselleştirmesi üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olabilir. Süpervizyon, klinisyenin kendi zihinselleştirmesini sürdürmesine ve hastanın dünyasının labirent gibi ve aşırı ayrıntılı bir keşfinde kaybolmak yerine, zihinselleştirme formülasyonuyla doğrudan bağlantılı, özenle seçilmiş ve tutarlı bir yaklaşım benimseme becerisini korumasına yardımcı olabilir.

AvPD'ye Yönelik MBT Uyumlu Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

AvPD tedavisinde mentalizasyon temelli bir yaklaşımı destekleyen sınırlı klinik ampirik kanıt bulunmaktadır [14]. Bildiğimiz kadarıyla AvPD için MBT ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır, bu nedenle MBT ile uyumlu müdahalelerden elde edilen tekniklere ve kanıtlara ulaşıyoruz. "Uyumlu" derken, sosyal bilişin sınırlamalarına saygı gösteren ve değişimi işleme konusunda bireysel kapasiteyi baltalamıyor gibi görünen bir şekilde mentalizasyon kapasitesini açıkça ele alan teknikleri kastediyoruz. Hem şema odaklı terapi (SFT) hem de meta-bilişsel kişilerarası terapi (MIT), benimsenen bazı prensipleri takip eder.

Machine Translated by Google

Bu kitapta, hastanın temel zorluklarının formülasyonuna odaklanılarak, terapiye özel olarak uyarlanmış yaklaşımların belirlenmesi amaçlanıyor.

Genel olarak, bütünleştirici üçüncü dalga bilişsel terapiler, çeşitli teorik yönelimlerden fikir ve teknikler kullandıkları için bu kalıba uymaktadır. MBT ile ortak olarak SFT, bağlanma teorisinin yanı sıra psikodinamik ve deneyimsel terapilerin unsurlarına da dayanır [52]. SFT, bireyin çocuklukta içselleştirdiği ve yetişkin yaşamında kullanmaya devam ettiği çeşitli uyumsuz başa çıkma biçimlerine odaklanır. AvPD'de, içsel duygulardan, deneyimlerden, düşüncelerden, hislerden ve insanlardan kopma olarak tanımlanan "kopuk koruyucu" biçimi, burada MBT'de kullanım için özetlenene benzer bir formülasyon sağlar. Motivasyonel süreçler de MBT'dekilere benzerdir ve bireyin yalnızlık ve aşağılık duygularından korunmasının kavramsallaştırmanın merkezinde yer aldığını belirtir. MBT'nin epistemik güvene verdiği merkezi yere paralel olarak SFT, başkalarının değerlendirmelerine ilişkin korkuların, AvPD'li hastaların tutumlarını karakterize eden yaygın şüpheciliğin kaynağı olduğunu düşünür. MBT'de olduğu gibi, terapötik teknikler kişiselleştirilmiş ve yönlendirici niteliktedir ve terapötik ilişki, güvensizlik ve kendi iç deneyimlerinden ve diğer insanlardan kopma sorunlarını ele almak için düzeltici kişilerarası deneyimler sunar. SFT'ye yönelik sınırlı deneysel destek, genellikle küme C (kaçınan, bağımlı ve takıntılı) kişilik bozuklukları olan ve normal tedaviye veya netleştirme odaklı terapiye kıyasla SFT ile daha düşük terk oranları ve daha iyi iyileşme gösteren hastalar için yapılan gözlemsel çalışmalardan [53] gelmektedir [54].

MIT, kişilik bozukluklarına yönelik anlatısal ve ilişkisel yaklaşımların yanı sıra MBT [55] de dahil olmak üzere psikodinamik terapilerden gelen fikirlerden etkilenir. Meta bilişsel yeteneklerdeki anormalliklerin (kendi ve başkalarının zihinsel durumlarını çözmeyi ve anlamayı amaçlayan zihinsel işlemler) ve aleksitimi gibi ilgili işlev bozukluklarının, kişilik bozukluğunun fenomenolojisinde ve deneyiminde rol oynadığını varsayar [56]. AvPD'nin formülasyonunda MIT, duygunun aşırı düzenlenmesini (yani, otomatik/kontrollü boyutta kontrollü/yansıtıcı bir önyargı) birlikte, duygulanımın engellenmesini (yani, bilişsel/duygusal boyutta bilişsel bir önyargı) ve sosyal etkileşimlerden kaçınmayı (teleolojik mod - fiziksel kaçınmanın içsel durumlarla yüzleşmeyi önleyebileceğini varsayarak) ve ilişkisel kaçınmayı (MBT bunu etkisiz zihinselleştirmenin doruk noktası olarak görürdü) vurgular. MIT, MBT gibi, farkındalık yaratmak ve kaçınılmaz olarak zihinselleştirme başarısızlıklarını ele alan ve hastaların kişilerarası şemalarını değiştirmeye yardımcı olan formülasyonlar geliştirmek için kişilerarası olaylara odaklanır. MIT, genel sıkıntıyı azaltmak için MBT benzeri müdahaleler kullanır; bu müdahaleler, anlatı bütünleştirici yeteneklere odaklanma, bir eylemlilik duygusu ve öz-kişilerarası işlevsellik oluşturma ve duygulanım düzensizliğini ele alma gibi meta-bilişsel işlevleri iyileştirmeyi amaçlar [55,56]. AvPD için MIT ile ilgili mevcut kanıt tabanı büyük ölçüde kontrolsüz vaka (veya vaka serisi) çalışmalarından oluşmaktadır [56–58].

MBT ile daha az uyumlu olan diğer psikoterapötik yönelimler de AvPD'li hastalarla ilgili çalışmalar bildirmiştir; bunlar arasında diyalektik davranış terapisi ile birleştirilmiş kabul ve kararlılık terapisi [59], radikal olarak açık diyalektik davranış terapisi [60] ve kişilerarası psikoterapi [61] yer almaktadır.

Sonuç Açıklamaları

MBT-AvPD, zihinselleştirme yaklaşımının tüm prensiplerini takip eder ve daha etkili ve istikrarlı, daha uyumlu ve esnek bir zihinselleştirme oluşturmayı amaçlar.

Machine Translated by Google

Hastanın sosyal dünyasıyla ilişki. Formülasyonun ve amaçların belirlenmesinin ilk aşaması tedavinin temelini oluşturur. Bilmeyen duruş, klinisyenin hastanın zihinsel durum anlayışındaki eksiklikleri doldurmasını önlemek için çok önemlidir. Daha da önemlisi, çoğunlukla hipermentalizasyon ve hipomentalizasyon modları ve benlik/diğer boyut sorunları etrafında şekillenen bir zihinselleştirme profili oluşturulur ve hasta ile klinisyen arasında paylaşılır ve hastanın sosyal dünyasıyla etkileşimi sırasında bu profilin kullanımı ve kötüye kullanımı sistematik olarak incelenir. Zihinselleştirme boyutlarının dengesizliği üzerine odaklanmış çalışma, özellikle benliğin aşırı kullanımını en aza indirgemek, AvPD'li hastaların tedavisinin merkezinde yer alır; tıpkı diğerinin zihinsel durumlarının benlik önyargılarına dayanmak yerine diğerinin bakış açısından keşfedilmesi gibi. Bu amaçla, klinisyen tarafından aşırı kaygı yaratmadan benlik/diğer zihinselleştirme sürecini tetiklemek için oyunlar ve oyunculuk gibi ek teknikler kullanılır. Sonuç olarak, seans sırasında anlık ilişkisel süreçlerin keşfi, klinisyenin dikkatli işaretlemesi ve duruma bağlı tepkisiyle, hastanın başkalarının zihinsel durumlarına dair daha gerçek bir deneyim yaratması için kullanılabilir.

Referanslar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013.

2. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-11: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. Revizyon. 2019. https://icd.who.int/.

3. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı. 4. baskı, metin rev. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000.

4. Millon T. Kişilik Bozuklukları: Normal Stillerden Anormal Tiplere DSM/ICD Spektrumunun Tanıtılması, 3. Baskı. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2011.

5. Alden LE, Laposa JM, Taylor CT, Ryder AG. Kaçıngan kişilik bozukluğu: mevcut durum ve geleceğe yönelik yönelimler. J Pers Disord 2002; 16: 1–29.

6. Winarick DJ, Bornstein RF. Doğru Kişilik bozukluğu tanısında uzun süredir devam eden bir tartışmanın çözümü: Şizoid ve kaçınmacı özelliklerin zıt ilişkileri. Pers Indiv Diff 2015; 79: 25–9.

7. Lampe L, Malhi GS. Kaçıngan kişilik bozukluğu: güncel görüşler. Psychol Res Behav Manag 2018; 11: 55–66.

8. Wright AG, Pincus AL, Conroy DE, Elliot AJ. Kişilerarası sorunlar ve başarısızlık korkusu arasındaki patolojik ilişki. J Pers 2009; 77: 997–1024.

9. Marques L, Porter E, Kesaviah A ve diğerleri. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde kaçınmacı kişilik bozukluğu: Ne katıyor? J Anxiety Disord 2012; 26: 665–72.

10. Eikenaes I, Hummelen B, Abrahamsen G ve diğerleri. Kaçıngan kişilik bozukluğu ve sosyal fobisi olan hastalarda kişilik işlevleri. J Pers Disord 2013; 27: 746–63.

11. Carr SN, Francis AJP. Erken davranın Uyumsuz şemalar, çocukluk deneyimleri ile kaçınmacı kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkiler? Klinik olmayan bir örneklemde ön araştırma. Cogn Ther Res 2010; 34: 343–58.

12. Eikenaes I, Pedersen G, Wilberg T. Kaçıngan kişilik bozukluğu olan hastalarda bağlanma stilleri sosyal fobi ile karşılaştırıldığında. Psychol Psychother 2016; 89: 245–60.

13. Riggs SA, Paulson A, Tunnell E ve diğerleri. Yetişkin hastalarda bağlanma, kişilik ve psikopatoloji: Kendi beyanlarına göre romantik bağlanma stili ile Yetişkin Bağlanma Görüşmesi durumları

Machine Translated by Google

zihnin. Dev Psychopathol 2007; 19: 263–91.

14. Simonsen S, Euler S. Kaçıngan ve narsistik kişilik bozukluğu. Bateman AW, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 351–68.

15. Beeney JE, Stepp SD, Hallquist MN ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunda bağlanma ve sosyal biliş: Antisosyal ve kaçınmacı kişilik bozukluklarıyla ilişkili özgüllük. Personal Disord 2015; 6: 207–15.

16. Antonsen BT, Johansen MS, Ro FG ve diğerleri. Kişilik bozukluğu olan hastalarda yansıtıcı işlevsellik klinik semptomlar ve uzun dönemli seyirle ilişkili midir? Compr Psikiyatri 2016; 64: 46–58.

17. Pellecchia G, Moroni F, Colle L ve diğerleri. Kaçıngan kişilik bozukluğu ve sosyal fobi: Zihin okuma fark yaratır mı? Compr Psychiatry 2018; 80: 163–9.

18. Moroni F, Procacci M, Pellecchia G ve diğerleri. Kaçıngan kişilik bozukluğunda diğer kişilik bozukluklarıyla karşılaştırıldığında zihin okuma işlev bozukluğu. J Nerv Ment Dis 2016; 204: 752–7.

19. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: I. Zihin teorisi ve ruhsal gerçekliğin normal gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 217–33.

20. Target M, Fonagy P. Gerçeklikle oynamak: II. Teorik bir bakış açısıyla ruhsal gerçekliğin gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 459–79.

21. Normann-Eide E, Johansen MS, Normann-Eide T ve ark. Kişilik bozukluğu ve bilinçaltındaki duygusal değişimler: Kaçıngan ve borderline kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde 3 yıllık bir takip çalışması. PLoS One 2015; 10: e0145625.

22. Johansen MS, Normann-Eide E, Normann-Eide T, Wilberg T. Kaçıngan kişilik bozukluğu ile sınırda kişilik bozukluğu arasındaki duygusal işlev bozukluğu: Bir çalışma bilinci etkiler. Scand J Psychol 2013; 54: 515–21.

23. Denny BT, Fan J, Liu X ve diğerleri. Yeniden değerlendirme beklentisi sırasında artan amigdala aktivitesi, kaçınmacı kişilik bozukluğunda kaygıyı öngörür. J Affect Disord 2015; 172: 1–7.

24. Nicolo G, Semerari A, Lysaker PH ve diğerleri. Kişilik bozukluklarında aleksitimi: semptomlar ve kişilerarası işlevsellikle korelasyonlar. Psikiyatri Araştırması 2011; 190: 37–42.

25. Simonsen S, Eikenaes IU, Bach B ve diğerleri. Kaçıngan kişilik bozukluğunda kişilik işlev bozukluğunun bir ölçüsü olarak aleksitimi düzeyi. Nord J Psychiatry 2021; 75: 266–74.

26. Carlson EN, Vazire S, Oltmanns TF. Kendi kendine Kişilik patolojisindeki diğer bilgi asimetrileri. J Pers 2013; 81: 155–70.

27. Koenigsberg HW, Denny BT, Fan J ve diğerleri. Anormalliğin sinirsel ilişkileri Sınırda ve kaçınmacı kişilik bozukluğu hastalarında olumsuz duygusal resimlere alışma. Am J Psychiatry 2014; 171: 82–90.

28. Klumpp H, Angstadt M, Phan KL. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğunda tehditleri işlerken insula tepkisi ve ön singulat kortekse bağlantı. Biol Psychol 2012; 89: 273–6.

29. Rosenthal MZ, Kim K, Herr NR ve diğerleri. Kaçıngan kişilik bozukluğunda yüz ifadesi sınıflandırmasının hızı ve doğruluğu: ön bir çalışma. Personal Disord 2011; 2: 327–34.

30. Kavanagh LC, Winkielman P. kendiliğinden taklitin işlevselliği ve bağlanma üzerindeki etkileri: örtük sosyalleşme hesabı. Front Psychol 2016; 7: 458.

31. Kongerslev M, Simonsen S, Bo S. Kişiye özel tedavi arayışı: Altı sosyal bilişsel terapinin meta-tartışması. J Clin Psychol 2015; 71: 188–98.

32. Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A ve diğerleri. Kendinizi tanıyın ve diğerini de tanıyacaksınız... bir dereceye kadar: öz-yansımanın etki ettiği çoklu yollar

Machine Translated by Google

zihin okuma. Bilinçli Biliş 2008; 17: 778–89.

33. Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G ve diğerleri. Narsistik ve kaçınmacı kişilik bozukluklarında zayıf meta biliş: Meta Biliş Değerlendirme Ölçeği kullanılarak analiz edilen dört psikoterapi hastası. Klinik Psikoloji Psikoterapi 2007; 14: 386–401.

34. Maresh EL, Andrews-Hanna JR. "Zihinselleştirme"ye "Ben"i Koymak: Zihinselleştirme sırasında Ben ve Öteki'ni tanımlayan birden fazla yapı ve sosyal anksiyete bozukluğu üzerindeki etkileri. Gilead M, Ochsner K, editörler. Zihinselleştirmenin Sinirsel Temeli. Cham, İsviçre: Springer, 2021; 629–58.

35. James W. Psikolojinin İlkeleri. New York, NY: Henry Holt, 1890.

36. Bryant L, Coffey A, Povinelli DJ, Pruett JR, Jr. Tipik yetişkinlerde Zihin Teorisi deneyim örneklemesi. Bilinçli Biliş 2013; 22: 697–707.

37. Raffaelli Q, Wilcox R, Andrews-Hanna JR. Hayali düşüncenin nörobilimi: bütünleştirici bir çerçeve. Abraham A, ed. Cambridge Hayal Gücü El Kitabı.

Cambridge, İngiltere: Cambridge University Press, 2020; 332–53.

38. Marsh AA, Blair RJ. Antisosyal popülasyonlarda yüz ifadesi tanımadaki eksiklikler: bir meta-analiz. Neurosci Biobehav Rev 2008; 32: 454–65.

39. Andrews-Hanna JR, Christoff K, O'Connor M. İçsel deneyimin dinamik düzenlenmesi: Terapötik değişim mekanizmaları. Lane RD, Nadel L, editörler. Kalıcı Değişimin Nörobilimi: Psikoterapi İçin Etkileri.
Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2020; 89–131.

40. Peters U. İnsan düşüncesi, paylaşıldı kasıtlılık ve benmerkezci önyargılar. Biol Philos 2016; 31: 299–312.

41. Kampis D, Southgate V. Altersentrik biliş: Başkalarının bilişsel süreçlerimizi nasıl etkilediği. Trends Cogn Sci 2020; 24: 945–59.

42. Marshall J, Gollwitzer A, Santos LR. Alternatif merkezli girişim, Zihinselleştirme?: İki adet 1. seviye bakış açısı alma görevinden elde edilen sonuçlar. PLoS One 2018; 13: e0194101.

43. Tamir DI, Mitchell JP. Demirleme ve Sosyal çıkarımlar sırasında uyum. J Exp Psychol Gen 2013; 142: 151–62.

44. Clark DM. Bilişsel bir model. İçinde: Clark DM, Wells A, editörler. Sosyal Fobi: Tanı, Değerlendirme ve Tedavi. New York, NY: The Guilford Press, 1995; 69–73.

45. Hezel DM, McNally RJ. Sosyal anksiyete bozukluğunda zihin teorisi bozuklukları. Davranış Ther 2014; 45: 530–40.

46. Washburn D, Wilson G, Roes M ve diğerleri. Sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon ve komorbid durumlarda zihin kuramı. J Anksiyete Bozukluğu 2016; 37: 71–7.

47. Libby LK, Shaeffer EM, Eibach RP. Eylemde anlamı görmek: Görsel perspektif ile eylem tanımlama düzeyi arasında çift yönlü bir bağlantı. J Exp Psychol Gen 2009; 138: 503–16.

48. Libby LK, Eibach RP. Zihinsel imgelemede görsel perspektif: Yargılama, duygu ve öz-içgörüde işlev gören temsili bir araç. Olson JM, Zanna MP, editörler.
Deneysel Sosyal Psikolojide İlerlemeler, Cilt 44. New York, NY: Academic Press, 2011; 185–245.

49. Libby LK, Eibach RP. Görsel imgelemenin sosyal bilişteki rolü. Carlston DE, ed. Oxford Sosyal Biliş El Kitabı. Oxford, BK: Oxford University Press, 2013; 147–66.

50. Pedersen G, Eikenaes I, Urnes O ve ark. Yakın ilişkilerdeki deneyimler – kişilik bozukluğu olan hastalarda psikometrik özellikler. Personal Ment Health 2015; 9: 208–19.

51. Karterud S, Pedersen G, Johansen M ve diğerleri. Kişilik bozukluğu olan hastalarda birincil duygusal özellikler. Kişisel Ruh Sağlığı 2016; 10: 261–73.

52. Fassbinder E, Arntz A. Duygusal olarak engellenmiş ve korkmuş hastalarla şema terapisi. J Contemp Psychother 2019; 49: 7–14.

53. Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Kısa vadeli grup şeması

Machine Translated by Google

Karma kişilik bozuklukları için terapi: bir pilot çalışma. Front Psychol 2014; 5: 1592.

54. Bamelis LL, Renner F, Heidkamp D, Arntz A. Belirli kişilik bozuklukları için Genişletilmiş Şema Modu kavramsallaştırmaları: ampirik bir çalışma. J Pers Disord 2011; 25: 41–58.

55. Dimaggio G, Montano A, Popolo R, Salvatore G. Kişilik Bozuklukları İçin Meta Bilişsel Kişilerarası Terapi: Bir Tedavi Kılavuzu. New York, NY: Routledge, 2015.

56. Gordon-King K, Schweitzer RD, Dimaggio G. Duygusal inhibisyon içeren kişilik bozuklukları için meta-bilişsel kişilerarası terapi: çoklu temel vaka serisi. J Nerv Ment Dis 2018; 206: 263–9.

57. Dimaggio G, Salvatore G, MacBeth A ve diğerleri. Kişilik bozuklukları için meta-bilişsel kişilerarası terapi: bir vaka çalışması seri. J Contemp Psychother 2017; 47: 11–21.

58. Popolo R, MacBeth A, Canfora F ve diğerleri. Aşırı düzenlenmiş kişilik bozuklukları için gruplar halinde meta-bilişsel kişilerarası terapi: tek bir vaka çalışması. J Contemp Psychother 2019; 49: 49–59.

59. Chan CC, Bach PA, Bedwell JS. Kaçıngan kişilik bozukluğu için üçüncü nesil bilişsel-davranışçı terapileri kullanan bütünleştirici bir yaklaşım. Clin Case Stud 2015; 14: 466–81.

60. Lynch TR, Hempel RJ, Dunkley C. Aşırı kontrol bozuklukları için radikal açık diyalektik davranış terapisi: sinyal verme önemlidir. Am J Psychother 2015; 69: 141-62.

61. Gilbert SE, Gordon KC. Kişilerarası psikoterapi, kaçınmacı kişilik bozukluğu ve sonrasında depresyonun tedavisine katkıda bulunmuştur. Clin Case Stud 2013; 12: 111–27.

Machine Translated by Google

Bölüm 9

Depresyon

Giriş

Farmakoterapinin etkilerini inceleyen 500'den fazla klinik çalışma ve farklı psikoterapilerin 600'den fazla çalışmasını içeren son incelemeler ve meta-analizler, depresyon için tüm gerçek tedavilerin birbirleri kadar etkili olduğunu göstermektedir [1,2]. Tipik olarak, depresyon hastalarının yalnızca yaklaşık %50'si tedaviden sonra önemli bir iyileşme göstermektedir. Bu, özellikle daha karmaşık vakalarda, iyileşme için çok fazla alan olduğu anlamına gelir [3–5]. Zihinselleştirme yaklaşımları burada özellikle değerli olabilir, çünkü zihinselleştirmeye dayalı tedavi (MBT), bu bölümde daha ayrıntılı olarak açıklanacağı gibi, kişilik bozukluğunun önemli özelliklerine sahip hastalar da dahil olmak üzere, şiddet yelpazesi boyunca depresyon hastalarında tipik olan geçici veya uzun vadeli zihinselleştirme bozukluklarını ele almak için özel olarak geliştirilmiştir [4]. Zihinselleştirme perspektifinden bakıldığında, depresyonla gelen hastalar dört ilişkili özelliğe dayalı bir şiddet sürekliliğindedir: 1. depresif deneyimlerinin niteliği 2. zihinselleştirme bozukluklarının derecesi 3. baskın bağlanma stilleri (y (stratejiler) 4. epistemik güvenin bozulmasının şiddeti (bkz. Tablo 9.1).

Klinik Örnek: Depresyon Şiddeti Spektrumunun Farklı Noktalarındaki Hastalar

Mark: Hafif ila Orta Mark, kız arkadaşı Jenny'den ayrıldığından beri birkaç aydır depresif hissediyor. Hâlâ birbirlerini sevmelerine rağmen, hayatta çok farklı ilgi alanlarına sahip olduklarını fark ettiler. Mark, Jenny ile olan yakınlığına her zaman değer verdi, ancak Jenny giderek ondan uzaklaştı; kendisini "boğduğunu" hissetti. Acı dolu bir ayrılığın ardından Mark, işte konsantre olmakta zorluk çekti ve boş zamanlarının çoğunu evde televizyon izleyerek geçirdi. Ailesi onun için oldukça endişeli. Oğullarıyla her zaman sevgi dolu bir ilişkileri oldu ve ona yardım etmek için can atıyorlar, ancak bunu nasıl yapacaklarını bilmiyorlar. Her zaman ondan duygusal olarak biraz kopuk hissettiler.

Mark, bir şeylerin değişmesi gerektiğini fark eder ve bir ruh sağlığı uzmanından yardım ister. Kısa sürede, ilişkisinin bozulmasındaki kendi rolü üzerinde düşünebilir ve duygusal uzaklaşma örüntüsünü keşfetmek için klinisyenle iş birliği içinde çalışabilir.

Machine Translated by Google

Lucy: Orta ila Şiddetli Lucy'nin
duygusal istismar ve ihmal geçmişi var. Ailesi, onu yetiştirmek için ellerinden geleni yaptıklarını, ancak çoğu zaman yanında olmadıklarını ve hatta ona karşı çok eleştirel olabildiklerini söylüyor. Lucy ergenlik çağında isyankar olmaya başladı ve idealleştirme ve aşağılamayla karakterize, genellikle kaotik romantik ilişkilere girdi. Ayrıca aşırı alkol tüketmeye ve kendine zarar verme davranışları sergilemeye başladı. Üniversitede zorluk çekmesine rağmen mezun olmayı ve iyi bir iş bulmayı başardı. Ancak iş yerinde sık sık meslektaşlarıyla anlaşmazlıklar yaşıyor ve son aylarda kendini "yetersiz" hissediyor. Kendini boş, yalnız ve "duygusal bir enkaz" gibi hissediyor.

Angela: Şiddetli ila Çok Şiddetli
Angela, çocukken oldukça dışlanmış biriydi. Diğer çocuklardan çok farklı ilgi alanlarına sahipti ve sık sık kendi hayal dünyasına çekilirdi. Ergenlik çağında akranlarıyla çok az veya hiç bağ kuramıyordu. 18 yaş civarında, kendisi hakkında sanrısal fikirler geliştirmeye başladı. Kendini dünyada tamamen yalnız hissediyor ve fiziksel olarak bir sorun olduğuna, dünyanın en çirkin kadını olduğuna inanmaya başladı.

Klinik bir doktorla yaptığı görüşmede çok tedirgin olduğunu, kendini tamamen bitkin hissettiğini ve neredeyse sürekli intiharı düşündüğünü söylüyor.

Depresyonu spektrumun daha az şiddetli ucunda olan hastalar, terapide zihinsel süreç ve zihinsel temsil odaklı bir yaklaşımın birleşiminden en çok fayda görürler [6,7]; yani, zihinsel temsillerin içeriğindeki çarpıtmalara (bilişsel-duygusal şemalar veya benlik ve başkalarının içsel çalışma modelleri) odaklanmanın yanı sıra zihinselleştirmeyi iyileştirmeye odaklanan bir yaklaşım (bkz. Tablo 9.2). Örneğin, dinamik kişilerarası terapi (DIT) [8], hafif ila orta şiddette depresyonu olan hastalar için geliştirilmiş, zihinselleştirme (süreç) odaklı bir zihinsel temsil odaklı yaklaşımı birleştiren kısa süreli bir kılavuzlu tedavi yöntemidir [9]. Kişilik bozukluğunun belirgin özellikleri olan hastalarda, özellikle tedavinin erken evrelerinde zihinsel temsil yaklaşımı iatrojenik olabilir. Bu hastalarda genellikle zihinselleştirmede ciddi bozukluklar ve yüksek düzeyde epistemik güvensizlik olduğu için, bu tür bir odak için tipik olarak gerekli olan zihinselleştirme kapasitelerinden yoksun olmaları muhtemeldir ve hatta başkalarına karşı derin güvensizlikleri nedeniyle terapötik bir ittifak kurma kapasitesinden bile yoksun olabilirler [6,7]. Eş zamanlı majör depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan uzunlamasına çalışmalar, kişilik bozukluğu tedavi edilmediği takdirde depresyon tedavisine sınırlı bir yanıt alınabileceğini öne sürmüştür [10]. Bu hastalar, özellikle teleolojik modda işlev gördüklerinde, kendilerine zarar verme ve intihar etme riski yüksektir (bkz. Bölüm 2). Bu hastalar için, karmaşık bakım için dinamik kişilerarası terapi (DITCC) [11] veya artan şiddette kişilik bozukluğu için MBT önerilir.

Bu tedavilerin her ikisi de depresyon ve önemli kişilik sorunları olan hastalarda iyi sonuçlar göstermiştir [12].

"Geleneksel" MBT'nin karakteristik özelliği olan zihinsel süreç odağı, depresyon spektrumunun daha şiddetli ucunda olan hastalar için en uygun yöntem olabilir. En şiddetli depresyon hastaları için psikoz için MBT önerilebilir (bkz. Bölüm 10). Elbette, zihinsel süreç odağı ile zihinsel temsil odağı arasındaki ayrım mutlak değildir ve depresif hastalarla çalışma genellikle her iki yaklaşımı da içerir. Örneğin, hastanın zihinselleştirmesi giderek güçlendikçe, geleneksel MBT'nin odağı ilişkisel zihinselleştirmeye (zihinselleştirme dahil) doğru kayar.

Machine Translated by Google

Tablo 9.1 Depresyonun şiddet yelpazesi

Ayırt edici özellikler	Hafif ila orta	Orta ila şiddetli	Şiddetli ila çok şiddetli haşin
Depresif deneyimlerin doğası	Hafif ila orta şiddette depresif ruh hali ve depresyonun bazı somatik semptomları	Daha fazla duygusal istikrarsızlık, daha derin boşluk hissi ve yaygın olumsuz duygusallık, daha yüksek düzeyde öz eleştiri ve korkular terk edilme, utanç ve kendini yok etme davranış	Suçluluk sanrıları, daha fazla psikomotor ajitasyon (aşırı amaçsız hareketler ve huzursuzluk) veya psikomotor gerileme (zihinsel ve ruhsal işlevlerin yavaşlaması) (fiziksel aktiviteler)
Zihinselleştirme bozuklukları	Tipik olarak hafiftir; zihinselleştirme, kaybedildikten sonra nispeten kolay bir şekilde geri kazanılır	Daha şiddetli zihinselleştirmede bozukluklar	Zihinselleştirmede ciddi bozukluklar
Doğası EK sorunlar	Nispeten güvenli bir şekilde bağlanır; ikincil bağlanma stratejilerinin kullanımı genellikle stres ve ruh hali sorunlarına yanıt olarak gerçekleşir	Aşırı güven İkincil bağlanma stratejileri genellikle depresyonun başlangıcından önce mevcuttur ve depresif ruh haliyle daha da kötüleşir; bağlanma sisteminin düzensizliği mevcut olabilir	Ekin dağınıklığı sistem
Epistemik güvenin bozulması	Bozukluklar genellikle depresif ruh halinin ikincil sonucudur	Epistemik güvene ilişkin daha ciddi sorunlar	Epistemik güven konusunda ciddi sorunlar var

Tablo 9.2 Depresyon tedavisinde zihinsel süreç ve zihinsel temsil yaklaşımları

	Zihinsel süreç yaklaşımı	Zihinsel temsil yaklaşımı
Ana amaç	Zihinselleştirme sürecini iyileştirin	İçgörüyü geliştirin
Ana tedavi teknikleri	Temel zihinselleştirmeyi geliştirmeye vurgu yapan zihinselleştirmeye dayalı teknikler yelpazesi	İçgörü odaklı tekniklerin yelpazesi, içgörüye vurgu yaparak (yani, başkalarıyla ilişkili olarak kendiliğin tekrarlayan bir örüntüsünün tanımlanması ve üzerinde çalışılması, başlangıcı ve (ruh hali sorunlarının seyri)

Machine Translated by Google

Tablo 9.3 Depresyon hastalarının tedavisi için MBT modelinin başlıca uyarlamaları

MBT yaklaşımının uyarlamaları	Müdahale için çıkarımlar
Depresif zihin durumlarına özgü zihinsel bozuklukları ele alın	Destekleyici müdahaleler ve özellikle doğrulama ve normalleştirme müdahaleleri, hastanın terapötik sürece katılımını engelleyebilecek depresif karamsarlığa karşı koymak için önemlidir.
Tedaviyi hastanın ikincil bağlanma stilleri kullanımına ve ilişkili zihinselleştirme bozukluklarına göre uyarlayın	Klinikçi, daha yüksek düzeyde işlevselliğe sahip hastalarda ilişkisel zihinselleştirmeye daha fazla vurgu yaparak müdahale yelpazesinde esnek bir şekilde hareket eder
Somut zihinselleştirmeyle ilgili sorunları ele alın	Bedensel zihinselleştirmeyi destekleyen müdahalelerin kullanımı

(terapötik ilişki hakkında) ve böylece hastanın benlik ve başkaları temsilleri ile depresif semptomları arasındaki ilişkiler hakkında zihinselleştirmeye, zihinsel temsil odağının tipik özelliği olan zihinselleştirmeye yol açar. Benzer şekilde, daha az şiddetli depresyonda bile, özellikle tedavinin erken aşamalarında, zihinselleştirme odaklı bir yaklaşıma ihtiyaç duyulur; çünkü depresif ruh hali, benliği ve başkalarını zihinselleştirmeyen deneyimleme biçimleriyle ilişkilidir. Örneğin, depresif ruh hali genellikle hastanın yardım alamayacağını hissettiği psişik eşdeğerliğe (bkz. Bölüm 2) yol açar. Ancak, tedavinin odak noktası ve amaçları göz önünde bulundurulduğunda, vurgu farkı önemlidir.

Bu bölüm öncelikle depresyona yönelik zihinselleştirme yaklaşımının bir taslağını sunacaktır. Depresyon tedavisine uyarlamak için MBT yaklaşımının üç temel uyarlamasına odaklanacaktır; bu uyarlamalar, depresif zihin durumlarına ilişkin gelişen anlayışımıza dayanmaktadır (bkz.

Tablo 9.3): Depresif zihin durumlarının zihinselleştirme üzerindeki etkisini dengelemek için destekleyici, doğrulayıcı ve normalleştirici müdahalelerin önemi; bu zihin durumları yalnızca zihinselleştirmeyi değil, aynı zamanda terapötik sürece katılımı da engelleyebilir MBT klinisyeninin, zihinselleştirme sürecini desteklemeyi amaçlayan müdahalelerden, hastanın bağlanma stiline ve ilişkili belirli zihinselleştirme bozukluklarına göre uyarlanmış, tekrarlayan kişilerarası örüntülere ilişkin içgörüyü artırmaya odaklanan müdahalelere (ileri ilişkisel zihinselleştirme) kadar uzanan yelpazede esnek bir şekilde
hareket etme kapasitesi Depresyon hastalarında bedensel zihinselleştirmeyi artırmayı amaçlayan müdahalelerin rolü, çünkü bu hastaların çoğu, hatta hepsi bu alanda sorun yaşıyor.

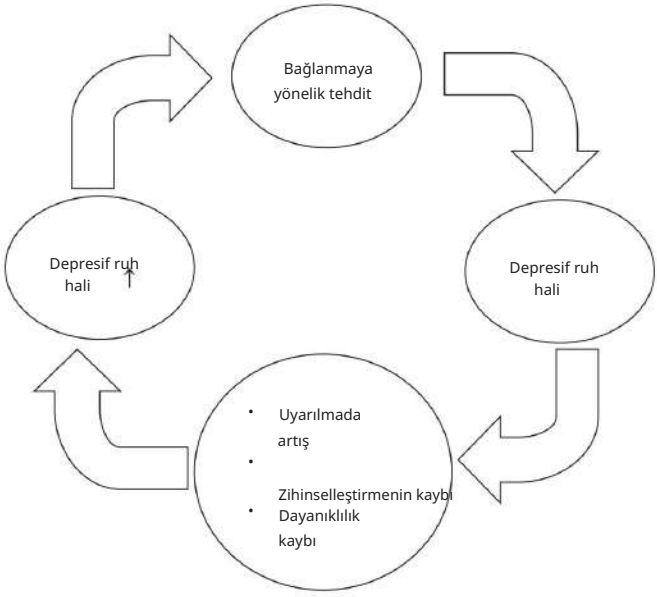
Bu bölüm, zihinselleştirme yaklaşımlarının yelpazesinin kısa bir açıklamasıyla sona erecek ve aynı zamanda MBT'nin depresif hastaların ihtiyaç ve kapasitelerine nasıl uyarlanacağını gösterecektir.

Depresyona Zihinsel Yaklaşım

Ruh Hali ve Zihinselleştirme

Zihinselleştirme perspektifinden bakıldığında depresyon, bağlanma ilişkilerine ve dolayısıyla kendine yönelik tehditlere (örneğin ayrılık, reddedilme, kayıp, başarısızlık) karşı evrimsel olarak belirlenmiş bir tepkidir ve zihinselleştirmeyi bozar ve çarpıtır [8,13]. Bu, kısır bir döngüye yol açar

Machine Translated by Google



Şekil 9.1 Bağlanma tehditleri, ruh hali, zihinselleştirme ve zorluklar karşısında dayanıklılık arasındaki ilişki.

Depresif ruh hali stresi ve uyarılmayı daha da artırdıkça, zihinselleştirmede daha fazla bozulma ve çarpıtmaya yol açar (yani, Bölüm 2'de açıklanan psişik eşdeğerlik, teleolojik ve rol yapma modu işleyişi), stres karşısında direnç kaybına neden olur ve böylece depresyona karşı savunmasızlık artar (bkz. Şekil 9.1). Depresyondaki bireyler genellikle başlarına gelenleri düşünmek istemezler ve bunu yapmaya çalıştıklarında, zihinselleştirmelerinin depresif ruh halleri tarafından çarpıtılması muhtemeldir.

Bu nedenle, özellikle tedavinin erken evrelerinde ve daha şiddetli depresyonu olan hastalarda, hastanın zihinselleştirme kapasitesini onarmayı amaçlayan bir süreç odaklı yaklaşım önerilir. Daha içgörü odaklı bir yaklaşımın, depresyon hastalarının zihinselleştirme becerilerini (daha hafif vakalar hariç) aşması ve bu da daha fazla öz eleştiri, tekrarlayan düşünceler, çaresizlik ve hatta intihar düşünceleri yaşamalarına yol açması muhtemeldir. Depresyon hastalarında tipik olan zihinselleştirme dışı işlev biçimlerinin belirlenmesi, depresyon için MBT müdahaleleri için iyi bir başlangıç noktasıdır (bkz. Tablo 9.4).

Depresif hastalarda, içsel zihinsel durumlarını keşfetme arzusunun eksikliği ve/veya yetersizliği olarak ifade edilen psişik eşdeğerlik işlevi çok yaygındır. Psişik eşdeğerlikte, düşünceler gerçeklik olarak deneyimlenir; depresif hasta yardım edilemez durumdadır, değersizdir, gelecek yoktur ve her şey olduğu gibidir. Ek olarak, psişik eşdeğerlikte, psikolojik acı fiziksel acı gibi hissedilir ve duygusal ve fiziksel bitkinlik eşitlenir; bu da kısmen depresyon ile kronik ağrı ve yorgunlukla karakterize durumlar arasındaki yüksek eş tanıyı açıklar [14]. Duygular, hisler ve fiziksel durumlar arasındaki bu eşdeğerlik, öncelikle bedensel zihinselleştirmedeki bozukluklarda ifade edilir; endişeler kişinin omuzlarında acı verici bir ağırlık gibi hissedilir, başkaları tarafından yapılan eleştiriler gerçekten incinir, depresif düşünceler tam anlamıyla benliğe "baskı yapar" ve duygusal çatışmalar hastayı "felç eder" gibi görünür. Birçok depresif hastada hiperembodiment tipiktir, çünkü öznel deneyimler "çok gerçek" olarak deneyimlenir ve bedensel deneyimler açısından hissedilir. Ancak, bu bölümde daha sonra daha ayrıntılı olarak tartışılacağı gibi,

Machine Translated by Google

Tablo 9.4 Bağlanma stilleri, tipik klinik özellikler ve ilişkili zihinselleştirme profillerindeki bireysel farklılıklar

	Bağlanma hiperaktifleştirici	Ek devre dışı bırakılıyor
İlişkili kişilik boyutları	Bağımlılık/sosyotropi	Özeleştiri/özerklik
Deneyimsel mod	Duygusal, mecazi, görsel	Mantıklı, açık davranışa odaklı, net neden-sonuç ilişkileri
Bilişsel stil	Eş zamanlı işleme, ayrık elemanların tutarlı bir bütün halinde sentezlenmesi	Açık form, analitik, ayrıntılı
Kişilerarası ilişki	İlişki, uyum ve kaynaşma arar; daha çok alana bağımlıdır	Sosyal çevreden ziyade içsel eğilimlerden etkilenir; daha çok alandan bağımsızdır
Stres düzenleme stratejileri (savunma tarzı)	Başkalarının desteğinin alınması	İzolasyon, kişilerarası olmayan düzenleme
Tipik zihinselleştirme profili	Başkalarının zihinsel durumlarına karşı aşırı duyarlılık, bilişsel ve duygusal zihinselleştirme arasında dengesizlik: sevgi, reddedilme ve bağlanma figürleriyle iç içe geçmeyle ilgili duygusal odaklı aşırı zihinselleştirme hesapları	Genellikle "zihin körlüğü" gösterir; bilişsel ve duygusal zihinselleştirme arasında dengesizlik: bilişsel hipomentalizasyon veya hipermentalizasyon, duygulardan kopukluk, zihinsel yaşamın küçümsenmesi

Bölümde, hasta genellikle bu somut zihin durumları ile bunların ortaya çıkardığı sorunlar arasındaki bağlantının neredeyse farkında değildir. Sinirbilim çalışmaları, depresyonlu hastalarda zihinselleştirmede rol oynayan sinir devrelerinde, medial prefrontal korteks, amigdala, hipokampüs ve bazal ganglionların ventromedial kısımları dahil olmak üzere, bilişsel ve duygusal zihinselleştirme arasındaki dengesizliği yansıtan bozukluklar olduğunu göstermiştir [15–17].

Depresif semptomlar, bağlanma ilişkilerine yönelik tehditlere verilen tepkileri yansıttığından, kişilerarası nitelikleri akılda tutulmalıdır. Örneğin, tekrarlayan düşünme ve öz eleştiri, dikkat ve yardım için bir "çekim" olarak açıkça kişilerarası bir işleve sahiptir ve bu nedenle uyarılma ve stresi birlikte düzenleme girişimlerini yansıtır. Dolayısıyla, çaresizlik, umutsuzluk veya değersizlik duygularının empatik olarak belirgin bir şekilde yansıtılmasını içeren müdahaleler, tedavinin erken aşamalarında özellikle faydalı olabilir, çünkü hastaların eylemlilik ve benlik duygularını yeniden kazandırarak zihinselleştirmelerinin iyileşmesine yol açabilir (ayrıca epistemik güveni de teşvik edebilir; bkz. Bölüm 3). Bu "tutma" ve "kontrol etme" müdahaleleri, hastaya dayanılmaz duyguların bile tartışılabileceği ve üzerinde düşünülebileceği sinyalini verir.
Depresyon hastalarıyla yapılan terapötik çalışmalarda, duygulanımın tolere edilebilirliğini iletmek esastır, çünkü bu hastaların çoğu acı verici deneyimlere dayanabilmeleri gerektiğine ikna olmuş durumdadır.

Machine Translated by Google

Duygular ve/veya bunları itiraf etmekten ve bunlar hakkında konuşmaktan utanıyorlar. Bu bağlamda, ruh halinin zihinselleştirme üzerindeki etkisine ilişkin psikoeğitsel müdahaleler de faydalı olabilir; tıpkı psikofarmakolojik tedavi, egzersiz, uykuyu yeniden sağlama ve genel olarak daha sağlıklı bir yaşam tarzının zihinselleştirmenin iyileşmesine yardımcı olabileceği gibi.

Psişik eşdeğerlik işlevi, psikolojik acıyı susturma girişimi olarak intihar riskini de artırabilir. Yine, dayanılmaz psikolojik acı duygularının dikkatli ve belirgin bir şekilde yansıtılması, hastanın genellikle zıt duygular -yani yaşama arzusu- hakkında konuşmasına yol açar. Bu da intihar riskini azaltır, çünkü bu tür müdahaleler hastanın zihinselleştirmesini eski haline getirir ve intihar eğilimli zihin durumlarında tipik olan "tünel görüşü"nü ortadan kaldırır.

Depresif hastalarda teleolojik işlev kipi, depresyonun doğası gereği kişilerarası olduğu yönündeki zihinselleştirme yaklaşımındaki varsayımla tutarlı olarak, genellikle depresif durumların kökenleriyle ilişkilidir. Örneğin, depresyon hastaları bağlanma figürlerinin (terapistleri de dahil) kendilerine değer verdiklerini veya onları sevdiklerini göstermeleri için sıklıkla çılgınca girişimlerde bulunabilirler. Hastalar daha uzun veya daha fazla seans talep edebilir veya terapistlerinden kendilerine dokunmasını, sarılmasını veya okşamasını isteyebilirler. Ancak, teleolojik işlev kipinde işlev gören bazı depresif hastalar, depresif ruh halleri ile ilişkisel sorunlar arasında herhangi bir ilişki olduğunu inkar edebilir veya sorunlarının kişilerarası kökenini basit neden-sonuç ilişkileriyle sınırlamaya çalışabilirler: "Depresyon ailede görülür, genetik olmalı," "Taciz edildim, engel olamıyorum."

Depresyon hastalarında aşırı rol yapma modu veya hipermentalizasyon işlevi de son derece yaygındır. Bu durum, hem hastayı hem de klinisyeni şaşırtarak her ikisini de boşluk ve çaresizlik duygularıyla baş başa bırakabilen hipomentalizasyon-hipermentalizasyon döngülerine yol açabilir. Depresyon hastalarında hipermentalizasyon, genellikle benlik ve başkalarını içeren ayrıntılı anlatılar şeklinde ortaya çıkar. Bu anlatılar, özellikle yüksek işlevli hastalarda, ilk bakışta gerçek zihinselleştirmeyi yansıtan oldukça doğru anlatılar gibi görünebilir. Ancak, bu anlatıların bazı özellikleri, kökenlerinin hipermentalizasyondan kaynaklandığını göstermektedir.

1. Bunlar genellikle aşırı analitik, tekrarlayıcı ve uzun niteliktedir ve
   Kendini eleştirme, suçluluk ve utanç gibi depresif temalarla çarpıtılmış (aşırı düşünme).

2. Bunlar bencil olabilir (örneğin, başkalarını kontrol etmek veya zorlamak ya da hastayı ihmal eden başkalarının kurbanı olarak göstermek), sıklıkla klinisyende saldırganlık veya can sıkıntısı gibi karşı tepkisel duygulara yol açar.
3. Hipermentalizasyonun karakteristik özelliği olan biliş ve duygulanım arasında bir dengesizlik vardır (yani, ya doğası gereği aşırı bilişseldirler ya da duygusal olarak bunaltıcıdırlar).
4. Hasta, klinisyenin zıt hamleler kullanarak bu değişimi teşvik etmeye çalışmasına rağmen, perspektifleri kendinden diğerine veya tam tersine ya da bilişten duyguya geçirmede yetersizlik gösterir (bkz. Bölüm 4).

Bu bağlamda, depresif gerçekçiliğin doğasını tartışmak da önemlidir. Bu, depresif hastaların dünyaya "pembe gözlüklerle" bakabilecekleri ve bu nedenle algılarının depresif olmayanlara göre daha doğru olabileceği gerçeğini ifade eder. Bu bazen böyle olabilse de, depresif gerçekçilik her zaman daha "gerçekçi" değildir; hipomentalizasyonu veya hipermentalizasyonu yansıtabilir. Çalışmalar, olumlu bir önyargıya sahip olmanın normatif olduğunu ve sağlıklı işleyiş için elverişli olduğunu göstermektedir.

Machine Translated by Google

[18]; bu olumlu önyargının kaybının depresyona karşı savunmasızlıkla ilişkili olduğu görülüyor. Dolayısıyla, zihinselleştirme kapasitesinin ve artan öz farkındalık ve öz bilincin bir diğer yüzü olabilir; çünkü utanç ve suçluluk gibi öz bilinçli duyguları mümkün kılarlar. Bu duygular önemli uyarlanabilir kişilerarası işlevlere hizmet etse de, çok yoğun veya kronik olduklarında aşırı depresyon ve kaygı duygularına yol açabilirler. Ek olarak, öz farkındalık kapasitesi aynı zamanda kişinin mevcut öz durumu ile arzuladığı öz durumu arasında bir fark olabileceğinin farkına varmasını da sağlar [19]. Özellikle belirli gelişim aşamalarında ve geçişlerde (örneğin ergenlik, orta yaş, yaşlılık), kişinin arzuladığı ve gerçek öz durumları arasında bir tutarsızlık olduğunu fark etmesi, umutsuzluk, depresyon ve hatta çaresizlik duygularına yol açabilir. Zihinselleştirmede rol oynayan sinir devrelerinin kritik gelişim aşamalarında (örneğin ergenlik, yaşlılık) büyük yapısal ve işlevsel değişikliklere uğradığına dair bulgular, özellikle bu kritik geçiş dönemlerinde zihinselleştirme kapasitelerinin zorlanması nedeniyle, bu gelişim aşamalarıyla ilişkili artan depresyon riskini daha da açıklamaya yardımcı olabilir. Ergenlikte cinselliğin ve yeni saldırganlık biçimlerinin ortaya çıkışı, tıpkı yaşlılıkta sevdiklerini ve sağlığını kaybetmesi gibi, gencin zihinselleştirme kapasiteleri için önemli bir test sunar. Bu durum, aşırı zihinselleştirmeye (taklit modu işlevi veya hiperzihinselleştirme: "Ya hayatta başka seçimler yapsaydım?") veya zihinselleştirmeden savunmacı bir kaçınmaya (hipomentalleştirme: "Her şey anlamsızdı") yol açabilir.

Depresyonda Stresin Eş-Düzenlenmesinde Bağlanmanın Rolü Depresyon duygularının özünde uyumsuz veya patolojik olmadığı açıktır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, depresyon bağlanma ilişkilerine yönelik tehditlere bir tepkidir ve şiddetli depresif zihin durumları bile ayrılık ve kayıpla ilişkili sıkıntıyı en aza indirme ve dolayısıyla sıkıntıyı (eş-)düzenleme girişimleri olarak görülmelidir [20–22]. Bu bakış açısından, depresyon stresle ilişkili bir bozukluk olduğu kadar bir ödül tükenmesi bozukluğu olarak da görülebilir; her şey umutsuz ve anlamsız görünür, hiçbir şey artık neşe, haz veya tatmin getirmiyor gibi görünür ve birey bir protesto durumuna girer [23,24].

Ancak, depresyondaki kişiye bakım ve destek sağlamış olabilecek diğer kişilerin artık ulaşılabilir olmadığı veya ulaşılamaz olarak algılandığı durumlarda, kişinin birincil bağlanma stratejisi -başkalarında rahatlama ve destek bularak sıkıntıyı azaltmaya çalışmak- başarısız olur. Sonuç olarak, birey ikincil bağlanma stratejilerine güvenmeye başlar. Bağlanma-hiperaktivasyon stratejileri genellikle kaygılı bağlanan bireyler (örneğin, saplantılı bağlanma stiline sahip olanlar) tarafından kullanılır ve genellikle talepkar ve yapışkan davranışlarla ifade edilen, destek, sevgi ve rahatlama bulmak için çılgınca çabalar içerir. Bağlanma-deaktive etme stratejileri, kaçınmacı bireyler (örneğin, korkulu-kaçınan ve küçümseyici bağlanma stillerine sahip olanlar) için tipiktir ve bağlanma ihtiyaçlarını inkar etmeyi ve kişinin kendi özerkliğini, bağımsızlığını ve gücünü öne sürmesini içerir. Depresyonlu birçok hasta organize bir bağlanma stili gösterir ve bu nedenle öncelikle bağlanma-hiperaktivasyon veya bağlanma-deaktive etme stratejilerine güvenme eğilimindedir.

Bununla birlikte, düzensiz bağlanmaya sahip hastalar, bağlanma sisteminde daha ciddi işlev bozuklukları gösterir ve bu durum genellikle bağlanmayı aşırı aktifleştiren ve bağlanmayı etkisizleştiren stratejiler arasında belirgin salınımlar şeklinde ortaya çıkar. Düzensiz bağlanmaya sahip hastalarda daha belirgin zihinselleştirme bozuklukları vardır ve ayrıca daha fazla zihinselleştirme bozukluğ

Machine Translated by Google

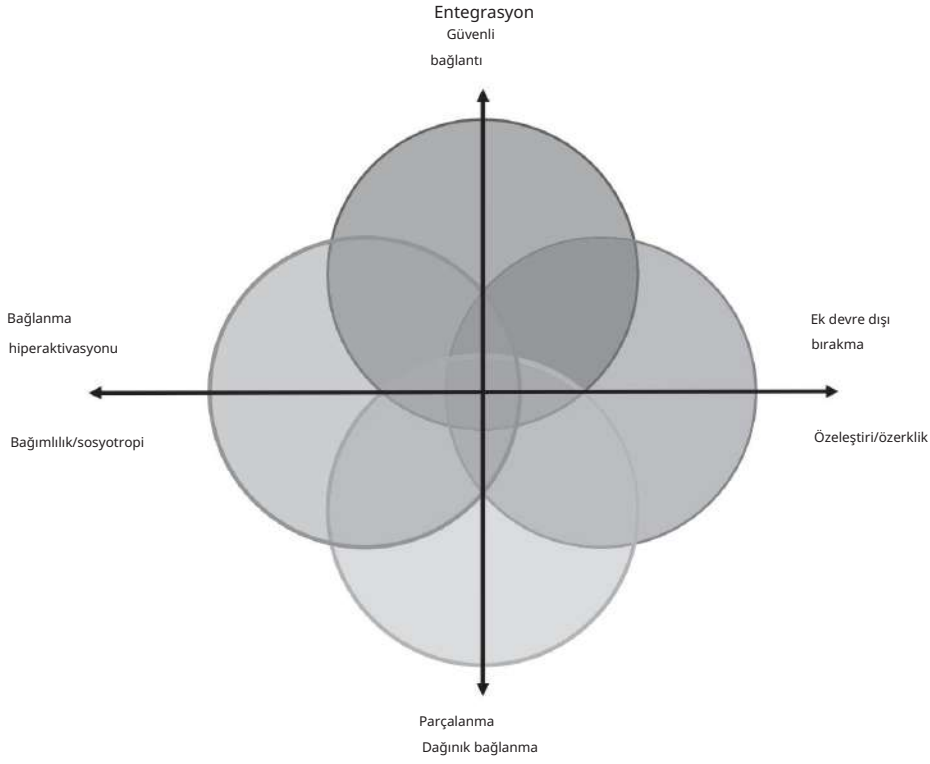
Epistemik güvenle ilgili ciddi sorunlar var. Bu varsayımlar araştırmalar tarafından iyi destekleniyor.
depresyonu olan kişilerin bağlanma stillerinde belirgin bir heterojenlik olduğunu gösteren
bulgular [19,25] ve bağlanma güvensizliği ile depresyon arasında olası bir ilişkiye dair kanıtlar,
bağlanma deneyimlerinin nedensel bir rol oynadığını öne sürmektedir.
depresyona karşı duyarlılık [26–28]. Bu bölümde özetlenen varsayımlarla tutarlı olarak
Bölümde, düzensiz bağlanma, organize bağlanmaya göre daha şiddetli depresyonla ilişkilidir.
Bağlanma düzensizliği, daha şiddetli depresyon ve depresyonla karakterize, sınırda düzeyde
işlevselliğe sahip depresif bireylerde de daha yaygındır.
Boşluk, öfke, utanç ve kimlik dağılması duyguları [4,29]. Bağlanmayı devre dışı bırakan stratejiler,
özellikle de küçümseyici bağlanma stilleri, ilişkili görünmektedir
depresyonun düşmanca/saldırgan bir alt tipine karşı daha fazla savunmasızlık [30].

Depresyonda zihinsel bozuklukların rolü iyi bir şekilde belirlenmiştir
[19,31,32]. Benzer şekilde, depresyonu olan bir grup bireyin
yardım arama ve kabul etmede derin zorluklar - yüksek düzeyde epistemik
güvensizlik [31]. Ayrıca, uzunlamasına çalışmalar bireysel farklılıkların
Bağlanma stilleri, duygu düzenleme, stres tepkisi ve duygusal tepki üzerindeki etkileri aracılığıyla
erken dönemdeki olumsuzluklar ile daha sonraki depresyona karşı hassasiyet arasındaki ilişkiyi aracılık eder.
sosyal problem çözme becerilerindeki bozukluklar [25,33–35]. Dört on yıllık araştırma
Depresyona yönelik psikodinamik ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, bağımlılık/ kişilik boyutları
arasındaki olası ilişkilere dair kanıtlar sağlamıştır.
sosyotropi ve özeleştiri/özerklik (teorik ve ampirik olarak örtüşen)
(sırasıyla bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması ile) ve savunmasızlık
depresyon [36–39] (bkz. Tablo 9.4 ve Şekil 9.2).

MBT klinisyeni için bu araştırma grubundan iki önemli klinik bulgu ortaya çıkmıştır:
hem zihinsel temsil odağı hem de zihinsel süreçle ilgili araştırma
Depresyonlu bireylerin tedavisinde zihinsel odaklanma. İlk olarak,
Zihinsel temsil odaklı çalışmalar, hem yüksek zekaya sahip bireylerin hem de
bağlanma kaygısı/bağımlılığı/sosyotropi düzeyleri ve yüksek bağlanma kaçınması/kendini
eleştirme/özerklik düzeylerine sahip olanlar belirgin işlevsiz özelliklerle karakterize edilir
kişilerarası işlemsel döngüler veya "kendini gerçekleştiren kehanetler" [40].
Yüksek düzeyde bağlanma kaygısı, rahatsızlık, kızgınlık ve sonunda
yapışkan bir ilişki tarzının sonucu olarak başkaları tarafından reddedilme ve terk edilme
reddedilme ve terk edilme korkularının altında yatan sebepler. Yüksek düzeyde
Bu arada, bağlanma kaçınması, başkalarına karşı daha mesafeli ve eleştirel olabilir; bu da
onların soğuk, mesafeli ve sevimsiz olarak algılanmalarına ve başkalarının onlara verdiği tepkilerin bunu doğrulamasına neden olur
başkalarının ulaşılamaz olduğuna ve kendilerini eleştirdiğine dair inançları. Dahası, bireyler
Yüksek düzeyde bağlanma kaygısı olanlar genellikle birkaç olumlu destekleyici davranışı sürdürebilirler
güçlü ilişkisel yönelimleri nedeniyle başkalarıyla ilişkiler kuranların
Yüksek düzeyde bağlanma kaçınması daha sık izole edilir ve daha az olumlu etkiye sahiptir
ilişkiler. Bu kendini gerçekleştiren kehanetler, hastaların ilişkilerini de etkiler.
klinisyenleriyle birlikte, klinisyene ilişkin ilk algılarını ve deneyimlerini
inançlarına ve beklentilerine uyacaktır (klinisyenlerini idealize ederek veya algılayarak)
(Onları eleştirel ve mesafeli olarak görüyorlar). Bu, özellikle ilişkisel konulara odaklanıldığında önemlidir.
zihinselleştirme ve özellikle terapötik ilişkiyi zihinselleştirme sırasında.

Depresyon hastalarının tedavisinde zihinselleştirme odağı ile ilgili olarak,
Öncelikle bağlanmayı devre dışı bırakan stratejilere güvenen kişiler, savunmacı bir şekilde zihinselleştirmeyi
engelleme eğilimindedir. Sonuç olarak, teleolojik mod ve psişik eşdeğerlik bu durumlarda baskın olma eğilimindedir.

Machine Translated by Google



Şekil 9.2 Depresif hastalarda bağlanma boyutları ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki.

Hastalar. Örneğin, aktivite ve çalışma, depresyon, kaygı ve yalnızlık gibi acı verici duyguları savunmacı bir şekilde engellemek ve öz değeri "kanıtlamak" için kullanılır. Bu bölümün ilerleyen kısımlarında daha ayrıntılı olarak açıklayacağımız gibi, bu bireyler genellikle duygularından ve bedenlerinden "kopuk" göründükleri için bedensel zihinselleştirme kapasitelerinde derin bozukluklar gösterirler. Özellikle depresyondayken, bu hastaların çoğu zihinsel yaşamda bir aşağılama sergiler ve bu da içsel zihinsel durumların rolü konusunda "zihin körlüğüne" yol açar. Şeyler oldukları gibidir ("Kimse beni sevmiyor, sadece biliyorum", psişik eşdeğerliği yansıtır) ve yalnızca "nesnel" nedenlere inanırlar ("Depresyonum beyin kimyamdaki dengesizliklerin sonucudur", teleolojik düşünceyi yansıtır). Zihinselleştirmede bir dengesizlik vardır; bilişsel zihinselleştirmeye vurgu yapılır ve deneyimlerin duygusal temeli çok azdır veya hiç yoktur. Bazen bu tür bilişsel açıklamalar, klinisyen tarafından gerçek zihinselleştirme olarak yanlış tanımlanabilir; ancak bencil, son derece bilişsel yapıları, yalnızca artan çaresizlik ve umutsuzluk duygularına yol açmaları, bunların sözde zihinselleştirme/taklit etme modu olarak tanımlanmasına yardımcı olur. Son derece küçümseyici açıklamalar (örneğin, kişinin bir sorunu olduğunu inkar etmesi) veya kişinin bağlanma geçmişine dair son derece idealleştirici açıklamalar (örneğin, "Tamamen normal bir çocukluk geçirdim" ve bu açıklamaları destekleyecek örnekler verememek) sözde zihinselleştirme/taklit etme modu olarak tanımlanması daha kolaydır.

Machine Translated by Google

Etkili Zihinselleştirmeyi Desteklemek İçin Müdahaleyi Dengelemek

Süreç ve Bağlanma Stratejileri

Depresyon hastalarında ilk görev, altta yatan psikolojik sorunları ele almadan önce zihinselleştirme duruşunu geliştirmektir; bu, zihinselleştirmeyi içerikten ziyade bir süreç ve kapasite olarak ele almayı gerektirir. Tedavinin erken aşamalarında, bu hastaların kişilik işlevleriyle uyumlu konulara (örneğin özerklik, kimlik, güç, suçluluk, utanç, değersizlik) odaklanmak ve bu kişilerin saldırıya uğramış veya utanmış hissetme riskini azaltmaya çalışmak önemlidir. Bu deneyimlerin belirgin bir şekilde yansıtılması, genellikle özellikle daha acı verici kırılganlık ve yalnızlık duygularını keşfetmenin yolunu açar. Normalleştirme ve doğrulama müdahaleleri önemlidir, ancak aynı zamanda uyarılmayı artıran duygu odaklı müdahalelere de vurgu yapılmalıdır. Depresyon hastaları karakteristik olarak duygularını dile getirmekte önemli zorluklar yaşadıklarından, klinisyen de "bilişsel moda" girme riskiyle karşı karşıya kalır ve seanslardaki uyarılma seviyesi, etkili bir zihinselleştirmenin ortaya çıkması için çok düşük olabilir. Somut zihinselleştirmeyi artırmaya odaklanan müdahaleler, hastanın depresif ruh hali ile içsel zihinsel durumları arasındaki ilişkiyi (daha sonra daha ayrıntılı olarak tartışılacaktır) burada ve şimdi deneyimlemesine yardımcı oldukları için burada özellikle faydalı olabilir. Öte yandan, bu hastaların çoğu zihinselleştirme kapasitelerinde oldukça kısıtlı ve kısıtlı olsalar da, sıklıkla belirginleşen bilişsel yetenekleri, onları "fikirlerle oynamaktan" ve temel zihinselleştirme becerilerinin artmasıyla ortaya çıkan türden keşifsel çalışmalardan zevk almaya yönlendirebilir. Bu, tedavi sürecinde bir dönüm noktası olabilir çünkü terapötik süreç ve klinisyenin zihni hakkında artan bir meraka ve hasta ile kişilerarası çevresi arasındaki etkileşimde daha kalıcı değişikliklere (yani, salutogeneze açılmaya [12]; ayrıca bu bölümün 11. Bölümüne ve sonraki bölümlerine bakın) yol açar.

Bağlanma ilişkilerine yönelik tehditlere yanıt olarak öncelikli olarak bağlanma-hiperaktivasyon stratejilerine güvenen hastalar, başkalarının zihinsel durumlarına karşı aşırı duyarlılık ve bir yandan reddedilme ve terk edilme korkusu, diğer yandan da kendi saldırganlık ve öfke korkuları ile paradoksal bir örüntü sergilerler. Sonuç olarak, bu hastalar zihinselleştirmenin ayrıştırılması için düşük bir eşiğe sahip olma eğilimindedir ve zihinselleştirme bozukluklarından kurtulmakta önemli ölçüde zorluk çekebilirler. Bu nedenle, klinisyeni memnun etmek isteyebilirler ve bu da zihinselleştirme hatalarını tespit etmeyi zorlaştırabilir. Sınırda özellikler gösteren hastalar, başkalarının zihinsel durumlarıyla karıştırılmaya veya bulaşmaya eğilimli olabilir [41]. Zihinselleştirme, öncelikli olarak bağlanma-deaktive edici stratejilere güvenen depresif hastalarda genellikle aşırı bilişsel olsa da, bağlanma-hiperaktivasyon stratejilerine güvenen depresif hastalarda zihinselleştirme genellikle güçlü bir şekilde duygu odaklıdır ve genellikle kişilerarası ilişkilere dair hiperzihinselleştirilmiş açıklamalara ve bu deneyimlerle bağlantılı duygular tarafından kolayca bulaştırıldıkları için zihinselleştirmenin savunmacı bir şekilde ayrıştırılmasına yol açar. Psişik eşdeğerlik modunda, bu bireyler en ufak bir ayrılık veya reddedilme belirtisini bile başkalarının sıkıldığı veya onlardan kurtulmak istediği şeklinde yorumlarlar. Bu durum, hastanın umutsuzca sevgisini kanıtlamak istediği veya karşısındakinin sevgi ve ilgisini kanıtlamasını istediği teleolojik işleyişe yol açar. Ayrıca, mükemmel veya karşılıksız aşk düşünceleriyle karakterize edilen sosyal etkileşimlerin genellikle sonu gelmez, derin düşüncelere dalmış anlatımlarının veya bağlanma figürleriyle (örneğin ebeveynler) iç içe geçmişlikle işaretlenmiş bağlanma anlatılarının olduğu, benlik-öteki karmaşasının daha da artmasına yol açan, taklit modu işleyişine de yol aça

Machine Translated by Google

Histrionik özelliklerle işleyen taklit modu işleyişi, benliğin başkalarının kötü niyetlerinin kurbanı olarak tasvir edildiği fantezilere yol açar. Zihinsel durumlara karşı bu aşırı duyarlılık ve psişik eşdeğerliğe, teleolojik ve taklit modu işleyişine yol açma eğilimi, genellikle klinisyenle olan ilişkilerde de mevcuttur. Örneğin, klinisyen tatile çıkacağını açıkladığında, hasta reddedilmiş hisseder, klinisyenin ilgisine layık olduğunu kanıtlamak ister ve seanslar arasında olayı düşünmekten kendini alamaz.

Bu nedenle, bu hastalar genellikle ilişkiler hakkında konuşmayı sevseler de, başkalarının zihinsel durumlarına karşı aşırı duyarlılıkları ve zihinselleştirmenin ayrıştırılması için düşük eşikleri, zihinselleştirmenin bilişsel ve duygusal özellikleri arasında daha iyi bir denge kurmayı zorlaştırabilir; özellikle de bu hastaların çoğu iyi birer "zihin okuyucu" olduklarına inandıkları için ("İnsanları tanıyorum. Tüm arkadaşlarım ilişkileri hakkında tavsiye almak için bana gelir"). Sonuç olarak, klinisyenler, uyarılmayı artıran bağlanma sisteminin aktivasyonu ile zihinselleştirmenin ayrıştırılması arasında optimum bir denge bulmakta zorlanabilirler; özellikle de depresyon belirtileri ile kişilerarası çatışma ve ikirciklilik (yani zihinsel temsil odağı) arasındaki bağlantıları açıklığa kavuşturmaya çalışan müdahalelerde. Yakın tarihli kişilerarası olayların mikro dilimlenmesine dayalı olarak kayıp ve ayrılık duygularının dikkatlice işaretlenmiş bir şekilde yansıtılması, hastanın temel zihinselleştirme kapasitesini ve saldırganlık, öfke ve özerklik gibi daha zor duyguları zihinselleştirme yeteneğini geliştirebilir. Kaygılı bağlanan bireyler, genellikle ilişkilerini tehdit edici olarak deneyimledikleri bu duyguları değerlendirmekte zorluk çekerler. Terapötik ilişkiyi zihinselleştirmek (yani, hastanın terapötik durumun şimdiki ve burada olduğu zamanda klinisyene verdiği tepkileri belirlemek), bu bireylerde ilişkisel zihinselleştirmeyi teşvik etmede önemli bir rol oynar; ancak, bu bölümde daha önce de belirttiğimiz gibi (ayrıca bkz. Bölüm 4), bunun istikrarlı zihinselleştirme daha iyi yerleşene kadar beklemesi gerekir. Dahası, tedavi ilerledikçe, hastayı terapi seanslarının "kişilerarası laboratuvarı" dışında başkalarıyla yeni ilişki kurma yolları denemeye teşvik etmek önemlidir, çünkü zihinselleştirmeyen işlev biçimlerinin yeniden ortaya çıkışını incelemek ve daha güçlü zihinselleştirme biçimlerinin ortaya çıkışındaki ilerlemeyi izlemek için yeni fırsatlar sunar.

Somutlaştırılmış Zihinselleştirme

Farklı teorik geleneklerden elde edilen araştırma bulguları, depresif hastaların önemli bir kısmının, bedensel zihinselleştirmeyle ilgili önceden var olan sorunlar veya depresif ruh hallerinin bir sonucu olarak veya her ikisinden dolayı bedensel zihinselleştirmenin çeşitli bileşenlerinde zorluk yaşadığını göstermiştir [42–46]. Bu sorunlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Duyguları tanıma sorunları—birçok depresif hasta bedensel deneyimleri içsel zihinsel durumlarla ilişkilendiremiyor gibi görünüyor ("Ne hissettiğimi bilmiyorum, kendimi kötü, gergin hissediyorum, hepsi bu") ve bazı hastalar hiçbir şey hissetmediklerini bile iddia ediyor ("Eskiden bir şeyler hissediyordum ama artık duygularım yok gibi görünüyor")
2. Duyguları kendilerine aitmiş gibi tanımada sorunlar yaşarlar ; başkalarının duygularından kolayca "etkilenirler"
   duygularını ifade edemezler veya depresif ya da üzgün olduklarını inkar edebilirler
3. Duyguları yansıtma ve düzenleme sorunları - duygular tarafından kolayca ezilirler veya teleolojik modda tepki vermeye kolayca tetiklenirler, bu da şu sorunlara yol açar:
   kanunlar

Machine Translated by Google

Tablo 9.5 Somutlaştırılmış zihinselleştirmeyi artırmayı amaçlayan müdahaleler: RADLE dizisi

Araya girmek	Yöntem
Duyguları tanıma	Fiziksel duyumlara (duyguların somatik belirteçleri) odaklanın ve bunların duygusal bağlamını keşfedin, altta yatan duygusal durumlar hakkında olası hipotezler üretmek için bilmeden, meraklı bir duruş kullanın ve bunları hastayla paylaşarak ortak bir anlayışa varın.
Duyguları güçlendirmek	Duygusal deneyimi güçlendirin: "Yani kaygılı hissettiniz"
Duyguları ayırt etmek	Farklı duygusal deneyimleri tek tek keşfedin; aralarındaki nedensel ilişkileri güçlendirin ve keşfedin
Duyguların hastanın tipik duygu ve düşünce kalıplarına bağlanması	Mümkün ve uygunsa, duyguları hastanın hissetme, düşünme ve ilişki kurma prototipik yollarına bağlayın.
Bedensel zihinselleştirmeyle ilgili sorunların duygusal (ve genellikle fiziksel) maliyetini işaretlemek	Bedensel zihinselleştirmeyle ilgili sorunları, strese karşı anlaşılabilir tepkiler olarak doğrulayın ve normalleştirin, ancak aynı zamanda bu sorunlarla ilişkili yüksek duygusal (ve genellikle fiziksel) maliyeti de tartışın

4. Duyguları uygun şekilde paylaşmada sorunlar - Depresyondaki hastalar genellikle duygularını başkalarıyla paylaşmanın bir zayıflık işareti olduğuna inanırlar veya tam tersine, sanki yıllardır klinisyenlerini tanıyormuş gibi, zor duyguları hakkında konuşmaya hemen başlarlar ve çoğu zaman klinisyenin onların yaşamlarının ayrıntılarına tamamen aşina olduğunu varsayarlar.

Bu nedenle, depresif hastalarla çalışırken, klinisyenin, bilmeden ve sorgulayarak, bedensel deneyimler (duyguların somatik belirteçleri olarak adlandırılır) ile zihinselleştirilmemiş zihin durumları arasındaki ilişkiyi dikkatlice incelemesi önemlidir. Bu, özellikle somatoform özellikler gösteren hastalarda önemlidir [14].

Bunu başarmak için klinisyen, terapötik durumun şimdiki ve buradaki bedensel deneyimleri mikro dilimlere ayırmak için iyi bilinen temel zihinselleştirme tekniklerini (bkz. Bölüm 4) kullanır. Bedensel zihinselleştirmeyi teşvik etmeyi amaçlayan tipik bir müdahale dizisi, duyguları tanımaya, güçlendirmeye ve aralarında ayrım yapmaya, bu duyguları semptomların başlangıcı ve devamı ile ilişkili kişilerarası dinamiklerle ilişkilendirmeye ve bedensel zihinselleştirmeyle ilgili sorunların duygusal maliyetini belirlemeye odaklanır. Bu, "RADLE" dizisi olarak bilinir (bkz. Tablo 9.5).

Duyguları Tanıma

Hastalar başlangıçta genellikle yalnızca depresif durumlarıyla bağlantılı fiziksel hisleri tanımlarlar (örneğin, "Her zaman gergin hissediyorum", "Kendimi çok yorgun hissediyorum"). Bu, zihinselleştirilmemiş duygulara işaret eder ve bu nedenle ilk görev, görünüşte farklılaştırılmamış bedensel deneyimleri tanımaktır.

Machine Translated by Google

Duygular. Klinisyen, bu zihinselleştirilmemiş bedensel deneyimler hakkında hipotezler üretmek için sıklıkla kendi zihnini kullanmalı ve bunları hastanın deneyimleriyle karşılaştırmalıdır. Örneğin, bir hasta karısıyla nasıl tartıştığını ve sonra nasıl "kapandığını" anlatır. Klinisyen, hastaya tartışma sırasında nasıl hissettiğini sorduğunda, "Bilmiyorum, hiçbir şey hissetmedim sanırım," diye yanıt verir, ancak açıkça gergin hisseder, kızarmaya başlar ve ellerini sıkar. Buna karşılık, klinisyen hastanın hiçbir şey hissetmediğini hayal edemediğini söyler ve ekler: "Az önce hiçbir şey hissetmediğini söylediğinde, vücudunun gerildiğini gördüm; yüzünü benden çevirdin, kızarmaya başladın ve ellerini sıkıca birbirine kenetledin. Endişeli veya utanmış hissediyor musun?" Yine, bilmeme tavrı alçakgönüllülüğü ima eder ve klinisyen yanlış anlamayı örnek almalıdır: "Ah, endişeli hissetmedin, beni düzelttiğin için memnunum. Yani önce öfkelendin, sonra da utandın."

Duyguları

Güçlendirmek Hasta genellikle bu zihinselleştirilmemiş bedensel deneyimlerin büyük ölçüde farkında olmadığından, klinisyenin altta yatan duyguları, belirgin aynalama kullanarak tek tek güçlendirmesi gerekir: "Ah, yani ilk başta öfke hissettin. Bu nasıl bir histi?"

Duyguları Ayırt Etme

Zihinselleştirilmemiş bedensel deneyimler genellikle nedensel olarak ilişkili birkaç duyguyu da içerir. Az önce anlatılan örnekte, hasta öfkeye ek olarak, öfkesinin bir sonucu olarak utanç ve kaygı da hissetmiştir. Bu nedenle, klinisyen bu duyguların her birini hastayla birlikte aktif olarak inceler, tanımlar ve tüm bu duyguları birbirine bağlayan tutarlı bir anlatıya ulaşmaya çalışır.

Duyguları

Bağlamak Dizinin bir sonraki adımı, duyguları, kişinin kendisi ve başkalarıyla kurduğu prototipik ilişki biçimlerine ve bunların mevcut semptomlarla olan bağlantılarına bağlamayı içerir. Daha önce zihinselleştirilmemiş bedensel deneyimlerin mikro kesitleri, hastanın seansın şimdi ve burada anında, tipik düşünce ve duygu kalıpları ile mevcut semptomlar arasındaki ilişkiyi deneyimlemesini sağlar. Bu süreç, hastada zihinselleştirmeyi geliştirmede ve günlük yaşamlarında bu bağlantıları giderek daha fazla kurmasını sağlamada önemli bir rol oynar.

Duygusal Maliyet

Son olarak, bedensel zihinselleştirmeyi iyileştirmeye odaklanmak, klinisyenin (bedensel) zihinselleştirmeyle ilgili sorunların duygusal maliyetini vurgulamasını içerir. Örneğin, daha önce ana hatlarıyla belirtilen klinik örnekten devam etmek gerekirse, klinisyen hastanın bedensel zihinselleştirmeyle ilgili çeşitli sorunlarını depresif semptomlarıyla ilişkilendirebilir: "Eğer haklıysam, biri sizi eleştirdiğinde, öfkeyle tepki verme eğiliminde olduğunuzu, ardından öfke duygularınız nedeniyle hemen kaygı ve utanç duyduğunuzu, ardından da 'kendinizi kapattığınızı' ve kendinizi boş ve tükenmiş hissettiğinizi gördük. Bu doğru mu?" Eğer hasta bu diziyi kendi tepki verme biçiminin tipik bir örneği olarak kabul ederse, klinisyen daha sonra şunları ekleyebilir: "Bu tepki ne kadar anlaşılır olsa da, aynı zamanda açık dezavantajları da vardır, çünkü böyle durumlarda size ne olduğunun farkında değilsiniz gibi görünüyor ve sindiremediğiniz birçok duyguyla baş başa kalıyorsunuz."

Bu şekilde hasta, kendini fiziksel benlik açısından deneyimlemekten, psikolojik benlik açısından deneyimlemeye geçebilir ve ikinci dereceden

Machine Translated by Google

Benliğin temsilleri ve zihinselleştirilmiş duygusallık - bedenlenmiş duygusal deneyimleri yansıtma ve düzenleme kapasitesi.

Epistemik Güven

Zihinsel temsil odağı, depresyonla gelen önemli bir hasta alt grubunun sahip olmadığı zihinselleştirme kapasitelerine büyük ölçüde dayanır. Bu nedenle, bu odağı tedavinin çok erken aşamalarında, hasta zihinselleştirme kapasitesini güçlendirmeden kullanmak, iatrojenik etkilere neden olabilir. Bu hastalarda zihinselleştirme kapasiteleri kolayca kaybolur ve bu da benliğin zihinselleştirilmemiş yönlerini (örneğin, travmatik deneyimlerle ilgili yönler) dışsallaştırma yönünde artan bir baskıya yol açar ve bu da yabancı benliğin ortaya çıkmasını tetikleyebilir (bkz. Bölüm 2). Bu hastalar ayrıca sıklıkla, bağlanma geçmişleriyle ilgili veya geçmişteki yararsız tedavilerden kaynaklanan veya her ikisinin bir kombinasyonu olan belirgin bir epistemik güvensizlik gösterirler. Hastanın yeterli zihinselleştirme kapasitesine ve epistemik güvene sahip olduğunu varsayan ve işlevsel bir ittifak kurmak için yeterli olduğunu varsayan içgörü odaklı müdahaleler (özellikle kısa süreli içgörü odaklı müdahaleler) bu tür hastalar için uygun değildir (bkz. Tablo 9.1 ve 9.2).

Bu hastalar için zihinsel süreç odaklı bir yaklaşım daha uygundur. Özellikle epistemik güvensizlik düzeyleri yüksek bireylerle çalışırken, epistemik güveni yeniden tesis etmek (veya en ciddi şekilde etkilenen hastalarda geliştirmek) için genellikle derin depresyon ve umutsuzluk duygularının belirgin bir şekilde yansıtılması gerekir. Etkili tedavilerin üç iletişim sistemine dayandığı hipotezimiz doğrultusunda [12,47] (ayrıca bkz. Bölüm 2), klinisyenin öncelikle hastaya empatik ve destekleyici bir şekilde, klinisyenin zihninin ulaşılabilir olduğunu ve hastanın dayanılmaz bulduğu zihinsel durumları tolere edebildiğini, içerebildiğini ve bunlar üzerinde düşünebildiğini, bu tür zihinsel durumların burada ve şimdide dikkatli ve aşamalı bir şekilde belirgin bir şekilde yansıtılması yoluyla iletmesi gerekir (iletişim sistemi 1). Hasta ancak gerçekten anlaşıldığını hissettiğinde epistemik uyanıklığı gevşeyecek ve aynı zamanda eylemlilik ve benlik duygusu geri kazanılacak, bu da daha güçlü zihinselleştirme kapasitelerine ve klinisyenin zihnine dair artan bir meraka yol açacaktır. Vakaların çoğunda bu, deneme yanılma yoluyla ilerleyen yavaş ve zahmetli bir süreçtir ve klinisyenin alçakgönüllülüğü, kusurları ve yanlış anlamayı insan iletişiminin kaçınılmaz özellikleri olarak modellemesi ve aynı zamanda "bilmeyen", sorgulayan bir duruşu kararlılıkla sergilemesi zorunludur. Bilmeyen duruş özellikle önemlidir, çünkü bu hastaların çoğu, sağlık profesyonelleri de dahil olmak üzere, çevrelerinde neyin yanlış olduğunu "bilen" ve kendilerine yardımcı olmadığını düşündükleri tavsiyelerde bulunan kişilerle karşılaşmıştır.

Tedavinin bu erken aşamasında her şey yolunda giderse, dayanılmaz deneyimlerin belirgin şekilde yansıtılması, tedavide bir "biz-lik" duygusu yaratır ve hastanın zihinselleştirme kapasitelerinde (iletişim sistemi 2) bir artışa yol açar. Hastanın zihinselleştirme kapasiteleri bu aşamada yeterince güçlüyse, artık bir zihinsel temsil odağı gerekebilir. Ancak, bu hastaların çoğu, özellikle belirgin borderline veya psikotik semptomları olanlar, zihinsel temsil odağıyla mücadele etmeye devam edecektir.
Daha sonra hastanın daha iyi huylu bir sosyal çevre yaratması ve bu çevreye açılması için aktif olarak desteklenmesi gerekir (iletişim sisteminin temeli 3).

Zihinselleştirmeye Dayalı Müdahalelerin Yelpazesi

Bu bölüm, depresyon tedavisiyle ilgili MBT'nin bazı yönlerini ve DIT'nin [8] temel prensiplerini kısaca özetleyecektir; bu, kısa bir kılavuzdur.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme (yani zihinsel süreç) ve zihinsel temsil odağını birleştiren depresyon tedavisi, hafif ila orta şiddetteki depresyonun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir [9]. Daha belirgin kişilik bozukluğu semptomları olan hastalarda, özellikle birinci basamak tedavi olarak kullanıldığında bu yaklaşım iatrojenik olabilir, çünkü bu hastalarda sıklıkla zihinselleştirmede ciddi bozukluklar ve derin epistemik güvensizlik vardır [6,7]. Bu hastalar için, öncelikle tedavinin temeli olarak güvenilir ve iş birlikçi bir ilişkinin geliştirilmesi gerekir; bu, birçok depresyon tedavi modelinde doğal karşılanır. Bu hastalarla çalışmak için, daha karmaşık sorunları olan hastalar için DIT modelinin genişletilmiş bir versiyonu olan DITCC [11] veya kişilik bozukluğu için MBT (Bölüm 4'te özetlendiği gibi) daha uygun görünmektedir [12]. Kişilik bozukluğu olan hem yetişkinlerde [48,49] hem de ergenlerde [50,51], kendine zarar verme ve intihar eğilimi de dahil olmak üzere depresyon tedavisinde MBT'nin etkili olduğuna dair araştırma kanıtları mevcuttur. Psikoz için MBT (bkz. Bölüm 10), psikotik semptomları olan depresif hastalar için bir seçenek olarak düşünülebilir; ancak bu makalenin yazıldığı tarihte, MBT'nin bu hastalardaki etkinliğini araştıran hiçbir çalışma yapılmamıştır. Benzer şekilde, MBT'nin bipolar bozukluğu olan hastalardaki etkinliği de araştırılmayı beklemektedir.

Orta ila Şiddetli Depresyonu Olan Hastalar İçin Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi

MBT'nin depresyona yaklaşımı, tüm MBT türlerinde ortak olan, zihinselleştirme kaybına karşı hassasiyetin epistemik güvensizlikle birleşmesinin, depresif zihin durumları da dahil olmak üzere ciddi psikopatoloji biçimlerini karakterize ettiği görüşüne dayanır. Depresyon spektrumunun daha şiddetli ucundaki hastalarda, klinisyenle kalıcı bir bağlanma ilişkisi bağlamında zihinselleştirmeyi iyileştirmeye odaklanılır. Bu hastalar için, özellikle geçmişteki olaylar ile mevcut işleyiş arasındaki potansiyel ilişkiyle ilgili "içgörüye" odaklanmak genellikle yararsız ve hatta çoğu zaman zararlıdır. Depresyon için MBT'de odak noktası, bu bölümün başlarında ana hatlarıyla belirttiğimiz gibi, şiddetli depresyonu olan hastalarda kolayca ortaya çıkan, zihinselleştirmeyen öznellik deneyimleme modellerinin ortaya çıkmasından kaçınırken, hastanın mevcut zihinsel durumlarıyla ilgili yansıtıcı işlevselliğini iyileştirmektir. Bu nedenle MBT yaklaşımı, "derin" yorumlamaları önemsizleştirir ve bunun yerine, duygusal ve ilişkisel deneyimlere (duygusal odaklanma) (örneğin, "Eşiniz seanstan hemen önce sizi aradı; bu size nasıl hissettirdi?") odaklanarak, burada ve şimdiki zamanda veya yakın geçmişte yaşanan bilinçaltı deneyimlere odaklanır. Bu yaklaşım ayrıca, hastanın mevcut zihinsel durumunu anlamak için faydalı olduğu durumlar dışında, özellikle travmatik olaylar olmak üzere geçmiş olayların kapsamlı tartışmalarından kaçınmayı da içerir.

Bunun yerine, depresyon için MBT zihinselleştirmenin iyileştirilmesini hedefler ("Seni incittiğini görebiliyorum, ama biraz durup ikiniz arasında geçenler hakkında konuşabilir miyiz?").

MBT klinisyeninin temel görevi, bu nedenle, bilmeden, meraklı bir duruş sergileyerek, hastanın depresif ruh hallerinde bile zihinsel durumları hakkında merak duygusunu teşvik etmektir. Bu, klinisyen ve hastanın, hiçbir anlam veya tutarlılığın hissedilmediği veya beklenmediği durumlarda anlam ve tutarlılık olduğunu birlikte fark etmelerini sağlar. Bu, hastada eylemlilik, özerklik ve öz tutarlılık duygularının yeniden canlanmasına ve hastanın klinisyen tarafından belirgin bir şekilde yansıtıldığını hissetmesi nedeniyle ("İşte korkunç duygulardan kaçmayan ve beni anlıyor gibi görünen biri"), epistemik güvenin artmasına ve zihinselleştirmenin (yeniden) ortaya çıkmasına (değişikliklere yol açar) yol açar.

Machine Translated by Google

İletişim sistemleri 1 ve 2'de). Hasta tamamen çaresiz veya umutsuz hissettiğinde bile "hastanın yanında kalarak", klinisyen endişe, eylemlilik ve duygulanımın tolere edilebilirliğini, ne kadar zor olursa olsun, iletir. Bu meraklı ancak bilgisiz duruşun, depresif hastanın ruh halinin tipik özelliği olan psişik eşdeğerliğin tam tersi olduğunu fark etmek önemlidir; çünkü psişik eşdeğerlik, zihinsel durumlar hakkında merak eksikliği (hipomentalizasyon) veya kendinin ve başkalarının zihinsel durumları hakkında aşırı kesinlik ile karakterize edilir. Psödomentalizasyon/taklit modu ve zihinselleştirmemeyi yansıtan diğer "doldurucular", bu modları kullanmanın getirdiği pratik başarı eksikliğiyle birlikte, depresif hastalarda araştırılmalıdır ("Şimdi, yardım edilemeyecek durumda olduğunuzu hissettiğinizi görebiliyorum, ancak bu hissin bugün size, bana ve bize gerçekten yardımcı olmadığını, çünkü az önce bu hissin o kadar cesaret kırıcı olduğunu ve artık neredeyse hiç düşünemediğinizi veya hissedemediğinizi kendiniz söylediniz").

MBT'de olduğu gibi, depresif hastalara yönelik MBT müdahalelerinin tipik başlangıç noktası daha genel olarak, bu nedenle aşağıdaki diziyi gerektirir.

1. Müdahaleler genellikle klinisyenin hastanın depresif ruh halinin bir sonucu olarak zihinselleştirmede bir kopukluk (yani psişik eşdeğerlik, taklit modu veya teleolojik düşünce modu) tespit etmesiyle başlar ("Bu işe yaramaz, bunun bizi nereye götüreceğini göremiyorum").
2. Hasta ve klinisyen daha sonra kesintiden önceki ana "geri sararlar" Zihinselleştirme, klinisyenin zihinselleştirmedeki bu hataya katkıda bulunmuş olabilecekleri olasılığını açmasıyla ("Böyle hissetmenize sebep olan ne oldu? Bu benim söylediğim bir şeyle mi ilgili?").
3. Daha sonra klinisyen ve hasta, odaklanarak mevcut duyguyu keşfeder. hasta ve klinisyen arasındaki anlık duygusal durumu belirleme (duygusal odaklanma) ("Eşinizden bahsediyorduk, sonra size aradığında nasıl hissettiğinizi sordum, sonra çok üzüldünüz ve kendinizi aşırı derecede eleştirdiniz – olan bu muydu?").
4. Klinikçinin zihinselleştirmedeki hataya olası katkısı belirlenir. ve kabul etti ("Ah, anladım, seni aradığında çok incinmişsin ve sonra bu duygular hakkında konuşmak zorunda kalmışsın").
5. Mümkün ve uygunsa, klinisyen ve hasta daha sonra durumu anlamaya çalışır. Hasta-hekim ilişkisinin mevcut durumunda örtük olan zihinsel durumlar (yani, terapötik ilişkiyi zihinselleştirmek için) ("Ve sonra sana nasıl hissettirdiğini sordum, bu sadece üzüntü ve değersizlik duygularını artırdı - olan bu muydu? Ah, şimdi anlıyorum ve itiraf etmeliyim ki ben de üzgün ve çaresiz hissetmeye başladım").

Depresyon hastalarının tedavisinde klinisyenin aşağıdaki prensipleri benimsemesi de hayati önem taşımaktadır.

Örnek bir alçakgönüllülük, bilmeme duruşuyla tutarlıdır ("Bana anlattığın için memnunum, çünkü geçen gün seni ne kadar incittiğini fark etmemiştim. Seni kızdırdığını düşünmüştüm, bu yüzden bana ne hissettiğini söylemenin ne kadar önemli olduğunu ve seni ne kadar kolay yanlış anlayabildiğimi görüyorsun").

Özellikle depresif zihin durumları, hasta ve klinisyen arasında kolaylıkla benlik-başkaları arasında karışıklığa ve dolayısıyla benzer duygulara yol açabileceğinden, bakış açılarındaki farklılıkları belirlemeye devam edin ("Hayatın anlamsız olduğunu düşünebilirsiniz, ancak ben farklı düşünüyorum çünkü torunlarınızla oynamak gibi hayatın bazı yönlerinden keyif aldığınızı görüyorum").

Machine Translated by Google

Aktif sorgulamaya devam edin, açıklamalar ("neden" soruları) yerine deneyimin ayrıntılı açıklamalarını isteyin ("Peki, o gelmediğinde ne hissettin?").

Hastanın anlattığı her şeyi anlama ihtiyacından kaçının; bu, özellikle hasta rol yapma modundayken önemlidir. Bu durumda, klinisyen durmalı ve hastanın zihinselleştirmesinin daha güçlü olduğu bir noktaya geri dönmelidir ("Üzgünüm, ama beni orada kaybettiniz, daha önce söylediklerinize geri dönebilir miyiz?").

Bu nedenle, depresif hastalarla çalışırken, klinisyenin hastanın depresif zihin durumlarıyla karşılaştığında zihinselleştirme kapasitesini sürekli olarak kaybetme riski altında olduğunun farkında olması zorunludur. Bu bağlamda zihinselleştirme kaybı, klinisyen tarafından genellikle "çemberler içinde koşma" veya "kara bir deliğe çekilme" deneyimleri olarak deneyimlenir. Bu, klinisyende psişik eşdeğerlik işlevine ("Kayboldum, bu hastaya yardım edilemez, artık ne yapacağımı veya söyleyeceğimi bilmiyorum") veya klinisyenin somut bir şekilde müdahale edebileceği (örneğin, hastayı hastaneye yatırarak) teleolojik moda yol açabilir. Elbette, bu tür zihinselleştirme kayıpları depresif hastaların tedavisinde kaçınılmazdır ve klinisyen ile hastanın bu tür olaylara yol açan (kişilerarası) deneyimleri birlikte keşfetmesini gerektirir.

Son olarak, şiddetli depresyon hastalarında, hem önceden var olan kişilikle ilgili kırılganlık hem de depresyon geçmişi, kişilerarası çevrelerinde önemli "izler" bırakmış olabilir. Şiddetli depresyon hastaları çoğu zaman sosyal olarak izole olmuş veya uzun süreli kişilerarası çatışmalara sürüklenmişlerdir. Bu nedenle, depresyon için MBT'de, bu hastaların kendileri ve başkalarıyla ilişki kurmanın yeni yollarını denemelerine yardımcı olmaya ve salutogenez (iletişim sistemi 3) kapasitesini geliştirmeye büyük önem verilmektedir. Özellikle önemli kişilik sorunları olan hastalarda, bireyin sosyal çevresinde gerekli değişiklikleri yapmasına yardımcı olmak için daha geniş kapsamlı bir sistemik yaklaşım (örneğin, hastanın aile hekimini ve uygun durumlarda sosyal hizmetleri dahil etmek) önerilmektedir.

Depresyon İçin Dinamik Kişilerarası Terapi

DIT, zihinsel temsil ve zihinselleştirme yaklaşımlarını birleştiren bütünleyici bir tedavi yöntemidir [8,52]. Bu nedenle, MBT'nin merkezinde yer alan tedavi prensiplerini ve müdahalelerini zihinsel temsil odağıyla birleştirir; yani, ilk seanslarda hastayla birlikte kişilerarası duygusal bir odak (IPAF) oluşturulur ve ardından tedavinin odağı olarak kullanılır. IPAF, MBT'deki geleneksel vaka formülasyonunun (Bölüm 4'te açıklanmıştır) bir uzantısı olarak görülebilir. Aradaki fark, DIT'te odak noktasının tedavideki vaka formülasyonunun içeriğine çok daha fazla odaklanılması, MBT'de ise odak noktasının içeriği oluşturan zihinsel süreçler olmasıdır. DIT, bu nedenle hastayla etkileşim halinde IPAF'yi geliştirmek ve tedavi sırasında bunun üzerinde çalışmak için daha geleneksel psikodinamik içgörü odaklı veya ifade edici teknikleri de içerir. Bununla birlikte, zihinselleştirme odağı, hastalarda değişimi teşvik eden daha yönlendirici müdahalelerle birlikte, tedavinin bireysel hasta ihtiyaçlarına ve kapasitelerine göre uyarlanmasına olanak tanır.

MBT'de olduğu gibi, aktarım yorumlamaları ("terapötik ilişkiyi zihinselleştirme") önemsizleştirilir ve esas olarak, özellikle güçlü ilişkisel duyarlılığa sahip hastalarda, hastanın tedaviyi erken sonlandırmasını önlemek amacıyla, IPAF'ı burada ve şimdi netleştirmek için kullanılır. Bu görüş, yüksek aktarım yorumlama sıklığı ile hem

Machine Translated by Google

Terapötik ilişki ve tedavinin sonucu, yüksek işlevsellik seviyelerine sahip hastalarda bile [53,54] önemlidir. Benzer şekilde, DIT'deki ana odak noktası, hastanın depresif semptomlarıyla ilişkili mevcut (kişilerarası) işlevselliğidir ve bu nedenle DIT, geleneksel psikodinamik yaklaşımlara kıyasla geçmiş deneyimlere daha az odaklanır (geçmiş deneyimler elbette hastanın mevcut işlevselliğiyle bağlantılı olarak incelense de).

Orijinal DIT modeli, 16 seanslık, zaman sınırlı bir müdahaledir. Daha sonra, 20 haftalık seans ve ardından altı iki haftada bir seans ve iki aylık takip seanslarından oluşan 28 seanslık genişletilmiş bir model olan DITCC, daha belirgin kişilik sorunları olan hastalarda epistemik güven ve zihinselleştirme sorunlarına daha fazla odaklanılarak geliştirilmiştir.

Orijinal DIT modeli, her biri kendine özgü amaçları ve tedavi stratejileri olan üç aşamadan (başlangıç, orta ve son) oluşur. Başlangıç aşamasının (1-4. seanslar) temel görevi, hastanın depresif semptomlarının başlangıcı ve/veya devamı ile ilişkili, temel, tekrarlayan bilinçdışı kişilerarası örüntü (veya bağlanma stili) olan IPAF'ı hastayla birlikte belirlemek ve formüle etmektir. Bu örüntü, DIT modelinin zihinsel temsil yaklaşımlarındaki köklerini gösteren dört bileşenden oluşur: (a) belirli bir benlik temsili (örneğin, "Değersizim"); (b) hastanın tipik kişilerarası tarzını karakterize eden ve depresif semptomların başlangıcıyla bağlantılı olan tipik bir başkaları temsili ("Başkaları beni her zaman eleştirir"); (c) bu benlik-diğerleriyle ilişkili temsillerle bağlantılı belirli duygulanım(lar) (örneğin, depresyon, üzüntü ve kaygı); ve (d) IPAF'ın savunmacı dizilimi (örneğin, altta yatan saldırganlık duygularına karşı savunma). Tedavide, bu tekrarlayan örüntü, depresif semptomlarla ilişkisi ve yüksek (kişilerarası) maliyetleri araştırılır. Hasta artan içgörü ve daha büyük zihinselleştirme kapasiteleri geliştirdikçe, başkalarıyla ilişki kurmanın yeni yollarını keşfetmeye ve denemeye teşvik edilir; bu da onların "eski" örüntülerinden vazgeçmelerine yol açar. Bu, genellikle, üzerinde anlaşılan IPAF'a odaklanmayı sürdürmeyi ve hastanın IPAF'ın kişilerarası "maliyetlerini" (zihinsel temsil odağı) belirlemesine yardımcı olmayı ve aynı zamanda hastanın düşünceler ve duygular üzerinde düşünme kapasitesini (zihinselleştirme odağı) geliştirmeyi içeren DIT'nin orta aşamasında gerçekleşir. Hasta ve klinisyen bir IPAF formüle etmekte zorlandığında veya hastanın iki zıt IPAF'ı varmış gibi göründüğünde (örneğin, hasta başkalarının kurbanı olduğunda, ancak aynı zamanda başkalarına karşı aşırı eleştirel göründüğünde), hastanın dağınık bir bağlanma stiline sahip olması muhtemeldir. Bu durumda, DIT önerilmez, çünkü ne hasta ne de klinisyen, zihinsel temsil perspektifinden tam olarak neyi ele almaya çalıştıklarından emin olamazlar; özellikle de hasta, iki karşıt örüntü ve bunların birbiriyle ilişkisi üzerinde düşünme zihinselleştirme kapasitesinden yoksun olabilir. Bu durum, zihinsel temsil ve zihinsel süreç odağı arasındaki ayrımın önemini bir kez daha vurgular.

DIT'nin son aşaması, hastanın değişimleri pekiştirmesini ve iletişim sistemi 3'teki değişime odaklanmaya uygun olarak, salutogenez kapasitesini geliştirmesini sağlamaya adanmıştır. Bu aşama, klinisyenin hastaya başlangıçta kararlaştırılan formülasyonu, tedavi sırasında kaydedilen ilerlemeyi ve son aşamada ve tedavi bittikten sonra yapılması gereken çalışmaları içeren bir "veda mektubu" yazmasıyla başlatılır. Yine, tedavinin sonuna doğru hastanın gösterdiği aşırı tepkiler, tedavinin yaklaşan sonu, terk edilme veya saldırganlık duygularına dair güçlü kaygılar yaratabileceğinden, daha ciddi altta yatan sorunların göstergesi olabilir.

Machine Translated by Google

Bu nedenle, son aşama terapötik ilerlemenin ölçülmesinde önemli bir rol oynar. Bu nedenle, DITCC'de bu aşama, hastanın kendisiyle ve başkalarıyla ilişki kurmanın yeni yollarını denemesine olanak tanırken, aynı zamanda tedavinin sonlanmasıyla ilgili olası sorunları çözebileceği bir "güvenli liman" sağlamak için uzatılmıştır.

Sonuç Olarak Depresyonun

kavramsallaştırılması ve tedavisine yönelik zihinselleştirme yaklaşımı, depresyon belirtilerinin bağlanma ilişkilerine yönelik tehditlere (ve dolayısıyla benliğe yönelik tehditlere) ve depresif belirtilerin başlangıcından önce mevcut olabilecek ve/veya depresif ruh haliyle daha da kötüleşebilecek zihinselleştirmedeki ilişkili bozukluklara verilen tepkilerden kaynaklandığı varsayımından yola çıkar. Bu varsayımlara dayanarak, depresif hastalar, depresif deneyimlerinin doğası, tipik zihinselleştirme bozuklukları, baskın bağlanma stilleri ve epistemik güven bozukluklarının doğası arasındaki farklılıklara dayalı bir şiddet yelpazesinde görülebilir. Bu bölüm, depresyon tedavisine yönelik bir dizi zihinselleştirme temelli yaklaşımın temel ilkelerini ve bu ilkelerin, zihinselleştirme kapasiteleri tarafından tanımlanan şiddet yelpazesindeki konumlarına bağlı olarak bireysel hastalara nasıl uyarlanabileceğini özetlemiştir.

Referanslar

1. Cuijpers P, Stringaris A, Wolpert M. Depresyon tedavisinin sonuçları: zorluklar ve fırsatlar. Lancet Psikiyatri 2020; 7: 925–27.

2. Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. On beş kanıtın etkileri- Yetişkin depresyonu için desteklenen terapiler: meta-analitik bir inceleme. Psychother Res 2020; 30: 279–93.

3. Rost F, Luyten P, Fearon P, Fonagy P. Tedaviye dirençli depresyonu olan bireylerde kişilik ve sonuçlar: Tavistock Yetişkin Depresyon Çalışması'nda (TADS) farklı tedavi etkilerinin incelenmesi. J Consult Clin Psychol 2019; 87: 433–45.

4. Luyten P, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları için psikodinamik tedavi: zihinselleştirici bir bakış açısı. Choi-Kain L, Gunderson J, editörler. Sınırda Kişilik Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları: Tartışmalar ve Uzlaşı. New York, NY: Springer, 2014; 223–51.

5. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E ve diğerleri. Psikoterapinin etkileri Yetişkin depresyonu abartılıyor: Çalışma kalitesi ve etki büyüklüğünün meta analizi. Psychol Med 2010; 40: 211–23.

6. Fonagy P, Edgcumbe R, Moran GS ve diğerleri. Terapötik eylemde zihinsel temsillerin ve zihinsel süreçlerin rolleri. Psikanalitik Çocuk Çalışması 1993; 48: 9–48.

7. Luyten P, Blatt SJ, Fonagy P. Psikodinamik ve bilişsel davranışçı yaklaşımlarda depresyon ve intiharda benlik yapılarındaki bozulmalar: klinik uygulama ve araştırma için çıkarımlar. Int J Cogn Ther 2013; 6: 265–79.

8. Lemma A, Target M, Fonagy P. Kısa Dinamik Kişilerarası Terapi: Bir Klinisyenin Rehberi. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2011.

9. Fonagy P, Lemma A, Target M ve diğerleri. Orta ve şiddetli depresyon için dinamik kişilerarası terapi: pilot randomize kontrollü ve uygulanabilirlik çalışması. Psychol Med 2020; 50: 1010–19.

10. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL ve diğerleri. Majör depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu yeniden ele alındı: uzunlamasına etkileşimler. J Clin Psychiatry 2004; 65: 1049–56.

Machine Translated by Google

11. Rao AS, Lemma A, Fonagy P ve diğerleri. Karmaşık bakımda dinamik kişilerarası terapinin geliştirilmesi (DITCC): bir pilot çalışma. Psikoanal Psikoterapi 2019; 33: 77–98.

12. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. Psikopatolojiye zihinselleştirici yaklaşım: son teknoloji ve gelecekteki yönler. Annu Rev Clin Psychol 2020; 16: 297–325.

13. Luyten P, Fonagy P. Depresyona bütüncül bir gelişimsel psikopatoloji yaklaşımı. Jiménez JP, Botto A, Fonagy P, editörler. Depresyonda Etiyopatojenik Teoriler ve Modeller. Cham, İsviçre: Springer, 2022; 245–63.

14. Luyten P, Fonagy P. Fonksiyonel somatik bozuklukları olan hastalar için psikodinamik psikoterapi ve yol iyileşmeye. Am J Psychother 2020; 73: 125–30.

15. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Beyin Duygudurum bozukluklarında yapısal ve işlevsel anormallikler: Depresyonun nörodevre modelleri için çıkarımlar. Beyin Yapısı Fonksiyonu 2008; 213: 93–118.

16. Savitz J, Drevets WC. Bipolar ve majör depresif bozukluk: Gelişimsel-dejeneratif ayrımın nörogörüntülenmesi. Neurosci Biobehav Rev 2009; 33: 699–771.

17. Johnson MK, Nolen-Hoeksema S, Mitchell KJ, Levin Y. Medial korteks aktivitesi, öz-yansıtma ve depresyon. Soc Cogn Affect Neurosci 2009; 4: 313–27.

18. Moore MT, Fresco DM. Depresif gerçekçilik: meta-analitik bir inceleme. Clin Psychol Rev 2012; 32: 496–509.

19. Luyten P, Fonagy P, Lemma A, Target M. Depresyon. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2012; 385–417.

20. Panksepp J, Watt D. Depresyon neden acı verir? Depresif duygulanımın oluşumunda atalardan kalma birincil süreç ayrılık sıkıntısı (PANİK/KEDER) ve azalmış beyin ödülü (ARAMA) süreçleri. Psikiyatri 2011; 74: 5–13.

21. Gilbert P. Evrim ve depresyon: sorunlar ve çıkarımlar. Psychol Med 2006; 36: 287–97.

22. Davey CG, Yucel M, Allen NB. Ergenlikte depresyonun ortaya çıkışı: prefrontal korteksin gelişimi ve ödül temsili. Neurosci Biobehav Rev 2008; 32: 1–19.

23. Bowlby J. Bağlanma ve Kayıp: Ayrılık. New York, NY: Basic Books, 1973.

24. Spitz RA. Hastanecilik: Erken çocukluk döneminde psikiyatrik durumların oluşumuna dair bir araştırma. Psikanalitik Çocuk Çalışması 1945; 1: 53–74.

25. Brown GW, Harris TO, Craig TKJ. Güvensiz bağlanma ve ebeveyn istismarının yetişkinlerde klinik depresyonun görülme sıklığı ve seyri üzerindeki etkisinin incelenmesi. Psychol Med 2019; 49: 1025–32.

26. Dagan O, Facompre CR, Bernard K. Yetişkin bağlanma temsilleri ve depresif belirtiler: Bir meta-analiz. J Affect Disord 2018; 236: 274–90.

27. Spruit A, Goos L, Weenink N ve diğerleri. Çocuklarda ve ergenlerde bağlanma ve depresyon arasındaki ilişki: çok düzeyli bir meta-analiz. Clin Child Fam Psychol Rev 2020; 23: 54–69.

28. Khan F, Fraley RC, Young JF, Hankin BL. Çocuk ve ergenlerde bağlanma ve depresif semptomların gelişimsel yörüngeleri. Attach Hum Dev 2020; 22: 392–408.

29. Lecompte V, Moss E, Cyr C, Pascuzzo K. Okul öncesi bağlanma, öz saygı ve ergenlik öncesi kaygı ve depresif semptomların gelişimi. Attach Hum Dev 2014; 16: 242–60.

30. MacGregor EK, Grunebaum MF, Galfalvy HC ve diğerleri. Depresif ebeveynlerin bağlanması: Uzunlamasına bir aile çalışmasında çocukların intihar davranışı üzerindeki etkiler. J Clin Psychiatry 2014; 75: 879–85.

31. Luyten P, Fonagy P. Depresyonun stres-ödül-zihinselleştirme modeli: Araştırmaya dayalı çocuk ve ergen depresif bozukluğuna bütünleyici bir gelişimsel basamak yaklaşımı

Machine Translated by Google

Alan Kriterleri (RDoC) yaklaşımı. Klinik Psikoloji Dergisi 2018; 64: 87–98.

32. Fischer-Kern M, Tmej A. Mentalizasyon ve depresyon: teorik kavramlar, tedavi yaklaşımları ve ampirik çalışmalar – genel bir bakış. Z Psychosom Med Psychother 2019; 65: 162–77.

33. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C ve diğerleri. Çocukluk çağı ihmal/istismarı ile yetişkinlik dönemindeki depresyon ve kaygı arasında aracı olarak yetişkin bağlanma stili. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41: 796–805.

34. Styron T, Janoff-Bulman R. Çocuklukta bağlanma ve istismar: Yetişkinlerde bağlanma, depresyon ve çatışma çözümü üzerindeki uzun vadeli etkiler. Çocuk İstismarı Negl 1997; 21: 1015–23.

35. Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS, Chauhan P. Yetişkin bağlanma stili, çocukluk çağı kötü muamelesi ile zihinsel ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiye aracılık ediyor mu? Fiziksel sağlık sonuçları? Çocuk İstismarı Negl 2018; 76: 533–45.

36. Blatt SJ. Depresyon Deneyimleri: Teorik, Klinik ve Araştırma Perspektifleri. Washington, DC: Amerikan Psikoloji Derneği, 2004.

37. Beck AT. Depresyonun bilişsel terapisi: yeni bakış açıları. Clayton PJ, Barrett JE, editörler. Depresyon Tedavisi: Eski Tartışmalar ve Yeni Yaklaşımlar. New York, NY: Raven Press, 1983; 265–90.

38. Blatt SJ, Luyten P. Psikopatolojiye yapısal-gelişimsel psikodinamik bir yaklaşım: yaşam boyu deneyimin iki kutupluluğu. Dev Psychopathol 2009; 21: 793–814.

39. Luyten P, Blatt SJ. Kişilerarası normalde ilişkililik ve öz tanımlama ve bozulmuş kişilik gelişimi: geriye dönük bakış ve beklenti. Am Psychol 2013; 68: 172–83.

40. Luyten P, Blatt SJ, Van Houdenhove B, Corveleyn J. Depresyon araştırması ve tedavisi: Diskin gideceği yere doğru mu kayıyoruz? Clin Psychol Rev 2006; 26: 985–99.

41. Fonagy P, Luyten P. Gelişimsel, zihinselleştirmeye dayalı bir yaklaşım Sınırda kişilik bozukluğunun anlaşılması ve tedavisi. Dev Psychopathol 2009; 21: 1355–81.

42. Hukukçu EL. Zihinselleştirilmiş duygulanım. Psikanalitik Psikoloji 2005; 22: 426–44.

43. Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA. Duygusal Farkındalık Düzeyleri Ölçeği: Duyguların bilişsel-gelişimsel bir ölçüsü. J Pers Assess 1990; 55: 124–34.

44. Taylor GJ, Bagby RM. Psikanaliz ve ampirik araştırma: aleksitimi örneği. J Am Psychoanal Assoc 2013; 61: 99–133.

45. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA ve diğerleri. Duygusal farkındalık ve ifade terapisi, bilişsel davranışçı terapi ve fibromiyalji eğitimi: küme-rastgele kontrollü bir çalışma. Ağrı 2017; 158: 2354–63.

46. Luyten P, De Meulemeester C, Fonagy P. Somatik semptom bozukluğu olan hastalarda psikodinamik terapi. Kealy D, Ogrodniczuk JS, editörler. Çağdaş Psikodinamik Psikoterapi: Gelişen Klinik Uygulama. Philadelphia, PA: Academic Press, 2019; 191–206.

47. Bateman A, Campbell C, Luyten P, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğunun tedavisinde yaygın faktörlere yönelik zihinselleştirme temelli bir yaklaşım. Curr Opin Psychol 2018; 21: 44–9.

48. Bateman A, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu tedavisi gören hastaların 8 yıllık takibi: Mentalizasyona dayalı tedavi her zamanki tedaviye karşı. Am J Psychiatry 2008; 165: 631–8.

49. Smits ML, Feenstra DJ, Bales DL ve diğerleri. Gündüz hastanesi ile yoğun ayaktan mentalizasyona dayalı tedavi: Çok merkezli randomize klinik bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu nedeniyle tedavi edilen hastaların 3 yıllık takibi. Psychol Med 2022; 52: 485–95.

50. Rossouw TI, Fonagy P. Ergenlerde kendine zarar verme davranışına yönelik zihinselleştirme temelli tedavi: rastgele kontrollü bir çalışma deneme. J Am Acad Çocuk Ergen Psikiyatrisi 2012; 51: 1304–13.

Machine Translated by Google

51. Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurenssen EM ve diğerleri. Kişilik patolojisi olan ergenlerde hastalık yükü: yaşam kalitesi ve maliyetler. J Personal Disord 2012; 26: 593–604.

52. Lemma A, Hedef M, Fonagy P. Depresyon için kısa bir psikodinamik protokolünün geliştirilmesi: Dinamik Kişilerarası Terapi (DIT). Psikoanal Psikoterapi 2010; 24: 329–46.

53. Høglend P. Psikodinamik psikoterapide aktarımın analizi: ampirik araştırmaların bir incelemesi. Can J Psychoanal 2004; 12: 279–300.

54. Høglend P, Bøgwald KP, Amlo S ve diğerleri. Dinamik psikoterapide aktarım yorumları: Gerçekten kalıcı etkiler sağlıyor mu? Am J Psychiatry 2008; 165: 763–71.

Machine Translated by Google

Bölüm 10

Psikoz

Giriş Geçtiğimiz

15 yıl boyunca, klinisyenler şizofreni spektrum bozuklukları ve diğer psikoz bozuklukları olan hastaların psikoterapötik tedavisini bilgilendirmek için zihinselleştirmeye dayalı tedavinin (MBT) klinik çerçevesini kullanmaya çalıştılar* [1–5].
Birçok farklı ülkedeki klinisyenler, yöntemlerini MBT unsurlarını içerecek şekilde uyarlamış ve hastalarına psikoz için MBT bilgili terapi sağlamanın farklı yollarını önermişlerdir [5–7]. Bu öncü adımlar şu alanlarda son derece faydalı olmuştur:

1. MBT bilgili yaklaşımın uygulanabilirliği ve kabul edilebilirliğine ilişkin ön kanıtların sağlanması Psikoz hastalarında terapi 2. Bu hasta grubunun ihtiyaçlarını, özellikle klinik profilleri ve hastalık şiddeti açısından belirlemek 3. MBT eğitimli klinisyenlerin psikozlu bireylerin yaşadığı acı ve yabancılaşmayı hafifletme çabalarında yaratıcılıklarını teşvik etmek.

Kavramsal gelişmelerin yanı sıra [8,9], bu klinik gelişmeler psikoza yönelik MBT yaklaşımının temel bileşenlerinin belirlenmesine katkıda bulunmuştur. Ancak bugüne kadar, psikoza yönelik MBT yaklaşımının temel bileşenlerini özetleyen kapsamlı bir çerçeve yalnızca kısmen önerilmiştir [10,11]. Bu bölümde, psikoza yönelik MBT'nin erken uyarlamalarından elde edilen mevcut deneysel ve klinik bilgileri bir araya getirmeye ve bunları temel MBT modelindeki son gelişmelerle birleştirmeye çalışacağız (bkz. Bölüm 4). Bu bölümün temel amacı, MBT modelinin psikotik bozukluklara uygulanmasının temel prensiplerini sunmak ve örneklendirmektir.

Psikoz İçin MBT Klinik Yaklaşımı Psikopatolojinin çeşitli klinik

sunumlarına yönelik MBT'nin diğer uyarlamalarından farklı olarak, psikotik bozukluklara yönelik MBT yaklaşımı, bireyin psikolojik sorunlarının başlangıcıyla ilişkili olarak yaşını ve geçmişini dikkate alır ve hem evreleme yaklaşımı [12] hem de işlevsel etkisinin şiddeti [10] açısından bozukluğun şiddetinin değerlendirilmesini gerektirir. Bu alanların her ikisi de, bir sonraki bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınan tedavinin yapısını ve amaçlarını etkileyecektir.

MBT'nin gelişimsel yaklaşımına uygun olarak ve şizofreni spektrumu üzerine yapılan çağdaş klinik araştırmalarla uyumlu olarak [13], psikotik bozukluklar anlaşılmaktadır

* Bu bölümde, DSM-V kategorisi Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar'a [1] atıfta bulunmak için "psikoz" ve "psikotik bozukluklar" terimleri birbirinin yerine kullanılacaktır.

Machine Translated by Google

(nöro)gelişimsel bozukluklar olarak. Daha da önemlisi, psikotik bozuklukların etiyolojisi büyük olasılıkla güçlü ve anlamlı bir genetik temele dayanmaktadır [14]. Bu, erken çevresel olumsuzlukların rol oynamadığı anlamına gelmez; aksine, birçok gelişimsel çalışma, Paul E. Meehl'in psikososyal stres ve poligenetik güçlendiriciler arasındaki etkileşimler olarak adlandırdığı şeyi ortaya çıkarmaktadır [15,16]. Erken olumsuzluk, gelişimsel travma ve bağlanma güvensizliğinin her birinin psikotik bir bozukluğun başlangıç riskini artırmaya katkıda bulunabileceği en az beş nörobiyolojik yol vardır (bir inceleme için bkz. Debbané ve ark. [9]). Bu nedenle, MBT'nin başlangıç/formülasyon aşamasında gerekli olduğu gibi, hastanın ilişki örüntülerinin, stresli yaşam olaylarının ve gelişimsel travmasının dikkatli bir geçmişi, psikozun ortaya çıktığı bağlamı (bu bölümün ilerleyen kısımlarında yer almaktadır) ve bireyin yaşamındaki farklı işlevsel alanları nasıl etkilediğini çerçevelemeye yardımcı olur.

Klinik bir bakış açısından, MBT'yi bilgilendiren böyle bir gelişimsel modelin şunları gerektirdiğini söyleyebiliriz: üç ana klinik eylem:

1. Hastanın hastalığının gelişim evresinin değerlendirilmesi 2. Hastanın sosyal kaynaklarının, hastalığın tedavisine katkıda bulunacak faktörler olarak belirlenmesi araya girmek
3. Klinik problemin birlikte oluşturulmuş temsilleriyle tedaviye başlamak için tedavi hedeflerini ve engellerini formüle etmek, hastanın ve klinik ekibin ve bakım ağının bakış açılarını bütünleştirmek.

Zihinselleştirmenin ihtiyaçlar ve duygular hakkında iletişim kurmak için bir araç olarak nasıl kullanılabileceğini modelleyen bir formülasyonla başlayıp, güvenli ve anlamlı ilişkiler kurmayı ve sosyal ve profesyonel ortamlarla bağ kurmayı amaçlayan bir iş birliğiyle ilerleyeceğiz. Aşağıdaki bölümlerde, Robert'ın klinik örneğini kullanarak bu üç klinik referans noktasının her birini ayrı ayrı inceleyeceğiz.

Klinik Örnek: Robert Robert,

"sanatıma ilgi gösteren potansiyel müşterilerle konuşabilmek" için tedavi arayan 39 yaşında bir adamdır. Robert'a ilk olarak şizofreni teşhisi 23 yaşında konuldu. Yirmili yaşlarında iki kez ve otuzlu yaşlarında bir kez nüksetti/hastaneye yattı; hepsi de romantik ilişki başlatma girişimlerinin başarısız olması bağlamındaydı ve bu girişimler her seferinde sanrısal sendromlara, görsel ve işitsel halüsinasyonlara ve sonunda hastaneye yatırılmaya yol açtı. İlk hastaneye yatışı neredeyse bir yıl sürdü, ikinci ve üçüncü hastaneye yatışlar daha kısa sürdü (3 ay) ve 33 yaşındayken en sonuncusu yaklaşık 1 ay sürdü. Robert, çocukluğunu ailesinden, özellikle de ev hanımı olan annesinden ayrılma korkusuyla geçirdiğini hatırlıyor. Robert, annesini "çok eleştirel ve yalnız bir kadın" olarak tanımlıyor. Askeri mühendis olan babasıyla ilişkisini ise mesafeli olarak tanımlıyor. Kendini, içinde sürekli bir sorun olduğunu hisseden hafif kilolu bir çocuk olarak hatırlıyor. Vücudu her zaman garip, savunmasız ve öngörülemez bir yer gibi hissettiriyordu ve genç bir yetişkin olarak, kadınlarla herhangi bir temas yoluyla hayatını sonlandırabilecek hastalıklara yakalanma konusunda ciddi bir kaygı yaşıyordu. Robert'ın ilk psikotik krizi, sosyoloji alanında yüksek lisans yapmak için bir üniversite kampüsüne taşındıktan yaklaşık 18 ay sonra yaşandı.

O zamana kadar, esrarın sosyal kullanımı, yeni üniversite ortamında günlük, yalnız kullanıma dönüşmüştü. İlk yıl kendini çok yalnız hissetmiş ve sonunda romantik duygularını uzun zamandır birlikte olduğu bir kadın arkadaşına açmış, ancak reddedilmişti.

Machine Translated by Google

Sonraki aylarda, insanlara karşı doğal şüpheciliği, sınıf arkadaşlarının ve öğretmenlerin niyetleri hakkında paranoyak düşüncelere yol açtı. Öyle ki, yurt binasına çekilip gün boyu banyo yapmaya başladı çünkü "sadece suya girdiğimde kendimi güvende hissediyordum". Yatak odasının tamamını suyla doldurmaya çalıştığı için hastaneye kaldırıldı. O noktada, davranışlarını yorumlayan ve ona tuhaf hareketler yapmasını emreden düşmanca sesler ve komut halüsinasyonları duydu.

Robert şu anda zamanının çoğunu, hepsi işsiz olan tanıdık yüzlerle tanışabileceği yerel bir barda geçiriyor. Psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle çalışamadığı için küçük bir sosyal yardım alıyor. Çeşitli resim teknikleri üzerine eğitim almış olması, bar arkadaşlarının dikkatini çekmiş. Bir arkadaşının arkadaşı, haftalık ve oldukça popüler bir açık hava pazarında resimlerini sergilemesi için ona birkaç metrekarelik bir alan teklif etmiş. Resimleri büyük ilgi görse de, potansiyel müşterilerle iletişim kurma becerisinden yoksun.

Hastalığın Gelişim Evresinin Değerlendirilmesi Aşağıdaki bölümde, psikoz için MBT'nin hastalığın herhangi bir evresinde faydalı olabileceğini akılda tutarak, Robert'ın hastalığının ilerlemesinin farklı evrelerini ele alacağız. İlk olarak, Robert'ın psikotik hastalığının gelişimsel ve klinik sürekliliği boyunca dört farklı dönemi ayırt edeceğiz [17]: 1. hastalık öncesi evre 2. klinik olarak yüksek riskli evre 3. psikozun ilk atağı 4. psikoz yörünge evresi.

Hastalık öncesi evre, genetik ve perinatal risk, çocukluk ve ergenlik dönemi çevresel risk faktörleri (örn. zorbalık, esrar kullanımı) ve kişilik faktörleri (örn. şizotipi; bkz. Lenzenweger [18]) gibi uzak risk faktörlerinin etkileşime girdiği, döllenmeden ergenliğe kadar olan dönemi kapsar. Robert'ın durumunda, hastalık öncesi belirtiler arasında ailede şizofreni öyküsü (baba tarafından büyükbabasını ve amcasını etkileyen) ve belki de kendi bedeniyle ilgili huzursuzluk, kendisiyle ilgili bir şeylerin doğru olmadığı hissi ve ergenlik döneminde bir miktar utangaçlık ve sosyal geri çekilme gibi ince şizotipal belirtiler yer alır. Elbette bu belirtiler, içselleştirme sorunlarının da sonucu olabileceğinden uygun bir değerlendirme gerektirir. İlginç bir şekilde, son araştırmalar psikoz başlangıcından önce gelen en yaygın hastalık öncesi psikopatolojik belirtilerin duygudurum bozuklukları, uyuşturucu kullanımı ve anksiyete bozuklukları olduğunu bulmuştur [19].

Sonra, klinik yüksek risk aşamasında, algısal, bilişsel veya davranışsal anormallikler gibi alt sendromik semptomlar sıklıkla ortaya çıkar, ancak bunların sıklığı ve işlevsel etkisi psikoz spektrum bozuklukları için tanı eşiğinin altındadır (daha fazla bilgi için bkz. Schultze-Lutter ve ark. [20]). Bu aşama, önleme için önemli bir fırsat olabilir, çünkü bazı kişiler her zaman açıkça pre-psikotik semptomları bildirmeseler de profesyonel yardım isteyebilirler [12]. Robert için belirtiler arasında ince düşünce tıkanıklıkları, referans fikirleri (özellikle yabancıların ona ekstra ilgi gösterdiği izlenimi) ve aile evinde veya üniversite yurdunda yalnızken müzik çalması gibi psikotik benzeri deneyimler vardı (klinik yüksek riski değerlendiren klinik görüşmeler için bkz. Schultze-Lutter ve ark. [21]). Robert bu fenomenler için yardım aramadı - her ne kadar bunlar yaklaşık 1 yıl önce başlamış olsa da

Machine Translated by Google

esrar kullanımını artırdığında, bunları en iyi yeni esrar alışkanlıklarıyla açıkladığını düşünerek görmezden geliyordu.

Robert'ın ilk psikotik atağı, en yakın arkadaşı tarafından fark edilmeden önce muhtemelen 1-2 ay sürdü. O noktada, haftalarca odasına kapanmış haldeydi ve belirli bir uzaylı türünün dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için geleceğine dair gizli bir inancı vardı; onları karşılamak ve etrafı gezdirmekle sorumluydu, böylece görevlerini tamamlayabilirlerdi. Bu ona hem anlamlı bir varoluş hissi hem de böylesine büyük bir sorumluluğun üstesinden gelemeyeceği konusunda yoğun bir korku veriyordu. Yağmurun gökyüzünden değil, yerden yağdığı hissi veya televizyonda izlediği tüm futbol maçlarının topun hiç saha dışına çıkmadan devam ettiği hissi gibi tuhaf olayları hatırlıyordu. Bu son izlenim, en yakın arkadaşını alarma geçirdi, ona sorular sordu ve ancak o zaman Robert'ın yaşadığı sanrısal durumun boyutunu fark etti.
Arkadaşı, Robert'ın ailesini ve üniversitenin ruh sağlığı ağını uyardı ve Robert'ın odasını su bastığı olayın ardından derhal müdahale edildi. Robert kısa süre sonra hastaneye kaldırıldı.

Gelişimsel süreç boyunca, psikozun ilk teşhisini takip eden yörüngeler, şematik olarak konuşursak, üç farklı rota izleyebilir. Hastaların neredeyse üçte biri ilk teşhisi alır ve tedavi, nüks olmaksızın remisyona yol açar [22]. İlk teşhisi alan hastaların üçte biri ila yarısı arasında kalan kısmı ise yaşam boyu süren bir tedavi, iyileşme ve nüks örüntüsü geliştirir [22]. Prognoz, kısmen bilişsel ve kişilerarası işlevsellik ve negatif semptomlar gibi hastalık öncesi faktörlere ve tedavi edilmemiş psikozun süresine bağlı görünmektedir [23]. Son olarak, hastaların geri kalanında (üçte birine kadar) genellikle tedaviye dirençli ve ciddi işlevsel eksikliklerin eşlik ettiği kronik bir psikoz durumu gelişir; bunlara bilişsel eksikliklerin yanı sıra otonom günlük işlevsellikte önemli bozulmalar da eşlik edebilir.

Robert'ın psikoza MBT bilgili bir yaklaşım sunan bir hizmetle hangi aşamada karşılaşmış olabileceğine bağlı olarak, tedavi müdahalelerinin başlangıçta o aşamanın klinik ihtiyaçlarına göre uyarlanması (tam açıklama için Armando ve ark. [12]'na bakınız) ve sonraki aşamalar için uyarlanması gerekecektir. İlke, ilk iki aşamada, koruyucu faktörleri güçlendirmek için MBT bilgili psikososyal ve psikoeğitsel tedavinin sağlanması, aile içinde veya genç yetişkinlerle grup yaklaşımı kullanılması ve psikozun klinik öncesi belirtilerinin (örneğin sanrısal düşünme, algısal anormallikler) doğası hakkında bir miktar psikoeğitim verilmesidir.

Önemlisi, bu aşamada hastanın stres faktörleri, anksiyete tetikleyicileri, depresif düşünceler ve sosyal geri çekilme açıkça belirtilmeli ve bakım ağıyla paylaşılmalıdır. Bireysel psikoterapi erişilebilir ve uygulanabilirse, bu da faydalı olabilir [3]. Mevcut risk daha sonra tam teşekküllü psikoza dönüşürse, hastanın psikoz için özel bakım sağlayabilen hizmetlere yönlendirilmesi gerekecektir. Yeme bozuklukları (bkz. Bölüm 12) veya antisosyal kişilik bozukluğu (bkz. Bölüm 7) olan hastaların tedavisinde olduğu gibi, MBT hastaların klinik ihtiyaçlarının tamamını karşılayabilen kapsamlı bir yaklaşım değildir. Genellikle, özel bakım ve zihinselleştirmeye dayalı yaklaşımlar konusunda eğitimli multidisipliner ekipler, müdahalenin potansiyel başarısını en üst düzeye çıkarmak için çok boyutlu tedavi planlarını hasta, aile ve hemşirelik/eğitim ekipleriyle zihinselleştirmeyi teşvik edecek şekilde uyarlayacaktır. AMBIT'e (Uyarlanabilir Zihinselleştirmeye Dayalı Bütünleyici Tedavi) benzer şekilde (bkz. Bölüm 17 ve [24]), uyarlanabilir bir klinik yaklaşım, zihinselleştirmeyi, çok düzeyli müdahalelere ideal olarak nüfuz eden aktif bir bileşen olarak uyarabilir.

Machine Translated by Google

Psikoz ilerlemesinin üçüncü ve dördüncü aşamalarında gereklidir. Klinik evreleme ve araçlar açısından, grup psikoeğitimi, aile seansları ve psikoterapi seansları, MBT klinik prensiplerinin temel uyarlamalarının bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklandığı MBT tekniklerini içerecektir.

Tedavideki Sosyal Kaynakların Belirlenmesi Psikoz hastaları, diğer ruh sağlığı teşhisleri olan bireylere kıyasla genellikle daha az önemli kişilerarası ilişkiye ve nispeten azalmış sosyal aktivitelere sahip olsalar da, klinisyenler, özellikle hasta güçlü negatif yoksunluk semptomlarından muzdaripse, hastanın hayatındaki bağlanma ilişkilerinin önemini sıklıkla küçümseyebilirler. Oysa kişilerarası ilişkiler, psikozla yaşayan hastaların yaşam kalitesi için merkezi öneme sahiptir [25,26]. Bu nedenle, hastanın erişebileceği temel kişilerarası ve bağlanma figürlerinin dikkatli bir şekilde analiz edilmesi, tedavinin başarısına önemli ölçüde katkıda bulunacaktır. Bu figürler genellikle aile üyelerini, diğer hizmet kullanıcılarını, toplumdaki kilit çalışanları veya hastanın hayatındaki diğer önemli bireyleri içerir. Temel kişilerarası ve bağlanma figürlerini desteklemek ve güçlendirmek, psikoz hastalarının yaşam kalitesini artırmak için en önemli tek faktör olabilir.

Klinik Örnek: Robert (devamı)

Robert'ın tanıklığı, psikoz sürecinde kişilerarası ilişkilerin merkezi önemi konusunda ikna edici. Zor dönemlerden kurtulmasına neyin yardımcı olduğu sorulduğunda, hemen iki kişiyi işaret etti:

ROBERT: Hastaneden ilk çıktığımda neredeyse konuşamıyordum. O zamanlar emekli olan babam, neredeyse iki günde bir 1 saatlik yürüyüş yapmamız konusunda ısrarcıydı. En az birkaç yıl boyunca düzenli yürüyüşler yaptık. İlk birkaç ay boyunca tek kelime etmedim; benden nefret ettiğine ikna olmuştum. Gerçekten kötü durumdaydım; sürekli yetişmemi bekliyordu. Bu yürüyüşlere katılmam konusunda ısrarcı olduğunu fark ettim ve bir şekilde bana karşı sabırlı olabildiğini keşfettim.
Aslında benimle vakit geçirmekten keyif aldığını anlamaya başladım. Bu beni... normal hissediyorum.

Hastanede geçirdiğim onca zamandan sonra, bir tanesi hariç tüm arkadaşlarımı kaybetmiştim. Üniversitedeki herkesi ilk uyaran oydu ve sonrasında yaşanan tüm karmaşada yanımdaydı.
Aslında nedenini bilmiyorum ama minnettarım. Bana her zaman Robert gibi davrandığını hissediyorum, aklını kaybetmiş bir deli gibi değil, tüm doktorların bana davrandığı gibi değil. O sadece benimleydi ve ben onun arkadaşı olarak kaldım. Herkesin seni akıl hastanesine kapatmak, senden kaçınmak veya sana güvenmemek istediği bir dünyada, onun benimle arkadaşlığını sürdürmesi son derece değerliydi. Hâlâ birlikte kahve içiyoruz ve bazen işleri yoluna koymasına yardımcı olabileceğimi hissediyorum.

Hastanın hayatındaki önemli kişiler sıklıkla şefkat yorgunluğu nöbetleri yaşar; psikoz semptomlarda dalgalanmalara veya (tekrar) hastaneye yatış ihtiyacına yol açtığında da cesaretleri kırılabilir. Önemli kişiler, hastanın güçlü kaçınması, karşılıksızlığı ve düşük enerjisi karşısında yardım etmeye çalışmaktan vazgeçebilir. Bakım ekibinin, hastanın kişilerarası ağında zihinselleştirmeyi aktif tutma konusundaki desteği, psikozla geçen süreç için kritik öneme sahiptir. Bu ilişkiler vaka formülasyonuna ve tedavi planına açıkça entegre edildiğinde, genellikle daha kolay dahil edilirler.

Machine Translated by Google

Zor dönemlerde ağ toplantıları. Psikoz sırasında olumlu gidişatı sürdürebilmek için bakım veren ortamın ihtiyaçlarını karşılamak önemli bir noktadır [27].

Ayrıca, diğer hizmet kullanıcılarıyla arkadaşlıkların gelişmesi ve hastanın yaşam kalitesine ve refahına önemli ölçüde katkıda bulunması muhtemeldir. Çoğu zaman, hizmet kapsamında psikososyal ve terapötik faaliyetlere katılmak hastalar için tek düzenli ve güvenilir sosyal aktivite olabilir. Bu çerçevede, arkadaşlıkların ve kişilerarası güven düzeylerinin izlenmesi, birçok hizmet kullanıcısı için refahın bir ölçütü görevi görecektir. Arkadaşlarla düzenli temas ile olumsuz semptomların azalması arasında ilişki olduğu bildirilmiştir [28]. Rehberli akran gruplarının yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir [29].
Zihinselleştirici bir kültür inşa etme çalışmaları, yalnızca psikotik semptomların kötüleşmesine karşı değil, aynı zamanda depresyona ve intihar düşüncelerine yol açabilecek içselleştirilmiş semptomlara karşı da koruma sağlayan hem güvene hem de aidiyet duygusuna katkıda bulunur [30].

Beton İşleme Hedeflerinin Formüle Edilmesi

Zihinselleştirme Yetenekleri

Formülasyon, MBT'deki herhangi bir klinik müdahalenin temel bir unsurudur. Bu müdahaleler, zihinselleştirme kapasitesi yeterince gelişmemiş veya ciddi şekilde zayıflamış hastalarla kullanıldığında, klinisyenler formülasyonu iki yüzlü bir madalyon olarak düşünmeyi faydalı bulacaklardır. Madalyonun bir yüzünde klinisyenin tam ve karmaşık formülasyonu; diğer yüzünde ise formülasyon aracı, yani MBT'de kullanılan ve genellikle yazılı (veya bazen çizim gibi diğer biçimlerde) olan ve hem hasta hem de klinisyen tarafından üzerinde anlaşılan gerçek açık formülasyon bulunur. Tam ve karmaşık formülasyon, değerlendirme seansları sırasında hasta tarafından paylaşılanlara dayanarak terapistin zihninde vaka formülasyonunu oluşturma alıştırmasını temsil eder. Formülasyon genellikle birkaç bölüm içerir ve açık hale getirilmesinden faydalanır (ayrıntılar için 4. Bölüm'e bakın). Ancak, değerlendirmelerin bu karmaşık açıklamalarının hasta tarafından yabancı bir dilde yazılmış gibi okunabilmesi sıklıkla görülen bir durumdur ve bu deneyim hasta için yabancılaştırıcı olabilir. Psikozla ilgili tedavi arayan bireylerle çalışırken, klinisyenler bilişsel karmaşıklığın zihinselleştirmede bozulmalara yol açabileceğinin farkında olmalıdır. Bu nedenle, hastayla birlikte, bir MBT formülasyonunun temel unsurlarını içeren tedavi hedefleri oluşturma sürecine özen gösterilmelidir. Robert ile birlikte oluşturulan bir formülasyonun küçük bir bölümünü ele alalım.

Klinik Örnek: Robert ile birlikte kullanılan Formülasyon Sayfası (Yeniden Kullanılabilir Araç)
Formülasyon Süreci

Tedavi Hedeflerim: Tedaviden Beklentim : Sanat eserlerimle ilgilenen
danışanlarımla konuşabilmek.
(Hissetmek) isterim : İnsanlarla birlikteyken kaygımı daha iyi kontrol etmek.
(Düşünerek) Şunu istiyorum : Kafamı ele geçiren saldırgan düşünceleri durdurmak.

Hedeflerime Giden Engeller: Yolda Olabilecek Engeller
Yapabilirim (yapıyorum): Yoğun bir şekilde esrar içmeye başlayabilir ve sonra bırakabilirim.
(Hissetmek): Kaygılanabilirim ve sonra insanlardan uzak durabilirim.
(Düşünerek) İnsanların benimle konuşmak istemediğini hissediyorum, bu yüzden sessiz kalıyorum .

Machine Translated by Google

Robert ile formülasyon sürecine girerken ilk önemli nokta, onun temel kişilerarası motivasyonundan, yani danışanlarıyla sanat eseri hakkında konuşmaktan başlamaktır.
Klinisyen, Robert ile tedavi hedefleri ve tedavinin önündeki engeller hakkında bir konuşma başlatır. Her biri üç alt bölüme ("Yapmak", "Hissetmek" ve "Düşünmek") sahip iki bölüme ("Tedavi Hedeflerim" ve "Hedeflerimin Önündeki Engeller") ayrılmış bir kağıt kullanarak, klinisyen Robert'tan konuştuklarını başlıklar altında özetlemesini veya yazmasını ister.

Formülasyonun Robert'ın zihninde aldığı biçim oldukça teleolojik bir yapıdır. Kağıda yazdığı şey, altta yatan bir zihinsel durumun kanıtı olarak gerçekleştirilen bir eylemi içerir. Bu nedenle klinisyen, değerlendirme sırasında tedavi hedefleri veya engelleri olarak dikkate değer görünen duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmesini teşvik eder. Değerlendirme sırasında Robert, genel olarak insanlarla, özellikle de yabancılarla birlikteyken bir tür kaygı hissettiğini fark ettiğini, ancak bunu çalışmalarını sergilediği pazardaki deneyimiyle gerçekten ilişkilendirmediğini belirtir. Ne tür düşünceler konusunda yardım istediği sorulduğunda, zihnini ele geçiren agresif düşüncelere geçer. Robert'ın zihninde ve deneyiminde, bunlar pazardaki olayla bağlantılı değildir, ancak yardım istediği konulardır. Bu nedenle bunlar yazılır ve kişilerarası ve duygusal alanlarla olası bağlantılar tedavi ilerledikçe not edilir.

Klinisyen daha sonra Robert'ı, işbirliğine dayalı bir süreci dikkatlice sürdürürken ve onu aşırı uyarmaktan kaçınırken, tedaviye yönelik olası engelleri yazmaya teşvik eder. Nitekim, bu bölümün ilerleyen kısımlarında tartışılacağı gibi, psikoz hastaları, başkaları bir tür beklenti içerebilecek düşünceler formüle ettiğinde, eleştiriyi veya düşmanca niyetleri genellikle hemen yorumlarlar. Bu nedenle, formülasyon sürecinde önemli bir nokta, hastanın fark edebileceği ve en azından asgari düzeyde bir etki alanına sahip olduğunu hissettiği engellerle etkileşime girmektir. Robert'ın formülasyonundan da anlaşılacağı gibi, ona tedavinin önündeki engeller hakkında soru sormak zihinselleştirmesini bozar. Duygu ve düşünce tanımları geneldir ("kaygılanıyorum") ve öncelikle davranışlarla bağlantılı olarak teleolojik biçimde tanımlanır. Bu, Robert ile çalışmak için başlangıç noktasını gösterir. Bir sonraki adıma, yani kaygısı üzerinde bir etki alanı deneyimlemeye ve sosyal olarak geri çekilme dürtüsünü azaltıp başkalarından uzaklaşma süresini sınırlayıp sınırlayamadığına dikkat etmeye geçmeden önce, teleolojik işleyişinin ele alınması gerekir.

Diğer MBT türlerine benzer şekilde, ilk aşama bir kriz planı da içerecektir (ayrıntılar için 4. Bölüm'e bakın). Psikoz için MBT'de, uzman ekip genellikle psikotik dekompansasyon ataklarıyla başa çıkmak için yerleşik protokollere sahip olacaktır. Yalnızca hastaneye yatışla karşılanabilecek klinik ihtiyaçların yeniden ortaya çıkmasına yol açabilecek tetikleyici türlerini belirlemek için geçmiş hastane yatışlarını gözden geçirmek faydalıdır. Klinisyen, tetikleyicileri belirlemeye ve gerçek hastaneye yatıştan önce gelecek müdahale aşamalarını planlamaya odaklanan hastayla bir kriz planı oluşturmaya çalışacaktır. Ayrıca, hastanın geçmiş ataklar hakkında nasıl düşündüğünü ve bu seçeneğin ne zaman makul olduğunu öngörebileceğini zihinsel olarak özetlemek için hastaneye yatışın avantajlarını ve dezavantajlarını göz önünde bulundurmak da faydalıdır.

Özetlemek gerekirse, psikoz hastalarına yönelik klinik müdahale yaklaşımı;
Tedavi başlangıcında üç klinik referans noktasını açıkça belirtin:

Machine Translated by Google

1. Psikozun gelişim aşaması 2. Hastanın
kullanımına açık sosyal ve kişilerarası kaynaklar, önemli bağlanma ilişkileri de dahil olmak
üzere
3. Tedavi amaçları ve engellerinin ortak bir şekilde formüle edilmesi.

Evreleme yaklaşımı, tedavi ekibini hastalığın ilerlemesine uyarlanmış tedavi hedeflerine yönlendirir ve bu, belirli semptomları ele alan ancak hastanın ve ailesinin genel klinik ihtiyaçlarını bütünleştirmeyen birden fazla müdahalenin kullanımından kaçınmak için önemli olabilir. Bugüne kadar, psikozdan etkilenen bir üyesi olan aileler için psikoeğitimin faydasına dair bir araştırma kanıtı bulunmamaktadır, ancak böyle bir müdahalenin olumlu bir prognoza katkıda bulunması muhtemeldir (zihinselleştirmeye dayalı aile çalışmasının tanımı için Bölüm 15'e bakınız). Tedavi stratejisinde, hastanın kullanımına sunulan kişilerarası ve sosyal kaynakların belirlenmesine ve kullanılmasına özel önem verilir; çünkü bu, sosyal yabancılaşmayı azaltmaya ve gelişimsel olarak uyarlanmış sosyal bütünleşmeyi sağlamak için gerekli klinik kaynaklara odaklanmaya yardımcı olacaktır. Son olarak, psikozlu bir hasta için MBT oluşturmak, hastanın zihinselleştirme düzeyine uyarlanabilen bir formülasyon sürecine dahil olmayı ve anlamlı tedavi hedeflerine ve ortaya çıkması muhtemel engellerin farkındalığına yönelik iş birlikçi ve etken bir süreci teşvik etmeyi içerir. Elbette, formülasyon ve tedavi planında zihinselleştirmenin güçlü ve zayıf yönleri de özetlenmiştir. Bir sonraki bölüm, psikoz hakkındaki temel varsayımlarımızdan bazılarını, MBT'ye dayalı bir bakış açısıyla ele alacaktır.

Psikozu MBT Bilgili Bir Bakış Açısıyla Anlamak Zihinselleştirmedeki değişikliklerin, psikozun klinik belirtilerinin sürekliliği üzerinde yer alan hastalar için herhangi bir tedavinin terapötik etkisinin bir kısmını oluşturması muhtemeldir.
Nitekim, önceki bölümde sıralanan üç nokta - psikoz gelişiminin evrelendirilmesi, hastanın bağlanma ilişkilerinin değerlendirilmesi ve zihinselleştirme formülasyonunun birlikte oluşturulması - başkalarının ve benliğin zihinselleştirilmesini ve sosyal etkileşimlerde yer alan süreçleri, yani dikkat, duygu ve niyetler, davranışlar ve grup dinamikleri hakkında düşünme süreçlerini düzenleme becerisini içerir. Bu nedenle, kişinin kendisi ve başkalarıyla kurduğu ilişkiler zihinselleştirmeyi potansiyel olarak teşvik edecek, ancak aynı zamanda hastanın zihinselleştirme kapasi Bu bizi MBT'nin psikoza yaklaşımının ana noktasına getiriyor. Kritik olarak, müdahalelerimizi bir MBT çerçevesi kullanarak şekillendireceksek, psikozlu bireylerin yaşadığı zihinselleştirme ile temel benlik rahatsızlıkları arasındaki ilişkinin doğasını temel mesele olarak kavramsallaştırmamız gerekiyor.

Bu bölüm, psikozu zihinselleştirmeyle ilişkilendiren kavramsal gelişmelerin bir incelemesiyle başlayacak ve ardından psikozu, öz benlik deneyimindeki bozukluklardan kaynaklanan bir durum olarak ele alan çağdaş nörobilimsel ve klinik anlayışların bir özeti sunulacaktır. Hastanın bu deneyimleri yaşamına entegre etme (veya entegre edememe) biçimi, psikozun klinik görünümleriyle bağlantılıdır. Bölüm, öz benlik bozuklukları ile zihinselleştirmeyen modlar arasındaki bağlantıların ve psikozlu bireylerin klinik tedavisinde karşılaşılan etkisiz zihinselleştirme döngülerinin tartışılmasıyla son bulacaktır; çünkü bunlar tedavi açısından oldukça önemlidir.

Psikoz ve Zihinselleştirme: Tarihsel Bağlantılar

Şizofreni için psikoterapi alanında zihinselleştirmenin önemi hem Eugene Bleuler'e hem de Sigmund Freud'a dayanmaktadır [31–34]. Bleuler bu terimi ortaya attı

Machine Translated by Google

"Şizofreniler" kavramını, zihnin bölünmesiyle karakterize klinik durumları belirtmek için kullanmıştır [31]. Biyoloji ile şizofrenik işlevsel eksiklikler arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu öne süren biyolojik temelli görüşe katılmamıştır. İlk psikanalistler özellikle "zihinselleştirme" terimini kullanmamış olsalar da, psikoz hastalarında duygulanım ve zihin arasında rahatsız edici bir kopukluk gözlemlemişlerdir. Bu hastalar, hissetme ve düşünme aktivitelerini azalmış bir etki alanı duygusuyla deneyimlemiş ve kendi içlerinde böyle bir kopukluk yaşadıklarında şiddetli zihinsel acı çekmiş gibi görünmüşlerdir.

Psikanaliz alanındaki bu nitelendirmeler, psikozun fenomenolojik açıklamalarıyla [35] ve meta-bilişsel yansıma ve içgörü terapisindeki son gelişmelerle örtüşmektedir. Çağdaş fenomenolojik açıklamalar, minimal benliği deneyimlemedeki bir istikrarsızlığın şizofreninin temeli olduğunu öne sürmektedir. Bu istikrarsızlık, azalmış öz-bütünleşme olarak ortaya çıkabilir (örneğin, kişinin gününü "tamamen kendim değilim" ve bir şekilde "deneyimimde bir parçamın eksik olduğu" hissiyle geçirmesi). Ayrıca, genellikle önemsiz veya örtük olan uyaranların aşırı farkında olma durumları olarak belirginleşen aşırı-yansıtıcılık olarak da ortaya çıkabilir. Bu istikrarsızlık, fenomenologların temel öz-bozukluğu olarak adlandırdığı şeye işaret eder; yani, kişinin kendisini deneyiminin öznesi olarak deneyimlemesindeki temel bir bozulma, kişinin yaşamıyla ilgili olarak azalmış bir eylemlilik deneyimlemesiyle sonuçlanır. İlginçtir ki, psikanalistler John Auerbach ve Sidney Blatt, "Şizofren hiper-refleksivite, bedensel bir benlik duygusu oluşturma veya bulma başarısızlığından kaynaklanabilir" hipotezini öne sürmüşlerdir ([36], s. 306). Bedensel sinyaller ile zihinsel işleme arasındaki bağlantıların potansiyel olarak parçalanması, psikoz teorilerinin çoğunda ortak bir ana motiftir. Psikoterapötik bir bakış açısından, Paul Lysaker ve meslektaşları, meta bilişin düşünce ve duyguların bağlanmasını veya bütünleşmesini sürdüren temel bir psikolojik süreç oluşturduğu meta bilişsel yansımaya odaklanan bir psikoterapi modeli geliştirdiler [37]. Görüşleri, psikozdaki öz deneyimlerin rahatsız edici ve tehdit edici doğasının vurgulandığı ve psikotik semptomların eylemlilik, etki, anlam ve öz tutarlılık kaybına karşı nihai koruma sağladığı görülen MBT'deki yaklaşıma benzerdir. Bu çerçevede, zihinselleştirme, üstbiliş ve diğer üst düzey süreçler üzerinde çalışmak, kişinin kendisi ve başkalarıyla yaşadığı deneyimlerin yol açtığı acının bir kısmını hafifletmeye yardımcı olabilir. Ancak, zihinselleştirme işlev bozukluğu psikozun nedeni değildir. Bir sonraki bölümde incelenen çağdaş nörobilimsel modelleri ve şizofreninin psikanalitik tanımlarını takiben, psikotik deneyimler "öz benlikteki bozukluklar" olarak kavramsallaştırılır ve psikotik semptomlar bu tür bozuklukları düzenleme ve şekillendirme girişimleri olarak görülür.

Nörobilimden Danışma Odasına

Temel öz-rahatsızlıkların zihinselleştirilmiş anlatımı, psikotik deneyimlerin duygu ve düşünce (duyusal ve bilişsel önseller) arasında bir kopukluk içerdiğini ve kritik olarak, bu kopukluğun bireyin duygularını ve düşüncelerini tutarlı bir öz-deneyime entegre etmesini geçici olarak engellediğini varsayan çağdaş bir sinirbilim perspektifiyle tutarlıdır [38]. Daha önce psikoz yaşamamış okuyucular, yoğun uyarılmayla tetiklenen artan bir panik duygusunu hayal etmeye çalışabilirler; bu panik, kişinin kendisini "kontrolden çıkmış" ve potansiyel bir yok oluşa maruz kalmış olarak deneyimlemesine yol açabilir - varoluşsal bir panik. Bu örnek, bedensel uyarılmanın (duyusal sistem) kişinin zihniyle (bilişsel sistem) bağlantı kuramadığı ve düzenleyemediği, bu da kişinin anlık olarak kendi benliğini tehdit eden anlık bir psikotik deneyim olarak düşünülebilir.

Machine Translated by Google

Öz bütünlük. Benzer şekilde, ancak deneyimin bilişsel sınırında, zulmedici düşünceler yoğun bir yansıtıcı aktiviteye (aşırı yansıtıcılığa) yol açabilir ve bu da kişinin bedensel duyumlarında anlık bir kayıp yaşamasına ve kendini bedeninden kopmuş olarak deneyimlemesine neden olabilir. Bu duyusal-bilişsel kopukluğun farkına varmak, klinisyenlerin hastanın psikotik deneyiminin altında yatan süreci hayal etmelerine ve empati kurmalarına yardımcı olurken, psikotik semptomlara anlam yüklemelerini engeller; bu da deneyimsel anda, bölünmüş bilişsel deneyime katkıda bulunup kopukluğu yoğunlaştırdığı için zararlı olabilir. Tüm bu süreci hayal etmek, klinisyenin kendi zihinselleştirme sürecini sürdürmesine yardımcı olabilir; bu da hastayı "topraklamak" ve semptomlarından uzaklaştırmak için gereklidir.

Bireysel bir seanstan, hastanın duyusal-bilişsel bir kopukluk yaşadığını hissettiği bir örneği ele alalım. Bu bölüm, klinisyenin hastanın iş arama motivasyon eksikliğini kısmen bilişsel olarak araştırdığı bir görüşme sırasında gerçekleşir.

Klinik Örnek: Duyusal-Bilişsel Kopukluğun İşaretlenmesi

HASTA: Gerçekten bilmiyorum, iş aramaya kendimi bir türlü ikna edemiyorum, bunu düşünmek bile...

KLİNİSYEN: ... mı? Bunu düşünmemek nasıl bir şey?

HASTA: Vücudumdan çıktığımı hissediyorum...

KLİNİSYEN: Ah! Özür dilerim, gerçekten, zorlandığınızı fark ediyorum...

HASTA: Düşünemiyorum... sadece... hayır, hiçbir şey söyleme...

KLİNİSYEN: Tamam... (Klinisyen, hastaya karşı psikolojik bir varlık sürdürmek için kendini aktif olarak düzenliyor.) hasta.)

HASTA: Vücudumdan uzaklaştığımı hissediyorum... Aargh... Artık dayanamıyorum... (Hasta yüzünü buruşturur ve artan korkunç deneyimi ifade ederek boş boş bakar.)

KLİNİSYEN: Tamam, seninleyim. (Klinisyen, hastanın görüş alanına doğru yavaşça hareket ediyor.) (Hastanın duyusal sistemini tehdit edici olmayan bir şekilde uyarmak.)

HASTA: (Hastanın deneyimle başa çıkmak için vücudunu hareket ettirdiği 15 saniyelik sessizliğin ardından terapiste bakar, iki kez göz kırpar ve vücut duruşunu hafifçe ayarlar.)

KLİNİSYEN: Tamam, biraz yavaşlayalım... (Klinisyen aktif olarak anda kalmaya çalışıyor ve (Kendi bedensel hareketlerinden tehdit edici olmayan ve rahat bir yansıma sağlamak.)

HASTA: (Hasta terapiste tekrar bakar ve vücut duruşunu daha kolay düzeltir; gözleri yavaş yavaş boş ve korkmuş bakıştan kurtulur ve klinisyene kısa bir bakış atar.)

KLİNİSYEN: (hastanın bedensel düzenleme işaretlerini görünce) Burada kendinizi güvende hissetmediğiniz anlaşılıyor. Şu anki tek amacım, bunu sizin için daha güvenli hale getirmek. (Klinikçi, duyusal-bilişsel bağlantıyı yavaş yavaş yeniden entegre ediyor.) Bir an için oldukça korkmuş gibi görünüyorsunuz. Bunun hakkında konuşsak sorun olur mu, yoksa başka bir zamana mı bıraksak?

HASTA: Tamam, bazen çok fazla oluyor, sanki kafamın içine giriyorsun.

Machine Translated by Google

Bu geçici çöküntüden dolayı, psikozlu birey düşünceleri duyumlar olarak deneyimlemeye ("İç sesimin yayınlandığını hissedebiliyorum") veya duyumları bunaltıcı olarak deneyimlemeye ("Kalbim hızla çarpacak ve gözlerimden kan geldiğini hissedebiliyorum") eğilimlidir. Güncel nörobilimsel açıklamalar, bireylerin dünyayı duyusal ve bilişsel ön yargılar (yani, dünyanın nasıl olduğuna dair anlık "tahminler") kullanarak değerlendirdiklerini ve ardından gelen bilgileri kullanarak bu ön yargıları "yenilenmiş" ön yargılara dönüştürdüklerini ve bunların gerçeğe yakın olmasını umduklarını ileri sürmektedir [39].

Sinirbilimciler, uzun süredir devam eden bir klinik gözlemi, yani algıyı bizim yarattığımızı doğruluyorlar. Başka bir deyişle, algılarımız "gerçekliğin" kendisinden çok kendi eylemlerimizin bir sürecidir. Bildiğimiz gerçeklik, duyusal ve bilişsel önsellere dayanır ve bu önseller, dünyanın karmaşık bir hiyerarşik temsil yapısı aracılığıyla sürekli ve öngörülebilir bir yer olduğu hissini oluşturur. Nitekim, beyin fonksiyonu stabil olduğunda bu bizim için iyi işler ve sürekli ve algılanabilir bir gerçeklikte sürekli varlıklar olduğumuz hissini yaratırız.

Buradaki önemli nokta, "kendini kanıtlamamız"dır; yani, varoluş ve dünyayla ilişki içinde olma hissimizi sürdürebilmek için dünyaya karşı harekete geçmemiz gerekir. İzolasyon veya duyusal yoksunluk içinde kilitli kaldığımızda, herhangi bir beynin halüsinasyon görmeye başlaması muhtemeldir [40].
Niyet ve eylem arasındaki içsel geri bildirim döngüsü, kişinin kendi niyetinin şunlar üzerinde etkili olabileceğini algılaması açısından önemlidir:

Kişinin kendi davranışları

Başkalarının algı ve davranışları Fiziksel

çevre.

Psikoz yaşayan bireylerde, geri bildirim döngülerinin veya öz izleme mekanizmalarının [41] beklenmedik şekilde kopabildiği görülmektedir. Psikozlu hasta ve çoğu zaman klinisyen de, geçici kopuklukların tetikleyicilerini izlemekte zorluk çekecektir. Bunlar doğası gereği duygusal olabilir, ancak zamansallıkları genellikle örneğin borderline kişilik bozukluğunda (BPD) olduğu kadar net değildir. Özetle, çağdaş sinirbilim, duyusal ve bilişsel bütünleşme arasındaki geçici kopuklukların, bozulmuş benlik ve diğer izleme ve eylemlilik deneyiminin kaybıyla bağlantılı olduğunu ve psikotik semptomların farklı tezahürlerine yol açtığını öne sürmektedir.

Öznel olarak, bu süreç psikoz hastalarını değişen sürelerde temel öz-rahatsızlıklara sürükler; bu rahatsızlıklarda hastalar kendilerini duyusal ve zihinsel işlevlerden uzaklaşmış olarak deneyimler ve düşünme, hissetme veya davranma alanlarında derin bir şekilde bozulmuş bir eylemlilik duygusu yaşarlar. Bu mekanizmalar bir şiddet sürekliliğine yerleştirilebilir. Örneğin, uyarıcı bir ortama erişim kesintiye uğradığında (COVID-19 pandemisi sırasında olduğu gibi) veya daha ciddi şekilde engellendiğinde (psikotik durumlarda olduğu gibi), bilişsel ve duyusal sistemler kalibrasyonunu kaybeder ve düşünmede (örneğin, az çok sanrısal inançlar) ve hissetmede (örneğin, kişinin eylemlerinin az çok dış bir etken tarafından kontrol edilebileceği hissi) atipik durumlara yol açar. Duyusal ve bilişsel sinyalleme arasındaki atipik bağlantının öz-deneyimi, yani kişinin kendisini dünyadaki diğer insanlar ve nesnelerle nispeten öngörülebilir bir ilişki içinde olan tutarlı bir beden-zihin birimi olarak deneyimlemesini değiştirdiğini varsayıyoruz [3].

Zihinselleştirme temelli modele uygun olarak çalışırken böyle bir açıklamanın klinik sonuçları vardır. Nitekim, bir MBT klinisyeni, bir seans sırasında, her zamanki gibi, zihinselleştirmenin bilişsel ve duygusal kutupları arasındaki dengeyi koruyacaktır (bkz. Bölüm 2 ve 4). Daha da önemlisi, klinisyenin hastanın

Machine Translated by Google

Odadaki deneyimlerini, özellikle de yansıtıcı deneyimi nasıl deneyimlediklerini ve odada kullanılabilecek somut materyalleri (örneğin kağıt, sandalye, flip chart, kalemler) nasıl deneyimleyebileceklerini anlamalarına yardımcı olacaktır. Klinisyen, yansıtıcı aktiviteden gelen deneyimle eşleştirerek bu hissedilen deneyimi düzenlemeye çalışacaktır. Psikozdaki zihinsel işleyişin kopukluk eğiliminde olduğu göz önüne alındığında, duyusal-bilişsel denge seans boyunca sürekli izleme odağı olacaktır. Zihinselleştirme çalışması hastalar için potansiyel olarak aşırı aktive edici olabilir. Klinik çalışmayı daha ileriye taşımak için, bir sonraki bölümde özetlendiği gibi, zihinselleştirme çalışmasının ne zaman yapılabileceğini gösteren klinik sunumları ayırt etmenin faydalı olduğunu düşünüyoruz.

Hastanın Yaşamındaki Psikoz: Klinik Sunumlar

Psikotik bozuklukların tedavisinde uzmanlaşmış bir klinik uygulamada zihinselleştirici bir çerçeve oluşturmak için, psikoz fenomenolojisini MBT çerçevesine yerleştirmek gerekir. Bu bölümün başlarında da belirttiğimiz gibi, çeşitli psikotik fenomenler, kişinin tutarlı bir birim olarak kendini deneyimlemesinde ciddi bozulmalar olarak temsil edilebilir; deneyimin kendisi, bireyin öz bütünlüğünü tehdit eder.

Şematik olarak, hastanın yaşamındaki psikotik deneyimlerin farklı derecelerde bütünleşmesini veya parçalanmasını yansıtan üç farklı klinik görünüm vardır.
Bir hasta, gelişim evreleri, yaşam olayları ve zorlukları, tıbbi bakıma ve psikososyal kaynaklara erişim gibi faktörlere bağlı olarak bir sunumdan diğerine geçebilir.

1. Dekompansasyon meydana gelir. Bu tablo, psikotik semptomların rahatsız edici öz-deneyimi sürdürememesine işaret eder. Bu klinik durumda, dekompanse hasta, derinden rahatsız edici deneyimleri kontrol altına almak ve dengelemek için dış ortama o kadar bağımlıdır ki, psikotik dekompansasyonlar genellikle hastaneye yatışa yol açar ve uzun süreli yatarak tedavi gerektirebilir.

2. Önemli işlevsel bozukluk vardır, ancak dekompansasyon önlenir .
   Devlet, bireyin tam anlamıyla özerk ve katılımcı bir hayata sahip olmasını engeller. Klinik sunum genellikle, hastanın dünyayla ve başkalarıyla, hedefli veya genelleştirilmiş korku ve başkalarına karşı şüpheyle ve ilişkilerin, mesleki faaliyetlerin ve kişisel sorumluluk ve hesap verebilirlik gerektiren diğer faaliyetlerin düzenli zorluklarıyla başa çıkma kapasitelerine karşı derin bir güvensizlikle bağlantılı bir ilişki yaşadığı sanrısal bir anlatı üzerine kuruludur. Klinik sunum, ayakta tedavi ve toplum bakımında yönetilebilecek büyüklükte, çeşitli düzeylerde psikotik semptomlar (pozitif, negatif veya düzensiz semptomlar) içerir. Bu klinik sunumda, birey, fenomenlerin açıklayıcı bir modelini sunan sanrısal bir anlatı içinde yapılandırılmış, öz benliğinde düzenli bozulmalar yaşar (örneğin, kişinin en yüksek hükümet yetkilileri tarafından soruşturma altında olduğunu deneyimlemesi). Psikoz seyri sırasında hasta, ezici öz benlik rahatsızlıklarını takiben dekompanzasyona eğilimlidir.

3. Psikotik klinik durumların yoğunluğunun , psikososyal aktiviteler, grup psikoeğitimi, anlamlı ilişkiler, mesleki eğitim ve psikoterapi gibi çeşitli bağlamlar aracılığıyla bütünleştirilmesi ve kademeli olarak etkisizleştirilmesi söz konusudur. İdeal olarak, sosyal bağlam, hastanın dayanabileceği düzeyde sosyal uyarıma olanak tanıyan çeşitli fırsatlar ve uyarlamalar sunacaktır.

   Bu klinik tablonun ayırt edici özelliği, kendilik deneyiminin kırılgan tarafının bütünleştirilmesidir ve bireyi iyileşme yoluna sokar.

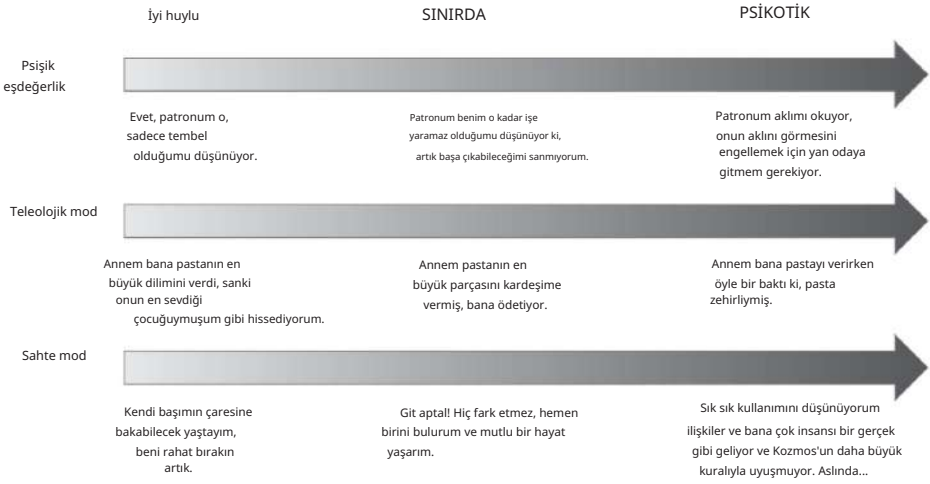
Machine Translated by Google

Zihinselleştirme çalışmalarının bu klinik tabloların ikinci ve üçüncü aşamalarında yardımcı olabileceği açıktır. Tam tersine, tamamen dekompanse durumlarda, hastayla zihinselleştirme çalışması daha fazla düzensizliğe yol açacaktır. Ancak, bu hastalara yardım eden bakıcıların ve klinisyenlerin bu dönemlerde kendi zihinselleştirmelerini sürdürmeleri ve hastalara yalnızca ilaç müdahalelerine ihtiyaç duyan insanlıktan çıkarılmış varlıklar olarak davranmamaları önemlidir. Nitekim hastalar, özellikle psikolojik sıkıntıları azaldığında bile kendilerine nazik davranmayı başaran kişilerin krizlerinin bazı anılarını hatırlarlar.
yoğun.

Temel Öz Rahatsızlıkları Zihinsel Olmayan Modlara ve Zihinsel Olmayan Döngülere Bağlamak

MBT jargonunda, "öz benlikte bozukluklar" yaşamak, hastaların kendilerini ve dünyayı zihinselleştirmeyen modları kullanarak deneyimlemeleri anlamına gelir. Bu modlar, psikoz hastasının öz bozukluklarını zihinselleştirmeyen modlara yerleştirerek yönetme girişiminin bir sonucudur (klinik örnekler için bkz. Şekil 10.1). En uç hallerinde, zihinselleştirmeyen modlar tamamen psikotik semptomların içine yerleşmiştir veya psikotik semptomların biçimini alır. Örneğin, paranoyak düşünme başlangıçta psişik eşdeğerliğin geçici olduğu sanrısal bir ruh hali şeklini alabilir, ancak giderek düşüncenin psişik eşdeğerliğinin baskın ve sabit olduğu sabit bir sanrı oluşabilir. Aşırı yansıtma, taklit modunun aşırı bir biçimini temsil eder; Eylemlere ve davranışlara dayalı ani sanrısal inançlar (“Trafik ışıkları kırmızıya döndü ve duran arabanın plakasında ismimin baş harfleri vardı, bu yüzden uzaylıların geldiğini anladım”) teleolojik işleyişin aşırı biçimlerini temsil edebilir ve diğer sıradan olaylar da aynı şekilde yorumlanabilir (örneğin, bir hasta terapistinin ofisine girer ve daha sonra “Ben içeri girdiğimde sandalyeler yeniden düzenlenmişti; siz açıkça dinlemekle ilgilenmiyorsunuz” der).

Daha önce tartışılan değerlendirme ve vaka formülasyonunun ilk aşamasında, klinisyen ve hasta zihinselleştirmedeki güçlü ve zayıf yönleri belirlemeye çalışır.



Şekil 10.1 Klinik süreklilik boyunca zihinsel olmayan modlar, açıklayıcı örneklerle.

Machine Translated by Google

Bu ayrıntı düzeyine kadar ve göreceğimiz gibi, önemli bir husus, bozuk psikotik zihinselleştirmenin ardından gelme eğiliminde olan kendine özgü tetikleyicileri belirlemektir. Şekil 10.1, zihinselleştirmeyen modların sürekliliğini, psişik eşdeğerlik, teleolojik ve taklit modlarındaki psikotik tezahür örnekleriyle göstermektedir.

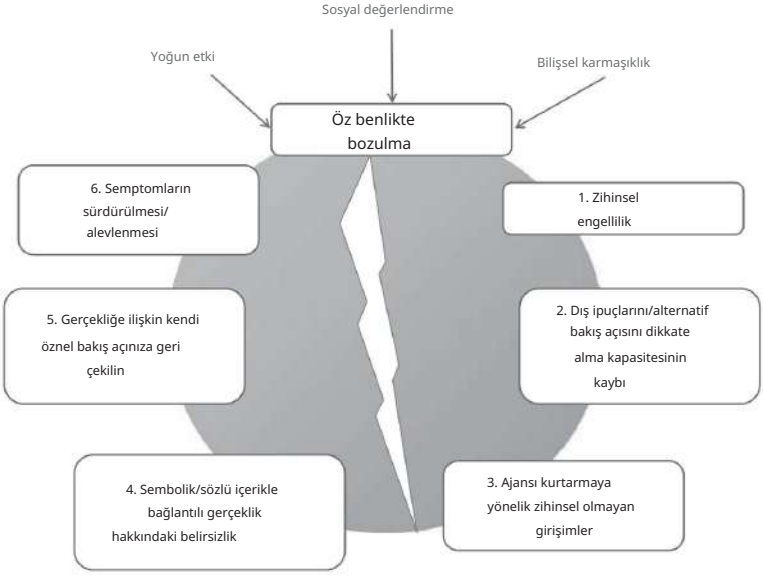
Geçici duyusal-bilişsel kopukluk ve gelen duyusal veya bilişsel bilgileri yeniden birleştirmek için bütünleştirmenin imkânsızlığı, psikozun farklı semptomlarını zihinselleştirme açısından düşünmek için klinik bir çerçeve sağlar. Öz benlikte bozukluklar yaşandığında, duyusal ve bilişsel psikolojik süreçler aktif ancak belirsizdir (kalibre edilmemiş veya bağlantısız) ve bu da bedensel, bilişsel ve/veya duygusal kontrolle ilişkili olabilen kişisel eylemlilikte çeşitli kayıp biçimlerinin deneyimlenmesine yol açar. Burada ve şimdi deneyimlenen benliğin bir parçası(ları) yabancılaşmıştır. Diğer psikopatoloji türlerinde, bu tür bir benlik deneyimi yabancı benlik temsilleriyle kurtarılır (bkz. Bölüm 2). Örneğin, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) olan bireyler, kendilerini "kötü", "çirkin" veya "değersiz" olarak deneyimlediklerinde yoğun bir psikolojik belirginlik yaşayacaklardır. Bir anlamda, yabancı benlik temsilleri, bu bireylerin benlik rahatsızlıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir; Ancak bu tür temsiller, yoğun duygusal yükleri nedeniyle psikolojik bütünlükleri için oldukça tehdit edici olabilir ve genellikle uzaylı benlik deneyiminden kaynaklanan duygusal baskıyla bağlantılı saldırgan davranışlara (şiddet, kendine zarar verme ve intihar girişimleri) yol açabilir. Daha da önemlisi, uzaylı benlik temsilleriyle psikolojik temas, psikolojik benlik bütünlüğünü koruma girişimi olarak harekete geçen psikotik bir sürecin ayırt edici özelliği olan ayrışmaya da yol açabilir. Psikoz hastaları için bu kopukluk ani olabilir ve mutlaka duygusal uyarılmada belirgin değişikliklere eşlik etmez. Vücut duruşunda, bakışta ve konuşmada meydana gelen değişikliklerin rahatsız edici benlik deneyimlerinin daha iyi göstergeleri olması daha olasıdır.

Hasta için, psikotik durumları sürdüren atipik serebral aktivite, kişinin beden-zihin birimini dünyayla ilişkili olarak deneyimlemenin alışılmadık yollarında yeniden düzenlenecektir. Psikoz için MBT'deki temel varsayımlardan biri, öz benlikteki bozukluklara, anlık veya psikotik çöküntü durumlarında daha uzun süreli olabilen bozuk bir zihinselleştirme döngüsünün eşlik ettiğidir. Şekil 10.2, öz benlikte bozukluklar yaşayan bireylerde zihinselleştirme üzerindeki bazı öznel sonuçları ve bunların yol açtığı etkileri haritalamaya çalışmaktadır.

Şekil 10.2'de gösterildiği gibi ve psikozun öz benlik deneyimindeki istikrarsızlıkla içsel olarak bağlantılı olduğu varsayımından yola çıkarak, öz bütünlük ve eylemlilikteki ortaya çıkan kırılganlık, bireyin zihinselleştirme kapasitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Şekil 10.2'deki 1. nokta). Herhangi bir birey için öz bütünlüğe yönelik tehditlerin zihinselleştirmeyi engellediği göz önüne alındığında, bu şaşırtıcı değildir. Zihinselleştirme dışı döngülerin başlamasıyla ilgili olarak ve diğer psikopatoloji türleri için MBT ile uyumlu olarak, öz benlikteki rahatsızlıkların kendine özgü tetikleyicilerinin belirlenmesi, tedavi için önemli bilgiler sağlayacaktır. Araştırmalar, bağlanma stresine ek olarak tetikleyicilerin üç geniş alana yayılabileceğini öne sürüyor: yoğun duygusal deneyimler, sosyal değerlendirme ve bilişsel karmaşıklık. Hasta tarafından ek tetikleyiciler belirlenmiş olabilir ve bunlar eklendiğinde, ortaklaşa oluşturulan formülasyonu zenginleştirecektir.

Psikoz, ayrıca, kişinin zıt kanıtları veya alternatif bakış açılarını değerlendirme kapasitesini bozan, sonuçlara atlama gibi bilgi işleme önyargılarıyla da ilişkilidir (Şekil 10.2'deki 2. nokta); bu, öznel gerçeklik algısının çok katı ve geçirimsiz hale gelebileceği anlamına gelir. Kendini ve diğerini psişik eşdeğerlik, taklit veya teleolojik biçimlerde anlamanın zihinsel olmayan yolları, hastanın zihninin zihinselleştirici bir kısmı tarafından dengelenmeyecektir ve bu biçimler muhtemelen

Machine Translated by Google



Şekil 10.2 Öz benliğin bozulmasının ardından zihinselleştirmeme döngüsünün nitelendirilmesi.

Hastanın öznelliğini geçici olarak ele geçirerek, benlik üzerindeki etki alanını asgari düzeyde tutmanın bir yolu olarak (Şekil 10.2'deki 3. nokta). Bu gibi durumlarda, bilişsel zorluklar veya yorumlar gibi sözel/sembolik içeriklerin, hissetmek ve bilmek arasındaki kopukluğu derinleştirmesi muhtemeldir (Şekil 10.2'deki 4. nokta). Hastaların benimsediği yaygın bir koruyucu strateji, dışsal uyarımları azaltmak ve kendileriyle bir dereceye kadar içsel tutarlılık sağlamak için kendi öznel bakış açılarına çekilmektir (Şekil 10.2'deki 5. nokta).
Ne yazık ki, zamanla bu zihinselleştirmeme döngüsü, semptomlara bağımlılığı pekiştirir ve sanrısal anlatıları, kendini, başkalarını ve dünyayı anlama ve yorumlamanın bir yolu olarak güçlendirir (Şekil 10.2'deki 6. nokta). Psikotik psikolojik işlemeyi sürdüren zihinselleştirmeme döngülerine yatkın hastalarla çalışmak, MBT'yi sunma yaklaşımımızda bazı ayarlamalar yapmayı gerektirecektir.

Psikoz İçin MBT: Uygulamanın Temel Unsurları Bölümün bu
son kısmında, MBT'deki her müdahale alanının (Bölüm 4 ve 5'te açıklandığı gibi) psikoz hastalarıyla çalışmayla ilgili bazı temel klinik çıkarımları özetlenmektedir.

Tedavi ve Seans Yapısı Bu bölümün
girişinde de değindiğimiz gibi, MBT, psikoz hastalarına tedavi sağlayan uzmanlaşmış hizmetler için değerli bir klinik araç sunabilir. Tedavinin yapısı, hizmetin kültürüne ve yetkinliklerine göre uyarlanacaktır.
MBT açısından, bölümün önceki kısımlarında belirtilen üç klinik referans noktası tedavinin başlangıcında oluşturulacaktır: Psikozun klinik evresinin

- belirlenmesi Hastanın sosyal kaynaklarının
- belirlenmesi Tedavi hedeflerinin formüle
- edilmesi.

Machine Translated by Google

Hastalığın klinik evresine ve birlikte kararlaştırılan tedavi hedeflerine bağlı olarak, psikoeğitim ile grup ve bireysel terapinin bir kombinasyonu kullanılır. MBT'de her zamanki gibi, formülasyon ve tedavi planı hastanın zihinselleştirme düzeyine göre uyarlanacak ve bireyin bireysel ve grup ortamlarında öz düzenleme ve dikkat kontrolü konusundaki duyarlılığı ve kapasiteleri dikkate alınacaktır. Klinik değerlendirmenin tamamlayıcısı olarak, zihinselleştirme değerlendirmesi şunları belirler: zihinselleştirmedeki güçlü yönler, öz

benlikteki bozuklukların
tetikleyicileri, zihinselleştirmeyen
modların kullanım kalıpları.

Bir tedavi yapısı kurmanın amaçları; hastanın inisiyatifini geliştirmek, hastayı dahil etmek ve tedaviyi planlamada ve hastanın daha tatmin edici ve anlamlı bir yaşam sürmesini sağlayacak bir sonraki uygulanabilir adımları hayal etmede duygusal, motivasyonel ve bilişsel kaynakları harekete geçirmektir.

Oturum formatı açısından, psikoz için psikoeğitim grupları farklı hizmetlere uyarlanmış ve katılımcıları, ailelerini ve yakınlarını şu konularda eğitmek için düzenlenmiştir: psikoz psikotik semptomların

doğası
psikozla yaşam yörüngesini kişisel
gelişim anlatısına entegre etmenin farklı yolları kişinin kendisiyle etkileşimi ve
kendine bağlanma
ilişkilerine yönelik tehditler.

Bu seanslar sırasında zihinselleştirme, kişinin kendisi ve başkalarının düşünen ve hisseden varlıklar olarak zihinsel bir temsilini oluşturmasına yönelik genel bir kapasite olarak sunulur; bu zihinsel temsiller, aşırı yansıtıcı düşünmeyi düzenlemeye yardımcı olur ve aynı zamanda bireyin kişisel eylemlilik duygusunu, zamansal farkındalığını ve belki de en önemlisi, başkalarıyla gerçek anlamda ilişki kurma ve onlardan etkilenme yeteneğini destekleyebilir [42]. Grup MBT seansları ayrıca psikoz hastaları için de uyarlanmıştır. Bu haftalık gruplar, en fazla sekiz katılımcıyla yapılandırılmış bir format izler ve hastaların klinik görünümlerine (yani semptomlara ve nöropsikolojik işleyişlerine) bağlı olarak süresi 60 dakikaya kadar kısaltılabilir.

Diğer hasta gruplarıyla yapılan grup çalışmalarında olduğu gibi, zihinselleştirmede önemli bozukluklar yaşayan gruplarda, grup müdahaleleri, ciddi şekilde sorunlu ebeveynlerin olduğu gruplarda kullanılanlar gibi (örneğin, Lighthouse Projesi [43]) aracılık materyali içerebilir. Oyunculuk, oyunlar veya çizim gibi aracılık tekniklerinin kullanımı, formülasyon ve tedavi hedefleriyle bağlantılıdır ve seans içi aktivite türlerini, danışma odasının dışındaki kişisel ve kişilerarası alanlardaki gerçek hedeflere bağlayan yolu açıkça belirtir. Aracılık araçlarının fikri, bunları yaratıcı bir şekilde uyarlayarak kendini ve başkalarını açık yollarla zihinselleştirme sürecini teşvik etmek ve katılımcılar üzerindeki düzenleyici etkiyi çizelgelemektir. Son olarak, bireysel terapi, hastanın klinik sunumu ve tedavi hedefleri yararlı olabileceğini gösterdiğinde ve uzun vadeli (en az 18 ay) bireysel seanslar sağlama kapasitesine sahip hizmetlerde kullanılır. Formülasyon ve yapı, sahte-mod işleyişine karşı korunmak ve hastanın kendisiyle ve başkalarıyla gerçek anlamda ilişki kurma yeteneğini artırmaya ve işleyişin sosyal alanında giderek daha aktif ve katılımcı rollere katılmasına yardımcı olabilecek hedeflere odaklanmak için temel unsurlardır.

Machine Translated by Google

Tedavinin yapılandırılmasına ilişkin önemli noktaların özeti Kutu 10.1'de verilmiştir.

Kutu 10.1 Tedavinin yapılandırılmasına ilişkin temel noktalar.

- Klinik referans noktalarını tanımlayın.
- Ortak bir formülasyonu işbirlikçi bir süreç olarak birlikte oluşturun.
- Tedavi ayarlarını planlayın.
- Arabuluculuk araçlarını yaratıcı bir şekilde öngörün ve kullanın.

Bilmeme Duruşu

Herhangi bir klinisyen için, apaçık sanrısal inançlar veya diğer kafa karıştırıcı psikotik belirtiler karşısında, "bilmiyorum" duruşunu ve zihinsel durumlar hakkında gerçek bir merakı sürdürmek oldukça zor olabilir. Diğer tüm klinik durumlarda olduğu gibi, etkili MBT müdahalesinin anahtarı klinisyenin öz düzenlemesidir. Bu basit görünse de, psikotik belirtiler ortaya çıktığında oldukça zorlayıcı hale gelebilir. Bu belirtiler klinisyende korku, kafa karışıklığı ve düşünce tıkanıklıklarının yanı sıra yorgunluk, ilgisizlik ve anlamsızlık hissine de yol açabilir. Klinisyenin, "bilmiyorum" duruşunu sürdürebilmek veya kaybolduğunda yeniden etkinleştirebilmek için kendi uyarılmışlığını ve zihinselleştirme yeteneğini ve eğilimini izlemesi çok önemlidir.

Epistemik güven çerçevesi, bu gibi durumlarda klinisyenler için özellikle değerlidir. Klinisyen, hastanın deneyimine yansıtıcı merak yoluyla odaklanabilir: "Hastanın böyle bir zulüm, düşüncede böyle bir düzensizlik yaşaması nasıl bir şey?" Özellikle onlar için durum nasıl? İşlevsellik üzerindeki gerçek etkisi nedir? Hasta bu etkiyi nasıl deneyimliyor? Bu sorular hastaya sorulduğunda "tercüme edilmeli", böylece zihinsel durumlara dair merakı modelleyecek ve bu zihinsel durumlara dair merakı hasta için anlamlı kılacak kelimelere dökülmelidir.

Bilmeyen duruş, merakı, hastanın deneyimine saygıyı ve öz benlikteki bozulmaların hem terapi seansında hem de hastanın hayatında hasta üzerinde yaratabileceği etkileri gözlemlemeyi içerir. Bu duruş, klinisyenin hastanın zihinselleştirme yeteneğini kaybetmesine, öz benlik deneyiminde bozulmalar yaşamasına ve sonunda zihinselleştirme yeteneğini geri kazanmasına veya daha zor anları yönetmesine yol açan belirli dinamikleri gözlemleyebileceği bir zihinselleştirme sürecine girme fırsatı sağlayacaktır.

Klinisyen ayrıca, hastanın çeşitli terapötik ortamlarda (örneğin, bireysel ve grup terapisi seansları) sıkıntısını düzenlemek için kullandığı farklı kaynakları da değerlendirebilecektir. Bilmeme tutumuna ilişkin temel noktaların bir özeti Kutu 10.2'de verilmiştir.

Kutu 10.2 Bilmeme tutumuna ilişkin temel noktalar.

- Klinikçinin uyarılma düzeyini ve zihinselleştirme kapasitesini izleyin.
- Hastanın psikozla ilgili deneyimine dair merakınızı dile getirin.
- Hastanın zihinsel durumlarına ilişkin merakını anlamlı kılacak kelimeleri bulun.
- Zihinselleştirmenin kaybı ve zihinselleştirmenin yeniden kazanılması arasındaki dinamiklere ve hastanın kullandığı kaynaklara dikkat edin.
- Hastanın psikotik öyküsünün etkilerine klinik gözlem yapın.
- Açıklanamayanı ne kendinize ne de hastaya açıklamaya çalışmayın.

Machine Translated by Google

Zihinselleştirme Süreci

Uygulamanın aşağıdaki dört unsuru, MBT uygulayan klinisyenin müdahaleleri dikkatlice düzenlemesini, "güvenli" bileşenlerden daha aktif bileşenlere doğru çalışmasını gerektirir. Klinisyen, öncelikle asgari düzeyde ortak dikkat sağlayarak müdahale için bir temel oluşturur. Bu genellikle meta-iletişim yoluyla yapılır ve bu iletişimin klinisyenden geldiği işaretlendiğinde daha etkili olur. Klinisyenin ortak dikkati teşvik etme niyetini belirtmek için burada birkaç örnek sunuyoruz.

Klinik Örnek: Robert (devamı)

Bireysel Ayar

KLİNİSYEN: Robert, aklıma bir şey geldi, eğer sakıncası yoksa paylaşmak isterim. Az önce babandan bahsediyordun, sonra bir şekilde onunla ilişkin hakkında söylemek istediğin şeyi unuttum.

KLİNİSYEN: Robert, bugün çok sessiz olduğunuzu ve bana bakmadığınızı fark ettim. Benim için sorun değil, endişelenmeyin. Sadece bugün burada olmanızın sizin için her şeyin yolunda olup olmadığını kontrol etmek istedim.

Psikoeğitim Ortamı

KLİNİSYEN: Lütfen dikkatinizi rica edebilir miyim? Bugünün bir sonraki konusuna geçiyoruz, herkes için uygun mu? Robert? Johanna? Herkes? Eklemek istediğiniz bir şey var mı? Tamam, şimdi sizden kendinizi bağlı hissettiğiniz bir kişiyi düşünmenizi isteyeceğim. O kişinin adını yazabilir misiniz?

Grup Ayarı

KLİNİSYEN: Robert, geçen haftayı nasıl bitirdiğimize dair hislerini paylaştığın için teşekkürler. Şimdi kendimi... Bakış açınızı çok daha iyi anlıyorum. Umarım hepimiz için de benzerdir. Grubun sonunda geçen haftaki duyguları kişisel bir bakış açısıyla ve belki de başka bir grup üyesinin bakış açısıyla değerlendirmeyi deneyebilir miyiz?

Tüm bu örneklerde, klinisyen, hastaların zihinlerindeki zihinsel durumlarla ilgili sorular için bir başlangıç noktası olarak kendi bakış açısını duygusal olarak işaretlemeye çalışır. Hastalar zihinselleştirici soruları gerçek müdahaleler olarak deneyimleyebildiklerinden, işaretleme, psikoz için MBT'deki çoğu müdahale için önemli bir başlangıç noktasıdır. Ayrıca, kişinin kendi bakış açısını ve başkalarının bakış açısını ayırt etmek için tekrar tekrar modelleme sunma avantajına da sahiptir.

Birçok durumda, klinisyenler zihinselleştirme sürecini teşvik etmek için arabuluculuk araçlarını kullanırlar. Psikozlu MBT için geçerli bir arabuluculuk araçları seti yoktur, bu nedenle fikir bazı temel prensipleri takip etmektir. İlk olarak, oyunculuk muhtemelen psikozlu hastalarla yapılan klinik müdahalelerin en az değer verilen ve en az kullanılan boyutudur. Bu muhtemelen hem klinisyenin kendi yaratıcılığını ve oyunculuğunu etkileyebilen negatif semptomların hem de klinisyenin, hastanın mizahı ve duygusal olarak uyandırıcı olumlu etkileri ne kadar iyi tolere edeceği konusundaki belirsizliğinin etkisinden kaynaklanmaktadır. Bu endişeler geçerli olsa da, oyunculuk özellikle MBT çerçevesinde kullanıldığında çok güvenli bir uygulamadır. Klinisyenin katılımını sürdürür ve MBT konusunda bilgili bir klinisyen, müdahalelerin hastanın uyarılma düzeyi üzerindeki etkisini sürekli olarak izleyecektir.

Bu nedenle, oyunculuğun ölçülü kullanımı zihinselleştirme sürecinin anahtarıdır; oyunculuğun

Machine Translated by Google

Özellikle yoksunluk gibi kalıcı semptomlar varsa, uzun süreli psikozun tedavisine nüfuz edebilen olumsuzluk iklimi tarafından engellenebilir.

Kişilerarası zihinselleştirme sürecini canlandırmak için kritik bir müdahale, klinisyenin kendi düşünce sürecini açık, gerçek ve basit hale getirmesidir. Zihinsel durumları potansiyel olarak tehdit edici olarak deneyimleyen diğer hasta gruplarında olduğu gibi, klinisyenin de zihinselleştirme sorularına yol açan açık ve basit zihinsel süreçleri açıkça ortaya koyarak zihinsel durum sürecini normalleştirmesi gerekir. Klinisyen ayrıca, davranışın dışsal, algılanabilir yönleriyle bağlantılı zihinsel durum süreçlerini aktarmak, algı ve zihinsel durum düşüncesini birbirine bağlamak ve hastanın sözel olmayan iletişim ile zihinsel durum süreçleri arasındaki bağlantıları çözmesine yardımcı olmak için özetler kullanabilir.

Klinik Örnek: Zihinsel Durum ve Fiziksel İfadeyi Birleştirmek

KLİNİSYEN: (kendi yüzünü ve başını işaret ederek) Robert, ne tür bir yüz ifadesi yaptığımı göremiyorum ama Burada size bir soru sormak için nasıl sözünüzü kesebileceğimi merak ediyorum?

KLİNİSYEN: (eğilerek) Johanna, buraya eğiliyorum çünkü konuşup konuşmadığımızı merak ediyorum. Sizi sessizliğe iten bir şey var. Bunun hakkında yorum yapmak ister misiniz, yoksa şimdilik sessiz kalmayı mı tercih edersiniz?

Zihinselleştirme süreciyle ilgili önemli noktaların özeti Kutu 10.3'te verilmiştir.

Kutu 10.3 Zihinselleştirme süreciyle ilgili önemli noktalar.

Arabuluculuk araçlarını ve eğlenceyi kullanın.
Klinikçinin kendi düşünce sürecini açıkça ortaya koyun.
Klinikçinin kendi düşünce sürecini gerçek ve basit hale getirin.
Sözel olmayan iletişim ile düşünce süreci arasındaki bağlantıları modelleyin.

Zihinsel Olmayan Modlar

Psikoz hastalarında zihinsel olmayan modları ele almak için, psikozdaki zihinsel olmayan döngünün kavramsallaştırılmasına (bu bölümün önceki kısımlarında açıklanmıştır) geri dönmek faydalıdır. Bu kavram, zihinsel olmayan modlardaki psikotik belirtilere müdahale için bir çerçeve sağlar. MBT klinisyeni, hasta ile birlikte oluşturulan formülasyon ile klinik süreç boyunca kademeli olarak edinilen ve formülasyonun doğrulanması ve güncellenmesi için kanıt sağlayan ek bilgiler arasında sürekli bir diyalektik sağlamaya çalışır. Başlangıçta tanımlanan temel öz-bozuklukların kendine özgü tetikleyicilerinden (bkz. Şekil 10.3) ve tedavinin başlangıcında karakterize edilen zihinselleştirme bozukluklarından (Şekil 10.3'teki 1. nokta) başlayarak, klinisyen hasta alternatif bakış açılarını giderek daha fazla takdir edemediğinde zihinsel olmayan modları tespit edecektir. Zihinselleştirmedeki bu bozulmalar, MBT'nin zihin durumlarının açıklığı ilkesi doğrultusunda, terapi süreciyle ilgili olduğunda kendi düşünce süreçlerini açıkça ortaya koymaya çalışan ve alternatif bakış açılarının varlığını işaretlerken hastanın deneyimini doğrulayan klinisyen tarafından karşılanır (Şekil 10.3'teki 2. ve 3. noktalar).

Machine Translated by Google



Şekil 10.3 Öz benlik bozukluğunun ardından zihinselleştirmeme durumunda klinik müdahale için çerçeve ve yol gösterici ilkeler.

Klinik Örnek: Johanna

JOHANNA: Otobüsteki herkes bana deliymişim gibi bakıyordu. İnip buraya kadar yürümek zorundaydım.

KLİNİSYEN: Herkesin sana böyle baktığını hissetmek korkunç bir deneyim gibi geliyor.
buraya yürümek bu duyguya yardımcı oluyor mu?

JOHANNA: Bir nevi...

KLİNİSYEN: Anlıyorum. Sizce burada da aynı düşüncelere sahip miyiz?

JOHANNA: Evet...

KLİNİSYEN: Bunu paylaştığın için teşekkürler Johanna, bunun senin için kolay olmadığını biliyorum.
An. Sadece şunu söylemek istiyorum ki, anladığım kadarıyla ne düşündüğümü, şu anda bunun senin için nasıl bir his olduğunu anlamaya odaklandım ve gerçekten düşünmüyorum - yine, düşüncelerimden anladığım kadarıyla... Yani... senin deli olduğunu düşünmek aklımdan geçen bir düşünce değil.

JOHANNA: Sanki sen... sadece bu düşüncelerin beni daha fazla üzmesini istemiyorum.

KLİNİSYEN: Ve bu yükünüzü hafifletmek için size yardımcı olmaya çalışmak konusunda çok motiveyiz...

Hezeyanlı düşüncelerin içeriğinden etkilerine odaklanmayı kademeli olarak kaydırırken, klinisyen karmaşık veya aşırı sembolik düşüncelerden kaçınmaya çalışır (Şekil 10.3'teki 4. nokta), çünkü bu, hastanın sözel içeriği giderek daha gerçek dışı olarak deneyimlemesine yol açabilir. Bazen, zihinselleştirmeme hastalar için o kadar dayanılmaz olabilir ki, kendi öznel bakış açılarına çekilir ve semptom tezahürlerinin devam ettiğini veya kötüleştiğini gösterirler. Bu durum, klinisyene tehdit edici olmayan geri bildirim sağlayarak müdahale etmesi, güvenli ortamlarda potansiyel olarak yıkıcı davranışları kontrol altına alma seçeneklerini araştırması ve formülasyon ve kriz planında kararlaştırıldığı gibi semptom gelişimini kaydetmesi gerektiğini işaret edecektir (Şekil 10.3'teki 5. ve 6. noktalar).

Zihinsel olmayan modlara yönelik klinik yaklaşımla ilgili temel noktaların özeti Kutu 10.4'te verilmiştir.

Machine Translated by Google

Kutu 10.4 Zihinsel olmayan modlar için önemli noktalar.

- Zihinsel olmayan modların ortaya çıkışında özel tetikleyicileri takip edin.
- Hastanın deneyimini doğrulayın ve empati kurun, ancak zihinselleştirme duruşunu koruyun.
- Karmaşık zihinselleştirmelerden kaçının.
- Eğer psikoz baş gösterirse kriz planını uygulayın.

Duygusal Anlatı

Psikoz için MBT'de, duygusal anlatıya müdahale etmek aşırı düşünme riski taşır. Bu riske karşı korunmak için, klinisyenin, duygusal anlatıda çalışmak için bir çerçeve sağlamak amacıyla formülasyonda net bir odaklanmaya sahip olması önerilir. Ayrıca, ilk değerlendirmelerde anlaşıldığı üzere hastanın zihinselleştirme düzeyi, klinisyeni daha önce parçalanmış deneyimlerin bütünleşmesini destekleme olasılığı yüksek müdahalelerin kullanımına yönlendirir. Başka bir deyişle, zihinselleştirici işlevsel analiz (bkz. Bölüm 4) kullanmak ve bölümlerin kare kare tanımlarıyla devam etmek, hastanın günlük yaşamındaki farklı deneyim uçlarını bütünleştirmesine yardımcı olmakta özellikle faydalı olabilir.

Genel olarak, psikozlu hastalar için "odadaki fil" (bkz. Bölüm 4) hem kendileri hem de başkalarıyla ilgilidir. Hatırlatmak gerekirse, odadaki fil, hasta ve klinisyen arasındaki etkileşime müdahale etme eğiliminde olan baskın olmayan duygusal anlatıdır. Hastalar genellikle strese tahammül etme kapasitelerine karşı derin bir güvensizlik yaşarlar, ilişkilerdeki beklentilerini sınırlarlar, karşılıklılığa güvenemezler ve en önemlisi kendileriyle ilişkilerindeki tutarsızlığı fark edemezler. Bu, kendi kendilerine dair deneyimlerine, azalmış öz-şefkatlerine, öz-şefkat eksikliklerine ve aşırı-düşünümselliklerine dayanır ve bunların hepsini başkalarının tolere etmekte zorlandığını anlarlar. Hem hasta hem de klinisyen, terapi ve hastanın hayatı üzerindeki olası etkilerini dile getirmeden, bu mutabık kalınan anlatıyı örtük olarak "yaşamaya" başlar. Bu anlamda, hastanın hayatıyla ilgili anlatı çalışması, hem terapide hem de günlük yaşamlarında hissedilen etkiyi artırmayı amaçlar; kanıtlar, anlatılar üzerinde çalışıldığında iyileştirmeler sağlanabileceğini göstermektedir [44]. Odadaki diğer "fil" ise, başkalarının güvenilirliğine ve genellikle düşmanca olarak algılanan niyetlerinin doğasına yöneliktir. Sınırda kişilik bozukluğu hastalarının aksine, psikoz hastalarında başkalarına duyulan güvensizlik, terk edilmeyle değil, başkalarının hastayı yabancılaştırma niyetleriyle ilişkilidir. Bu tema genellikle hastanın ilaç tedavisiyle ilgili psikiyatristiyle veya konut ve iş sorunlarıyla ilgili yardımcı çalışanıyla olan ilişkisine nüfuz eder. Dolayısıyla, zihinselleştirmenin benlik/öteki ve bilişsel/duygusal boyutları, psikoz için MBT'de yapılabilecek bütünleştirici çal

Duygusal anlatıya ilişkin temel noktaların özeti Kutu 10.5'te verilmiştir.

Kutu 10.5 Duygusal anlatı ile çalışmaya ilişkin temel noktalar.

- Formülasyona anlatı üzerine çalışmayı yerleştirin.
- Zihinselleştirmenin boyutları arasında hedef entegrasyonu.
- Hastanın kendine olan güvensizliğinin farkında olun.
- Hastanın başkalarına olan güvensizliğinin farkında olun.

Machine Translated by Google

İlişkiyi Zihinselleştirmek

Duygusal anlatı alanındaki çalışmalara benzer şekilde, psikoz için MBT'de ilişki üzerine çalışmak, hastanın öz benliğinde rahatsızlıklara yol açma riski taşır. Bu riske karşı önlem almak için, klinisyen, benlik ve diğerlerinin farkındalığını geliştirmek için ilişkilerin kullanımı konusunda psikoeğitim sunar ve gruplardaki hastalar arasındaki ilişkilerde ve klinisyen(ler)le olan ilişki(ler)de yaşanan deneyimlerden gelen duygu ve zihinsel durumları ilişkilendirir.

Müdahale etmenin en güvenli yolu, ilişkinin temsilleri üzerinde çalışmak yerine, ilişkinin içinde çalışmaktır. Yine, klinisyenin kendi düşünce süreçlerinin açıkça zihinselleştirilmesini işaretleyerek ve modelleyerek müdahaleleri ilişkiye yerleştirmek, bireysel terapiyi grup çalışması bağlamında güvenli bir alan olarak sürdürmek için faydalıdır. Güven ve emniyet sorunlarının yanı sıra tedavide çıkmazlarla karşılaşıldığında, klinisyen ve hasta arasındaki ilişkiye müdahaleler gerekebilir. Yine, bu tür müdahalelerde klinisyenin öz düzenlemesi çok önemlidir, çünkü psikoz hastaları -genel inanışın aksine- diğer insanlardaki uyarılma değişikliklerine karşı son derece hassas olabilir [45].

Sonuç Bu bölüm, MBT tarafından

desteklenen çağdaş psikoterapiden elde edilen ampirik ve klinik bilgileri bir araya getirmiş ve klinik bir gerekçe, tedavi için temel referans noktaları ve psikoz için MBT'de müdahale alanlarını kapsayan bir çerçeve belirlemiştir. Mevcut kanıtlar, psikoterapi süreci ve teknik uyarlamalar üzerine daha fazla araştırmanın yanı sıra, psikozlu hastalar için büyümeyi ve anlamlı iyileşmeyi sürdürmek amacıyla çok disiplinli ortamlarda müdahalelerin daha iyi ifade edilmesi gerektiğini göstermektedir. Zihinselleştirme teorik çerçevesi ve MBT klinik çerçevesi, psikozdaki genel psikopatolojiyi ele alabilecek kavramsallaştırma ve müdahalelere katkıda bulunur ve ayrıca hastanın ve klinisyenin öngörülemeyen ve genellikle korkutucu psikotik deneyimler karşısında zihinselleştirmeyi sürdürmesine yardımcı olabilir. MBT müdahalesinin alanları, psikoz tedavisinde takip edilir ve zihinselleştirme sürecine ve tedavi yapısına önemli uyarlamalar yapılır.

Referanslar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013.

2. Brent B. Zihinselleştirmeye Dayalı psikoz için psikodinamik psikoterapi. J Clin Psychol 2009; 65: 803–14.

3. Debbané M, Benmiloud J, Salaminios G ve diğerleri. Psikoz açısından klinik olarak yüksek riskli hastalarda mentalizasyona dayalı tedavi: bir gerekçe ve klinik örnek. J Contemp Psychother 2016; 46: 217–25.

4. Lana F, Marcos S, Mollà L ve diğerleri. Psikoz için mentalizasyona dayalı grup psikoterapisi: Güvenlik, kabul ve öznel etkililiği değerlendirmek için bir pilot çalışma. Uluslararası Psikoloji Dergisi 2015; 1: 1–6.

5. Weijers J, Ten Kate C, Eurelings-Bontekoe E ve diğerleri. Zihinselleştirmeye dayalı Psikotik bozukluk tedavisi: randomize kontrollü bir çalışmanın protokolü. BMC Psikiyatri 2016; 16: 191.

6. Lana F, Marti-Bonany J, Sanz-Correcher P ve diğerleri. Şizofreni spektrum bozuklukları için kısa süreli hastane mentalizasyon temelli grup psikoterapisi:

Machine Translated by Google

fizibilite çalışması. Actas Esp Psiquiatr 2020; 48: 64–74.

7. Riddel K, Clouse M. Program geliştirme, teori geliştirmeyle buluşuyor: Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar için MBGT-I. Klinik Şizofreni İlişkisi Psikozları 2020; 14: 39–44.

8. Brent B, Fonagy P. Şizofrenide sosyal anlayış bozukluklarına yönelik zihinselleştirme temelli bir tedavi yaklaşımı. Lysaker PH, Dimaggio G, Brüne M, editörler. Şizofrenide Sosyal Biliş ve Meta Biliş. San Diego, CA: Elsevier, 2014; 245–57.

9. Debbané M, Salaminios G, Luyten P ve ark. Bağlanma, nörobiyoloji ve psikoz sürecinde zihinselleştirme. Front Hum Neurosci 2016; 10: 406.

10. Weijers JG, ten Kate C, Debbane M ve ark. Zihinselleştirme ve psikoz: Duygusal olmayan bozuklukları anlamak ve tedavi etmek için zihinselleştirme teorisinin kullanılmasının gerekçesi psikotik bozukluk. J Contemp Psychother 2020; 50: 223–32.

11. Debbané M, Bateman A. Psikoz. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 443–58.

12. Armando M, Hutsebaut J, Debbane M. Psikoz için klinik olarak yüksek riskli hastalarda mentalizasyona dayalı bir evreleme yaklaşımı. Front Psikiyatri 2019; 10: 385.

13. Rapoport JL, Addington AM, Frangou S, Psych MR. Şizofreninin nörogelişimsel modeli: 2005 güncellemesi. Mol Psychiatry 2005; 10: 434–49.

14. Lichtenstein P, Yip BH, Bjork C ve diğerleri. İsveçli ailelerde şizofreni ve bipolar bozukluğun ortak genetik belirleyicileri: popülasyona dayalı bir çalışma. Lancet 2009; 373: 234–9.

15. Meehl PE. Şizotaksi, şizotipi ve şizofreni üzerine bütünleşik bir teoriye doğru. J Pers Disord 1990; 4: 1–99.

16. Debbané M, Barrantes-Vidal N. Gelişimsel bir şizotipi bakış açısı. Schizophr Bull 2015; 41 (Ek 2): S386–95.

17. Debbané M. Şizotipi: Gelişimsel bir bakış açısı. Mason O, Claridge G, editörler. Şizotipi: Yeni Boyutlar. Abingdon, İngiltere: Routledge, 2015; 83–98.

18. Lenzenweger MF. Şizotipi: bir Şizofreni araştırmaları için düzenleyici çerçeve. Curr Dir Psychol Sci 2016; 15: 162–6.

19. Guloksuz S, Pries LK, Ten Have M ve diğerleri. Genel popülasyonda klinik psikoz insidansı ile önceki psikoz risk durumları ve psikotik olmayan ruhsal bozuklukların ilişkisi: NEMESIS-2 kohortunda prospektif bir çalışma. Dünya Psikiyatri 2020; 19: 199–205.

20. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ ve ark. EPA'nın psikozların klinik yüksek risk durumlarının erken teşhisine ilişkin kılavuzu. Avrupa Psikiyatri 2015; 30: 405–16.

21. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J ve diğerleri. Temel semptomlar ve ultra yüksek risk kriterleri: İlk prodromal durumda semptom gelişimi. Schizophr Bull 2010; 36: 182–91.

22. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP ve diğerleri. Tam iyileşmeye giden yol: 7,5 yıl boyunca ilk psikoz ataklarında semptomatik remisyon ile psikososyal iyileşme arasındaki uzunlamasına ilişki. Psychol Med 2012; 42: 595–606.

23. AlAqeel B, Margolese HC. Şizofrenide remisyon: eleştirel ve sistematik inceleme. Harv Rev Psikiyatri 2012; 20: 281–97.

24. Bevington D, Fuggle P, Cracknell L, Fonagy P. Uyarlanabilir Zihinselleştirmeye Dayalı Bütünleştirici Tedavi: Ekiplerin Bakım Sistemleri Geliştirmelerine Yönelik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2017.

25. Boyette LL, Korver-Nieberg N, Meijer C ve diğerleri. Psikotik bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitesi: semptomların, kişiliğin ve bağlanmanın etkisi. J Nerv Ment Dis 2014; 202: 64–9.

26. Nevarez-Flores AG, Sanderson K, Breslin M ve diğerleri. İnsanlarda küresel işlevsellik ve yaşam kalitesinin sistematik incelemesi

Machine Translated by Google

psikotik bozukluklarla. Epidemiol Psikiyatri Bilimi 2019; 28: 31–44.

27. Jones K. Erken psikoz sırasında bakıcıların ihtiyaçlarının karşılanması. Erken Görüşme Psikiyatrisi 2009; 3 (Ek 1): S22–6.

28. Harley EW, Boardman J, Craig T. Şizofreni hastalarında arkadaşlık: bir araştırma. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 1291–9.

29. Castelein S, Bruggeman R, van Busschbach JT ve diğerleri. Psikozda akran destek gruplarının etkinliği: rastgele kontrollü bir çalışma. Acta Psychiatr Scand 2008; 118: 64–72.

30. Weijers J. Mentalizasyon ve Psikoz: Anlaşılmazı Anlamaya Çalışmak. Maastricht: Ridderprint, 2020.

31. Bleuler E. Dementia Praecox veya Şizofreni Grubu. New York: International Universities Press, 1911/1950.

32. Freud S. Üç deneme, Cinsellik. Strachey J, ed. Sigmund Freud'un Tam Psikolojik Eserlerinin Standart Baskısı, Cilt 7. Londra, İngiltere: Hogarth Press, 1905/1953; 123–230.

33. Freud S. Narsisizm üzerine. Strachey J, ed. Sigmund Freud'un Psikolojik Eserlerinin Tamamının Standart Baskısı, Cilt 14. Londra, İngiltere: Hogarth Press, 1914/1957; 67–102.

34. Freud S. Bilinçdışı. Strachey J, ed. Sigmund Freud'un Tüm Psikolojik Eserlerinin Standart Baskısı, Cilt 14. Londra, İngiltere: Hogarth Press, 1915/1957; 159–216.

35. Sass LA, Parnas J. Şizofreni, bilinç ve benlik. Schizophr Bull 2003; 29: 427–44.

36. Auerbach JS, Blatt SJ. Şiddetli psikopatolojide öz temsil: Refleksif öz farkındalığın rolü. Psychoanal Psychol 1996; 13: 297–341.

37. Lysaker PH, Buck KD, Pattison ML ve diğerleri. Şizofreni psikoterapisinde süpervizyon: Parçalanmanın farkındalığı ve bu konuda karşılıklı düşünme. Am J Psychoanal 2019; 79: 284–303.

38. Adams RA, Stephan KE, Brown HR ve diğerleri. Psikozun hesaplamalı anatomisi. Ön Psikiyatri 2013; 4: 47.

39. Friston K. Aktif çıkarım ve serbest enerji. Davranış Beyin Bilimi 2013; 36: 212–13.

40. Derome M, Fonseca-Pedrero E, Badoud D ve diğerleri. Kişiliksizleşme benzeri yanılsamalar yaşayan ergenlerin dinlenme durumu ağları: kesitsel ve uzunlamasına bulgular. Şizofrenik Boğa 2018; 44 (Ek 2): S501–11.

41. Frith CD. Şizofreninin Bilişsel Nöropsikolojisi. Hove, İngiltere: Psychology Press, 1992.

42. Salaminios G, Debbané M. Zihinselleştirmeye dayalı bir tedavi Ergenlik döneminde ortaya çıkan psikozlarda benliğin iyileşmesini desteklemek için bir çerçeve. Hasson-Ohayion I, Lysaker PH, editörler. Psikozda Benliğin İyileşmesi. Abingdon, BK: Routledge, 2021; 12–35.

43. Byrne G, Sleed M, Midgley N ve diğerleri. Fener Ebeveynlik Programı: Zihinselleştirmeye dayalı tedavinin tanımı ve pilot değerlendirmesi Çocuk istismarı. Klinik Çocuk Psikolojisi Psikiyatri 2019; 24: 680–93.

44. Lysaker PH, Klion RE. Kurtarma, Anlam Yaratma ve Ciddi Ruhsal Hastalıklar: Meta Bilişsel Yansıma ve İçgörü Terapisine Kapsamlı Bir Kılavuz. New York, NY: Routledge, 2017.

45. Reininghaus U, Kempton MJ, Valmaggia L ve diğerleri. Erken psikozda stres duyarlılığı, anormal belirginlik ve tehdit beklentisi: bir deneyim örnekleme çalışması. Schizophr Bull 2016; 42: 712–22.

Machine Translated by Google

Bölüm 11

Travma

giriiş

Klinik Örnek: Lydia Lydia, 25

yaşında bir hemşire. Bir klinisyenle yaptığı ön görüşmenin başında hemen ağlamaya başlıyor ve sorununun ne olduğunu nasıl anlatacağını bilemediğini söylüyor. Sürekli olarak duygusal ve çoğu zaman fiziksel istismarla karakterize istismarcı ilişkilerde buluyor gibi göründüğünü söylüyor. Neden bu kadar istismarcı erkeklere ilgi duyduğunu anlayamıyor çünkü kendisi de ailesi tarafından duygusal olarak ihmal edilmiş ve bu nedenle sevgi dolu bir ilişkide olmaktan başka bir şey istemiyor. İki küçük kızı var, ancak çocuk koruma hizmetleri, ihmal ve istismar endişeleri nedeniyle son zamanlarda çocuklarını almakla tehdit etti.

Lydia, anne ve babasının çok çalışkan ama duygusal olarak mesafeli olduğunu söylüyor. Kendisini sevdiklerinden hiçbir zaman şüphe etmediğini söylese de, ne annesinin ne de babasının ona böyle bir şey söylediklerini hatırlamıyor. Kendisine çok benzeyen küçük bir erkek kardeşi var; o da anne ve babası, özellikle de anneleri tarafından sık sık aşağılanıyordu ve Lydia gibi o da kendisinde temelde bir sorun olduğuna inanmaya başlamıştı. Birkaç yıl önce, anne ve babasından kaçmak için yurt dışına taşındı. Lydia da taşınmayı düşündü ama hâlâ anne ve babasını ziyaret ediyor: "Annem, bana yaptığı her şeye rağmen hâlâ benim annem." Lydia, gençken "acımı hafifletmek" için uyuşturucu denemeleri yapmaya başladı ve ayrıca kollarını ve bileklerini keserek kendine zarar vermeye başladı; bu da ona "önemlilik ve heyecan duygusu" verdi. Hemşirelik eğitimini başarıyla tamamladı. Ancak işyerinde sık sık iş arkadaşlarıyla çatışmalara giriyor ve "bana tahammül edemiyorlar, bana bakışlarından hepsinin değersiz bir çöp parçası olduğumu ve çocuklarına bile kötü davrandığımı düşündüğünü" anlıyor ve hemşire olmak istemesine rağmen "her zaman insanlarla ilgilenmeyi sevdiği" için son zamanlarda hastalarını artık umursamadığını hissettiğini söylüyor. Kendini tamamen depresif, sık sık kaygılı hissettiğini, alkole bağımlı olduğunu ve hâlâ sık sık kendine zarar verdiğini söylüyor. Sevk mektubunda, tedavi eden psikiyatristi onu travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için sevk ediyor ve sınırda kişilik bozukluğu ve antisosyal özellikler için de kanıtlar bulunduğunu ekliyor.

Lydia'nın sorunları, bağlanma travması veya karmaşık travma olarak adlandırılan birçok hastanın tipik sorunlarıdır. "Karmaşık travma" terimi, genellikle çocuğu koruması ve ona bakması gereken bakıcıların aynı zamanda kaygı, tehdit, ihmal ve/veya istismar kaynağı olduğu bir bağlanma/bakım bağlamında, ihmal ve/veya istismar içeren uzun süreli olumsuz yaşam deneyimlerinin etkisini ifade eder [1,2]. Lydia gibi hastalarda ruhsal bozuklukların birlikte görülmesi yaygındır; aslında bu istisnadan ziyade kuraldır. Araştırma çalışmaları, travmanın en iyi

Machine Translated by Google

Çok çeşitli duygusal ve (işlevsel) somatik bozuklukların gelişiminde rol oynayan transdiagnostik bir faktör olarak kabul edilir. Travma, genellikle nüfusun %30 ila %70'ini oluşturan çok çeşitli ruhsal bozukluklar için atfedilebilir riskten sorumludur [3,4]. Dahası, yalnızca yüksek eş tanı oranlarıyla (yani iki veya daha fazla ruhsal bozukluğun birlikte görülmesi) değil, aynı zamanda daha erken yaşta psikopatolojinin ortaya çıkması, semptomların daha şiddetli olması, intihar riskinin artması ve tedaviye daha zayıf yanıtla da ilişkili bir ekofenotip (çevreye uyum olarak ortaya çıkan bir özellik grubu) oluşturabilir [3].

Bu bölüm, travmaya yönelik zihinselleştirme yaklaşımını tartışacaktır [5–11], travmayı ve onun etkisini zihinselleştirme perspektifinden nasıl kavramsallaştıracağımıza dair bir taslakla başlayacak ve travmanın, duygu düzenlemesinde önemli bir rol oynayan dört temel biyodavranışsal sistem (yani, birbirine bağlı biyolojik ve psikolojik süreçler) üzerindeki etkisine odaklanacaktır: stres, bağlanma, zihinselleştirme ve epistemik güven sistemleri [12]. Daha sonra, travma öyküsü olan kişilerin sorunlarına daha uygun hale getirmek için temel zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) modelinin uyarlanmasına odaklanılarak tedavi prensipleri tartışılacaktır. Son olarak, travma öyküsü olan hastalar için bazı bireysel seansların da yer aldığı grup seanslarından oluşan özel, modüler bir program olan MBT-Travma Odaklı (MBT-TF) anlatılacaktır.

Travmayı Anlamak: Zihinsel Bir Bakış Açısı Travmanın farklı türleri

vardır ve bunlar, kişisel olmayan travmadan (örneğin, doğal bir afet yaşamak, ciddi bir araba kazasına karışmak) kişilerarası travmaya (örneğin, bir iş arkadaşı veya yabancı biri tarafından istismara uğramak) ve bağlanma travması veya karmaşık travmaya (örneğin, bir ebeveyn veya başka bir bağlanma figürü tarafından istismara uğramak) kadar uzanan bir süreklilik olarak düşünülebilir. Bu süreklilik Şekil 11.1'de gösterilmiştir.

Klinik olarak, bir bireyin tek bir izole travma deneyimine verdiği tipik tepkinin minimal etkili dayanıklılık olduğunu fark etmek önemlidir. Birçok kişi, tek bir (kişisel olmayan veya kişiler arası) travma olayından sonra yalnızca geçici bir sıkıntı yaşar ve ardından sağlıklı işlevselliğe nispeten hızlı bir şekilde geri döner, ancak bazen bu daha uzun sürebilir. Araştırmalar, yalnızca bir alt grup bireyin tek bir travma olayı yaşaması veya buna tanık olması sonucunda kronik travmayla ilgili sorunlar geliştirdiğini göstermektedir [13,14]. Zihinselleştirme açısından bakıldığında, bu bulgular bizi travmaya ilişkin geleneksel bakış açısını tersine çevirmeye zorlamaktadır; çünkü travmanın etkisini anlamanın özü, kırılganlık fikrinde değil, dayanıklılığın yokluğunda yatmaktadır. Örneğin, uzun süreli bir sıkıntı dönemi yaşayan kişiler



Şekil 11.1 Farklı travma tipleri (Allen'dan uyarlanmıştır [7]).

Machine Translated by Google

Tablo 11.1 Travmaya yönelik zihinsel bir yaklaşım

Travmadan etkilenen biyodavranışsal sistem	Sistemin bozulmasının etkileri
Stres sistemi	Stres sisteminin geçici veya kronik düzensizliği, aşırı uyarılmaya yol açar
Bağlanma davranış sistemi	İkincil bağlanma stratejilerine artan bağımlılık; stres tepkisinin artan düzensizliği riski, izolasyon, terk edilme ve/veya ihmal edilme hissine yol açar
Zihinselleştirme kapasitesi	Zihinsel olmayan modlar öznel deneyime hakim olma eğilimindedir; bu, umutsuzluk ve korku duygularına (psişik eşdeğerlik) yol açar, kendine zarar verme riskini artırır (teleolojik mod) ve/veya geviş getirme ve ayrışmaya (taklit modu) neden olur, zihinselleştirilmemiş deneyimleri ("yabancı benlik" durumları) dışsallaştırma baskısı ve travmatik deneyimlerin yeniden canlandırılmasıyla birleşir.
Epistemik güven kapasitesi	Epistemik güven zayıflar ve bu da sosyal iletişimin ve karşılıklı saygının bozulmasına yol açar. Zihni, güvenilen biriyle birlikte yeniden kalibre edememek, izolasyon ve korku duygularını artırır.

ve tek bir travmatik olay yaşadıktan sonra uyumsuzluk yaşayanlar genellikle erken çocukluk travması geçmişine ve/veya zayıf sosyal destek ve duygu düzenleme stratejilerine sahip olma eğilimindedir [15,16].

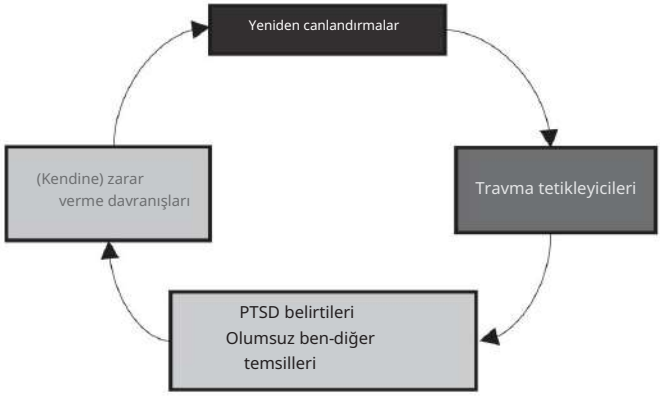
Bu bulguları zihinselleştirme perspektifinden açıklamak gerekirse, travmanın birbiriyle yakından ilişkili dört biyodavranışsal sistemin koordineli işleyişini bozduğu düşünülmektedir (bkz. Tablo 11.1). Bu sistemlerin koordineli işleyişindeki aksaklıklar, özellikle bağlanma travması öyküsü olan hastaların temel klinik özelliklerini anlamak için kapsamlı bir teorik çerçeve de sunmaktadır (bkz. Tablo 11.2 ve Şekil 11.2 ve 11.3).

Travma, ister tekil ister karmaşık olsun, genellikle stres düzenleme sistemini zorlar. Bu durum, stres ve uyarılmayı birlikte düzenleme girişimiyle bağlanma sisteminin genellikle büyük ölçüde aktive olmasına yol açar (bkz. Şekil 11.3). Bu bölümün ilerleyen kısımlarında daha ayrıntılı olarak tartışılacağı gibi, bağlanma figürleri stresin birlikte düzenlenmesinde kilit bir rol oynar; kişi travma veya zorlukla karşılaştığında, en yakınındakilerden yardım, destek ve bakım ister. Ancak, (eş)düzenleme başarısız olduğunda, aşırı uyarılma ve buna bağlı olarak tehditlere karşı aşırı tetikte olma hali (travma sendromlarının tipik özelliği) ortaya çıkar. Bu aşırı uyarılma hali nedeniyle, zihinselleştirme bozuklukları genellikle kaçınılmazdır. Bunlar, kişinin kendisine ve başkalarına dair çarpık görüşlere yol açar ve ayrıca müdahale (yani travmayı yeniden deneyimleme) riskini ve dayanılmaz kaygı, öfke, utanç, suçluluk, tiksinti ve korku duygularına karşı savunma amacıyla kaçınma davranışları ve ayrışma kullanımını artırır. Özellikle bağlanma travması yaşayan bireyler için, bu dayanılmaz zihin durumları, travmatik anıların (yeniden canlandırmaların) tetiklediği, başkalarıyla yaşanan sorunlu etkileşimlerin devam etmesiyle ilgili daha fazla travma yaşama riskini de artırır.
Bu bireylerin çoğu, bir ortama uyum sağlama stratejisi olarak yüksek düzeyde epistemik güvensizlik ve epistemik aşırı uyanıklık (bkz. Bölüm 2) geliştirmiştir.

Machine Translated by Google

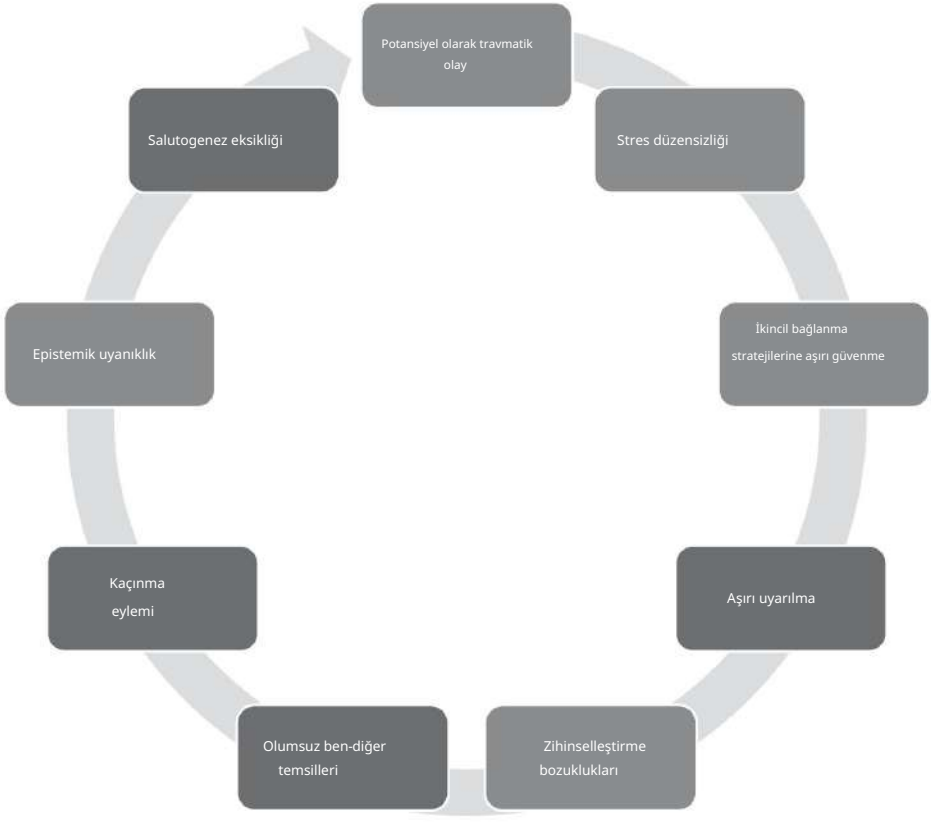
Tablo 11.2 Travmanın tipik özellikleri, klinik ifadeleri ve altta yatan biyodavranışsal sistemler dahil olanlar

Travma özellikleri	Klinik ifade	Temel biyodavranışsal sistem(ler)
Aşırı uyarılma ve tepkisellik	Aşırı tetikte olma/anksiyete Artan irkilme tepkisi Konsantrasyon sorunları Uyku sorunları Sinirlilik veya saldırganlık Fiziksel semptomlar	Stres ve bağlanma sistemleri
Tecavüzler/yeniden deneyimleme ve ilişkili kaçınma davranışları ve ayrışmalı deneyimler	İstenmeyen olumsuz anılar Kabuslar Geriye dönüşler Duygusal sıkıntı Ayrışma	Zihinselleştirme sistemi
Kendine ve başkalarına yönelik olumsuz görüşler	Kendisi, başkaları ve/veya genel olarak dünya hakkında aşırı olumsuz varsayımlar Kendini veya başkalarını abartılı bir şekilde suçlama/(hayatta kalan) suçluluk duygusu Depresif duygular Olumlu etkiyi deneyimlemede zorluk Yalnızlık hissi (Toksik) utanç ve/veya tiksinti duyguları	Zihinselleştirme ve epistemik güven sistemleri
Yeniden canlandırmalar	Riskli veya (kendini) yıkıcı davranış İhmal veya istismarın yeniden canlandırılması	Bağlanma, zihinselleştirme, epistemik güven sistemleri



Şekil 11.2 (Karmaşık) travma ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilişkili yeniden canlandırma döngüleri.

Machine Translated by Google



Şekil 11.3 Travma özellikleri ve altta yatan biyodavranışsal sistemler.

İstismar ve/veya ihmal ile karakterizedir. Bu nedenle MBT, hem zihinselleştirme sürecini yeniden canlandırmaya hem de zihinselleştirmedeki ciddi bozukluklarla (yani, terapötik ilişki de dahil olmak üzere ilişkilerde zihinselleştirilmemiş deneyimlerin yeniden canlandırılması veya dışsallaştırılması eğilimi) ve epistemik güvensizlikle ilişkili dinamiklere odaklanması nedeniyle karmaşık travma geçiren hastalar için özellikle uygun ve etkili olabilir. Travma mağdurları genellikle ihmal ve istismar deneyimlerini farkında olmadan yeniden yaratma ve başkalarına güvenmeme eğilimi gösterirler. Bu eğilimler genellikle bu bireylerin işlevsel bir terapötik ittifak kurma kapasitelerini ciddi şekilde tehlikeye atar ve sonuç olarak tedaviyi bırakma ve sık sık nüksetme olasılığı yüksektir.

Travma, Stres ve Bağlanma Travma,

stres/tehdit sistemini harekete geçirir. İnsanlarda stres/tehdit sistemi, dağıtılmış bir sinir yapıları kümesinden (amigdala, hipokampüs ve medial PFC dahil prefrontal kortekste (PFC) alanlar [17,18]) ve hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseni ve otonom sinir sistemi, metabolik sistem, bağırsak, böbrekler ve bağışıklık sistemi tarafından koordine edilen tepkiler de dahil olmak üzere daha geniş bir ilişkili düzenleyici tepki kümesinden oluşur; bunların her biri nispeten farklı

Machine Translated by Google

biyomediatörler (örneğin, kortizol, sempatik ve parasempatik nörotransmitterler, metabolik hormonlar, sitokinler) [17–19]. Bu koordineli tepki seti, birey stresle karşılaştığında sözde savaş/kaç/don tepkilerinin altında yatar.

Bir kişinin bağlanma ilişkilerinin kalitesi ve sosyal çevresi, genel olarak stres tepkisinde önemli bir rol oynar ve bu rolü gelişim boyunca oynamaya devam eder [19,20]. Gelişimsel bir bakış açısından, güvenli bağlanma, stres sisteminin olumsuzluklara tepki olarak uyarlanabilir hiporesponsiviteye katkıda bulunur. Bu, güvenli bir bağlanma ortamında büyüyen çocukların, başkalarının kendilerine yardım etmek ve destek olmak için orada olduğunu öğrendikleri için olumsuzluklarla başa çıkma kapasitesi geliştirme eğiliminde oldukları anlamına gelir. Dolayısıyla, bu bireyler için ihtiyaç anında birincil bağlanma stratejisi, başkalarından yardım, tavsiye, bakım ve destek aramaktır; bu da nörobiyolojik mezokortikolimbik ödül sistemi tarafından desteklenen sıkıntı ve korku duygularının aşağı düzenlenmesine yol açar [21]. Bu olaylar dizisi genellikle "genişletme ve inşa etme döngüleri" [22,23] olarak adlandırılan şeye yol açar; bu döngülerde birey, ihtiyaç zamanlarında başkalarına ulaşabileceğini öğrenir (yani, "genişletmek") ve ayrıca stres ve zorlukla başa çıkma kapasitesine dair bir inanç geliştirir (yani, "inşa etmek").

Buna karşılık, özellikle stres sisteminin gelişimindeki kritik dönemlerde (ki bu durum insanlarda erken yetişkinliğe kadar uzanır) yaşanan yüksek düzeydeki sıkıntılar, HPA ekseninin aşırı aktivitesi (yani sürekli bir savaş/kaç durumu) veya HPA hipo(re)aktivitesi (yani bir "donma/bayılma" durumu; [18,24]) ile ifade edilen stres tepkisinin bozulmasıyla ilişkilidir. Bağlanma stratejileri, kronik stres veya (algılanan) bağlanma figürlerinin bulunmaması nedeniyle başarısız olduğunda, bireyler ikincil bağlanma stratejilerine aşırı derecede güvenmeye başlar. Bunlar, bağlanmayı hiperaktivize eden veya bağlanmayı deaktive eden stratejiler veya her ikisinin bir kombinasyonudur ve bu, dağınık bağlanma ve/veya karmaşık travma geçmişi olan bireylerde tipiktir. Bağlanmayı deaktive eden stratejiler, bağlanma figürlerinin (algılanan) bulunmamasına verilen tipik bir tepkidir; bağlanmayı hiperaktivite eden stratejiler ise, tutarsız bir şekilde ulaşılabilen bağlanma figürlerinden bakım ve destek alma girişimi olarak gelişir.

Karmaşık travma geçmişi olan bireylerin genellikle çocukluklarında güvenlik, destek, sevgi ve bakım kaynağı olan bağlanma figürleri vardır, ancak aynı zamanda istismar ve ihmalin de kaynağı olmuşlardır. Bu durumda büyüyen çocuklar genellikle bir yaklaşma-kaçınma çatışmasına yakalanırlar ve bu çatışma daha sonra hayatlarında benzer ilişkilere girdiklerinde yeniden aktive olur ve yeniden canlandırılır; yani bir yandan sevgi ve ilgi, diğer yandan istismar ve/veya ihmal ile karakterize edilen ilişkiler; çünkü bu, onlar için tanıdık olan bağlanma "şablonu"dur (bkz. Tablo 11.3).

Artan stres ve zorluklarla başa çıkmak için kullanılan ikincil bağlanma stratejisinin türü ne olursa olsun, bu stratejiler uzun vadede başarısız olma eğilimindedir, çünkü başkalarının nihayetinde bakım ve destek sağlamak için mevcut olmadığına dair temel bir inanca dayanırlar. Sonuç olarak, stresin etkili (eş) düzenlenmesi başarısız olur ve bu da tehdide karşı aşırı tetikte olma, artan irkilme tepkisi, bilişsel sorunlar (örneğin, konsantrasyon güçlüğü), uyku sorunları ve genellikle yüksek düzeyde sinirlilik ve saldırganlık (Tablo 11.2'de listelendiği gibi) ile karakterize bir aşırı uyarılma durumuna yol açar. Birey, savaş/kaç durumunda işlev görmeye devam eder. Bu aynı zamanda, nörotransmitter sistemleri, ağrı işleme sistemleri ve bağışıklık sistemi üzerindeki etkisi nedeniyle, bağlanma travmasının fiziksel sağlık üzerindeki genellikle uzun süreli sonuçlarını anlamamızı da sağlar. Bu, travma, somatik bozukluklar ve kronik ağrı ve yorgunluk durumları da dahil olmak üzere işlevsel somatik bozukluklar arasındaki yüksek eş zamanlılığın nedenidir [25]. Travma

Machine Translated by Google

Tablo 11.3 (Bağlanma) travmasıyla ilişkili yeniden canlandırma türleri

Yeniden canlandırma türü	Tipik özellikler
Tekrar mağduriyet	Kişi, farkında olmadan fiziksel, duygusal ve/veya cinsel istismarla karakterize ilişkiler arar; bu ilişkiler genellikle reddedilme, terk edilme ve/veya algılanan ihmali de içerir. Bu durum, saldırganlaşmalarına yol açabilir.
İhmalin yeniden canlandırılması	Kişi ihmalin herhangi bir belirtisine karşı aşırı duyarlıdır ve kişilerarası durumları sürekli olarak ihmal bağlamında yorumlama eğilimindedir; bu da yine saldırganlığa (haklı bir öfke duygusundan dolayı) yol açabilir ve/veya başkalarının ihmalkar olduğuna daha da ikna olabilir.
Ebeveynlik davranışında bağlanma travmasının/ çocukluk çağı kötü muamelesinin yeniden canlandırılması	Bireyin çocuğundaki duygusal durumlar, zihinselleştirilmemiş zihinsel durumları tetikler. bireyin kendi travmatik geçmişi ve bunlar çocuğa göre canlandırılıyor

Sadece yüksek "psikolojik maliyetler" ile değil, aynı zamanda yüksek "metabolik maliyetler" ile de ilişkilendirilir, çünkü kronik stres, stres tepkisinde rol oynayan nörobiyolojik sistemlerde yıpranmaya ve yıpranmaya neden olur. Ayrıca, sağlıksız davranışlar (örneğin aşırı alkol tüketimi, aşırı yemek yeme, sigara içme) genellikle travmatik duygularla başa çıkmak için bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılır ve bu da kardiyovasküler hastalık, diyabet ve obezite gibi bazı fiziksel rahatsızlıkların riskini daha da artırır.

Travma ve Zihinselleştirme

Stresin normal (eş)düzenlemesindeki bir bozulmadan kaynaklanan yüksek uyarılma seviyeleri, bireyin kontrollü zihinselleştirme kapasitesini de tehlikeye atar. Çalışmalar, uyarılma ile zihinselleştirme kapasitesi arasında ters bir ilişki olduğunu göstermiştir [26,27].
Artan uyarılmayla birlikte savunmacı (savaş/kaç/don) ve sıklıkla önyargılı otomatik zihinselleştirme devreye girer. Daha kontrollüden otomatik zihinselleştirmeye geçiş, evrimsel bir bakış açısından bariz bir uyarlanabilir değere sahiptir, çünkü tehdide hızlı bir tepki vermeyi sağlar ("Tehlikedeyim, kimseye güvenemiyorum ve kendimi savunmam gerekiyor"). Ancak, daha uzun vadede, otomatik önyargılı zihinselleştirme karakteristik olarak benlik ve başkaları hakkında aşırı olumsuz görüşlere yol açar ("Değersizim", "Sevilmiyorum", "Başkalarına asla güvenemezsin") (bkz. Tablo 11.2 ve Şekil 11.3). Dahası, psişik eşdeğerlik modunda (bu bölümün ilerleyen kısımlarında ve 2. Bölüm'de bakın), travma tetikleyicileri bireyin travma anılarını sanki gerçekmiş ve travmatik durum gerçekten tekrarlanıyormuş gibi yeniden deneyimlemesine yol açar. Bu durum, daha fazla kaygı, sıkıntı, depresyon hissi ve travma tetikleyicilerinden savunmacı bir kaçınmaya yol açar ve bu da genellikle bu son derece rahatsız edici duyguları kontrol altına alma çabasıyla ayrışma ve dışa vurma davranışlarıyla sonuçlanır. Travma deneyimleri zihinselleştirilmediği için, travma mağduru için dayanılmaz kalır ve bu nedenle dışa vurmaya ve dışa vurmaya eğilimlidir. Bu durum, (kendini) yıkıcı davranışların (daha sonra daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır) ve kabusların ve geri dönüşlerin (bkz. Tablo 11.2 ve Şekil 11.3) yüksek görülme sıklığından da anlaşılacağı üzere böyledir. Travma, çerçeveleme ve yeniden çerçeve

Machine Translated by Google

Bunaltıcı deneyimler. Özellikle güvensiz bağlanma geçmişine sahip bireyler, ilişkisel referanslamaya veya zihinlerini yeniden ayarlamaya daha az, hatta bazen hiç erişim sağlayamazlar. Bu, kişinin travmatik deneyimleri anlamlı bir şekilde yeniden çerçeveleyebildiği ve daha önce zihinselleştiremediği şeyleri zihinselleştirmeye başlayabildiği süreçtir. Güçlü öfke ve tiksinti duyguları ve yüksek düzeyde utanç (toksik utanç olarak da adlandırılır), ilişkisel referanslamayı daha da engeller; bu da travmatik anıların birey ve bağlanma ve zihinselleştirme kapasiteleri üzerindeki orijinal yıkıcı etkilerini sürdürmesi anlamına gelir.

Bu nedenle, ileride daha detaylı olarak açıklanacağı üzere, ilişkisel referanslamanın önemi, MBT'nin travmaya yaklaşımında özellikle vurgulanmaktadır. Travma deneyimlerinden kaçınma girişimlerine rağmen, travma geçmişi olan bireyler, bu deneyimlerin belirgin bir şekilde yansıtılmasına özel bir ihtiyaç duymaktadır; bu, bireyin zihinselleştirmesinin zor hatta imkânsız olduğu şeyi, bir başkasının belirgin (yani sindirilmiş ve sınırlandırılmış) bir şekilde geri yansıtmasını içerir. Bu durumda belirgin yansıtma, hastanın travmatik deneyimini kademeli olarak düzenleyen ve hastanın daha önce düşünemediği ve hissedemediği şeyleri düşünüp hissedebilmesini sağlayan empatik, doğrulayıcı ve normalleştirici müdahaleleri içerir ve bu da zihinselleştirilmiş duygulanım -hissetme ve aynı anda duygularını yansıtma kapasitesi- ile sonuçlanır [28,29].

Tüm MBT türlerinde olduğu gibi, bu tür müdahalelerin başlangıç noktası genellikle travma hastasının zihinselleştirme kapasitesini kaybetmesi ve gerçekliği deneyimlemenin zihinsel olmayan yollarına güvenmeye başlamasıdır; bu durum sıklıkla zihinselleştirilmemiş deneyimleri dışsallaştırma eğilimiyle ilişkilendirilir ve yeniden canlandırma döngülerine yol açar.

Psişik eşdeğerlik modunda, her şey fazlasıyla gerçek olur ve travma hakkında konuşmak, kişinin onu yeniden yaşamasına yol açar. Travma geçiren kişi, acı dolu geçmiş ve şimdiki zamanda sıkışıp kaldığını hisseder ve kendisi için ne bir umut ne de bir çıkış yolu vardır. Genellikle son derece "zehirli" utanç duygularıyla birleşen bu acı verici duygular, kişinin yalnızca eylemlerin rahatlama sağlayabileceğini hissettiği teleolojik bir işleve yol açar.
Bu durum, genellikle aşırı acı verici duyguları düzenleme çabasıyla kendine zarar verme davranışlarına (örneğin, aşırı alkol tüketimi, kendini kesme, aşırı aktivite) yol açar. Travma yaşayan bireylerde rol yapma modu işlevi, genellikle geçmiş olaylar hakkında aşırı düşünme ve kişinin gerçeklikle bağını kaybettiği müdahaleci düşüncelerle birleşerek kendini gösterir. Bu durum, benliği içsel boşluk, kötülük veya değersizlik duygularına karşı koruma girişimi olarak dissosiyatif durumlara yol açabilir.

Bu koşullarda yeniden canlandırma döngülerinin ortaya çıkma olasılığı özellikle yüksektir.
Bu döngülere odaklanan terapötik çalışma, travma için MBT'de önemli bir özelliktir (bkz. Tablo 11.3 ve Şekil 11.3). Terapistin zihninin travmatize olmuş bireyle etkileşimde donma eğilimi göstermesi, bu tür yeniden canlandırmaların olasılığını daha da artırır; bu durum "vekaleten travmatizasyon" olarak düşünülebilir. Bu durum, travmatize olmuş kişinin yalnız ve yardım edilemez olma gibi acı verici duygularını daha da artırır ve bu da zihinselleştirilmemiş travmatik deneyimleri eyleme dökmeye daha yatkın hale gelmesine yol açar.

Bağlanma deneyimleri, sonraki ilişkiler için bir şablon sağlar ve karmaşık bir travma geçmişi olan bireyler, sevgi ve ilginin kaçınılmaz olarak istismar ve/veya ihmal ile bağlantılı olduğu ilişkiler için genellikle güçlü, ancak yıkıcı şablonlar geliştirmişlerdir. Tablo 11.3'te gösterilen ilk yeniden canlandırma döngüsü türü iyi bilinmektedir ve tekrar mağduriyeti içerir [30,31]. Çocukken istismarcı bir ilişki içinde olmak, yalnızca önemli bir kaygı ve sıkıntı yaratmakla kalmaz, aynı zamanda bağlanma sistemi bir tehdide yanıt olarak aktive olduğundan, bağlanma ihtiyaçlarını da yoğunlaştırır. Bu durum, paradoksal olarak, özellikle de istismarcı bir bağlanma figürü varsa, çocuğun istismarcı bir bağlanma figürüyle ilişkisini güçlendirir.

Machine Translated by Google

Aynı zamanda bir rahatlık, destek ve/veya sevgi kaynağıdır. Bu örüntü daha sonraki yaşamdaki ilişkilerde tekrarlanır; örneğin kıskanç, sahiplenici ve tacizci bir partnerle romantik ilişkilerde [32], dağınık/yönünü şaşırmış bir bağlanma örüntüsü devam eder [33]. Teleolojik modda, birey kendine zarar verebilir ve bu da başkalarının giderek daha fazla bireyden uzaklaşmaları gerektiğini hissetmelerine (çünkü kendilerini giderek daha fazla "travma geçirmiş" hissederler) yol açabilecek bir kısır döngüye yol açabilir; bu da travmatize olmuş bireyin en büyük korkusunu doğrular: başkalarının ona ulaşamaması. Travma geçirmiş birey, başkalarının taciz edici davranışları nedeniyle misilleme yapmak için her türlü nedene sahip olduğunu hissettiğinde haklı bir öfke durumu ortaya çıkabilir [34]. Saldırganlık genellikle bir tutarlılık duygusu elde etmeye yardımcı olarak bireyi acı verici duygulardan koruduğundan, bu tür kindar/saldırgan zihin durumları çok kalıcı olabilir. Sonuç olarak, bu bölümün başında anlatılan Lydia örneğinde olduğu gibi, bu kişiler sıklıkla istismarcı (olarak algılanan) başkalarına "bağımlı" hale gelirler, çünkü bu onların ne kadar istikrarsız olursa olsun belli bir istikrar düzeyi kurmalarına ve sürdürmelerine olanak tanır.

İkinci tür yeniden canlandırma döngüsü (bkz. Tablo 11.3), yani ihmalin yeniden canlandırılması, ihmal geçmişi olan bireylerde ortaya çıkabilir. Burada, küçük yanlış anlamalar veya anlaşmazlıklar bile sıklıkla aşırı disforiye ve/veya saldırgan ya da kendine zarar verici davranışlara yol açabilir ve birey teleolojik moddayken (örneğin, kıdemli bir meslektaşını, romantik partnerini veya bir kuruluşu ihmalle suçlamak) benzer yeniden canlandırmalara neden olabilir.

Üçüncü tür yeniden canlandırma döngüsünde (bkz. Tablo 11.3), ebeveynlik bağlamında, çocuklarında duygusal sıkıntı veya mutluluk gözlemlemek, bu bireylerin geçmişteki ihmal ve/veya istismara ilişkin travmatik deneyimlerini tetikleyebilir. Örneğin, Lydia, kıskançlık ve öfke içeren zihinselleştirilmemiş deneyimlerini canlandırarak, ebeveynlerinin kendi çocuklarıyla ilgili travmatik davranışlarını tekrarlamıştır.

Epistemik Güvenle İlgili Sorunlar Travma ve

zorluklar, bireylerin içinde büyüdüğü daha geniş bir "riskli ortamın" karakteristik bir parçasıdır [35]. Bu nedenle, zorluklar karşısında dayanıklılığı anlamaya çalışırken sistemik bir bakış açısı esastır. Travma (özellikle karmaşık/bağlanma travması) yaşayan birçok kişi genellikle derin bir epistemik güvensizlik ve epistemik aşırı tetikte olma hali gösterir; bu durum, kronik bir özellik veya sağlık çalışanlarıyla yaşanan yararsız etkileşimlerin bir sonucu veya her ikisinin bir kombinasyonu olarak ortaya çıkmış olabilir.

Epistemik güvensizlik/aşırı tetikte olma, istismar veya ihmale maruz kalarak büyüyen bireyler için anlaşılabilir bir uyum stratejisidir. Ancak, bu stratejiyi benimseyerek, zihinlerinin sosyal olarak yeniden ayarlanması ve dolayısıyla salutogenez (yani, bireyin çevresindeki olumlu sosyal etkilerden faydalanma kapasitesi) olasılığından da kendilerini soyutlarlar [12,36].

Özellikle bağlanma travması, hastanın bağımsız bir fail olarak tanınmadığını hissetmesine yol açar. Genellikle, bağlanma figürleri tarafından belirgin bir şekilde yansıtılma deneyimlerinden yoksun kalırlar; bu da tipik olarak bir faillik ve özerklik duygusu yaratır ve bu da bizim "epistemik otoyol" olarak düşündüğümüz, benlik, başkaları ve dünya hakkında bilginin hızlı bir şekilde iletilmesini sağlayan bir şeyi açar. Dolayısıyla, daha sonra daha ayrıntılı olarak tartışılacağı gibi, travma için MBT'nin temel görevlerinden biri, hastanın epistemik güven kapasitesini geri kazanmaktır (veya epistemik uyanıklığın şiddetine bağlı olarak geliştirmektir). Bağlanma travması geçmişi olan birçok hasta için, diğer insanların zihinlerini ve niyetlerini düşünmek bile travmayı yeniden deneyimlemelerine yol açacaktır ve bu da...

Machine Translated by Google

Bunun savunmacı bir şekilde engellenmesi anlaşılabilir bir durumdur. Bu durum, bu bireylere terapötik müdahalelerle "ulaşılmasını" özellikle zorlaştırır. Örneğin Lydia'nın durumunda, annesinin Lydia'nın düşündüğü (keşke) kadar iyi bir anne olmayabileceği fikrini bile düşünmeye istekli olması uzun zaman aldı.

Travma İçin Mentalizasyon Tabanlı Tedavi Bağlanma travması geçmişi olan kişiler,

travma yaşamamış olanlara kıyasla psikoterapiye genellikle daha az duyarlıdır [3,12]. Sonuç olarak, travmaya özel olarak odaklanan bir dizi tedavi geliştirilmiştir. MBT, borderline kişilik bozukluğu [37] ve antisosyal kişilik bozukluğu [38] gibi yüksek düzeyde (karmaşık) travma ile karakterize bozuklukların tedavisinde önemli bir etkinlik göstermiştir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma ayrıca, travmanın borderline kişilik bozukluğu için iki MBT türünde (yoğun ayakta tedavi MBT ve günübirlik hastanede yatış MBT) tedavi sonuçları üzerinde çok az veya hiç etkisi olmadığını bulmuştur [39]. Bu bulgular, travma hastalarının tedavisi için umut verici perspektifler sunmaktadır; ancak bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklayacağımız gibi, daha odaklı travma çalışmasının travma için MBT'nin etkinliğini daha da artırabileceğine inanıyoruz.

Travma İçin MBT'nin Genel Prensipleri

Travmaya MBT yaklaşımı, tüm MBT tiplerinin unsurları olan, ancak bu hastaların tedavisinde daha fazla dikkat edilmesi gereken beş ilişkili genel prensibe dayanmaktadır.

Öncelikle, özellikle bağlanma travması yaşayan travma hastalarının tedavisinde tutarlı, istikrarlı ve zaman içinde süreklilik gösteren yapılandırılmış bir tedavi yaklaşımı son derece önemlidir, çünkü tedavinin bu özellikleri hastaların benlik ve başkaları algısını yapılandırmaya yardımcı olacaktır. Yüksek düzeyde öngörülebilirlik ve güvenilirliğe sahip bir ortam temel bir gerekliliktir. Aynı nedenle, travma ve psikolojik işlevsellik üzerindeki etkisi hakkında psikoeğitim ve MBT programının kendisi, travma için MBT'nin önemli bir bileşenidir, çünkü yalnızca travmatize olmuş bireylerin zihinselleştirme kapasitelerini desteklemekle kalmaz, aynı zamanda tedavinin öngörülebilirliğini daha da artırır ve hastaların epistemik güvensizlik duygularını azaltır, çünkü MBT klinisyeni (veya hizmeti) tedavi ve içeriği konusunda açık ve nettir.

İkinci olarak, hastanın klinisyenle güven dolu bir ilişki geliştirmesine yardımcı olmak için fiziksel ve psikolojik olarak güvenli ve destekleyici bir ortam sağlamak esastır. Bu nedenle, özellikle tedavinin erken aşamalarında, "biz-modunu" geliştirmeye, en başından itibaren işbirlikçi bir duruş sergilemeye (bkz. Bölüm 2 ve 4) ve klinisyenin empatik ve onaylayıcı bir duruş benimsemesiyle duyguları doğrulamaya ve normalleştirmeye vurgu yapılır. Travma için MBT'nin temel bir özelliği, belirli tedavi hedefleri formüle etmek için hastayla iş birliği içinde çalışmaktır; çünkü bu, eylemlilik duygularını besler, gerçekçi bir umut aşılar ve epistemik güvensizliğe karşı koyar.

Bu süreç aynı zamanda kriz yönetimini ve travmayla ilişkili semptom ve özelliklerin azaltılmasına yönelik hedeflerin formüle edilmesini de içerir; örneğin kendine zarar verme, kaçınma davranışları ve yeniden canlandırmaların azaltılması gibi.

Üçüncüsü ve önceki noktayla bağlantılı olarak, travma için MBT, hastanın travmayla ilgili güçlü duygularını (örneğin kaygı) yönetmesine yardımcı olmaya ve travmanın içeriği tartışılmadan önce, yeniden canlandırma döngülerinin tanımlanması ve tartışılmasına dayanarak, ayrışma, kendine zarar verme ve yeniden canlandırmalardan aktif olarak kaçınmasına odaklanır (bkz. Şekil 11.3).

Machine Translated by Google

Dördüncüsü, travma öyküsü olan hastalarda değişimin ve sosyal iletişimin yalnızca "ne" olduğunu değil, aynı zamanda "nasıl" olduğunu da düşünmek çok önemlidir; yani, zihinlerinin sosyal yeniden düzenlenmesine nasıl tekrar açılabilecekleri. 2. ve 9. Bölümlerde ele alınan iletişim sistemleri bu konuda yardımcıdır. 1. iletişim sisteminde, klinisyen zihninin erişilebilir olduğunu ve hasta için dayanılmaz olan duygu ve düşünceleri tolere edebileceğini, içerebileceğini ve bunlar üzerinde düşünebileceğini iletir; esasen, hastanın "yalnız olmadığını" belirtir. Bu, yalnızca hastanın zihinselleştirme kapasitelerini geri kazandırmaya yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda epistemik uyanıklığını azaltır ve klinisyenin zihnine dair merakını artırır. Sonuç olarak, 2. iletişim sisteminde hastanın zihinselleştirme kapasiteleri artar ve hastanın duygusal durumlarını yönetme ve kişilerarası ilişkileri daha uyumlu yollarla yönetme kapasitesi artar. Ardından, 3. iletişim sisteminde, hasta daha iyi huylu bir sosyal ortama giderek daha fazla açılması ve/veya bu ortamı yaratması için aktif olarak desteklenir. Bu, hastanın sosyal çevresini değiştirmesine yardımcı olmayı (örneğin, belirli ilişkileri sonlandırarak) içerebilir. Dolayısıyla, tartışılanların içeriğine ek olarak, travma için MBT, zihinselleştirme sürecine ve değişim sürecine güçlü bir şekilde odaklanır.

Son olarak, süpervizyon, travma için MBT'nin temel bir bileşenidir, çünkü klinisyenin ikincil veya dolaylı travmatize edilmesi ve klinisyenin hastalar ve terapötik ekip üyeleri de dahil olmak üzere başkalarıyla ilişkilerinde daha sonra tekrar canlandırılması riski sürekli vardır.

Travma İçin MBT'nin Özel İlkeleri Travma için

MBT bir dizi özel ilkeye dayanır (Kutu 11.1'de özetlenmiştir). En başından itibaren en önemlileri, ilk iki ilkedir: güvenilir bir ilişki geliştirmek ve hastayla bir formülasyon geliştirmek. Bunlar, hastanın gösterdiği önemli tedirginlik ve güvensizlik bağlamında benimsenmelidir. Klinisyenin tutumu -bilmeyen duruş (bkz. Bölüm 3)- bu sürecin anahtarıdır. Travma için MBT düzgün bir doğrusal yörünge izlemese ve ilkelere dayalı her müdahale tedavi boyunca uygulanabilse de, burada tedavi başlangıcından bitiş aşamasına kadar MBT'nin çeşitli aşamalarında merkezi öneme sahip oldukları sırayla listelenmiştir.

1. Psikoeğitim: (Karmaşık/) psikoeğitimsel materyallerin doğası hakkında Bağlanma) travması, etkisi ve MBT programının yapısı hastayla paylaşılıp tartışılır. Bu, hastanın zihinselleştirmesini destekler, eylemlilik duygusunu artırır ve epistemik uyanıklığını azaltır.
2. Duyguları doğrulama ve normalleştirme: Travma hastaları genellikle yaşadıklarının diğer insanların deneyimlediğinden çok daha fazlası olduğunu hisseder ve özellikle de güçlü utanç, suçluluk ve/veya kaygı duyguları yaşadıklarında bu konuda konuşmaya cesaret edemezler. Dahası, birçok travma hastası, ne kadar travmatik olursa olsun, bu deneyimlere tek başına katlanabilmeleri gerektiğine inanır. Bu nedenle, hastanın deneyimini travmaya karşı anlaşılabilir tepkiler açısından yeniden çerçeveleyen normalleştirme ve doğrulama müdahaleleri, yalnızca duygusal bir bağ duygusunu güçlendirmekle kalmaz, aynı zamanda hasta ve klinisyen arasında karşılıklı anlayışı da tetikleyerek zihinselleştirme ve epistemik güvenin yeniden ortaya çıkmasına yol açar. Bu şekilde klinisyen, sözde "tahammül edilemez" duyguların bile tolere edilebileceğini ve konuşulabileceğini iletir.
3. Travma deneyimlerinin ve bunların etkilerinin zihinselleştirilmesi: Hastanın zihinselleştirme kapasiteleri daha güçlü hale geldiğinde, belirli travmatik olaylar "mikro dilimlere ayrılabilir".

Machine Translated by Google

Hastanın kaygı ve uyarılma düzeyinin dikkatlice izlenmesi. Mikro-dilimleme, hastanın travmatik deneyimleri ve bunların hasta ve ilişkileri üzerindeki etkilerini zihinselleştirmesine yardımcı olmak için kullanılır. Başlangıçta odak noktası, hastanın anlattıklarının içeriğini anlamlandırmak yerine, zihinselleştirme sürecini desteklemektir. Tedavi ilerledikçe ve hastanın zihinselleştirmesi daha güçlü hale geldikçe, geçmişe ve geçmişin şimdiki zaman üzerindeki etkisine alternatif ve daha uyarlanabilir bakış açıları mümkün hale gelir.

4. Duygu düzenleme stratejilerinin iyileştirilmesi: Bu, duyguları düzenlemenin alternatif ve daha uyumlu yollarını değerlendirip tartışarak elde edilir. Hastanın zihinselleştirilmemiş travmatik deneyimleri dışa vurma ihtiyacı azaldıkça, uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kullanma ihtiyacı da genellikle azalır.
5. Salutogenez ve kişilerarası ilişkilerde değişimleri teşvik etme: Zihinselleştirme, duygu düzenleme ve epistemik güven alanındaki gelişmeler, salutogenez ve kişilerarası ilişkilerde değişimleri teşvik etmeye daha fazla odaklanmayı sağlar. Hastanın travmatik deneyimleri yeniden canlandırma eğilimi azaldıkça, ilişkilerde yeni varoluş biçimleri denemeye başlayabilir ve klinisyenin bu çabaları aktif olarak desteklemesi gerekir. Bu aynı zamanda hastanın uyumsuz bağlanma ilişkilerine son vermesini ve sosyal ilişkilerinde diğer olumlu değişiklikleri gerçekleştirmesini desteklemeyi de içerebilir. çevre.

Kutu 11.1 Travma tedavisinde MBT'nin özel prensipleri.

- Güvenilir bir ilişki geliştirin.
- Amaçları işbirlikçi bir şekilde formüle edin.
- Travma ve zihinselleştirme konusunda psikoeğitim sağlayın.
- Travmayla ilgili duyguları doğrulayın ve normalleştirin.
- Kaygı ve dissosiyasyonu yönetin.
- Duygu düzenlemesini geliştirin.
- Travmatik deneyimleri (“mikro dilim” olayları) ve bunların kişisel etkilerini zihninizde canlandırın.
- Kişilerarası ilişkiler ve selamlaşmayı ele alın.

MBT-TF: Bazı Bireysel Seanslardan Oluşan Grup Tabanlı Modüler Bir Program MBT-TF, travmaya yönelik grup tabanlı modüler bir yaklaşımı benimser ve tek başına bir tedavi olarak veya tam bir MBT küründen önce sunulabilir. Bireysel seanslar, tedavinin başlangıcında, formülasyonu geliştirmek (4. Bölüm'de açıklandığı gibi) ve grupta tartışılacak travmanın temel yönlerini belirlemek için sunulur. Ayrıca, hastanın grup içindeki çalışmasını desteklemek için gerekirse bireysel seanslar da sunulabilir. Program, MBT'nin diğer uygulamalarında yaygın olan tedavi prensiplerini takip eder (bkz. 4. ve 5. Bölümler). MBT-TF, 2. Bölüm'de açıklanan üç iletişim sistemini yansıtan üç aşamaya ayrılmıştır ve bu aşama, bir sonraki aşamadaki müdahaleye geçmeden önce etkili iletişim için her aşamada istikrarın gerekli olduğu ilkesine dayanır. İlk aşama istikrara ve duygusal ve kişisel güvenin geliştirilmesine odaklanırken, ikinci aşama travma anısının işlenmesine odaklanır.

Machine Translated by Google

Üçüncü aşama ise travmayla ilişkili gelişimsel ve ilişkisel kayıpların yasını tutmaya ve geleceğe bakmaya odaklanır.

Aşama 1: Güvenlik, Grup Değerleri ve Tedavi Çerçevesinin Oluşturulması MBT-TF grubundaki ilk seansların temel

amaçları, başkalarıyla güvenlik sağlamak ve tedavi çerçevesini belirlemektir. Sonuç olarak, katılımcıların birbirleriyle tanışmasına, grup değerleri konusunda anlaşmaya varmasına, psikoeğitime ve kaygı yönetimi uygulamasına odaklanılır. Bu aşamadaki seanslar şunları içerir: 1. Ortak grup değerleri konusunda anlaşmaya varılması 2. Psikoeğitim: Travmanın zihin ve

beden üzerindeki etkisi - tolerans

penceresi

epistemik güven

duygu düzenlemesi - kaygı, utanç ve kaçınma ayrışma, geri

dönüşler ve kabuslar zihinselleştirmeye giriş

zihinsel olmayan durumlar

zihinselleştirme, ben bir kişi

olarak ve ilişkiler (uzaylı benlik)

3. Grup içinde ilişkiler kurmak 4. Kaygıyı,

ayrışmayı ve diğer duyguları tanımayı ve yönetmeyi öğrenmek (

(kendini ve birbirini).

1. aşamada klinisyen, hastalardan kişisel travma geçmişlerinin ayrıntılarını tartışmaktan kaçınmalarını ister ve herhangi bir bireysel olayı açığa çıkarmaz ve keşfetmez. Hastalar teker teker kendilerini grubun diğer üyelerine tanıtır ve MBT'ye sevk isteme kararlarıyla ilgili olarak kendileri hakkında bir şeyler söylemeleri ve kişisel yaşamları hakkında biraz bilgi vermeleri istenir (sosyal bir ortamda yeni biriyle tanışıyormuş gibi). Grup değerlerinin belirlenmesi (Bölüm 5'te tartışılmıştır), grubun yürütülmesi boyunca güvenliğin sağlanması için MBT travma gruplarında çok önemlidir. Klinisyenler, seanstan sonra hastalara kararlaştırılan grup değerlerini e-postayla göndererek bunlar üzerinde düşünmelerini ister ve hem klinisyenler hem de hastalar, gruptaki etkileşimlerin uyumu ve "biz-liği" tehdit edildiğinde bu değerlere geri dönerler.

Hastalar tarafından tartışılan ve faydalı bulunan grup değerleri şunlardır: Kendimizi bunalmış

hissettiğimizde, gruba bunu bildirmek adalet - paylaşılan bir

alanı birlikte nasıl kullandığımız hoşgörü - farklı

görüşlere ve bakış açılarına saygı duymak iyi niyetle geldiğimizi kabul

etmek - başkalarına güvenmek birbirimize karşı nezaket açık iletişim - içimizde

gerçekten ne düşündüğümüzü

söylemek diğer insanların nasıl hissettiğini kontrol etmek birbirimize geri

bildirim vermek birbirimizle etkileşim kurarken güvenlik

ve hassasiyet gizlilik.

Machine Translated by Google

Güvenlik sağlandıktan ve zihinselleştirmenin travmayı işleme sürecinin düzenleyici ilkesi olduğu bilgisi ve anlayışı yerleştikten sonra, 2. aşama başlayabilir.

Aşama 2: Travmayı Zihinselleştirme

MBT-TF grubunda travmayı zihinselleştirme üzerine yapılan çalışmanın iki temel ayağı vardır: 1. Travmayı çevreleyen duygu ve düşünceleri, bunların farklı hafıza sistemleri aracılığıyla nasıl işlendiği ve deneyimlendiği açısından zihinselleştirme 2. Travmadan etkilenen ilişkileri, bunların nasıl işlediği, farklı hafıza sistemleri aracılığıyla nasıl işlendiği ve deneyimlendiği ve nihayetinde katılımcının yaşanmış deneyimini nasıl etkilediği açısından zihinselleştirme.

Travmayı Çevreleyen Duygu ve Düşüncelerin Zihinselleştirilmesi

Bu süreç, bağlantı kurma ve bütünleştirme sürecidir. Psişik eşdeğerlikte deneyimlendikleri için yoğun kaygı ve kaçınmaya neden olan parçalanmış deneyimler ve anılar, Tablo 11.4'te özetlenen çerçeve kullanılarak, dikkatli ve sistematik bir şekilde uygulanan kademeli bir ayrıntılandırma süreciyle zihinselleştirilir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, deneyimler, bireyin deneyimde biriyle birlikte olduğunu hissettirecek şekilde paylaşılmaması veya deneyimlenmemesi ("biz modu") nedeniyle travmatik hale gelir. Grup ortamı, aşağıdaki aşamalı prosedürle travmatik olaya ortak dikkati odaklamak için kullanılır: 1. hatırlama

2. yansıma (sonuçlar) 3.
yansıma üzerine yansıtma (meta-yansıma veya sonuçlar üzerine yansıtma) deneyimi, gruptaki herkesin tarihsel olarak, şimdiki zamanda ve şimdiki zamanda yansıtılan deneyime eşlik eden duyguyu/duyguları takdir etmesini sağlayacak kadar canlı bir şekilde sürdürürken.

Uygulamada, bu aşamalı prosedür katı bir biçimde "adım adım" ilerlemez. Süreç hassas bir şekilde yürütülmelidir, bu nedenle adımlar dinamik olarak uygulanmalı ve hastanın görevleri yerine getirirken zihinselleştirme düzeyine göre yönlendirilmelidir. Klinisyen, hastanın zihinselleştirme kapasitesini o anda sürekli olarak izler ve çökmeye açık hale geldiği herhangi bir noktada istikrarlı bir zihinselleştirmenin yeniden kurulmasını destekler.

Bu adımların birleşimi (birlikte uygulansınlar ya da uygulanmasınlar), travmatik anının zihinselleştirilmesini sağlayacaktır. Hatırlama deneyimi ile anının kendisi arasında bağlantı kurmak ("hatırlama, hatırlama"), travmayı zihinselleştirmede önemli bir adımdır ve sık sık tekrarlanması gerekebilir.

Duygusal Yansıma

Travma deneyimlerini tam anlamıyla zihinselleştirmek, duygusal yansıtma kapasitesini gerektirir; yani, duygu ve düşüncelerin bütünleştirilmesi (ki buna "hissedilen duygular" da denebilir) ve deneyimin deneyim üzerine düşünmeyle birleştirilmesi gerekir. Duygusal yansıtma, travma anlatısının kademeli olarak detaylandırılması, üzerinde düşünülmesi gereken duyguların çağrıştırıcı ayrıntılarının hem o anda hem de grupla ilişkili olarak dahil edilmesi ve nihayetinde grubun deneyimle ilgili duygularını deneyimlemeye ve bunlar üzerine düşünmeye çalışılmasıyla elde edilir. Kısacası, bu, zihinselleştirmedir.

Machine Translated by Google

Tablo 11.4 Duyguları ve anıları zihinselleştirme çerçevesi

Hafıza	Geri alma ve başlatma bir tane yarat Geçmiş deneyimlerin anlatısı (O sırada ne giyiyordu?)	Duygusal üzerine düşünmek ayrıntılı (Bu anıya hangi duygular eşlik ediyor? Buna eşlik eden düşünceler var mı?)	Duygusal üzerine düşünmek Geçmiş deneyimler açısından mevcut duyguların açıklanması, anının etkilerinin açıklanması (Anı sizi nasıl etkiliyor? Şu anda hatırladığınız kadarıyla hangi duygulara sahipsiniz?) ve grupta konuşurken mevcut duygular üzerine duygusal yansıma	Duygusal üzerine düşünmek akım ilgili duygular diğerleri Grup (Başkaları sizin deneyiminizi nasıl görebilir?) ve başkalarının deneyimlerine ilişkin beklentilerden yola çıkarak ilk test (Onun düşündüğü şey sizi
Otobiyografik: Ne oldu?	X			
Duygusal/ örtük: Hangi duygular buna bağlı mı?	XXXX			
İşlemsel: Hangi eylemler yapılır? Bununla başa çıkmak için ne yaparsın?			X	X
Anlamsal: Bir kişi olarak sizin hakkınızda ne anlama geliyor?		X	X	

öz-deneyimleme ("Ben-modu"), başkalarını ve zihin durumlarını zihinselleştirme ("Ben-modu") ve başkalarını benlik hakkında zihinselleştirme ("Kişiselleştirilmiş Ben-modu") (bu modlar hakkında daha fazla tartışma için 6. ve 7. Bölümlere bakın). Tüm bu süreçler, zihinselleştirmenin farklı karmaşıklık seviyelerini temsil eder.

Hastadan travma öyküsünü açıkça anlatması istenirken, grubun geri kalanı onu en az kesintiyle dikkatle dinler. Hasta konuşmasını bitirdikten sonra, grup katılımcıları hastanın o anki travmayla ilgili duygularını ve mevcut travma hakkındaki hislerini ayrıntılı olarak anlatmasına yardımcı olmaya teşvik edilir. Daha da önemlisi, grup katılımcıları ve klinisyen bunu konuşma partnerleri olarak yapar, hastayla "birlikte" sorular sorar ve yorumlar yapar.

Machine Translated by Google

(yani, deneyimlerinin empatik olarak doğrulanması) hastaya "doğrulanması" (yani, aşırı güvence vermekten, önerilerde bulunmaktan veya çözümler sunmaktan kaçınmak) yerine. Amaç, hastaya eşlik etmek ve travma anlatısını aşırı ayrıntılandırmaktan kaçınmasını önlemektir. Bu süreç, otobiyografik ve örtük duygusal hafızayı, "o an ve orada"yı harekete geçirir ve acı verici ve korkutucu olabilir.

İşlem seansları sırasında, klinisyenin anlatıya meraklı olması ve bağlantı veya anlam kurmaya çalışmak yerine hikayeyi açmaya odaklanması önemlidir. Klinisyen, gruba bu görevi yapmanın doğru veya yanlış bir yolu olmadığını ve travma anıları parçalı olduğundan, amacın geçmiş ve şimdiki anılar arasında bağlantılar kurmak olduğunu hatırlatmalıdır.

Klinik Örnek: Lydia (devamı)

KLİNİSYEN: Lydia, bize kendi kelimelerinle neler olduğunu ve seni rahatsız eden hangi parçaların aklına geldiğini anlat, biz de dinleriz ve konuşurken sana eşlik etmeye çalışırız.

KLİNİSYEN: Zihnini o ana geri getir. Masum bir kız olarak bunu yaşamak nasıl bir his?

KLİNİSYEN: O anki duygunuzu ve sonrasında bir insan olarak kendinizi nasıl hissettiğinizi anlatabilir misiniz?

KLİNİSYEN: O dönemde okulda arkadaşlarla birlikte olmak nasıldı?

KLİNİSYEN: Konuşabildiğiniz kimse var mıydı?

Daha önce açıkladığımız gibi, bu süreç aşamalı bir deneyim değil, nispeten akıcı bir akışa sahiptir ve hafızayı zihinselleştirilmiş ve üzerine düşünülmüş bir deneyim olarak yerleştirme amacına hizmet eder. Yerleştirmenin doğası, belirli noktalarda farklı hafıza türlerinin etkinleştirilmesini gerektirir. İlk hafıza deneyimi ve tanımı otobiyografik ve örtük/duygusaldır. Ancak, duygusal yansıtma, hafızanın yalnızca olayın otobiyografik hafızası olarak değil, aynı zamanda hastanın davranışını nasıl etkilediğini de araştırmayı hedeflemelidir; yani, hastanın deneyimledikleriyle başa çıkmak veya yönetmek için nasıl davrandığı da yansıtılır.

Klinik Örnek: Lydia (devamı)

KLİNİSYEN: Bu hissi alarak, aynı hissi şimdi yaşadığınızda ne zaman yaşadığınız hakkında bir şey söyleyebilir misiniz? ve bununla nasıl başa çıkıyorsunuz?

KLİNİSYEN: Sizi "yapma moduna" sokuyor mu? Eğer öyleyse, ne oluyor?

KLİNİSYEN: Şu anda hayatınızı nasıl etkiliyor? Bunu düşündüğünüzde, kendinize karşı nasıl bir yargınız var? Örneğin, kendinize davranış şeklinizde affedici mi yoksa cezalandırıcı mı davranıyorsunuz?

Bu sürecin daha karmaşık bir kısmı, travmatik deneyimin hastayı genel olarak nasıl etkilemeye devam ettiğini (yani, deneyimin hastanın öz algısını nasıl şekillendirdiğini) araştırmayı ve örneğin, travmatik bir olayın bazı yönlerinin hastaların kendilerini kötü veya suçlu olarak görmelerine nasıl yol açmış olabileceğini ele almayı içerir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Lydia (devamı)

KLİNİSYEN: Peki, kendinizi böyle hissettiğinizde nasıl gördüğünüz hakkında bir tartışma yapalım.

KLİNİSYEN: Belki grup daha sonra sizin kendinizle ilgili hissettiğiniz duyguyu alıp almadıklarını sorabilir, böylece bu konu üzerinde birlikte düşünebiliriz.

Klinikçi, diğer grup üyelerinin "Seni öyle görmüyorum" demesini engeller, çünkü bunu doğal olarak yapacaklardır ve ayrıca "Sen öyle değilsin" veya "Böyle hissetmemelisin. Bu senin hatan değildi" gibi güvenceler verirler. Bunun yerine, klinisyen grup üyelerini, hastanın hangi yönlerinin kendilerine tarif ettikleri duyguyu yansıttığını düşünmeleri için yönlendirmeye çalışır. Örneğin, hasta utançtan bahsediyorsa, grup üyeleri hastanın altta yatan kişisel utanç duygusunu ortaya çıkaran hastayla ilgili gözlem ve deneyimlerini ve hatta hastayla ilgili olarak bununla başa çıkmaya veya gizlemeye çalıştıklarını ileten deneyimlerini söyleyebilirler; yani, bu başkalarına nasıl yansıyor?
Amaç, hastanın başkalarıyla etkileşimi bağlamında utanç duygusunun ifadesi üzerine düşünmeye başlamasını teşvik etmektir: "Kendimi nasıl görüyorum ve bu durumdayken onlar beni nasıl görüyor? Bunun gruptaki diğer insanlarla ilişkilerim üzerinde nasıl bir etkisi var?"

Bu egzersize katılma konusunda doğal olarak bir isteksizlik olacaktır ve bu, aşağıdaki şekillerde düşünce kaçınması olarak ifade

edilebilir: Belirli travmatik olayın anılarını düşünmek yerine genellemelere kayma
Deneyimi düşünmeyi
reddetme Düşüncenin yıkımı (ayrışma).

Klinikçinin bu tepkileri ortaya çıktıkça ele alması gerekir. Bellek sistemleri arasında geçiş yapmak, grup üyelerinin kaçınmaya giriştiği yollardan biri olabilir; özellikle de belirli bir deneyim keşfedilmeden önce anlam düzeyine geçmek.
Örtük duygusal hafızayla çalışmanın hızla sona ermesi ve anlamsal hafızanın aktivasyonuna geçilmesi, rol yapma moduna geçişi beraberinde getirecektir; bu da duygu ve düşüncenin kopmasına ve giderek artan kopuk ve anlamlı içerikten yoksun genelleme ve tartışmalara yol açacaktır. Grupla çalışan klinisyen, grubun bu süreçte hastaya sunabileceği olumlu desteği kullanarak, cesaretlendirme, ayrıntılandırma ve destek yoluyla katılımcıların kaygısını yönetirken, bu ani zihinsel değişimleri en aza indirmeye çalışmalıdır.

Travmadan Etkilenen İlişkileri Zihinselleştirme

Katılımcının sosyal ağında iletişim açılırsa, grup içindeki başarıların o bireyin sosyal deneyiminin tüm alanlarına genelleşme olasılığının daha yüksek olduğunu varsayıyoruz. İdeal olarak, ilişkilerin keşfi travmatik deneyimlerin keşfiyle birlikte gerçekleşir, ancak gerçekte genellikle onu takip eder.
Ancak, ilişkilerin keşfi, daha önce ana hatlarıyla belirtilen duygusal düşünme yapısını izlemeli ve anlık ilişki deneyimi üzerine düşünmekten, sonuçları üzerine düşünmeye geçmelidir. Yine, klinisyen zihinselleştirme bileşenlerinin çeşitliliğini aklında tutar: 1. Geçmiş ilişkiler deneyimi, travma deneyimi ve bunların

birlikte nasıl gerçekleştiği.

Machine Translated by Google

2. Geçmiş benliğin ilişkilerinin şimdiki benlik perspektifinden yansıtılması
Geriye dönüp
bakmak 3. Şimdiki keşifte benliğin deneyimi 4.
Hastanın hayatında ve grupta deneyimlenen mevcut ilişkiler.

Her katılımcının sosyal ağı genellikle grup tarafından doğal olarak keşfedilir. Bu, başlangıçta bireysel hastalarla formülasyonda yapılabilen, ancak artık keşif çalışmasını resmileştirmek için grupta aktif olarak kullanılan ilişkisel bir harita kullanılarak kolaylaştırılır.

Aşama 3: Gözden Geçirme, Yeniden Değerlendirme ve Geleceğe
Bakış MBT-TF grubunu planlarken, aşama 2'yi oluşturan oturumların tamamlanmasından sonra 4-6 hafta kaldığından emin olmak için dikkatli olunmalıdır. Son aşamadaki oturumlar, MBT-G'dekilere benzer şekilde yapılandırılmıştır (bkz. Bölüm 5); katılımcılarla bir ön görüşme ve kontrol, ardından oturum için bir odak noktası üzerinde anlaşma, katılımcıların hepsinin dile getirdikleri konular hakkında konuşabilmeleri için zaman paylaşımı ve oturumda dile getirilen konuların önceki oturumlar sırasında gerçekleşen travma işleme süreciyle ilgili önceki tartışmalarla bütünleştirilmesi. Hastalardan kendilerine dair farklı algılarını keşfetmeleri, kendilerine dair yeni anlayışları ışığında şimdiki zamanda kendilerine bakmaları istenir. Bu, kendilerine dair olumsuz algılarının yaşamları üzerindeki etkisi üzerine bir düşünme sürecinin başlamasını destekler. Tedavi iyi giderse, travma tepkileri anlaşılabilir ama önlenebilir olarak algılanır; savaş/kaç ya da "kapanma" moduna girmek artık gerekli değildir ve ikincil bağlanma stratejileri susturulur, böylece hastalar ilişkilerinde daha az kaygılı hissederler.

3. aşamadaki odak noktası, grubun sonunu ve bunun grup üyeleri için önceki kayıplar açısından neleri beraberinde getirdiğini düşünerek, tedaviye ilişkin ilk umut ve beklentilerini yeniden gözden geçirip değerlendirerek elde edilen başarılara odaklanmaktır. Seanslar, hastaların tedavinin başlangıcından bu yana kendileri ve birbirleri hakkında fark ettikleri şeylere odaklanır ve travmatik anıları hakkında konuşma deneyimi üzerine düşünmeyi içerir. Kendilerine karşı daha şefkatli ve mevcut ilişkilerindeki sorunlarını daha affedici mi? Geçmişlerini "şimdi ve burada" deneyimlemek yerine "orada ve o zaman" olarak kabul edebiliyorlar mı? Kendilerine dair daha tutarlı bir yaşam öyküsü oluşturdular mı ve artık anılardan kaçınmaları gerekmiyor mu? Geçmiş anılar artık düşük zihinselleştirme modlarını tetiklemiyor mu, böylece daha az acı verici oluyorlar ve şimdiki benliği daha az istikrarsızlaştırıyorlar mı? Hastalar zaman içinde kendileri hakkında tutarlı bir şekilde düşünebiliyor ve dışarıdan bakan biri olmak yerine, mevcut yaşamlarında başkalarıyla birlikte olabiliyorlar mı?

Son oturumlar, hastaların gruptan neleri faydalı buldukları ve gelecekte neleri korumak istedikleri üzerine düşünmeleri için bir fırsat sunar. Bu aşamada, grubun başlangıçtaki değerlerini tekrar gözden geçirmek ve katılımcılardan bu değerleri gözden geçirip, hayatlarında başkalarıyla etkileşimlerini nasıl sürdüreceklerine dair bir değerlendirme yapmalarını istemek faydalıdır.

Sonuç Açıklamaları

Bu bölüm, travma hastalarının kavramsallaştırılması ve tedavisine yönelik zihinselleştirme yaklaşımını açıklamaktadır. Zihinselleştirme perspektifinden bakıldığında, travmanın

Machine Translated by Google

Stres, bağlanma, zihinselleştirme ve epistemik güven sistemleri de dahil olmak üzere bir dizi temel biyodavranışsal sistemin koordineli işleyişi. Özellikle karmaşık travma (veya bağlanma travması), bu sistemlerde bir dizi bozulmaya yol açarak, etkilenen bireyi sosyal çevreden uzaklaşmaya ve travmatik deneyimleri yeniden canlandırma riskiyle karşı karşıya bırakmaya eğilimli hale getirir. Bu durum genellikle tedavi edilmesi zor veya "ulaşılması zor" olarak algılanmalarına neden olur. MBT, travma yaşamış bireylerin yönetimi ve tedavisine sistematik bir yaklaşım sunar. Bu yaklaşım, daha karmaşık bağlanma travması öyküsü olan hastalarda özellikle yararlı olabilir, çünkü bu hastaların temel özelliklerine kapsamlı ve tutarlı bir yaklaşım sunar.

Referanslar 1.

Luyten P, Campbell C, Fonagy P.
Sınırda kişilik bozukluğu, karmaşık travma ve benlik ve kimlik sorunları: sosyal-iletişimsel bir yaklaşım. J Pers 2020; 88: 88–105.

2. Asnes AG, Leventhal JM. Çocukluk ve ergenlik travmalarında noktaları birleştirmek.
Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165: 87–9.

3. Teicher MH, Samson JA. Çocukluk çağı kötü muamelesi ve psikopatoloji: Klinik ve nörobiyolojik olarak farklı alt tipler olarak ekofenotipik varyantlar için bir örnek. Am J Psychiatry 2013; 170: 1114–33.

4. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD ve diğerleri. Çocukluk çağında istismarın ve ilgili olumsuz deneyimlerin kalıcı etkileri: Nörobiyoloji ve epidemiyolojiden elde edilen kanıtların bir araya getirilmesi.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256: 174–86.

5. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Fikrimizi değiştirdiğimiz konular: Bölüm 1. Dayanıklılığın bir sınırlaması olarak sınırda kişilik bozukluğu.

Sınırda Kişisel Bozukluk Duygu Düzensizliği 2017; 4:11.

6. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Fikrimizi değiştirdiğimiz konular: Bölüm 2. Sınırda kişilik bozukluğu, epistemik güven ve sosyal iletişimin gelişimsel önemi. Sınırda Kişilik Bozukluğu Duygu Bozukluğu 2017; 4: 9.

7. Allen JG. Travmayla Başa Çıkma: Anlayışla Umut, 2. baskı.
Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2005.

8. Fonagy P, Steele M, Steele H ve diğerleri. Emanuel Miller Anma Konferansı 1992.
Dayanıklılığın teorisi ve pratiği.
J Child Psychol Psychiatry 1994; 35: 231–57.

9. Fonagy P, Target M. Bağlanma, travma ve psikanaliz: Psikanalizin nörobilimle buluştuğu nokta. Jurist EJ, Slade A, Bergner S, editörler. Zihinden Zihne:
Bebek Araştırmaları, Nörobilim ve Psikanaliz.
New York: Other Press, 2008; 15–49.

10. Allen JG, Lemma A, Fonagy P. Travma.
İçinde: Bateman AW, Fonagy P, editörler.
Ruh Sağlığı Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği, 2012; 419–44.

11. Allen JG. Bağlanma Travmasının Gelişimi ve Tedavisinde Zihinselleştirme.
Londra, İngiltere: Karnac Books Ltd, 2013.

12. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemik taşlaşma ve epistemik güvenin yeniden tesisi: Sınırda kişilik bozukluğunun ve psikososyal tedavisinin yeni bir kavramsallaştırılması. J Pers Disord 2015; 29: 575–609.

13. Bonanno GA, Diminich ED. Yıllık
Araştırma İncelemesi: Zorluklara karşı olumlu uyum - minimal etkili dayanıklılık ve ortaya çıkan dayanıklılık yörüngeleri. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 378–401.

14. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS ve diğerleri.
Dayanıklılık tanımları, teorisi ve zorlukları: disiplinlerarası bakış açıları.

Machine Translated by Google

Eur J Psychotraumatol 2014; 5. https:// doi.org/ 10.3402/ejpt.v5.25338.

15. Denckla CA, Mancini AD, Consedine NS ve diğerleri. Büyük bir nüfus tabanlı kohortta doğum sonrası ve doğum öncesi depresif eğilimlerin ayırt edilmesi: olumsuzluklara maruz kalmanın ve çocukların cinsiyetinin etkisi. Psychol Med 2018: 48: 1139–47.

16. Orcutt HK, Bonanno GA, Hannan SM, Miron LR. Kampüsteki toplu silahlı saldırının ardından üniversiteli kadınlarda travma sonrası stresin olası seyri.
J Travma Stresi 2014; 27: 249–56.

17. Pervanidou P, Chrousos GP. Çocukluk ve ergenlik döneminde stresin metabolik sonuçları. Metabolizma 2012; 61: 611–19.

18. McEwen BS. Stres ve adaptasyonun fizyolojisi ve nörobiyolojisi: beynin merkezi rolü. Physiol Rev 2007; 87: 873–904.

19. Gunnar M, Quevedo K. Stres ve gelişimin nörobiyolojisi. Annu Rev Psychol 2007; 58: 145–73.

20. Gunnar MR, Quevedo K, De Kloet RE ve ark. Çocuklarda erken bakım deneyimleri ve HPA ekseni düzenlemesi: Daha sonraki travma duyarlılığı için bir mekanizma. Prog Brain Res 2007; 167: 137–49.

21. Feldman R. İnsan bağlanmalarının nörobiyolojisi. Trends Cogn Sci 2017; 21: 80–99.

22. Fredrickson BL. Pozitif psikolojide pozitif duyguların rolü: Pozitif duyguların genişletilmesi ve inşa edilmesi teorisi. Am Psychol 2001; 56: 218–26.

23. Mikulincer M, Shaver PR. Yetişkinlikte bağlanma güvenliğinin "genişletme ve inşa etme" döngüsünün güçlendirilmesi: Laboratuvardan ilişkisel bağlamlara ve toplumsal sistemlere. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 2054.

24. Miller GE, Chen E, Zhou ES. Yükseliyorsa, düşmesi de gerekir mi? Kronik stres ve insanlarda hipotalamus-hipofiz-adrenokortikal eksen.
Psychol Bull 2007; 133: 25–45.

25. Luyten P, Fonagy P. Hastaların yönetimi ve tedavisine yönelik bütüncül, bağlanma temelli bir yaklaşım Kalıcı somatik şikayetleri olan hastalar. Hunter J, Maunder R, editörler. Bağlanma Bozukluğu Olan Hasta Tedavisinin İyileştirilmesi Teori: Birincil Bakım Uygulayıcıları ve Uzmanları İçin Bir Kılavuz. New York, NY: Springer, 2016; 127–44.

26. Arnsten AFT. Yorgunluğun biyolojisi. Bilim 1998; 280: 1711–12.

27. Mayes LC. Uyarılma durumlarının düzenlenmesine ilişkin gelişimsel bir bakış açısı. Semin Perinatol 2000; 24: 267–79.

28. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Normal ergenlik ve ergenlik çöküşünde gelişimsel sorunlar.
İçinde: Duygu Düzenleme, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York: Other Press, 2002; 317–40.

29. Hukukçu EL. Zihinselleştirilmiş duygulanım. Psikanalitik Psikoloji 2005; 22: 426–44.

30. Widom CS. İstismara uğramış ve ihmal edilmiş yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu. Am J Psychiatry 1999; 156: 1223–9.

31. Cloitre M, Scarvalone P, Difede J. Travma sonrası stres bozukluğu, cinsel olarak yeniden travmatize olmuş kadınlarda öz ve kişilerarası işlev bozukluğu. J Traum Stress 1997; 10: 437–52.

32. Allen JG. Travma Sonrası İlişkiler ve Ciddi Ruhsal Bozukluklar. Chichester, İngiltere: John Wiley & Sons Ltd, 2001.

33. Main M, Hesse E. Ebeveynlerin çözülemeyen sorunları Travmatik deneyimler, bebeklerin düzensiz bağlanma durumuyla ilişkilidir: Korkmuş ve/veya ürkütücü ebeveyn davranışları bağlantı mekanizması mıdır? Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editörler. Okul Öncesi Yıllarda Bağlanma: Teori, Araştırma ve Müdahale.
Chicago, IL: Chicago Üniversitesi Yayınları, 1990; 161–81.

34. Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans F. Sınırda Kişilik Bozukluğu Hastalarında Aktarım Odaklı Psikoterapi.
New York, NY: Guilford Press, 1999.

35. Cicchetti D, Toth SL. Çocuk istismarı. Annu Rev Klinik Psikoloji 2005; 1: 409–38.

36. Antonovsky A. Sağlığın Gizemini Çözmek: İnsanlar Stresle Nasıl Başa Çıkıyor ve Sağlıklı Kalıyor? San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

Machine Translated by Google

37. Storebo OJ, Stoffers-Winterling JM, Vollm BA ve ark. Sınırda kişilik bozukluğu olan kişiler için psikolojik terapiler. Cochrane Veritabanı Sistem İncelemesi 2020; 5: CD012955.

38. Bateman A, Motz A, Yakeley J. Toplum ve hapishane ortamlarında antisosyal kişilik bozukluğu. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Engellilik ve Zihinselleştirme El Kitabı. Sağlık Uygulamaları, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 335–49.

39. Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ ve diğerleri. Travma ve borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde mentalizasyon temelli terapinin sonuçları. Am J Psychother 2022; 75: 12–20.

Machine Translated by Google

Bölüm

12

Yeme Bozuklukları

Giriş

Zihinselleştirme modeli, yeme bozukluklarına ilişkin anlayışımızı ve klinik uygulamamızı ilerletmek açısından oldukça önemlidir [1]. Yeme bozukluğu olan hastalarda zihinselleştirmenin ciddi şekilde bozulması, semptomların sürdürülmesine katkıda bulunan, terapötik müdahaleye verilen yanıtı tehlikeye atan, hastanın psikososyal tedaviye katılma kapasitesini etkileyen ve klinisyenin zihinselleştirmesini istikrarsızlaştıran ciddi duygusal ve bilişsel dalgalanmalara neden olabilir ve bunun sonucunda da eyleme geçme veya iatrojenik etkiler ri

Yeme bozuklukları için mentalizasyon temelli tedavi (MBT-ED), yazının yazıldığı tarihte kanıta dayalı bir terapi değildir ve Yetişkinler İçin Anoreksiya Nervoza Tedavisinin Maudsley Modeli (MANTRA) gibi daha yerleşik bir terapinin parçası veya tamamlayıcısı olarak sunulmalıdır. Bu, Schmidt ve arkadaşları tarafından geliştirilen, anoreksiya nervozalı (AN) genç yetişkin hastalar için kılavuzlu bireysel bir tedavidir. [2]. MANTRA, AN'li yetişkinler için birinci basamak psikolojik müdahaledir [3]. Bu müdahale, bilişsel-davranışçı terapinin unsurlarını (örneğin, faktörleri sürdürmeye odaklanan diyagramatik bir vaka formülasyonu) ve James Pennebaker'ın [4] temel fikirlerine dayanan, duygu ifadesini ve düzenlemesini destekleyen yazma görevlerini birleştiren bir hasta çalışma kitabı etrafında merkezlenmiştir; bir MBT yaklaşımıyla unsurları paylaşır (örneğin, motivasyonel görüşme teknikleri) [5]. Bir yeme bozukluğu, eş zamanlı olarak görülen sınırda kişilik bozukluğu (BPD) ile birlikte ortaya çıkıyorsa, MBT-ED makul bir yaklaşım olarak önerilebilir.

Randomize kontrollü bir çalışma, MBT-ED'nin bir kontrol tedavisinden daha üstün olduğunu ortaya koymuştur; ancak bu çalışmada çok yüksek oranda katılımcı kaybı olduğu da unutulmamalıdır [6]. Bununla birlikte, MBT-ED, yeme bozukluğu olan bireylerde zihinselleştirmede belirli eksikliklere dair önemli kanıtlarla desteklenmektedir. Bu durum, yeme bozukluğu olan hastalarla çalışan klinisyenlerin, bu hastaların zihinselleştirme anomalilerinin farkında olmalarının faydalı olabileceğini ve MBT-ED'nin daha fazla geliştirilmesi ve doğrulanmasının gerekli olabileceğini düşündürmektedir. MBT-ED için kanıt tabanının oluşturulması hen

Yeme Bozukluklarında Zihinselleştirmenin Somutlaştırılması Modern

psikodinamik yeme bozuklukları tedavisinin öncülerinden Hilda Bruch, özellikle AN olmak üzere yeme bozukluklarının karakteristik özelliği olan zihinselleştirme anomalilerine dikkat çeken ilk kişi olarak kabul edilmelidir. Bruch, hastalarının genellikle içsel deneyimlerinin farkında olmadıklarını ve davranışlarını kontrol etmek için öznelliklerine, duygularına, düşüncelerine ve bedensel duyumlarına güvenmediklerini belirtmiştir; b

Machine Translated by Google

Sık sık kontrol eksikliği hissi, kimliklerini, yeterliliklerini ve etkinliklerini fiziksel veya bedensel deneyim yoluyla ortaya koyma konusunda olağanüstü kararlılık gösterileriyle telafi ettiler [7,8]. Artık zihni beden aracılığıyla deneyimlemeyi - somut zihinselleştirmeyi - sıradan zihinselleştirmenin temel ve temel bir yönü olarak değerlendiriyoruz [9,10] ve Bruch'un klinik gözlemlerini, somut zihinselleştirmeyle ilgili gelişimsel süreçlerdeki çarpıtmaların bir kabulü olarak görüyoruz (somut zihinselleştirme hakkında daha fazla tartışma için Bölüm 9'a bakın). Bebeğin benliğinin tanındığına dair ilk deneyimleri, bebeğin öz durumlarındaki anlık değişiklikleri doğru bir şekilde algılayan bir bakıcıyla bedensel temas yoluyla gerçekleşir. Bir bakıcının bebeğin duygu ve isteklerine ilişkin fiziksel ipuçlarına bedensel (yani sözel olmayan) tepkisi, bebeğin erken çocukluk dönemindeki sosyo-duygusal deneyimini, 15 ve 36 aylıkken bağlanma güvenliğini ve 54 aylıkken dil becerilerini, akademik becerilerini, davranış sorunlarını ve sosyal yeterliliğini öngörür [11–13]. Dahası, bakıcının tepkisi ebeveyn stresi [14] ve doğum sonrası depresyon [15] tarafından azaltılır ve bu da tipik gelişim için bu risk faktörlerinin potansiyel bir aracısı olduğunu vurgular.

Etkisiz/Zihinsel Olmayan Modlar

Yirmi birinci yüzyılın ilk yıllarında, Fonagy ve ark. [16] yeme bozuklukları için zihinselleştirme modelini önerdiler. Bu model, yeme bozukluklarının ergenliğe doğru uygunsuz bir şekilde kalıcı bir bedensel zihinselleştirme vurgusu ve zihinsel durumları bedensel deneyimler yerine fikirler veya duygular olarak temsil etmede zorluk içerebileceğini öne sürdü: "Kilo gibi fiziksel özellikler, içsel refah, kontrol, öz değer duygusu vb. gibi durumları, ergenlikte bunun olma normal eğiliminin çok ötesinde yansıtır" [16, s. 405]. Yeme bozukluğu olan bireylerin deneyimini, etkisiz zihinselleştirmenin üç ayırt edici özelliği açısından tanımladılar (zihinselleştirme dışı modların ayrıntılı bir açıklaması için Bölüm 2'ye bakın): "İçten Dışa" düşünme veya psişik eşdeğerliğin aşırı kesinliği, "odadaki fil"

düşüncesi veya sahte modun aşırı belirsizliği, teleolojik modun "hızlı çözüm" veya "Dıştan İçeri" düşüncesi.

Ruhsal Eşdeğerlik

Ruhsal eşdeğerlikte, bedensel metaforlar esas olarak bir deneyimi içerebilen temsiller olarak değil, müzakere edilmesi veya uzlaşılması imkânsız olan somut gerçekler veya gerçeklik parçaları olarak deneyimlenen sunumlar olarak işlev görür.
Psişik eşdeğerlikte, "sanki" "olan"a dönüşür. Doğrudan deneyimin sert bedenselliğinin ötesinde alternatif gerçeklik yapılandırmalarına olanak yoktur.
Normal kiloya ilişkin düşünceler baskıcı hale gelir.

Klinik Örnek: Psişik Eşdeğerlik Düşüncesi "Zayıflığın çekici ve

arzu edilir olduğunu biliyordum. İyi olan her şeydi. Bunu her zaman biliyordum ama bir şekilde bir ferman gibi oldu."

Sadece yemek düşüncesi bile, onu gerçekten yemek ve potansiyel olarak kilo alımına neden olmak gibi deneyimlenebilir: "Bir vitrindeki pasta hakkında 'kötü bir düşünce' aklıma gelirdi. Sonra onu yediğimi düşünürdüm ve kilo vermek için buna karşılık gelen miktarda egzersiz yapmam gerekirdi."

Machine Translated by Google

Benlik hakkındaki olumsuz inançlar gerçek hissettirir: "Var olmaya hakkım yoktu. Sahtekârdım. Yuvadaki bir guguk kuşu gibi hissediyordum kendimi; yabancı, çok büyük, çok müdahaleci, istenmeyen. Uyum sağlayamıyordum."

AN'den kurtulmuş hastaların anlatılarından alınan bu örnekler, zihinsel bir olayın (bir düşünce, inanç veya istek), içsel olarak kabul edilse de, hasta için fiziksel gerçeklikle aynı statüye sahip olduğuna dair ipuçları sunmaktadır. Bedenin izlenimi ve görünümü, benlikle özdeşleştirilir.

Taklit Modu

Zihinselleştirmeyen taklit modunun ortaya çıkışı, öznelliğin fiziksel gerçeklikten ayrıldığını da göstermektedir. Bu, yeme bozukluğu olan hastaların zihinsel durumlarına hakim olabilen kendini aldatmanın yaygınlığında en belirgin şekilde görülebilir: "Hile yapıyordum, kalorisi olmayan şeyler yiyordum - lahana, havuç, kereviz. Ama bunu yaparken besleyici olduğuna inanıyordum." Düşünce ve duyguların gerçeklikten ayrılması (psödomentalizasyon veya hipermentalizasyon), bazen aşırı yeme, tıkınırcasına yeme ve kusma ile başa çıkılan boşluk, anlamsızlık ve hatta ayrışma duygularına yol açar. Taklit gerçeklik, yeme bozukluklarının gizli ve izole doğasını tetikleyebilecek taklit modunu tehdit eden alternatif gerçekliklerin sürekli reddedil

Klinik Örnek: Taklit Modu Düşüncesi "İnsanlardan

saklanmaya çalışarak çok zaman harcadım. Kendimi nasıl gördüğümden çok, onların beni nasıl gördüğünün daha çok farkındaydım. Anoreksik olduğumu fark ederlerse müdahale edebilirlerdi.
Bol kıyafetler giyer, düşük kalorili yemekler yerdim ve bunu insanlardan saklamaya çalışırdım çünkü neden yaptığımı anlamayacaklarını düşünürdüm. Anoreksik olduğum düşüncesi aklıma gelmezdi; daha ziyade başkalarının öyle olduğumu düşünüp anlamayacağı düşüncesi aklıma gelirdi. Bazen insanlar yorum yaptığında öfkelenir ve rahatsız edildiğimi hissederdim; beni durdurmaya çalışacaklarından endişelenirdim.

Gerçekliğin bu hayali versiyonunun korunması, aynı zamanda, kişinin kendisini başkalarının gözünden görmesinin yarattığı tehditten (toplumsal algı) kaçınmak için abartılı bir özdenetim arayışı olarak da kendini gösterir: "Sık sık kendimi yeniden ortaya koyma ihtiyacı duyuyordum ve bunu yaptım (kusarak, aşırı yiyerek, kendime zarar vererek). Bir süre yemek yemediğimde, kontrol bendeydi; bu, korktuğum hiçbir şeyin hiçbir anlamı olmadığı hissinden çok daha iyiydi."

Terapide, taklit modu, hastanın deneyimlediği gerçeklikten kopuk ve anlamsız olarak hissedilen düşünceler, duygular ve kişilerarası senaryolar hakkında sonu gelmeyen, önemsiz anlatılar üretir: "İlk seanstan sonra ne söylemem gerektiğini biliyordum. Söyledim.
"Yiyeceklerin benim için ne anlama geldiğinden" bahsettim, herkes tarafından reddedildiğimi hissettiğimden bahsettim. Hiçbir anlamı yoktu. O [terapist] bunu çok sevdi. Seanslardan sonra oldukça memnun hissettim. "Bunda iyi olabilirim," diye düşündüm."

Teleolojik Mod

Yeme bozukluğu olan hastalarda teleolojik modun önemi, fiziksel eylemin zihinsel durumlarını değiştirmenin veya yönetmenin tek yolu olarak görülmesiyle ortaya çıkmaktadır. Fiziksel görünüme aşırı değer verilmesi elbette başlı başına teleolojiktir ve hastayı AN ve bulimia nervoza (BN) semptomlarını oluşturan davranışlarda bulunmaya motive eder. Bedensel değişiklikler (örneğin, vücut ağırlığında değişiklik, kendine zarar

Machine Translated by Google

Fiziksel alanda bulunurlar ve gözlemlenebilirler, bu nedenle zihinsel durumları doğrudan etkilerler. Zihnin, bedenin kontrol edilmesiyle kontrol edilebileceği yanılsaması, AN'nin temel inançlarından biridir.

Klinik Örnek: Teleolojik Mod Düşüncesi "Bedenime galip gelirsem, zihnime de galip gelirim."

"Zayıf olmak beni koruyor."

"Fiziksel olarak risk altında olmak bana çevremdeki insanlar üzerinde kontrol sağlıyor."

"İçimde, başkalarının bana karşı farklı davranmasını sağlayacak, tarif edilemez ve iyi bir şeye ulaşmayı umuyorum."

Risk ve tehlikenin, genellikle toplumsal dışlanmanın, teleolojik düşünceyle azaltıldığı görüşü, bu inançların özünde mevcuttur. Kişinin bedeninin dışsal durumu ve görünümünün, toplumsal değer duygusuna ulaşma sorununa çözüm sağladığına inanılıyorsa, "değerli hissetmenin" gerçekte neleri içerebileceği konusunda kafa karışıklığı kaçınılmazdır. Kritik olarak, öz değerin dışsal göstergeleri gerçek veya doğru hissettiren tek göstergelerdir: "Mükemmel vücut şeklinin beni arzulanır, karşı konulmaz kılacağını biliyordum. Sadece o şeklin nasıl göründüğü hakkında çılgınca bir fikrim vardı. Ama eğer ona ulaşırsam, mükemmel yerimde olacağımı biliyordum."

Zihinselleştirmeyen Bir Alan Arzusu Zihinselleştirmeyen modların ortaya çıkışı, kaygı ve kafa karışıklığı yarattığı için düşünmeyi ve hissetmeyi durdurma yönündeki aktif bir arzunun parçası olarak görülebilir; ya da daha açık bir ifadeyle, zihinselleştirmeyi durdurma arzusunun.

Klinik Örnek: Zihinselleştirmeyi Kapatma

KLİNİSYEN (AN'den kurtulan bir hastaya hitap ederek): Anoreksik olmak sizin için nasıl bir deneyimdi? O an ne gibi düşünce ve duygulara sahip olduğunuzu hatırlıyor musunuz?

HASTA: Gün içinde yapmam gerekenlere odaklanmak ve normalde düşünmem gereken şeyleri düşünmek zorunda kalmamak. Eskiden oldukça içgözlemciydim. Zihinsel deneyimlerimi dışarı atmalı ve sadece yapılması gerekenlere odaklanmalıydım. Sorgulamamalıydım. Her şeye dair deneyimim oldukça düz ve boştu.

Yeme bozukluğundan kurtulmuş başka bir hasta da buna çok benzer bir şey söyledi hesap:

HASTA: Özellikle yemek yemekle, yemek hazırlamakla veya gerçekten yemekle ilgili her şeyi, hiçbir şey düşünmeden veya hissetmeden, çok, çok mekanik bir halde yapıyordum. Her şeyi çok ritüelleşmiş bir şekilde yapıyordum. Aynı yerden alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyordum, böylece düşünmek zorunda kalmıyordum. Fiziksel açlık hissettiğimi ve buna teslim olmamanın verdiği tatmin duygusunun tek önemli şey olduğunu hatırlıyorum.

Tipik olarak, bu retrospektif raporlar, zihinsel ve bedensel deneyimin katı bir ayrımıyla belirlenmiş bir varoluş deneyimini yakalar. 2. ve 10. Bölümlerde açıkladığımız gibi, zihinselleştirmenin bütünleştirici bir işlevi vardır; duyusal algılarımızı bir araya getirmemize yardımcı olur.

Machine Translated by Google

Benlik duygumuzu destekleyecek deneyimler ve düşünceler. Bu zihinselleştirilmiş öz-bütünleşme olasılığının kapatılması, kopuk bir benlik deneyimi yaratabilir.

Klinik Örnek: Benliğin Kopuk Deneyimi

HASTA: Kendimi mekanik hissediyordum. Duygularımın gizli davranışlarımı kontrol ettiğini hissediyordum. Zihnim, resmi zihnim, kamusal davranışlarımı kontrol ediyordu ve aralarında hiçbir bağlantı yoktu. Daha önce hiç hissetmediğim bir şeydi bu. Kendimi bir seyirci gibi hissettiğim, kafamın içinde olmadığımı veya yaptıklarımı kontrol edemediğim dönemler oldu. Mekanik derken kastettiğim buydu. Onu izliyor ve yönetiyordum.

Zihinselleştirmenin yaygın başarısızlığı ve buna eşlik eden bütünleştirici işlevinin kaybı, yeme bozukluklarının gelişme riskini artırdığı bilinen sosyal deneyimlerin neden olduğu, önceden var olan öz yapı bozukluğunu ortaya çıkarabilir.
Fonagy ve Target, zihinselleştirmenin kopuşunun, benlik yapısında önceden var olan kopuklukları ortaya çıkarma eğiliminde olduğunu öne sürmüşlerdir [17,18] ve düzensiz erken bağlanmanın, travmayla daha da artabilecek şekilde benlik içindeki kopukluklara dönüşebileceğini ileri sürmüşlerdir. Zihinselleştirme bozulduğunda, benliğin bir kısmı, benliğin içinden geldiği hissedilen ancak aynı zamanda benliğe yabancı olan, dokunulmaz ve benlikten ayrı, yumuşama veya değiştirilme fırsatı çok az olan zulmedici fikir kümeleri olarak deneyimlenebilir. Benliğin bu içsel olarak işkence eden kısımlarına yabancı benlik adını verdik (ayrıca bkz. Bölüm 2 ve 10).

Klinik Örnek: Uzaylı Benlik

HASTA: Sanki kendim dışında biri bana zorbalık yapıyormuş ve ne düşündüğümü veya hissettiğimi umursamıyormuş gibi hissediyordum. Sanki başkası tarafından işkence görüyormuşum gibiydi.

KLİNİSYEN: Bana bu kişiden bahseder misiniz?

HASTA: Okuldaki bir zorba gibi. Umursamayan, sürekli iten biri. Hiçbir zaafıma tahammülü olmayan, kendime karşı sert olup olmadığımı ve hiç de şımarık olmadığımı görmek isteyen biri.

Kendine zarar verme, rahatlama olarak deneyimlenebilir; bilişsel yollarla ulaşılamayan veya düzenlenemeyen ve yalnızca fiziksel eylemlerle savuşturulabilen, benliğin bu zulmedici kısımlarına karşı somut bir eylemdir.

Stres ve Zihinselleştirme

Stres, zihinselleştirmeyi zayıflatır ve çeşitli nedenlerden veya nedenlerin birleşimlerinden dolayı buna yatkın olan bireylerde toksik seviyelerde ortaya çıkar; örneğin anayasal olarak artan tepkisellik, olumsuz sosyal deneyimlerin etkisi veya vücut ağırlığı kaybının yarattığı fiziksel stres [19].

Zihinselleştirme ile zihinsel sağlık bozuklukları arasındaki ilişkiye dair ilk düşüncelerimizde, bireysel bağlanma geçmişlerinin ve kötü muamelenin,

Machine Translated by Google

Ergenlik dönemindeki bireylerin zihinselleştirme kapasitelerini zayıflatır veya zayıflatır ve günlük stres faktörlerini ve bağlanma stresini yönetme yeteneklerini bozar [16]. Ergenlik, sosyal bilişin normal gelişiminde bile gelişimsel olarak hassas bir aşamadır, ancak bu durum kendi başına yeme bozukluklarına neden olmaz. Yeme bozukluklarının, sıradan sosyal deneyimleri (örneğin, aşırı mükemmellik talebi, ergenlik dönemindeki zorluklar veya akran reddi) zihinselleştirme konusunda nispeten sınırlı bir kapasitenin sonucu olduğunu ve bu durumun mevcut yaşam deneyimini aşılmaz bir zorluk gibi hissettirdiğini öne sürdük. Zihinselleştirmedeki zorluklar, travma öyküsü, çocuklukta cinsel istismar, erken dönemde yaşanan olumsuzluklar veya ihmal ile ilişkili olabilir; zihinselleştirme zorlukları, birey sosyal dünyanın zorluklarıyla karşılaştığında zihinselleştirmeyen modların ortaya çıkmasına neden olur. Psikolojik veya zihinsel benliğin dağınıklığı, çarpık bilişlerden, düzensiz duygulanımdan ve yeme bozukluğunun altında yatan dağınık bir benlik yapısından sorumlu olduğu düşünülen psişik eşdeğerlik, taklit modu ve teleolojik modun baskınlığının bir

Anoreksiya Nervoza ve Diğer Yeme Bozukluklarının Devamlılığı

AN veya BN tedavisi gören hastaların yalnızca yaklaşık yarısı 4-10 yıl sonra tam iyileşmeye ulaşır [20] ve bu oran daha uzun zaman dilimlerinden sonra bile çok fazla artmaz [21]. Kalıcı AN'si olan bireyler sıklıkla değişmek istediklerini ancak bunu yapamadıklarını belirtirler [22]. AN'nin mevcut modelleri, kırılganlık ve tedavinin önemli kalıcılık oluşturmak için etkileşime girdiği bozukluğun evrelerini ayırt etmez. MBT yeme bozuklukları modelinin mevcut çerçevesi, vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili ilk takıntının ortaya çıkışından kilo kaybı için klinik eşiğe ve son olarak kalıcı yeme bozukluğunun kronik bir durum karakteristiğine kadar zaman içinde ortaya çıkan çeşitli bileşenleri ayırmayı amaçlamaktadır. Kronik açlığın zihinselleştirme üzerinde etkisi vardır. Zihinselleştirme teorisine göre, sosyal biliş anomalileri, kişilik özellikleri, erken deneyimler (bağlanma geçmişi dahil) ve genetik yatkınlık nedeniyle yeme bozukluklarına yatkın olan bireylerde ergenliğin olağan gelişimsel zorluklarına uyum sağlama olarak görülmektedir. Zihinselleştirme teorisi ayrıca psişik eşdeğerlik, rol yapma modu ve teleolojik modu, zihinselleştirme boyutlarının kutupları arasındaki dengesizliklerin sonuçları olarak görmektedir (Bölüm 2'de ayrıntılı olarak açıklanmıştır). MBT modelinin uygulamaları hakkındaki daha yeni teorik ve klinik tartışmalar, bireyin zihinselleştirme becerisini yeniden kazanmasına yardımcı olmada çevresindeki sosyal grubun rolünü vurgulamıştır [23]. Bazı bireylerde etraflarında zihinselleştirici bir sosyal grup olmayabilir veya duygusal nedenlerle halihazırda var olan bir zihinselleştirici sosyal ağdan uzaklaşabilirler. AN'li bireylerde, zihinselleştirmenin normal iyileşme süreci, başkalarının yeme bozukluğuna verdiği tepkiler nedeniyle sekteye uğrayabilir; bu tepkiler genellikle kaygı, korku ve hayal kırıklığıyla karakterizedir; bu durum bir kopukluk yaratır çünkü AN'li birey kilo kaybının arzu edilir olduğunu hisseder ve bu nedenle yanlış anlaşıldığını ve belki de utandığını hissederek, normalde zihinselleştirmelerini destekleyecek sosyal ortamdan uzaklaşır [24,25]. Sosyal geri çekilmenin ve zihinselleştirmeyle sürekli mücadele etmenin birleşik etkisi (yine AN için bilinen kırılganlık faktörleri bağlamında), güçlü epistemik güvensizlik ve epistemik aşırı tetikte olma duyguları yaratır (bkz. Bölüm 2 ve ayrıca [23]). Kişinin kilo, yeme ve vücut şekli hakkındaki inançları, yaşadığı toplumdaki kişiler tarafından anlaşılmadığı için, gönüllü olarak toplumu terk eder ve zihinselleştirmesi geri kazar

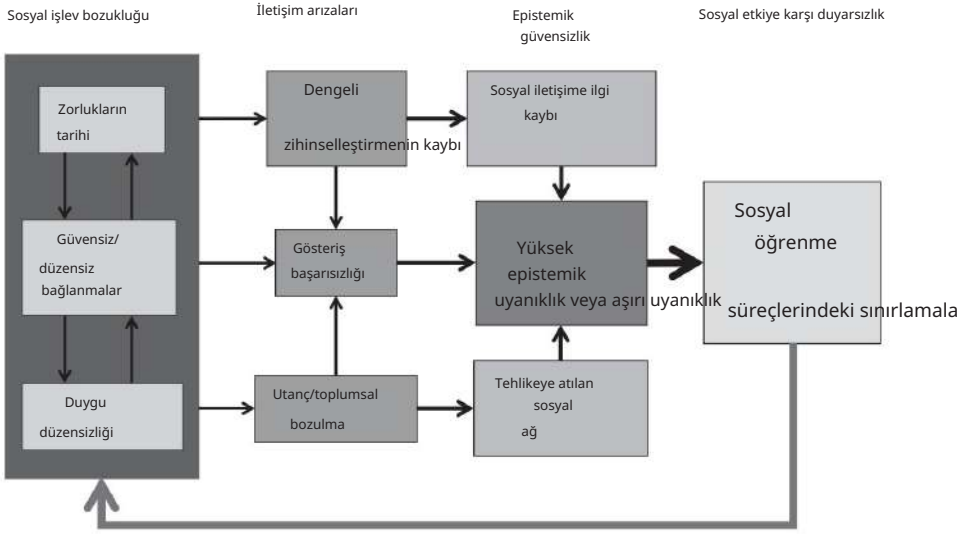
Machine Translated by Google

güvensizliklerini derinleştirir ve daha fazla sosyal geri çekilmeye yol açarak zihinselleştirmenin iyileşmesini daha da zorlaştırır. Dahası, yatarak veya ayakta tedavi ortamlarında beslenme deneyimleri gibi tıbbi müdahalelerin travmatik yönleri, hastanın sosyal çevresinden gelen bilgilere karşı güvensizliğini ve zihninin kapanmasını daha da artırabilir ve ayrıca yiyeceklere karşı olumsuz bilişlerini pekiştirebilir. Yeme bozukluklarının devam etmesine neden olan bir diğer süreç de kronik stresle ilgilidir ve bu da zihinselleştirmenin iyileşmesiyle bağdaşmayan savaş/kaç tepkisinin aşırı aktivasyonuyla ilişkili olabilir [19].

Yeme Bozukluklarının Karmaşıklığının Kavramsallaştırılması

Zihinselleştirme modeli, yeme bozukluklarının semptomlarını, sosyal (öz) düzenlemenin altında yatan sorunlara yönelik bir çözüm girişimi olarak görür. Yeme bozukluklarının temelinde, olumsuz sosyal etkileşimlere maruz kalmanın yol açtığı bir sosyal işlev bozukluğunun yattığını, buna biyolojik faktörler ve artan stres seviyeleriyle zayıflayan duygu düzensizliğinin ve bağlanma ilişkilerinin düzensizliğinin de eklendiğini varsayıyoruz.

Bu risk faktörlerinin etkileşiminden kaynaklanan sosyal işlev bozukluğunun, dengeli zihinselleştirmenin kaybına neden olduğunu ve bunun da -bu kitap boyunca belirttiğimiz gibi- sosyal iletişime katılım için anahtar öneme sahip olduğunu ileri sürüyoruz (bkz. Şekil 12.1). Bireyin sosyal iletişime olan ilgisini kaybetmesi, sosyal öğrenmesini ve değişimi, iyileşmeyi ve iyileşmeyi mümkün kılan sosyal ve öz düzeltme potansiyelini engeller. Gösterme süreçleri (başkalarından gelen iletişimleri kendisiyle alakalı, belirli ve mevcut bağlamın dışında genelleştirilebilir ve istikrarlı bir öz temsile entegre edilmeye uygun olarak kabul etmenin anahtarı olan öz tanıma) etkisizdir ve epistemik işlev bozukluğuna -yani epistemik aşırı tetiktelik ve güvensizliğe veya tersine uygunsuz bir inanılırlığa- yol açar. Bireyin sosyal ağı, sosyal geri çekilmeyi pekiştiren ve sosyal desteğin zihinselleştirmenin iyileşme potansiyelini zayıflatan dışsal ve içsel utanç tarafından daha da zayıflatılır.



Şekil 12.1 Yeme bozukluklarına yol açan sosyal öğrenme sınırlamalarına giden yol.

Machine Translated by Google

Genel sonuç, sosyal iletişime karşı duyarsızlık ve inançların (örneğin, vücut şekli hakkındaki çarpık inançlar) ve duygusal öz-örgütlenme stratejilerinin (örneğin, yeme kontrolü, aşırı egzersiz) kalıcılığıdır ki bunlar genellikle hastayı
psikolojik terapi ile değişime uğraması mümkün değildir.

Bu model, sosyal biliş üzerine yapılan bazı erken dönem çalışmalardan elde edilen bulgularla tutarlıdır. yeme bozuklukları. Sosyal işlevselliğin önemli ölçüde bozulduğunu gösteren kanıtlar var AN'de, özellikle ilk olarak ana hatları çizilen bilişsel kişilerarası modelin bir parçası olarak, bozulma Schmidt ve Treasure [26] tarafından, daha sonraki çalışmalarda bilişsel ve duygusal özetler sunulmuştur [22,27,28] Modelin temelinde yatan özellikler ve devam ettirici yönler Schmidt ve Treasure tarafından önerilen, MBT teorisiyle çok ortak noktaya sahiptir ve izolasyon, depresyon ve kronik stresin kişilerarası sonuçlarına odaklanmaktadır Hastalığın şiddetli ve kalıcı aşamasında tek bir nedensel ve bakım çerçevesi. AN'li çoğu birey, kişilerarası zorluklar gösterir, örneğin, yakınlık sorunları [29]. İyi sosyal işlevsellik önemli bir AN'de olumlu sonuçların öngörücüsü iken, hastalık öncesi zayıf sosyal ilişki, empati eksiklikler ve sosyal etkileşim sorunlarının kötü sonuçlarla bağlantılı olduğu görülmüştür [30]. AN'li bireylerde aleksitimi [31] ve sosyal anhedoni [32] özellikleri görülmektedir öznel duygu durumlarını tanımlamada ve ayırt etmede zorluklarla karakterize duygular ve bedensel duyumlar ile yoksul bir hayal gücü arasında, hepsi sosyal işlevsellikte zorluklara işaret ediyor. Bu varsayımı destekleyen kanıtlar birleşiyor bağlanma, zihin teorisi üzerine araştırmalar da dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan gelir (ToM) ve zihinselleştirme, ve sosyal öz düzenleme için gerekli bilişsel ve duygusal kapasiteler üzerine araştırmalar.

Bağlanma ve Yeme Bozuklukları

MBT teorik modeli, yeme bozukluklarına karşı hassasiyeti güvensiz bağlanma ile ilişkilendirir, çünkü bağlanma ilişkilerini, yeme bozukluklarının prototipik bağlamı olarak görür. Kişilerarası anlayış, bebeklik döneminde doğal olarak gelişir ve yetişkin ilişkilerinde gelişir [23]. Bağlanma ve zihinselleştirme arasındaki ilişkinin ve bunların çocuk ve ergen yeme patolojisiyle ilişkisinin kapsamlı bir incelemesi, 14 çalışma bulmuştur bağlanma güvensizliği ile yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çocukluk ve ergenlikteki bozukluklar [33]. Bebeklikteki bağlanma güvensizliği bir çocukluk veya ergenlikte yeme patolojisinin zayıf bir öngörücüsü iken, bağlanma Ergenlik öncesi dönemdeki güvensizlik, yeme patolojisinin gelişimini öngörüyor 1 yıl sonra çok daha güçlü bir şekilde. Önemli ölçüde, akranlara bağlanma, ancak ebeveynlere bağlanma değil, Ergenlik döneminin ortalarında öngörülen yeme patolojisi. Zihinselleştirmedeki dengesizlikler (yani etkisiz zihinselleştirme), bağlanma ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. Yapılan araştırmalarda zihinselleştirme sorunları ile yeme patolojisi arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygu tanıma zorlukları ile yeme davranışı arasında güçlü ilişkiler bulundu ergenlerde bozukluklar ve bu ilişkiler özellikle aşağıdakilerle ilişkili olarak güçlüydü: AN. Yetişkinler için meta-analizler karışık kanıtlar sağlamıştır; bazı çalışmalar şunu göstermektedir: güçlü ilişkiler [34] ve bağlanma ile yeme bozuklukları arasında duygu düzenlemesi ve depresif semptomlar aracılığıyla daha zayıf ilişkiler bildiren diğerleri [35] [36]. Daha yakın zamanda, 35 çalışmanın meta analizi, güvensizliğe sahip olma oranlarının daha yüksek olduğunu buldu Yeme bozukluğu olan bireylerin klinik gruplarındaki bağlanma, toplum kontrolleriyle karşılaştırıldığında, ölçüm yöntemleri ve farklı

Machine Translated by Google

Bağlanma boyutları [37]. Güvensiz bağlanmanın yanı sıra, kimlik gelişiminin çocuklukta kötü muamele, alay etme, zorbalık veya sosyal dışlanma gibi diğer olumsuz sosyal deneyimler tarafından da bozulması muhtemeldir [38].

Zihin Kuramı ve Sosyal Biliş Kendini ve
başkalarını anlamayla ilgili sorunlar, AN ve diğer yeme bozuklukları olan hastalarda uzun zamandır gözlemlenmektedir. Yeme bozuklukları ile zihinselleştirmedeki belirli sorunlar arasında bir bağlantı olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Bir meta-analizde, hem BN hem de AN'nin, hastalığın akut evresinde daha belirgin olmakla birlikte AN'den iyileşmiş bireylerde de gözlemlenebilen önemli Zihin Kuramı eksiklikleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur [39]. AN bulguları daha ileri araştırmalarla doğrulanmıştır [40]. Yeme bozukluğu olan hastalarda hem bilişsel perspektif alma hem de zihinsel durumların kodlanmasının bozulmuş olabileceği görülmektedir [39]. Hastalığın akut evresinde bu bozukluklar açlığın beyin üzerindeki doğrudan etkilerine atfedilebilse de, AN'li bireylerin hastalık öncesi dönemde sosyal zorluklar yaşadığına [41,42] ve bu zorlukların yeme bozukluğundan iyileştikten sonra da devam ettiğine dair kanıtlar mevcuttur [43]. Zayıflık, bağlanma ve ilişki kalitesine yönelik dürtü ölçümleri, normal kilolu bireylerde bile yeme bozukluklarında zihinselleştirme ve sosyal bilişin önemli bir rol oynadığını göstermektedir [44]. Zihinselleştirme, empati ve yeme bozukluğu semptomatolojisinin nesnel ölçümleri arasındaki etkileşimleri bir ağ analitik yaklaşımı kullanarak değerlendirmek üzere tasarlanmış bir çalışmada, bilişsel zihinsel durumların çıkarımı ve şekil kaygısı, ağda en yüksek merkeziliğe sahip düğümlerdi [45]. Bir ağ analizi, bir bozukluk veya sosyal süreç için potansiyel katkıda bulunan faktörlerin grafiksel bir gösterimini içerir. Bir benzetme olarak, üzerinde bir oyuna katkıda bulunan aktörler veya aktör grupları ("düğümler") bulunan bir sahneyi düşünün - kim veya hangi grup sahnenin merkezinde ve oyunun temasına en çok katkıda bulunuyor, kiminle ilişki kuruyorlar ve bu ilişkinin gücü nedir? Bu çalışmada, duygusal zihinsel durumların çıkarımı, sosyal biliş işlevleri kümesinde en yüksek köprü gücüne sahip düğümdü ve zihinselleştirme yeteneklerinin yeme bozukluğuyla ilişkili psikopatolojinin ve empati kapasitesinin sürdürülmesine katkıda bulunmaları açısından önemini vurguladı. Bilgisayarda uygulanan zihinselleştirme, empati ve taklit (başkasının eylemlerinin gözlemlenmesinin gözlemcinin bu eylemleri gerçekleştirmesini ne ölçüde tetiklediği) ölçümleri kullanılarak, yeme bozukluğu olan kişilerde hem hipermentalizasyon hem de hipomentalizasyon ve yeme bozukluğu olmayan eşleştirilmiş bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığında duygusal ve bilişsel zihinsel durum çıkarımında daha düşük doğruluk görülmüştür [46]. Gruplar arasında empati açısından bir fark bulunmamakla birlikte, yeme bozukluğu olan bireyler grubu, kontrol grubuna kıyasla gözlemlenen eylemleri daha az taklit etmiştir. Taklit, açık zihinselleştirmeden ziyade örtük zihinselleştirmeyi yansıtan ayrı bir süreç olabilir; ancak bu ikisinin günlük sosyal yeterliliği belirlemede etkileşime girmesi muhtemeldir [47,48]. Anksiyete ve depresif semptomların kontrol edilmesi bu önemli etkileri ortadan kaldırmadığından [46], çalışma yeme bozukluklarının zihinselleştirme ve sosyal taklit zorluklarıyla doğrudan bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir. Birlikte ele alındığında, nesnel ölçümlerle ortaya çıkan bu bulgular, zihinselleştirmeyi güçlendirmeye yönelik bir müdahalenin yeme bozukluğu olan hastaların sergilediği sosyal semptomları iyileştirmeye yardımcı olabileceğine dair makul bir gösterge sunmaktadır.

Kısıtlayıcı yeme bozukluklarında açlık, stres veya diğer mekanizmalar aracılığıyla sosyal bilişte belirgin bir eksikliğe katkıda bulunabilir [34]. Bu, bir motivasyon görevi görebilir

Machine Translated by Google

Düşük kiloyu korumak, çünkü duyguların önlenmesi veya bastırılması çatışmadan kaçınmaya yardımcı olur [43]. Klinik olarak gözlemlendiği gibi, AN hastaları yoğun duygulardan korku ve kaçınma gösterir ve bu duygulardan kaçınmak için düşük vücut ağırlığını koruyabilirler. Yeme bozukluğu olan hastalarda duygulardan kaçınma ve zayıf zihin kuramı gözlemlenmesi, otizm ve yeme bozuklukları tarafından paylaşılan özelliklerin tanımlanmasına yol açmıştır [49], ancak ortak nokta sosyal bilişteki sorunların örtüşmesidir ve yeme bozukluğu olanların çoğunu içermeyebilir [50]. Sosyal geri çekilmeye yatkınlık hem sosyal bilişteki sorunlar hem de bu sorunların yarattığı olumsuz duygusal deneyim tarafından yönlendirilebilir ve bu da yeme bozukluğu semptomatolojisi ile ele alınır.

Yeme Bozukluklarında Sosyal Öz Düzenleme

Yeme bozukluğu olan kişilerde bağlanma, sosyal iletişim, kendini ve başkalarını algılama ve anlama ve sosyal hakimiyet gibi yapılar yüzlerce çalışmada ölçülmüştür (bir inceleme için bkz. [34]). Kutu 12.1'de özetlenen bulgular, yeme bozukluklarındaki temel işlev bozukluğunun sosyal ve duygusal benliğin düzenlenmesi ve yönetimiyle ilişkili olduğu hipoteziyle tutarlıdır.

Kutu 12.1 Sosyal benliğin veya duygusal benliğin düzenlenmesinin yeme bozukluklarının temel bir bileşeni olduğunu öne süren bulguların özeti.

Sosyal Benlik

- Olumsuz öz değerlendirme.
- Kendi kendine dalıp gitme.
- Toplumsal karşılıklılıkta uyumsuzluk.
- Kişilerarası güvensizlik ve çatışmalı etkileşim.
- Düşük spontane sosyal anlatı.
- Uyarıcıların toplumsal öneminin belirlenmesinde sorunlar.
- Sosyal durumlarda (örneğin, sosyal karşılaştırma, sosyal rütbe ipuçları) tehditlere karşı artan duyarlılık.

Duygusal Benlik

- Karmaşık duyguları tanımada zorluklar.
- Duyguların ifade edilmesinde ve düzenlenmesinde yetersizlik.
- Kişinin kendi duygularını tanımlama ve tanımlamada zorluk çekmesi.
- Başkalarının duygularını zihinselleştirmede sorunlar.
- Olumsuz duyguları yönetme kapasitesinin düşük olması.
- Düşük özellikli duygusal zeka.

Elbette, sosyal öz düzenlemenin bu sınırlamaları, özellikle duygusal ifade eksikliği ve sıcaklık karşılığının eksikliği, olumsuz tepki verme olasılığı yüksek olan ve böylece sosyal biliş üzerindeki baskıyı ve sosyal izolasyon arzusunu pekiştiren başkaları üzerinde bir etkiye sahiptir. Yeme bozukluğu olan bireylerde duygusal zihinselleştirmedeki zorlukların artan yalnızlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir [46]. Bu, yeme bozukluğu olan kişilerin arkadaşları ve akrabalarıyla kurdukları ilişkilerin algılanan düşük kalitesine sosyo-bilişsel bozukluğun katkısını destekler ve bu bozuklukların belirleyici bir yönü olan sosyal dışlanma ve izolasyona yol açabilir.

Machine Translated by Google

Yeme Bozukluklarının Epistemik Güvensizlik Modeli: Bir Özet

Yeme bozuklukları hakkındaki gelişimsel hipotezimiz, normal gelişime dayalı beklentilerle başlar. Kısaca özetlemek gerekirse, bir bağlanma ilişkisi bağlamında zihinselleştirilmek, epistemik güveni oluşturur ve bu da sosyal bağlantılar kurma ve bunlardan öğrenme becerisini yönlendirir. Epistemik güven, kişinin zihinselleştirme yoluyla kendini yeniden değerlendirme ve sosyal bağlamına uyum sağlama becerisinin ve gerektiğinde sosyal bağlantıları, kişilerarası anlayışı ve yaşam boyunca iş birliğini onarma, koruma, geliştirme ve artırma becerisinin temelini oluşturduğu için sosyal yaşamın anahtarıdır. (Sosyal) çevreye bu tür bir açıklık genellikle uyarlanabilirdir, ancak olumsuzluk bağlamında epistemik aşırı tetiktelik de aynı derecede uyarlanabilir olabilir. Epistemik aşırı tetikteliğin bir akıl sağlığı sorunu olmadığını, ancak sosyal öğrenmeden yararlanma fırsatlarını azalttığı ve normalde zihinselleştirmeyi geliştiren sosyal etkileşimin kalitesini düşürdüğü için potansiyel bir kırılganlık kaynağı olduğunu varsayıyoruz. Bu önemlidir, çünkü zihinselleştirme, bireylerin tüm sosyal varoluşa eşlik eden mikro travmanın ötesine geçmelerine yardımcı olur. Başka bir deyişle, epistemik güven dayanıklılık yaratırken, epistemik güvensizlik, bireyin zihinselleştirme ve sosyal yaşamın rastgele şoklarını absorbe etme yeteneğini, kendisi ile (iyi huylu) sosyal bağlamı arasında epistemik mesafe yaratarak azaltabilir.

Ergenliğin temel görevi, hem akranlar hem de büyükler gibi güvenilen diğer kişilerin girdilerinden yararlanabilen bir sosyal ağ oluşturmaktır. Güven bağları kurma kapasitesi, yatkınlık (güvensiz bağlanma, sosyal yoksunluk, sosyal kısıtlamalar veya diğer yapısal veya bireysel nedenler) veya sosyal bağlantıyı sürdürme üzerindeki akut baskılar (stres, utanç ve sosyal geri çekilme) veya her ikisi nedeniyle bozulduğunda, sosyal ağ zayıflar ve felaketle sonuçlanacak şekilde çökebilir ve bireyi sosyal izolasyonda bırakarak zihinselleştirmeyi iyileştirme fırsatını sınırlı tutar. Bu zihinselleştirmeme durumunda, iç ve dış dünyayı abartılı yoğunlukta psişik eşdeğerlik ve onun karşılığı olan anlamsızlık ve boşlukla, ayrışma eğilimiyle deneyimleme olasılığı artar. Kontrol ve sosyal öz düzenleme kazanmak için, teleolojik/eylem/"Dışarıdan İçeriye" stratejileri tek gerçekçi tepkiyi temsil edebilir. Ancak bu stratejiler (örneğin belirli yiyecek türlerini kısıtlamak, aşırı yemek veya takıntılı bir şekilde bunlardan kaçınmak) kendi sorunlarını yaratır.

Yeme bozukluklarıyla ilişkili farklı semptom yelpazesinin, sosyal öz düzenleme girişimleri olma ortak işlevini paylaşabileceğini öne sürüyoruz. Genetik yatkınlık, erken bağlanma geçmişi, çocukluk ve ergenlikteki zorluklar (örneğin, reddedilme, fiziksel veya sözlü istismar) ve vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili sosyal mesajlar, yeme bozukluklarıyla ilişkili yoğun utanç deneyimlerine katkıda bulunur ve bu yalnızca rekabetçi tutumları ve mükemmellik çabasını yoğunlaştırmakla kalmaz, aynı zamanda sosyal katılımdan kaçınma arzusunu da artırır. Utanç, psikolojik olarak sosyal geri çekilmeye veya zihinselleştirici bir topluluktan kopmaya yol açar. Zihinselleştirme reddedildiğinde, psişik eşdeğerlik utanç deneyimini yoğunlaştırır ve bu da benlik için yıkıcı olarak deneyimlenmeye başlar. AN gibi kısıtlayıcı yeme bozuklukları olan bireylerde, aşırı utanç deneyimi güzellik ideallerinin (benliği tanımlama standardı olarak), beden imajının ve kilo kontrolünün daha fazla içselleştirilmesine odaklanmaya yol açabilir. Bu, (kültürel mesajlara uygun olarak) bilinçsizce felaket ve kalıcı sosyal dışlanma olarak kavramsallaştırılan öngörülen olumsuz sosyal sonuçları önlemeye yönelik teleolojik bir girişimdir. Bu teleolojik manipülasyon başarılı olduğunda, birey gurur yaşayabilir (ki bu da psişik eşdeğerlikle yoğunlaşır), bu da eylemleri (örneğin, kısıtlı yeme) başlatan inanç ve duyguları pekiştirir, çünkü bu,

Machine Translated by Google

Olumsuz utanç deneyimi. Öz kontrol başarısız olduğunda ve gözlemlenebilir sonuç başarısız olduğunda, utanç sosyal geri çekilmeyle birlikte yoğunlaşır. Utanç, kişinin sosyal deneyimini değiştirebilecek sosyal öğrenme ve bilişsel değişim potansiyelini baltalayan bir sosyal dışlanma duvarı inşa eder. Şefkat odaklı terapide buna genellikle "utanç-gurur döngüsü" denir [51].

Sosyal öz düzenlemenin tıkınırcasına yeme bozukluğunda da benzer etkileri vardır; burada utançla ilgili zihinselleştirilmemiş deneyimler kişilerarası bağlamlarda duygusal istikrarsızlığa yol açar. Tıkınırcasına yeme, bireyin zihinselleştirme kapasitesinin sağlayamadığı duygu düzenlemesini sağlayan teleolojik/eylemsel/"Dışarıdan İçeriye" tepkidir. Utanç deneyimini azaltır ve bireyi yoğun olumsuz duygusal deneyimlerden (nihayetinde) ayrışma yoluyla psikolojik olarak uzaklaştıran sahte bir durum ("zihinsel balon") yaratır. Ancak tıkınırcasına yeme, utançla başa çıkmanın etkili bir yolu değildir, çünkü tıkınırcasına yemenin kendisi utanç yaratma potansiyeline sahiptir ve bu da kısıtlı yemeyle karakterize yeme bozukluklarının yaratabileceği aynı epistemik mesafeyi birey ile sosyal bağlamı arasında yaratır. Psikolojik sosyal geri çekilme, epistemik güvensizlik nedeniyle sosyal öğrenmenin engellenmesi nedeniyle değiştirilemeyen aynı kalıcı davranış örüntüsünü yaratacaktır.

Zihinselleştirme modeli, yeme bozukluğu olan kişilerin dikkat çekici öz düzenleme becerilerine (örneğin, kendini aç bırakma) sahip olabileceklerini, ancak sosyal (sunumsal) benliklerini düzenlemeye çalışırken hâlâ başarısız olduklarını öne sürer. Az önce tanımladığımız kısır döngü, yeme bozukluklarındaki zorlukların devam etmesini açıklayabilir. Zihinselleştirme (sosyal-bilişsel) bir kırılganlık, epistemik güvensizliği tetikler ve bu da sosyal geri çekilmeyi tetikleyerek daha ileri bir zihinselleştirme sorunu yaratır ve nihayetinde epistemik aşırı uyanıklık yaratarak hastayı bilişsel değişime erişemez hale getirir. Hastanın yarattığı zihinselleştirmeyen, teleolojik dünya, kaçınılmaz olarak hastaya yakın olan diğer kişilerde sıkıntıya yol açar. Bu yakın kişiler, hastanın davranışlarını değiştirmesini talep eden dışarıdaki eleştirel figürler haline gelirler; ancak bu taleplerin paradoksal olarak yalnızca hastanın sosyal öz düzenlemesini ve öz istikrar deneyimini geliştirmeye ve sürdürmeye hizmet ettiğini fark etmezler.

MBT-ED Tedavi Modeli

Genel MBT-ED Yaklaşımı MBT yaklaşımı,
yeme bozuklukları için hassasiyet faktörlerinin (örneğin bağlanma güvensizliği, olumsuzluk, mükemmeliyetçilik gibi işlevsiz kişilik özellikleri) müdahale için uygun hedefler olmadığını kabul eder ve bunun yerine daha önce tartışıldığı gibi yeme bozukluklarını sürdüren kişilerarası faktörlere odaklanması gerektiğini belirtir (ayrıca bkz. [27]). Bunlar arasında, diğer ciddi ruh sağlığı sorunlarında olduğu gibi, ilişkilerdeki ve benlikteki işlev bozukluğunu en önemlisi olarak görüyoruz. Zihinselleştirmeyle ilgili sorunların bağlanma düzensizliğiyle ilişkili olup yeme bozukluklarının gelişiminden önce mi ortaya çıktığını, yoksa zihinselleştirme güçlüklerinin yeme bozukluklarının semptomlarına yol açan karmaşık ve döngüsel ilişkisel sorunların bir parçası olarak mı ortaya çıktığını kesin olarak bilmiyoruz. Yeme bozukluklarıyla ilişkili davranışların (örneğin kendini aç bırakma, sık sık tıkınırcasına yeme ve kusma) zihinselleştirme gibi daha yüksek bir bilişsel işlevi tehlikeye atması olası değildir.
Yeme bozukluklarının etiyolojisindeki rolü ne olursa olsun, etkisiz zihinselleştirme, bizim bakış açımıza göre, bu bozuklukların sürdürülmesindeki temel faktördür. MBT-ED şu konulara odaklanır:

Machine Translated by Google

Bu kitapta anlatılan MBT uygulamalarının tamamında olduğu gibi, zihinselleştirmede iyileştirmeleri kolaylaştırırken aynı zamanda hastanın yaşamındaki fiziksel kısıtlamaları, örneğin barınma, istihdam, fiziksel risk, ruh sağlığı riski ve tedavi sürecini etkileyen bozukluk belirtilerini ele almak.

Özetlemek gerekirse, yeme bozukluğu olan hastalar için MBT müdahaleleri şunlara odaklanır: Duyguların zihinselleştirilmesini desteklemek, Sosyal işleme için gerekli zihinselleştirme kapasitelerini, rol yapma modundan kaçınarak geliştirmek, Abartılı kesinliğin karakteristik esnek olmayan "siyah-beyaz" düşünme stilini üreten psişik eşdeğerliği ele almak için MBT tekniklerini kullanmak, Kendini güçlendiren davranışlara yol açan teleolojik düşünmenin sonuçlarıyla ilişkili ödüllendirici deneyimleri ele almak (örneğin, işlevsiz yemenin değeriyle ilgili olumlu inançlar), Aile üyeleri ve hastaya kişisel olarak yakın olduğu varsayılan diğer kişilerle ilgili epistemik aşırı uyanıklığı ve aşırı epistemik güvensizliği azaltmaya çalışmak, hastanın bu kişilerle iletişim stilini iyileştirmek.

Hem aile terapisi hem de bilişsel-davranışçı terapinin aksine, kilo ve vücut şekli sorunları MBT-ED'de müdahalenin hedefi değildir. MBT, zihinselleştirilmemiş içeriğin, onu zihinselleştirmeye yönelik doğrudan girişimlerle (örneğin, zayıflığın anlamını aramak, çarpıtılmış bilişleri ele almak) yetersiz bir şekilde ele alındığını varsayar. Temel eksikliğin ilişkisel olduğu varsayılır; yani, yeme bozukluğu olan kişi ile sosyal çevresi arasındaki sosyal bağlantının bozulması, zihinselleştirme zorluklarının hem sonucu hem de nedenidir.

Yeme bozukluğu olan hastalarda kötü sonuçların nedenlerinden biri, sunumun ego-sintonikliğidir; hasta için rahat olan ancak yakınındakilerde sıkıntı yaratan fikir ve özellikler içerir. Sınırda Kişilik Bozukluğunun zihinselleştirme modeli burada önemlidir. Yeme bozukluklarının karakteristik özelliği olan öz işlev bozukluğunun bir yönünün, yabancı bir benliğin yarattığı düzensizlik olarak tanımlanabileceğini varsayıyoruz [17] (bu bölümün önceki kısımlarına ve ayrıca 2. ve 10. Bölümlere bakın). MBT'nin psikanalitik kökenlerine büyük ölçüde borçlu olan bu yapı, öz nefret ve egoyu yıkıcı utancın, saldırganla özdeşleşmeye benzer bir süreçle ortaya çıkabileceğini öne sürer; burada birey, eleştiri ve utancı kendi içinden geliyormuş gibi deneyimleyecek noktaya kadar dışsal bir zulmedenle özdeşleşir ve böylece benliğin bütünlüğünü tehdit eder. Bu durum, benliğin "yabancı" kısmının dışsallaştırılması ve eleştirilmenin ve saldırıya uğramanın içeriden değil dışarıdan geliyormuş gibi göründüğü deneyimler yaratılarak ele alınır. Bu şekilde benlik korunur. Benliği dengeleyen ve paradoksal olarak, dış eleştiriyi azaltmanın benliği çok daha acı verici ve kontrol edilemez bir iç saldırıya maruz bırakacağı bir dinamik yaratılır. Dolayısıyla, iyileşme için içsel motivasyon çok azdır, çünkü bu, hastanın etrafındaki dışsal eleştirel seslerin de kanıtladığı gibi, benliğin yıkıcı yönlerinin içeride değil dışarıda olduğu yanılsamasını ortadan kaldırır. MBT-ED'de, klinisyenin, işlerin olduğu gibi kabul etmekle değişimde ısrar etmek arasında ince bir çizgide yürümesi gerekir.

Empatik, saygılı ve kabul edici bir üslup, hastanın yarattığı ve hastanın işlevsiz benliğini dengelemeye hizmet eden eleştirel seslerle işbirliği yapmaktan kaçınmak için çok önemlidir. Bazen bu oldukça çaba gerektirebilir, çünkü hastanın başkalarında eylemleri tetikleme konusundaki teleolojik yaklaşımı, klinisyeni aşırı eleştirel ve talepkar olmaya açık hale getirebilir ve böylece hastanın iyileşmeye karşı direncini artırabilir.

Machine Translated by Google

MBT-ED, terapinin odak noktasını belirleme sürecine doğrudan dahil ederek hastanın eylemliliğini artırmayı amaçlayan, bireysel hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlanan nispeten esnek bir tedavi yöntemidir. Müdahalenin giriş aşamasında (MBT-I, bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanacaktır; MBT-I'nin genel bir açıklaması için ayrıca Bölüm 4'e bakınız), hastalar kılavuzdan kendileri için en alakalı buldukları maddeleri seçebilir veya süreci zihinsel durumları hakkındaki düşünceleriyle daha alakalı hale getireceğini düşündükleri maddeleri ekleyebilirler. MBT-ED'de, hastaları seçim yapmaya, kişisel yollar oluşturmaya ve kendi bakımlarıyla ilgili aktif problem çözme ve karar verme süreçlerine katılmaya teşvik etmek ve ayrıca hastaya bir etkililik duygusu vermek ve tedaviden ayrılma ve tedaviyi bırakma olasılığını azaltmak için her fırsat değerlendirilir.

MBT'nin tüm biçimlerinin özünde, düşünce ve duyguların zihinselleştirilmesi yatar. Çocuk ve ergenlerde MBT uygulamalarında, zihinselleştirmeyi geliştirmek için sıklıkla pratik görevler kullanılır (13-15. Bölümlerde özetlenmiştir; ayrıca bkz. [52-55]). MBT-ED ayrıca zihinselleştirmenin geliştirilmesini desteklemek için çizim ve yazmayı da içerir. Çizim, yazma ve diğer pratik müdahaleler "epistemik geçici çözümler" olarak kabul edilebilir. Epistemik aşırı tetikte olma ve iletişimde güvensizlik bağlamlarında, eğlenceli ve somut sözel olmayan yaklaşımların kullanımı, zihinsel durum açısından düşünmeyi teşvik eder. Alışılmadık bağlantılar ve bağlantılar kurma ve yeni bakış açıları algılama potansiyeli sunarlar ve bilişsel (yeniden) yapılandırmayı tetikleyebilir ve alışkanlık haline gelmiş savunmacılığı azaltabilirler. Önemlisi, duygulardan kaçınma isteğini aşabilirler ve yaratıcılığı devreye sokarak yeni ilişkisel çözümlerin üretilmesine katkıda bulunabilirler.

MBT-ED, zorunlu olarak bir kimlik oluşturma yaklaşımıdır. Bu bölümün başlarında da belirttiğimiz gibi, sosyal öz düzenleme, yeme bozukluğu olan hastalarda temel bir sorundur çünkü sınırlı zihinselleştirme kapasitesine sahip hastanın kimliği, çeşitli sosyal etkilerin baskılarına direnebilecek istikrarlı bir benlik duygusunu destekleyemeyecek kadar zayıftır ve hasta, zihinselleştirmenin daha da kısıtlanması pahasına sosyal geri çekilme yoluyla istikrara kavuşmuştur. MBT-ED'de, mevcut kimliğin son derece değerli ego-sintonik doğasından bağımsız, hastalığın değerli yönlerini (örneğin, vücut ağırlığı ve şekli hakkındaki teleolojik inançlar) bütünleştiren bir kimlik oluşturmaya odaklanmak, tedavi boyunca bir önceliktir. Klinikçi, hastayla birlikte rol modeller oluşturarak, hastalık kaynaklı inanç ve değerlerden uzak, düşünce ve duygularla özdeşleşmeler yaratabilir.

MBT-ED'nin yapısı Robinson ve Skårderud [1,56] tarafından ayrıntılı olarak açıklanmıştır. MBT'nin temel modeline uygun olarak, bozukluğun zihinselleştirme açısından iyi bir formülasyonunun önemini vurgularlar. MBT-ED'nin bireysel terapi, grup terapisi, grup psikoeğitimi ve yazılı vaka formülasyonlarının aktif kullanımını birleştiren uzun vadeli bir program olarak tasarlanması gerektiğini öne sürerler. Tıbbi yönetim, özellikle yatılı, gündüz hastanesi veya yoğun ayakta tedavi kapsamında sunulduğunda programın gerekli bir parçasıdır, çünkü yeme bozukluğu olan hastaların düzenli fiziksel değerlendirmeye ihtiyacı olabilir. Multidisipliner müdahale AMBIT'i organize etmede kullanılan zihinselleştirme ilkeleri ([57]; ayrıca bkz. Bölüm 17), tedavi programının yürütülmesinin bir parçası olarak doktorlar, diyetisyenler, hemşireler ve psikologlarla çalışırken kullanılmalıdır. Bakım sistemlerine yönelik bu zihinsel yaklaşım, sorumluluğun profesyoneller arasında nasıl paylaştırılacağını ve aralarında zihinselleştirilmiş iletişimin nasıl destekleneceğini ele alır; böylece, en iyi şekilde bütünleştirildiğinde işe yarayan ve sıklıkla karşılaşılan tıbbi veya ruhsal sağlık krizleri (örneğin intihar girişimleri, kendine zarar verme sıklığının artması) karşısında terapötik bir süreci bir arada tutan bir yardım sisteminin parçalanmasını önlemeye çalışır.

Machine Translated by Google

MBT-ED'de Formülasyon

MBT modeli, tüm klinik bağlamlarında, hastanın mevcut sorunlarının formüle edilmesini ve hastanın bozuk zihinselleştirmesinin mevcut deneyimlerinin anlaşılması için bir mihenk taşı olarak kullanılmasını gerektirir. Formülasyon, hastanın geçmişini ve mevcut durumunu, klinik tabloyla ilgili temel faktörleri, kritik zorluklar hakkında hipotezlerin sunumunu ve terapide beklenen engelleri ve zorlukları da içeren bir tedavi planı önerisini içermelidir (bir formülasyonun geliştirilmesinin daha ayrıntılı bir açıklaması için Bölüm 4'e bakınız). Yeme bozuklukları bağlamına özgü olarak, formülasyon hasta hakkında aşağıdaki bilgileri içermelid

Durumlarına dair anlayışları Yeme bozuklukları

hakkındaki inançları ve bunun onlar için taşıdığı değer Sunumlarına ilişkin diğer

önemli kişilerin tutumları Fiziksel (bedensel zihinselleştirme)

deneyimleri Farkında oldukları kişilerarası çatışmalar ve bu

çatışmalara karşı tutumları Zihinselleştirmedeki güçlü ve zayıf yönleri ve bunların önceki noktalarda

açıklanan sorunlarla nasıl ilişkilendirilebileceği.

Formülasyon, hastanın yaşadığı sosyal öz düzenleme zorluklarına ve başa çıkmakta zorlandığı düşünce ve duygulara yol açan hayatın sıradan kişilerarası zorluklarıyla başa çıkma yollarına dikkat çekmelidir. Ayrıca, yeme bozukluğunun bağlamını ve hastanın bu zorluklara bir çözüm olarak nasıl görüldüğünü de içermelidir. Formülasyon, klinisyenin hem bireysel hem de grup MBT'sinde beklenen zorlukları vurgulamasıyla son bulmaktadır.

MBT'deki formülasyon, klinisyen tarafından hastayla birlikte oluşturulur. Klinisyen tarafından yazılır (veya çizilir) ve ardından kontrol edip düzeltmesi için hastaya verilir.
Bu süreç, formülasyon ortaklaşa oluşturulmuş bir belge haline gelene kadar bir dizi düzeltme döngüsünden geçebilir. Formülasyon ne çok uzun ne de çok yüzeysel olmalıdır. Başlangıçta tek bir yazılı sayfa yeterli olabilir ve düşük zihinselleştirme ve yeme sorunlarına giden yolu özetleyen tek bir diyagram bile tedaviyi yönlendirmek için yeterli olabilir. Hastaların açıklamada kendilerini tanıyabilmelerine dikkat edilmelidir. Terapinin ilk aşamasında (genellikle tedavinin ilk ayı) hazırlanmalıdır. Formülasyon, hastanın zorluklarını anlamaya ve güçlü yönlerini vurgulamaya eşit ağırlık vermesi ve MBT-ED'nin hasta için özellikle acı verici olan sorunları ele almaya nasıl yardımcı olabileceği anlamında iyimser olmalıdır. Hastanın geçmişteki ve şimdiki genel zihinselleştirmesi ve yeme bozukluğu deneyiminin zihinselleştirmeyi nasıl zorlaştırabileceği özetlenir. Hastalığın hastanın zihinselleştirmesini engelleyen ve semptomların kendisi ve hastanın kişilerarası ilişkileri üzerinde etkisi olan yönleri (örneğin, düşük vücut ağırlığı ve/veya şekli hakkındaki endişe) formülasyonda ortaya konulmalıdır.

Hastanın aile üyeleriyle ilişkileri ve romantik/cinsel ilişkileri de dahil olmak üzere geçmişinin birçok önemli yönünün ilk formülasyona dahil edilmesi pek olası değildir, ancak bunlar terapi açısından kritik öneme sahip olabilir. Formülasyon "canlı" bir belgedir ve tedavi süresince tekrar gözden geçirilmeli ve değiştirilmelidir.

Machine Translated by Google

Bireysel Terapi

MBT-ED'nin temel dayanağı bireysel terapidir. Bu terapi, MBT'nin genel modeline (3. ve 4. Bölümlerde özetlendiği gibi) göre ve MBT-ED'nin özel hedeflerine dikkat edilerek uygulanır. Hem bireysel terapi hem de grup terapisi (bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanacaktır) birlikte sunuluyorsa, farklı tedavi bağlamları arasındaki açıklığa özellikle vurgu yapılır. Örneğin, yeme bozukluklarıyla tipik olarak ilişkilendirilen gizlilik, bireysel klinisyenin hastanın grup içindeki işleyiş biçimleri hakkında bilgi sahibi olmasını gerekli kılar. MBT-ED modelinde sosyal öz düzenlemeye verilen önem göz önüne alındığında, bireysel seanslar, kimlik, duyguların anlaşılması, sosyal sunum, bakış açısı edinme ve epistemik güvenin (grup seanslarının sosyal bağlamında) ortaya çıkması için birebir destek sağlama fırsatı sunar. Bu şekilde, bireysel terapi temel materyallerinden bazılarını hastanın grup terapisindeki deneyimlerinden alır.

Klinik Örnek: Kendilik ve Diğer Deneyimler Üzerine Düşünceyi Artırmak
İlişkiler, Etkiyi Tanımlama ve Taklit Modundan Kaçınma

KLİNİSYEN: Arkadaşlarınızın sizin için endişelendiğini söylüyordunuz. Bu sizi nasıl etkiliyor?

MARY: Ben sadece bunu söylediklerini görüyorum. Benim için pek bir şey ifade etmiyor. Endişelenecek bir şey yok.
Ben onlara bunu söylüyorum.

KLİNİSYEN: Hmm... ama bunun onlarla olan ilişkinizi nasıl etkilediğini merak ediyordum.
bundan daha fazla endişelenmelerine gerek yok.

MARY: Neden endişelendiklerini gerçekten anlamıyorum. Kendimi iyi hissediyorum ve bana bakmak zorunda değiller.

KLİNİSYEN: Peki, onlar sizin için endişelendiğinde nasıl hissettiğinizi anlatın.

MARY: Sanırım beni tanımıyorlar. O noktada tek başımayım.

KLİNİSYEN: Ah, yani siz onlarla şahsen birliktesiniz ama onlar sizi sizin kendinizi gördüğünüz gibi görmüyorlar mı? (
(Klinikçi Mary'nin kendi deneyimi ile başkalarının deneyimi arasındaki uyumsuzluğa ve bunun sonucunda yaşadığı sosyal ve ilişkisel yalnızlığa odaklanmaya çalışmaktadır.)

MARY: İyiyim ama sanırım kendi başımayım. (Klinikçinin burada yapmacık tavırlara karşı dikkatli olması gerekiyor.
(Mary'nin de belki çok kolay kabul ettiği gibi.)

KLİNİSYEN: Öyle mi dersiniz? (Hafif bir itiraz gelir.)

MARY: Ben onlarla birlikteyim ama genelde yakın değiliz ve kenardan izliyorum ve çabalıyorum.
uyum sağlamak.

KLİNİSYEN: Bunu söylerken gözlerinizin önünden bir şey geçti. Ne olduğunu söyleyebilir misiniz? (
(Klinikçi mümkünse bir duygu durumu oluşturuyor.)

MARY: Birdenbire bir şeye üzüldüm.

KLİNİSYEN: Ne olduğunu söyleyebilir misiniz?

MARY: Dünyada benden başka kimsenin olmaması ve insanların sadece benim için endişeleniyor olması ürpertisi
endişelenecek bir şey olmadığında.

Machine Translated by Google

KLİNİSYEN: Acaba endişelenmeyi bıraksalardı nasıl olurdu? (Bu karşıt olgusal soru, hafif bir meydan okuma olarak sunulmuştur.)

MARY: Asla böyle bir şey olmaz.

KLİNİSYEN: Gruptaki insanlar sizin için endişeleniyor mu?

Klinikçi şimdi Mary'nin ilişkilerinin bu merkezi dinamiği üzerinde çalışmaya başlar ve Grup psikoterapisi seanslarında da aynı dinamiğin aktif olup olmadığını araştırmak.

Bazı hastalar gruplar içinde kendilerini sosyal olarak açığa vurmaktan çekinirken, diğerleri grup deneyimini sosyal bir meydan okuma olarak değil, daha ziyade "gizli kimliklerini" korumanın bir yolu olarak benimser ve grubu, arkasına saklanabilecekleri, açıkça görülebilecekleri, sessiz kalabilecekleri ve diğer grup üyelerine yüzeysel destekten öteye çok az katkıda bulunabilecekleri veya hiçbir katkıda bulunamayacakları bir kalkan olarak kullanırlar; böylece sosyal geri çekilmelerini ve genel pasifliklerini gizlerler. Paradoksal olarak, bireysel terapinin kimliklerine odaklanması nedeniyle saklanacak daha az yer sağladığını ve bu durumun onlarda daha fazla kaygı yarattığını deneyimliyorlar.

Grup Terapisi

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, grup terapisi hastaların çoğunluğu için MBT-ED'nin en stresli kısmı olabilir. Benliğin kırılganlığı, potansiyel sosyal incelemeye maruz kaldığında en üst düzeye çıkar ve bu hastalar, düşüncelerinin, duygularının ve gerçek hırslarının açığa çıkabileceği ve ardından felaket boyutunda bir aşağılanmaya yol açabilecek sosyal maruziyetten kaçınmak için kimliklerini dikkatlice şekillendirirler. Başkalarının fiziksel görünümleri ve zihinsel durumları hakkındaki fikirleriyle meşgul olmaları onları savunmasız hissettirir ve grup üyeleriyle agresif etkileşimler yoluyla kendi dengesiz benliklerini dengelemek için grup etkileşimlerini kullanabilecek başkalarıyla zulmedici etkileşim kalıplarıyla ilişkili olarak derin bir zihinsel acı yaşayabilirler. Grup bağlamı, kaçınılmaz olarak yeme bozukluklarının temel patolojisini harekete geçirme potansiyeline sahiptir ve bu da nihayetinde bu bozuklukların öz işlev bozuklukları olduğu varsayımımızı vurgular. Grup seanslarının MBT-ED için gerekli mi yoksa yeterli bir unsur mu olduğunu bilmiyoruz, ancak iatrojenik zarar riski taşıdıkları kesindir. Yüzeysel olarak birbirini destekleyici gibi görünse de aslında tüm grup üyelerinin rol yaparak birbirlerinden saklandığı dinamikler oluşturabilirler; alternatif olarak, grup, birbirlerini karşılıklı eleştirerek kendilerini dengeleyen insanların bir araya geldiği bir grup haline gelebilir. Bu nedenle, Sınırda Kişilik Bozukluğu için MBT grup tedavisinin (bkz. Bölüm 5) yeme bozuklukları bağlamına uyarlanması ve klinisyenlerin hastaların karakteristik etkileşim tarzlarına özellikle dikkat etmesi gerekir.

Psikoeğitim Grupları Psikoeğitim

grupları, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) hastaları için MBT-I gruplarında olduğu gibi (bkz. Bölüm 4), yeme bozukluklarına yönelik zihinselleştirme bakış açısına bir giriş niteliğindedir. Yeme bozuklukları için MBT-I (MBT-I-ED), hastaları MBT tedavi modeline yönlendirir ve klinik süreci anlamalarını kolaylaştırır. Bu girişe sekiz ila on seans ayrılmıştır. Bu grup seansları, bir klinisyen tarafından sunulan, modelle ilgili bireysel konulara odaklanır. Konular, zihinselleştirmenin doğasını içerir ve belki de Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) için MBT-I'den daha fazla iletişime vurgu yapar.

Machine Translated by Google

Yeme bozukluğu olan birçok hastanın kaçınma eğilimlerinin bir göstergesi. Yanlış anlamalar, başkalarını "okuma" zorlukları ve kendini tanıma zorlukları ayrıntılı olarak ele alınır. Hastalarla etkileşim kurma stratejisi, örnekler sunan ve belirli noktaları açıklamak için kişisel geçmişlerinden konulara alternatif bakış açıları sunan hastaların katkılarını gerektiren didaktik bir üslup içerir. Konuların kendisi ve grupta bulunma deneyimi (daha önce belirtildiği gibi) stresli olabileceğinden, tartışmalar genellikle oldukça yüksek bir seviyede tutulur. Seanslarda kullanılan dil basittir ve klinisyenin sunduğu örnekler, yeme bozukluğu olan diğer hastaların kendi klinik deneyimlerinden alınmalıdır. Bunlar, katılımcılarda duygusal tepkileri tetikleyebilir. Bu nedenle, klinisyen MBT-I-ED kursu boyunca neşeli bir tavır sergilemeye çalışır. Bu seanslarda kişisel deneyimlerin derinlemesine incelenmesi önerilmez. Amaç, tartışmaların çok "ateşli" veya duygusal olarak yoğun hale gelmesine izin vermemek ve ayrıca bu grup karşılaşmalarının haftalık grup terapisinden oldukça farklı olmasını sağlamaktır.

MBT-ED'nin uzman destekleyici klinik yönetimle karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada [6], MBT-I-ED (beş seans), 12 ay boyunca haftalık bireysel ve grup seanslarından oluşan MBT-ED'nin ana bölümünden önce gerçekleşti.
Eş zamanlı BPD ve yeme bozuklukları olan hastaları bu programda tutmak zordu, bu nedenle hem grup hem de bireysel seanslarla takip edilen MBT-I-ED seanslarının "dozajı" ideal olmayabilir. Yeme bozuklukları ve eş zamanlı kişilik bozuklukları olan hastalarda, hem bireysel hem de grup seanslarına katılımın yalnızca gündüz hastanesi ortamında mümkün olması muhtemeldir. Ayrıca, BPD ve yeme bozukluklarının birlikte tedavisi için 12 ayın yetersiz olması da muhtemeldir. Bu nedenle, BPD için MBT programının izinden gidilerek 18 ay MBT-ED sunulması ve bunun ilk 3 ayının psikoeğitimsel MBT-I-ED'den oluşması önerilebilir.

Sonuç Açıklamaları Yeme

bozukluğu olan hastalarda zihinselleştirme sorunları olduğuna dair önemli kanıtlar mevcuttur. Psişik eşdeğerlik düşüncesi, teleolojik mod ve taklit modu, özellikle bireyin vücut ağırlığı ve şekliyle ilişkili olarak baskındır. Zihinselleştirme modeli, özellikle ergenlik döneminde gelişimsel zayıflıkların varlığını ve yeme bozukluklarıyla ilişkili çeşitli semptomların ortak işlevinin sosyal öz düzenleme girişimleri olabileceğini varsayar.

MBT-ED'de, yeme bozukluğundan kaynaklanan fiziksel sorunlara gereken özen gösterilirken, sosyal kaygıları gidermek için bireysel ve grup psikoterapisinin bir arada sunulduğu bir program sunulmaktadır. MBT-ED'nin temel odak noktaları, sosyal ve ilişkisel uyum, sosyal etkileşimden uzaklaşmanın bir parçası olarak tetiklenen düşük zihinselleştirmeyi iyileştirmek ve dayanıklılığı desteklemektir.

Kaynaklar

1. Robinson P, Skårderud F. Yeme bozuklukları. İçinde: Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Yayınları, 2019; 369–86.

2. Schmidt U, Wade TD, Treasure J. Yetişkinler İçin Anoreksiya Nervoza Tedavisinin Maudsley Modeli (MANTRA): geliştirme, temel özellikler ve ön kanıtlar. J Cogn Psychother 2014; 28: 48–71.

Machine Translated by Google

3. Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü
Mükemmellik. Yeme Bozuklukları: Tanıma ve Tedavi. Londra, İngiltere: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü; 2017. www.nice.org.uk/guidance/ng69.

4. Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW. Önleme ve psikoterapide yazmanın ampirik temelleri: zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları.
Klinik Psikoloji Dergisi 1999; 19: 79–96.

5. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Röportaj: İnsanların Değişmesine Yardımcı Olmak, 3. basım.
New York, NY: The Guilford Press, 2012.

6. Robinson P, Hellier J, Barrett B ve diğerleri. NOURISHED randomize kontrollü deneme
Yeme bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu semptomları olan hastalarda zihinselleştirme temelli tedavi (MBT-ED) ile uzman destekleyici klinik yönetimin (SSCM-ED) karşılaştırılması.
Denemeler 2016; 17: 549.

7. Bruch H. Yeme Bozuklukları. Obezite, Anoreksiya Nervoza ve İçimizdeki Kişi.
New York, NY: Temel Kitaplar, 1973.

8. Bruch H. Dört onyıllık yeme bozuklukları. İçinde: Garner DM, Garfinkel PE, editörler.
Anoreksiya Nervoza ve Bulimia İçin Psikoterapi El Kitabı. New York, NY: The Guilford Press, 1985; 7–18.

9. Shai D, Belsky J. Kelimeler yetmediğinde: Ebeveynlerin bedensel zihinselleştirmesini tanıtmak. Çocuk Gelişim Perspektifi 2011; 5: 173–80.

10. Shai D, Fonagy P. Kelimelerin ötesinde: Ebeveynin bedensel zihinselleştirmesi ve ebeveyn-bebek dansı. İçinde: Sosyal Bağlantı Mekanizmaları: Beyinden Gruba.
Washington, DC: Amerikan Psikoloji Derneği, 2014; 185–203.

11. Shai D, Dollberg D, Szepsenwol O. Ebeveynlerin stres ve ortak ebeveynlik deneyimlerini şekillendirmede ebeveynlerin sözel ve bedensel zihinselleştirmelerinin önemi. Infant Behav Dev 2017; 49: 87–96.

12. Afek E, Lev-Wiesel R, Federman D, Shai D. Doğum öncesi eş ile ebeveyn arasındaki uzunlamasına ilişkide ebeveynin somutlaşmış zihinselleştirmesinin aracılık rolü destek ve yürümeye başlayan çocuğun duygu tanıması.
Bebeklik 2022; 27: 609–29.

13. Vaever MS, Cordes K, Stuart AC ve diğerleri. Depresyonlu ve depresyonsuz ikililerde bir yıllık dönemde anne duyarlılığı ve bedensel zihinselleştirmenin bebek-anne bağlanma güvenliğiyle ilişkisi.
Hum Dev 2022'yi ekleyin; 24: 115–32.

14. Shai D, Belsky J. Ebeveynsel bedenlenmiş Zihinselleştirme: Ebeveynler ve bebekler arasındaki sözsüz dansın çocukların sosyo-duygusal işlevselliğini nasıl öngördüğü.
Hum Dev 2017'yi ekleyin; 19: 191–219.

15. Garset-Zamani S, Cordes K, Shai D ve diğerleri. 4 aylık bebeği olan annelerde doğum sonrası depresyon ebeveynsel zihinselleştirmeyi etkiliyor mu?
Bebek Davranışı Geliştirme 2020; 61: 101486.

16. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Duygulanım Düzenlemesi, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York, NY: Other Press, 2002.

17. Fonagy P, Target M. Bağlanma ve yansıtıcı işlev: öz-örgütlenmedeki rolleri. Dev Psychopathol 1997; 9:
679–700.

18. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: III. Sınırda hastalarda ikili psişik gerçekliğin kalıcılığı.
Uluslararası Psikoanal Dergisi 2000; 81: 853–73.

19. Arnsten AF. Prefrontal korteks yapısını ve işlevini bozan stres sinyal yolları. Nat Rev Neurosci 2009; 10: 410–22.

20. Steinhausen HC. Sonuç 20. yüzyılda anoreksiya nervoza. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284–93.

21. Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ ve diğerleri. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan 22 yıllık takipte iyileşme.
J Clin Psychiatry 2017; 78: 184–9.

22. Treasure J, Willmott D, Ambwani S ve diğerleri. Anoreksiya nervoza için bilişsel kişilerarası model yeniden ele alındı:
Şiddetli ve kalıcı hastalığın gelişimine katkıda bulunan devam eden faktörler. J Clin Med 2020; 9: 630.

23. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. Zihinselleştirme yaklaşımı

Machine Translated by Google

Psikopatoloji: Son teknoloji ve gelecekteki yönelimler. Annu Rev Clin Psychol 2020; 16: 297–325.

24. Sekowski M, Gambin M, Cudo A ve diğerleri. Yatan ergenlerde çocukluk çağı kötü muamelesi, utanç, suçluluk, depresyon ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiler. J Affect Disord 2020; 276: 667–77.

25. Fonagy P. Benliği yok eden duygu: Utancın yıkıcı sonuçlarında zihinselleştirmenin rolü. İçinde: Utanç Sorunu: 2019 John M. Oldham Ulusal Ruh Sağlığı Sempozyumu. Houston, TX: Menninger, 2019. www.menningerclinic.org/Assets/2019-menninger-symposium-emailwebsite-version.pdf .

26. Schmidt U, Treasure J. Anoreksiya nervoza: değerli ve görünür. Bilişsel-kişilerarası bir bakım modeli ve araştırma ve uygulama açısından çıkarımları. Br J Clin Psychol 2006; 45: 343–66.

27. Treasure J, Schmidt U. Anoreksiya nervozanın bilişsel-kişilerarası bakım modeli yeniden ele alındı: bilişsel, sosyo-duygusal ve kişilerarası yatkınlık yaratan ve sürdüren faktörlere ilişkin kanıtların özeti. J Eat Disord 2013; 1: 13.

28. Tchanturia K, Hambrook D, Curtis H ve diğerleri. Anoreksiya nervoza hastalarında iş ve sosyal uyum. Compr Psychiatry 2013; 54: 41–5.

29. Castellini G, Rossi E, Ricca V.The Yeme bozukluğu psikopatolojisi ile cinsellik arasındaki ilişki: etiyolojik faktörler ve tedaviye yönelik çıkarımlar. Curr Opin Psikiyatri 2020; 33: 554–61.

30. Schulte-Ruther M, Mainz V, Fink GR ve diğerleri. Anoreksiya nervozada zihin teorisi ve beyin: tedavi sonuçlarıyla ilişkisi. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51: 832–41.e11.

31. Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Yeme bozukluklarında aleksitimi: Toronto Aleksitimi Ölçeği'ni kullanan çalışmaların sistematik incelemesi ve meta-analizleri. J Psychosom Res 2017; 99: 66–81.

32. Dolan SC, Khindri R, Franko DL ve diğerleri. Yeme bozukluklarında anhedoni: bir meta-analiz ve sistematik inceleme. Uluslararası Yeme Bozukluğu Dergisi 2022; 55: 161–75.

33. Jewell T, Collyer H, Gardner T ve diğerleri. Bağlanma ve zihinselleştirme ve bunların çocuk ve ergen yeme patolojisiyle ilişkisi: sistematik bir inceleme. Uluslararası Yeme Bozukluğu Dergisi 2016; 49: 354–73.

34. Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V ve diğerleri. Yeme bozukluklarında 'Sosyal Süreçler İçin Sistemler'in sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. Neurosci Biobehav Rev 2014; 42: 55–92.

35. Faber A, Dube L, Knauper B. Bağlanma ve yeme: Genel popülasyonda sağlıksız ve sağlıklı yeme davranışları için bağlanmanın önemine dair meta-analitik bir inceleme. İştah 2018; 123: 410–38.

36. Cortes-Garcia L, Takkouche B, Seoane G, Senra C. Güvensiz bağlanmayı yeme semptomlarına bağlayan aracılar: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. PLoS ONE 2019; 14: e0213099.

37. Jewell T, Apostolidou E, Sadikovic K ve diğerleri. Yeme bozukluğu olan bireylerde bağlanma , toplum kontrolleriyle karşılaştırıldığında: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. Uluslararası Yeme Bozukluğu Dergisi 2023. https://doi.org/10.1002/eat.23922 38. Vartanian LR, Hayward LE, Smyth JM ve diğerleri. Vücut memnuniyetsizliği ve yeme bozukluklarıyla ilişkili risk ve dayanıklılık faktörleri: Kimlik bozulması modeli. Int J Eat Disord 2018; 51: 322–30.

39. Bora E, Kose S. Anoreksiya nervoza ve bulimia'da zihin teorisinin meta-analizi nervoza: anoreksiya nervozada bilişsel bakış açısı almada belirli bir bozukluk mu? Uluslararası Yeme Bozukluğu Dergisi 2016; 49: 739–40.

40. Leppanen J, Sedgewick F, Treasure J, Tchanturia K. Anoreksiya nervozalı hastalar ile otizm spektrumundaki bireylerin Zihin Kuramı profillerindeki farklılıklar: meta-analitik bir inceleme. Neurosci Biobehav Rev 2018; 90: 146–63.

41. Cardi V, Tchanturia K, Treasure J. Hastalık öncesi ve hastalıkla ilişkili sosyal

Machine Translated by Google

Yeme bozukluklarında zorluklar:
Literatüre genel bakış ve tedavi gelişmeleri. Curr
Neuropharmacol 2018; 16: 1122–30.

42. Troop NA, Bifulco A. Yeme bozukluklarında
çocukluk çağı sosyal arenası ve bilişsel
setler. Br J Clin Psychol 2002; 41:
205–11.

43. Oldershaw A, Lavender T, Sallis H ve ark.
Anoreksiya nervozada duygu oluşumu ve
düzenlenmesi: Öz bildirim verilerinin sistematik
bir incelemesi ve meta-analizi. Clin Psychol
Rev 2015; 39: 83–95.

44. Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R,
Fridman-Balaban R ve ark. Zihinselleştirme ve
ebeveynlerle ilişkiler yeme bozukluğu
davranışının yordayıcıları olarak.
J Nerv Ment Dis 2010; 198: 501–7.

45. Monteleone AM, Corsi E, Cascino G ve diğerleri.
Yeme bozukluğu olan kişilerde zihinselleştirme,
empati ve semptomlar arasındaki etkileşim:
deneysel olarak oluşturulan ve öz bildirim
ölçümlerini birleştiren bir ağ analizi. Cognit
Ther Res 2020; 44: 1140–49.

46. Corsi E, Cardi V, Sowden S ve diğerleri. Sosyo-
Yeme bozukluğu olan kişilerde bilişsel işleme:
Zihinselleştirme, empati ve taklit
becerilerinin bilgisayarlı testleri.
Uluslararası Yeme Bozukluğu Dergisi 2021; 54: 1509–18.

47. Bird G, Viding E. Empatinin kendine yönelik modeli:
Psikopati, otizm ve aleksitimideki empati
bozukluklarını anlamak için yeni bir çerçeve
sunmak.
Neurosci Biobehav Rev 2014; 47: 520–32.

48. Happe F, Frith U. Yıllık araştırma incelemesi:
Atipik sosyal bilişin gelişimsel
sinirbilimine doğru.
Çocuk Psikolojisi Psikiyatrisi Dergisi 2014; 55:
553–7.

49. Saure E, Laasonen M, Lepisto-Paisley T ve diğerleri.
Otizm spektrumunun özellikleri
Bozukluklar, anoreksiya nervozanın daha
uzun sürmesiyle ilişkilidir: Sistematik bir inceleme
ve meta-analiz. Uluslararası Yeme Bozukluğu
Dergisi 2020; 53: 1056–79.

50. Kinnaird E, Norton C, Stewart C,
Tchanturia K. Aynı davranışlar, farklı nedenler: Eş zamanlı
anoreksiya ve otizmi olan hastalar tedaviden
ne bekliyor? Int Rev Psychiatry 2019; 31: 308–17.

51. Goss K, Gilbert P. Yeme bozuklukları,
Utanç ve gurur: bilişsel-davranışsal işlevsel bir
analiz. Gilbert P, Miles J, editörler. Beden Utancı:
Kavramsallaştırma, Araştırma ve Tedavi.
Hove, BK: Routledge, 2014; 233–69.

52. Asen E, Fonagy P. Zihinselleştirmeye Dayalı
Ailelerle Tedavi. New York, NY: The Guilford Press,
2021.

53. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K ve diğerleri.
Çocuklar İçin Mentalizasyona Dayalı
Tedavi: Zamanla Sınırlı Bir Yaklaşım.
Washington, DC: Amerikan
Psikoloji Derneği, 2017.

54. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, eds.
Ergenler İçin Mentalizasyon Tabanlı Tedavi:
Pratik Bir Tedavi Rehberi.
Abingdon, İngiltere: Routledge, 2021.

55. Midgley N, Vrouva I, editörler. Minding the
Çocuk: Zihinselleştirmeye Dayalı Müdahaleler
Çocuklar, Gençler ve Aileleri ile. Hove, İngiltere:
Routledge, 2013.

56. Robinson P, Skårderud F, Sommerfeldt B.
Açlık: Yeme Bozuklukları İçin Zihinselleştirmeye
Dayalı Tedaviler. Cham, İsviçre: Springer, 2019.

57. Bevington D, Fuggle P, Cracknell L,
Fonagy P. Uyarlanabilir Zihinselleştirmeye Dayalı
Bütünleştirici Tedavi: Ekiplerin Bakım Sistemleri
Geliştirmelerine Yönelik Bir Kılavuz. Oxford,
İngiltere: Oxford University Press, 2017.

Machine Translated by Google

Bölüm 13

Çocuklarla Çalışmak

Giriş

Mentalizasyona dayalı tedavinin (MBT) çocuklara uyarlanmasının önemli bir yolu, Nick Midgley ve meslektaşları tarafından MBT-C'nin geliştirilmesi olmuştur [1]. Çocuklar için bilişsel-davranışçı müdahaleler için iyi kanıtlar olmasına rağmen, birçok çocuk gerekli öz düzenleme veya bilişsel güçlere sahip değilse bilişsel-davranışçı stratejilerden tam olarak yararlanamayabilir. Midgley ve meslektaşları, zihinselleştirme, bağlanma ve psikodinamik yaklaşımı entegre eden bir modelin çocuklar ve aileler için değerli bir ek tedavi seçeneği sunabileceğini fark ettiler. MBT-C, yaklaşık 5 ila 10 yaş arasındaki çocuklar için zaman sınırlı (genellikle 12 hafta) bir programdır ve zihinselleştirme gelişimini desteklemeye odaklanır. Davranış ve davranış sorunları, düşük ruh hali ve anksiyete gibi birçok ruh sağlığı sorunu için uygun bir yaklaşım olarak kabul edilir.

MBT-C, bir çocuğun yaşayabileceği tüm zorlukları çözmeyi amaçlamaz; ancak çocuğun ortaya çıkan zihinselleştirmesini ve ebeveynlerin çocuklarının zihinselleştirmesini destekleme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlar; böylece bir değişim süreci başlatılır.
MBT-C, bunu yaparken çocuğun duygusal düzenleme kapasitesini artırmayı ve ebeveynlerin çocuklarının duygusal ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamalarına destek olmayı hedefler. Bu, ebeveynlere ve çocuklara iyi zihinselleştirme uygulamaları için fırsatlar sağlamanın yanı sıra, zihinselleştirmenin bozulduğu durumlara dikkat etmeyi ve zihinselleştirme kapasitesinde eksikliklerin olduğu alanlar üzerinde çalışmayı da içerir. Midgley ve meslektaşları, zihinselleştirmeye verilen bu önemin, zihinselleştirme becerilerinin "olumlu bir benlik duygusu, sağlıklı ilişkiler ve daha iyi duygusal düzenleme" ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalarla desteklendiğini öne sürmektedir (Midgley ve ark. [1], s. 6).

MBT-C, ebeveynlerin çocuklarına karşı zihinsel bir duruş sergileme kapasitelerini desteklemek için onlarla birlikte çalışmayı içerir. Bu yaklaşım, ebeveynlerin çocuklarını kendi zihinleri ve deneyimleri olan ayrı bir birey olarak görmelerine yardımcı olmayı ve çocuklarının davranışlarını yönlendirebilecek zihinsel durumlar hakkında düşünmeye daha açık olmalarını sağlamayı amaçlar. Ebeveynler ayrıca kendi zihinsel durumları ve daha da önemlisi, kendi zihinsel durumlarının ve davranışlarının çocukları tarafından nasıl görüldüğü ve çocukları nasıl etkilediği hakkında düşünmeye teşvik edilir.

MBT-C için standart format, çocukla haftalık olarak gerçekleştirilen 12 bireysel seans ve ebeveyn(ler)le ayrı seanslardır. Ancak bu format esnektir, çünkü ortama veya çocukların ve ebeveynlerin ihtiyaçlarına göre ayarlanması gerekebilir: "Önemli olan, terapötik sözleşmenin en başından itibaren açık ve tutarlı olmasıdır - hem ebeveynler hem de çocuk için. Bu, bir güvenlik ve iş birliği duygusu yaratmanın ve terapistin ailenin farkında olmadığı kararlar alması senaryosunu önlemenin bir yoludur.

Machine Translated by Google

Bu şeffaflık zihinselleştirme duruşunun bir parçasıdır ve terapötik sürecin ortak mülkiyet duygusuna katkıda bulunur" (Midgley ve diğerleri [1], s. 252).

MBT-C'de Zihinselleştirme Duruşu Teknik

açıdan MBT-C, temel olarak bu kitap boyunca zihinselleştirme odaklı tüm çalışmaların özü olarak görülen zihinselleştirme duruşundan ilham alır. Herhangi bir MBT yaklaşımında olduğu gibi, empatik uyum, açıklık ve zihinsel durumlara dair merakla karakterize edilen zengin zihinselleştirme ilişkisinin deneyimi, müdahalenin merkezinde yer alır; belirli bir teknikten ziyade. Aşağıdaki alıntı, Midgley ve meslektaşlarının MBT-C hakkındaki kitaplarında [1] anlattıkları klinik bir kısa öyküden alınmıştır.
7 yaşında, içine kapanık, kaygılı ve arkadaş edinmekte zorlanan bir kız çocuğu olan Belinda ile bir terapistin ilk karşılaşmasının öyküsüdür.

> Terapist Belinda ile ilk tanıştığında, göz temasının ne kadar az olduğunu fark eder. İlk bireysel görüşmelerinde Belinda, terapisti oyun odasına kadar takip eder ama oldukça isteksizce oturup bir kağıda daireler çizer. Terapist onu yakalamaca oynamaya davet ettiğinde, Belinda şaşırır ama kabul eder. Topu birkaç kez fırlatır ama koordinasyonu zayıftır ve atışlarından birinde plastik bir bardak masadan yere düşer. Belinda terapiste hızlıca bakar ve korkmuş görünür. Terapist Belinda'ya gülümser ve yere inip bardağı alır. "Endişelenme, kırık değil," der ve Belinda'ya bardağı gösterir. Sonra devam eder: "Nasıl biri olduğunu bilmiyorum ama yeni bir yere gittiğimde, insanların benim hakkımda ne düşüneceği konusunda her zaman biraz gergin olurum. Beni sevip sevmeyeceklerini bilmiyorum."
>
> Belinda terapiste biraz merakla bakıyor. "Hissi biliyor musun?" diye soruyor ama Belinda cevap vermiyor. Bunun yerine topu alıyor ve yakalamaca oynamaya devam ediyorlar. Terapist farklı numaralar denemeye başlıyor ve kısa süre sonra gülmeye başlıyorlar. Belinda oldukça yüksek bir topa ulaştığında, terapist "İyi yakaladın!" diyor. Birini kaçırıp yumuşak top Belinda'nın burnundan sekince, terapist şakacı ve biraz abartılı bir şekilde "Ah!" diyor. "Acıyor muydu?" diye soruyor ama Belinda başını hayır anlamında sallıyor.
>
> (Midgley ve diğerleri [1], s. 85)

Bu kısa öyküde çok iyi aktarılan şey, terapistin duruşunun ne kadar hafif tutulduğu, ancak yine de tutarlı bir şekilde empati, özgünlük, ilgi, pozitiflik ve yargısız bir açıklık içerdiğidir: "Belinda'nın terapisti kendini, Belinda ile karşılıklı bir şekilde etkileşime giren ve Belinda'nın nasıl hissettiğini anlamaya ilgi gösteren, ilgili ve iyi niyetli bir yetişkin olarak sunar. 'Boş bir ekran' değildir, duygulardan bahseder ve kendi kişisel deneyiminden ve kendi zihninde olup bitenlerden biraz bahseder" (Midgley ve diğerleri [1], s. 86).

Terapist, anlaşılmaz veya mesafeli olmaktan ziyade sıcak ve destekleyicidir; ancak aynı zamanda zihinselleştirme girişimlerinde aşırı duygusal veya ayrıntılı değildir; bu da Belinda için aşırı uyarıcı olabilir. Aksine, terapistin kullandığı yaklaşım, iki zihnin odada düzenli bir şekilde bir araya gelebileceği ve bu zihinlerde neler olduğunu ve birbirlerine nasıl tepki verdiklerini birlikte düşünmeye başlayabileceği güvenli bir ortam yaratmaktır.

Başka bir klinik örnek, artan duygulanım ve yanlış anlamaların nasıl yönetildiğini gösteriyor. Bu vaka, okulda sınıf arkadaşına fiziksel saldırıda bulunduğu için başı derde giren 7 yaşındaki Mohammed adlı bir çocuğun seansa katılmasını konu alıyor.

> Terapist, seansa Muhammed ile başlar. Muhammed ilk başta o gün olanlardan hiç bahsetmez, ancak diğer tüm bebekler tarafından bir bebeğin taciz edildiği bir oyun başlatır. Bir noktada bebek geriye yaslanır ve diğerlerine gitmelerini söyler. Terapist, biraz da...

Machine Translated by Google

> Duygu: "Sanki hepsinin yüzünden çekilmesini istiyor gibi!" Mohammed aniden arkasını döner ve bebeği terapistin yüzüne doğru fırlatırken aynı anda ona bağırır: "Senden nefret ediyorum! Senden nefret ediyorum!" Terapist bunu beklemez ve hemen geriye, Mohammed'den uzaklaşarak göz temasını keser. Bunu yaparken, "Mohammed, gerçekten çok üzgünüm. Ne yaptığımı tam olarak bilmiyorum ama seni gerçekten üzdüğümü görebiliyorum. Çok üzgünüm," der. Tam o anda Mohammed gözyaşlarına boğulur.
>
> (Midgley ve diğerleri [1], s. 98–9)

Terapist, Muhammed'in tepkisi karşısında gerçekten şaşırmıştı, ancak ilk tepkisi, onu bu kadar üzen bir şekilde davrandığı için özür dilemek oldu.
Bu yanıt, Muhammed'i kontrol altına almaya ve aralarında bir şeylerin ters gittiğini kabul etmeye yardımcı olmak içindi. Terapist, Muhammed'in o zamanki zihinsel durumu hakkında bir teori üretmeye çalışmadı; sadece zihinsel durumları anlamanın zorluğunun (bu durumda terapistin Muhammed'le ilişkisindeki zorluğu) kabul edildiği, ancak felaketleştirilmediği bir duruş sergiledi.

Oyun Merkezli Bir Yaklaşım Olarak MBT

Oyun, MBT-C modelinin merkezinde yer alır. Fonagy ve Target, oyunun zihinselleştirmenin bir öncüsü olduğunu öne sürmüştür [2–4]. Araştırmalardan elde edilen kanıtlar, taklit oyun kapasitesinin gelişmiş yansıtıcı işlev (yani zihinselleştirme) ile ilişkili olduğunu göstermektedir; cinsel istismara uğrama geçmişi olan çocuklar üzerinde yapılan bir çalışma, oyunun istismara maruz kalma ile çocukların sonraki zihinselleştirme kapasitesi arasındaki ilişkiyi aracılık ettiğini bulmuştur [5]. Bir çocuk oyun oynarken, terapist çocuğun zihinsel durumlarının farkındalığını geliştirmek için çeşitli yaklaşımlar kullanabilir. En basit haliyle bu, oyun sürecini tanımlama biçimini alabilir [6]. Bu, terapistin oyun sırasında çocuğun duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini tanımladığı, özetlediği ve bütünleştirdiği bir süreçtir. Bir sonraki adım, terapistin çocuğun davranışını zihinsel durumları açısından tanımlaması ve böylece çocuğun oyununun konuşulması çok zor olabilecek zor düşüncelerine veya yönlerine değinmesine olanak sağlamasıdır. Midgley ve meslektaşları zihinselleştirme ve oyunun bir araya gelebileceği çeşitli yolları açıklıyorlar ve biz de bu bölümde bu yaklaşımları özetleyeceğiz.

Oyun Anlatısını Canlandırmak

Oyunuyla ilgili kaygılı, çekingen veya içine kapanık bir çocuk için, terapistin oyun hikayesini anlamalarına yardımcı olmak amacıyla sorular sorması faydalı olabilir. "Bu teknik, çocuğun seans sırasında sunduğu oyun bağlamını anlamanın ilk adımıdır ve terapistin neler olup bittiğini anlamasına yardımcı olur.
Ek olarak, bu teknik, çocuğun oyun sırasında sunulan materyal hakkında nazik bir soruşturma yoluyla ve daha fazla ayrıntı ve açıklama isteyerek sunulan hikayeleri ayrıntılı olarak açıklamasını teşvik eder" (Midgley ve diğerleri [1], s. 136).

Midgley ve meslektaşları bu teknik ile netleştirme arasında bir paralellik kuruyorlar. Yetişkinler için MBT'de kullanılan keşif ve keşif (Bölüm 4'te açıklanmıştır).

Oyunu Zihinselleştirme:

Sembolik oyun oynayabilen bir çocukta, terapist oyunun anlatısını zihinselleştirme adımını atabilir. Bu, oyunun hikâyesini sözlü olarak ifade etmek anlamına gelir ve

Machine Translated by Google

Arkasındaki düşünce ve fikirlerin daha derinlemesine incelenmesini destekler. Terapist, anlatıyı betimlemesi konusunda temkinli ve meraklı (bilmeden) kalır ve çocuğun terapistin anlatımını detaylandırmasına veya düzeltmesine izin verir. Bu yaklaşımın amacı, oyunbaz ve dogmatik olmayan bir şekilde zihinselleştirmeyi teşvik etmek ve hem oyunun kendisine hem de çocuğun oyun hakkındaki olası düşünce ve duygularına saygılı bir şekilde farklı bakış açılarının sunulmasını sağlamaktır. Bu süreçte iletilen önemli bir mesaj, çocuğun oyununun değerli olduğu; eylemlilik duygusunun ve yaptıklarının ilgi çekici olarak değerlendirildiği ve terapistin oyunla oyunbaz bir şekilde etkileşime girdiğidir.

Sembolik Oyunla İlgili Sorunlar

Bazı çocuklar sembolik oyuna katılmayabilir. Daha büyük çocuklar, rol yapma oyunlarından büyüdüklerini düşünebilir ve sembolik oyun oynamaktan ziyade çizim, boyama veya kil kullanmaya daha fazla ilgi duyabilirler. Bazı çocuklar için masa oyunları da bir seçenek olabilir.
Rol yapma oyunlarına katılamayan veya katılmak istemeyen küçük çocuklardan, daha çok beden odaklı aktivitelere katılmaları istenebilir; örneğin, top atıp yakalamak, kılıç dövüşü yapmak veya müzik çalmak. Kil veya kum havuzu kullanmak, sembolik oyunlardan çekinen veya katılmak istemeyen çocuklar için oyun oynamanın değerli bir yolu olabilir. Tüm bu oyunlar etkileşim, ritim ve ritüel içerir ve farklı duyumlar ve aktivitelerle denemeler yapmalarına olanak tanır.

Çocuğa Doğru Müdahaleyi, Doğru Anda Sunmak Bu kitapta sıkça tekrarlanan bir

fikir, birinin

zihinselleştirmesi "çevrimdışı" kaldığında, o anda açıkça zihinselleştirici bir tepki kullanmaya çalışmanın faydalı olmadığıdır. Bunun yerine, hastanın uyarılmasını azaltmak, empati göstermek ve hastanın deneyimini doğrulamak daha faydalıdır. Bu, çocuklarla çalışırken de aynı şekilde geçerlidir. Terapistin bunu yanlış yaptığı zamanlar neredeyse kaçınılmazdır; örneğin, çok zorlayıcı bir müdahale uygulayabilir veya çocuğun bunaltıcı hissettiği veya yanlış anlaşıldığını hissettiği bir anda açıkça zihinselleştirici bir tepki verebilirler.

Terapistin bu gibi anlardaki görevi, bu bölümün başlarında Muhammed'in klinik örneğinde gördüğümüz gibi, uyumsuzluk konusunda dürüst olmak ve özür dilemektir.

Yansıtma ve Koşullu Tepki Verme

Tepkilerinde dağınık ve eylemlerinde düzensiz görünen kaotik çocuklar sıklıkla davranışsal zorluklarla karşı karşıya kalırlar. Bu çocuklar kendi kendilerini zihinselleştirmenin temellerinden yoksun gibi görünürler;

eylemleri, kendilerine bile, öngörülemez görünebilir. Bu çocuklarla çalışırken, odanın çocuk ve terapist için güvenli olduğundan ve odadaki nesnelerin hasar görmediğinden emin olmaya çalışmanın zorluğu ortaya çıkabilir. Midgley ve meslektaşları, bu gibi durumlarda terapistin "çocukla koşullu koordinasyonu, yumuşak bir ses tonuyla yatıştırıcı bir ses çıkarmak veya şefkat dolu bir yüz ifadesi gibi sözel olmayan yöntemlerden yararlanarak ifade etmesinin" önemli olabileceğini öne sürmektedir. ... Bu tür müdahaleler, diğer zihinselleştirme becerilerini geliştirmelerine kapı açmadan önce, bu çocukların bilgiye dikkat etmelerine, bilgiyi işlemelerine ve duygularını düzenlemelerine yardımcı olabilir (Midgley ve ark. [1], s. 145–6).

Machine Translated by Google

Bu tür çocuklar için ortak dikkat, birlikte olma ve öngörülebilir tepki verme duygusu yaratmak özellikle önemli olabilir. Bu arada, çocuğun fiziksel eylemleri hakkında geri bildirim sağlamak, benliğin ve başkalarının bunu nasıl deneyimlediğinin daha fazla farkında olmasını sağlayabilir - "Bu büyük bir gürültü, çok sert vurdun!" Bu bir tür işaretli yansıtmadır - yani çocuğa ne yaptığına dair bir duyguyu düzenli bir şekilde geri yansıtmak. Gelişim teorimize geri dönersek, çocuklar duygularını anlamayı ve düzenlemeyi, diğerinin düzenleyici işaretli yansıtması yoluyla öğrenirler. Kontrol dışı, düzensiz bir şekilde davranan çocuklar genellikle (örneğin bir okul ortamında) kendilerinin tanındığını hissetmelerine veya deneyimlerini anlamlandırmalarına yardımcı olacak şekilde yanıtlanmalarına izin vermeyen reddedici veya cezalandırıcı bir tepkiyle karşılaşırlar.

Duyguları Netleştirmek ve Adlandırmak

MBT-C terapisti çocukla koşullu koordinasyonunu sağladıktan sonra, davranışlar ve duygular arasında bağlantı kurmaya, duygu durumlarını açıklığa kavuşturmaya ve etiketlemeye başlayabilir. Duygu durumları, resimli kitaplar veya çizimler gibi çeşitli araçların yardımıyla adlandırılabilir; bazen çocuktan kitaptaki veya çizimdeki bir karakterin başına neler gelebileceğine dair küçük bir hikâye uydurmasını istemek faydalı olabilir.

Zihinselleştirmedeki Çökmelere Tepki Verme

MBT-C, terapistin, yetişkinler için MBT'de açıklanan teknikleri kullanarak (bkz. Bölüm 4) çocuğun zihinselleştirme kapasitesindeki çökmelere yanıt vermesi gerektiğini ileri sürer. Bu teknikler, çocuğun yaşına uygun olacak şekilde uyarlanmıştır; örneğin, empati ve destek sunmak, "dur ve geri al"ı kullanmak, zihinsel durumları tanımlamak ve doğrulamak, bakış açısı alma ve benlik ile diğerleri arasında ayrım yapmayı geliştirmek ve zor deneyimler veya travmatik olaylar etrafında zihinselleştirici anlatılar oluşturmak (Midgley ve diğerleri [1], s. 152).

Empati ve destek kullanımı, özellikle yoğun duygulanım ve düzensizlik anlarında özellikle önemlidir. Buradaki amaç, çocuğun uyarılma ve sıkıntısını destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir şekilde azaltmaya yardımcı olmaktır.

Durdur ve geri al, bir anlık düzensizliğin ardından (empati ve destek kullanımıyla) bir miktar zihinselleştirme geri kazanıldıktan sonra kullanılabilir. Durdur ve geri al, bu tür bir zihinselleştirme çöküşünü keşfetmek ve ele almak ve olanları düşünmek için kullanılabilir; yine, çok önemli bir şekilde, yargılayıcı olmayan ve meraklı bir ruh haliyle. Daha sonra, çocuğun farklı durumlarda benzer olaylar yaşadığı başka örnekleri incelemek mümkün olabilir.

İlişkiyi zihinselleştirmek, MBT-C'de çocuğun dikkatini terapistin zihnine çekmek ve bu dikkati çocuğun başka bakış açılarını görmesini ve başkaları tarafından nasıl görüldüğü ile nasıl düşünüldüğü arasındaki farkların farkına varmasını sağlamak için kullanılabilen bir şeydir. Genel olarak MBT'de olduğu gibi, MBT-C'de ilişkiyi zihinselleştirmek, aktarım yorumu sağlamakla ilgili değildir; daha ziyade, diğer zihinler hakkında düşünmeyi devreye sokmanın ve bunu çocuğun zihinselleştirmesini desteklemek için kullanmanın bir yolu olarak kullanılır. Diğer daha zorlu zihinselleştirme görevlerinde olduğu gibi, ilişkiyi bu şekilde zihinselleştirmek, çocuğun duygulanımı makul ölçüde iyi düzenlendiğinde daha iyi uygulanır. Bir örnek, terapide bir kopuştan sonra, çocuğun terapiste karşı öfke ve hayal kırıklığını ifade etmesi olabilir. Ancak kopuş anı geçtikten sonra.

Machine Translated by Google

Empati ve destek kullanımıyla onarılan ve çocuğun daha sakin ve rahat hissettiği bir durumda, terapistin olaya ilişkin kendi bakış açısını ve olayı nasıl deneyimlediğini nazikçe ve dogmatik olmayan bir şekilde sunması uygun olabilir.
Böyle bir müdahale, amacının ilişkisel kalıplara dair aktarıma dayalı bir içgörü sağlamak olmadığı açıkça bilinerek ve dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Böyle bir etkileşimin amacı, çocuğa diğer zihinlere erişmenin değerini göstermek ve bu şekilde birlikte düşünmenin sağlayabileceği gelişmiş kişilerarası bağlantı deneyimini yaşatmaktır.

Zaman ve Takvim Kullanımı MBT-C'nin zaman sınırlı

yapısı program boyunca aktif olarak ele alınmaktadır. MBT-C'de ayrıca, çalışmanın amacının ebeveynlerin ve çocukların zihinsel kapasitelerini destekleyerek zorluklara ve duygusal sıkıntılara sürekli olarak yanıt verebilmelerini sağlamak olduğu vurgulanmaktadır. Sonlar ve çalışmanın sınırlı doğası konusunda şeffaf olmak, özellikle birden fazla ayrılığa maruz kalmış ve daha önce desteklenmemiş veya bunlara hazır olmamış çocuklar için önemli olabilir.

MBT-C'nin zamanlama sorununu çözme yollarından biri de takvim kullanmaktır.
Takvim genellikle seansların daire veya dikdörtgen olarak işaretlendiği büyük bir kağıt parçasıdır. Terapist ilk seansta takvimi tanıtır ve her seansın sonunda çocuğun o seans için belirlenen şeklin üzerine bir şey çizeceğini ve bunu yaparak hem çocuğun hem de terapistin daha önce yaptıkları seansları takip edebileceklerini ve kaç tane boş şekil kaldığını görebileceklerini açıklar. Çocuğun ayrıca takvimi istediği gibi süsleyip çizerek, takvimin kendisine ait olduğunu hissetmesine izin verilir. Çocuktan o günkü seans için belirlenen şekli doldurması istendiğinde (genellikle seansın bitiminden yaklaşık 5-10 dakika önce), istediği şekli çizmesi teşvik edilir. Terapist, şekillerin içine ne gireceğini yönlendirmeye veya önermeye çalışmamalı, çocuğun istediğini yapmasına izin vermelidir; ancak çocuk takvimi bozmak isterse terapistin müdahale etmesi gerekebilir. Takvim, çocuğun terapistle yaptığı çalışmanın ortak bir anlatısını oluşturur ve her ikisinin de kaç seans kaldığını takip etmesini sağlar.

MBT-C'nin yapısı

Değerlendirme Aşaması (Üç veya Dört Toplantı)

Çocuklarla çalışmanın değerlendirme aşaması, çocuğun yaşadığı zorlukları anlamayı ve bir formülasyon geliştirmeyi içerir. MBT-C, çocuklar için gelişimsel olarak yönlendirilmiş, zaman sınırlı psikoterapi fikirlerinden ilham alan yenilikçi bir odak formülasyonu geliştirmiştir [7,8]. Odak formülasyonu oldukça kısa olabilir; örneğin, çocuğun sorunlarını ona mantıklı gelen bir şekilde anlatan bir cümle veya hikaye. Önemli olan, anlaşılmasının kolay olması ve çocuğun kendini bu formülasyonda görebilmesidir.

Midgley ve meslektaşları, okulda davranış sorunları, dikkat eksikliği ve yatak ıslatma gibi sorunlar yaşayan 10 yaşında bir erkek çocuğu için odak formülasyonuna ilişkin aşağıdaki örneği veriyorlar.
Kendisi ve annesi, 4 yıl önce annesinin (kendisi de zihinsel sorunlarıyla mücadele ediyordu) yaşadığı zor bir dönemin ardından ilişkilerinde sorunlar yaşamaya başlamışlardı.

Machine Translated by Google

(sağlık) çocuğu vurmuştu. Çocuk büyüdüğünde asker olmak istiyordu, bu yüzden formül şu şekilde geliştirildi.

> Annesi kendi sorunları üzerinde gerçekten çok çalışmış ve duygularını çok daha iyi kontrol edebiliyordu. Ancak çocuk annesini memnun etmeye çalışmaya, aklından geçenleri söylememeye ve ilişkide gergin olmaya devam etti. Değerlendirme süreci sona ererken, terapist ve ailesi bu ilişkisel sorunla ve çocuğun bilgisayar oyunlarına ve askerlere olan sevgisiyle bağlantılı bir odak noktası oluşturmaya karar verdi. Terapist ona nasıl bir asker olmak istediğini sordu: İçinde neler olup bittiğini hissedemeyen, korku veya öfkeyi hissedemeyen ve sadece başkalarına itaat etmeye çalışan bir asker mi? Yoksa kararlı, kararlı ve kendine ve başkalarına karşı dürüst olabilen, duygularını ve bedensel sinyallerini hissedebilen, işler zorlaştığında bile güvende kalabilen bir asker mi? Çocuk bu odak noktasını çok sevdi ve terapiye başladıktan sonra bedeni ve duygularıyla daha fazla bağlantı kurmak ve kendini daha iyi anlamak için çok çalıştı. 12 seansın sonunda çocuk annesiyle arasında geçenleri anlatabildi, yatağını neredeyse hiç ıslatmadı ve okulundaki akranlarıyla daha uyumlu hissetti.

(Midgley ve diğerleri [6], s. 257)

Bu, bir odaklanma formülasyonunun çocuğun dünyaya bakış açısını, güçlü yanlarını, umutlarını ve katılımlı ve olumlu bir şekilde gelişme motivasyonunu nasıl yansıttığının harika bir örneğidir.

1-3. Seanslar: Başlangıç Aşaması

MBT-C'nin başlangıç seanslarının temel amacı, hem çocuk hem de ebeveyn(ler) ile terapötik bir bağ kurmaya başlamaktır. Terapist, çocuğa ve çocuğun dünyayı nasıl gördüğüne karşı empati, uyum, ilgi ve katılım odaklı bir duruş sergiler. Oyun, çocuğu terapiye alıştırmak için kullanılır; seanslar sırasında bir kutu oyun malzemesi kullanılır ve odak formülasyonunun oyunun bir teması olarak kullanılması fikri ortaya atılır.

4-8. Oturumlar: Orta Aşama

Terapötik etkinliğin odak formülasyonu bağlamında çocuğun zihinselleştirmesini desteklemeye odaklanılan merkezi kısmı, MBT-C'nin orta aşamasında gerçekleşir. Ebeveynlerle ilgili çalışmalar ve onların yansıtıcı ebeveynliklerini destekleme çalışmaları da bu aşamada gerçekleşir. Bu aşamada, düzenlenmemiş duygulanımdan kaynaklanan zihinselleştirmede sık sık bozulmalar yaşanıyorsa, yaklaşım, bu durumları ortaya çıktıklarında değerlendirmeyi ve artan zihinselleştirme bozulmasına neden olan olaylara dikkat çekmeyi içerecektir. Terapötik süreç zihinselleştirme zorluğu anlarıyla daha az kesintiye uğradığında, çocuk ve ebeveyn(ler)le yapılan çalışma, bakış açısı geliştirmeyi ve daha açık bir ifadeyle zihinselleştirmeyi içerir. Yine, bu çalışma, terapistin ebeveyne veya çocuğa zahmetli bir şekilde "zihinselleştirme" yapmaya çalışması yerine, empatik uyum, açıklık ve zihinsel durumlara dair merakın vurgulandığı zihinselleştirme duruşu şemsiyesi altında gerçekleştirilir.

İnceleme Toplantısı

Programın yaklaşık üçte ikisinde bir değerlendirme toplantısı düzenlenir. Bu toplantı hem ebeveynler hem de çocuklar için olup, değerlendirme fırsatı sunar.

Machine Translated by Google

İlk odak noktası ve tedavi hedefi. İlk sekiz seansın yeterli olduğu ve artık terapiyi sonlandırmayı düşünmenin mümkün olduğu kabul edilebilir veya seanslara devam etme kararı alınabilir. Daha uzun süreli bir tedavinin faydalı olacağı düşünülen durumlarda, toplamda en fazla 36 seansa kadar 12 seanslık başka bir program önerilebilir. Bu, çocuğun ihtiyaçlarının daha karmaşık olduğu durumlarda, örneğin çocuk travma geçirmişse, gerekli olabilir. Odak formülasyonu, hala geçerli ve doğru hissettirip hissettirmediği, değişip değişmediği veya farklı bir önem veya anlam taşıyıp taşımadığı değerlendirilmek üzere değerlendirme toplantısında yeniden değerlendirilecektir.

9–12. Oturumlar: Bitiş Aşaması

Terapötik sürecin sonu yaklaşırken, son birkaç seansta çocuğun sona hazırlanmasına ek bir odaklanma gerekir. Bu odaklanmanın bir parçası olarak, terapide elde edilen kazanımların uzun vadede nasıl desteklenebileceği üzerinde düşünülmelidir. MBT-C süreli bir tedavi olduğundan, sonun akılda tutulması önemlidir; bunun bir parçası olarak, takvim süreç boyunca aktif olarak kullanılarak çocuğun kaç seansı tamamladığı ve kaç seans kaldığı konusunda bir fikir edinmesi sağlanır.

Sonuç Olarak Çocuklarla

çalışırken, zihinselleştirmeyi öğrenmenin çocukluk ve ergenlik boyunca kademeli olarak gelişen bir şey olduğunu ve ortaya çıkan zihinselleştirme kapasitesinin çocuğun etrafındaki sosyal çevre tarafından desteklendiğini akılda tutmak önemlidir.

Zihinselleştirme, evrimsel olarak önceden programlanmış bir yetenek olmasına rağmen, normatif olarak gelişen çocuklar genellikle erken bebeklik döneminden itibaren ortak dikkat ve paylaşılan amaçlılık (zihinselleştirmeyi yansıtan yetenekler) gösterdiğinden [9,10], çocuğun zihinselleştirme için tam dengeli bir kapasite geliştirmesi için önemli bir çevresel girdiye ihtiyaç vardır. Zihinselleştirmenin çok temel olduğu bebeklik döneminden başlayarak, ebeveynin görevi bebeğin zihinsel durumunu anlamak ve bunu işaretli yansıtma süreciyle düzenli bir şekilde bebeğe yansıtmaktır [11]. Bebeğin durumunun bu şekilde okunması ve onlar için modellenmesi, aynı zamanda ebeveynin bebeğin yaşadığı her türlü duygudan etkilenmediğinin açıkça belirtilmesi, ebeveynin zihinselleştirmesi için oldukça zorludur. Bu durum, özellikle küçük çocuklar veya zihinselleştirme kapasiteleri herhangi bir nedenle daha az gelişmiş olan daha büyük çocuklar olmak üzere çocuklara bakma deneyiminin, ebeveynin yoğun bir şekilde zihinselleştirmeyen bir sosyal sistemde çalışmasını gerektirebileceği gerçeğiyle daha da zorlaşır. Bu durumda ebeveyn, kendi zihinselleştirmesini yeniden kalibre etmek için çocuğun zihinselleştirmesinden yararlanamazken, çocuğun ihtiyaçlarının yoğunluğu ebeveynin dengeli zihinselleştirmeyi sürdürme becerisi üzerinde büyük bir baskı oluşturabilir. Bu, çocuklar ve ebeveynler etrafında bir destek ağının bu kadar önemli olmasının nedenlerinden biridir. Çocukların zihinsel durumları anlama konusundaki gelişmemiş kapasiteleri çoğu ebeveyn tarafından anlaşılıp beklenmesine rağmen, artan sıkıntı, bitkinlik vb. baskı altında bu anlayışı sürdürmek zor olabilir. Daha savunmasız, önceden var olan zihinselleştirme kapasitelerine sahip bazı ebeveynler için, bir çocuğa bakarken zihinsel durumlar hakkında düzenli bir şekilde düşünme becerisine sahip olmak gerçek bir zorluk olabilir. MBT-C'nin amacı, çocukların ve ailelerinin zihinselleştirmelerinin desteklenebileceği ve büyümeye teşvik edilebileceği ek bir alan sağlamaktır.

Machine Translated by Google

Referanslar 1.

Midgley N, Ensink K, Lindqvist K ve ark. Çocuklar İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Zamanla Sınırlı Bir Yaklaşım. Washington, DC: Amerikan Psikoloji Derneği, 2017.

2. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: I. Zihin teorisi ve ruhsal gerçekliğin normal gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 217–33.

3. Target M, Fonagy P. Gerçeklikle oynamak: II. Teorik bir bakış açısıyla ruhsal gerçekliğin gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 459–79.

4. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: III. Sınırda hastalarda ikili psişik gerçekliğin kalıcılığı. Uluslararası Psikoanal Dergisi 2000; 81: 853–74.

5.Tessier Başkan Yardımcısı, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. Gerçek mi kurgu mu? Oyun ve yansıtıcı işlevin gelişimi üzerine uzunlamasına bir çalışma. Bull Menninger Clin 2016; 80: 60–79.

6. Midgley N, Muller N, Malberg N ve diğerleri. Çocuklar. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 247–63.

7. Hansen BR. I Dialog med Barnet: Intersubjektivitet i Utvikling og i Psykoterapi [Çocukla Diyalogda: Gelişimde ve Psikoterapide Öznelerarasılık]. Oslo: Gyldendal, 2012.

8. Haugvik M, Johns U. Yapı ve uyumun yönleri: Zor aile durumları yaşayan çocuklarla sınırlı süreli psikoterapiye ilişkin nitel bir çalışma. Klinik Çocuk Psikolojisi Psikiyatrisi 2008; 13: 235–52.

9. Csibra G, Gergely G. Doğal pedagoji. Trendler Bilişsel Bilim 2009; 13: 148–53.

10. Tomasello M, Vaish A. İnsan işbirliğinin ve ahlakın kökenleri. Annu Rev Psychol 2013; 64: 231–55.

11. Gergely G, Watson JS. Sosyal Ebeveyn duygu-yansıtma biyogeribildirim teorisi: Bebeklikte duygusal öz farkındalığın ve öz kontrolün gelişimi. Uluslararası Psikoanal Dergisi 1996; 77: 1181–212.

Machine Translated by Google

Bölüm 13

Çocuklarla Çalışmak

Giriş

Zihinselleştirmeye dayalı tedavinin (MBT) çocuklara uyarlanmasının önemli bir yolu, Nick Midgley ve meslektaşları tarafından MBT-C'nin geliştirilmesi olmuştur [1]. Çocuklar için bilişsel-davranışçı müdahaleler için iyi kanıtlar olmasına rağmen, birçok çocuk gerekli öz düzenleme veya bilişsel güçlere sahip değilse bilişsel-davranışçı stratejilerden tam olarak yararlanamayabilir. Midgley ve meslektaşları, zihinselleştirme, bağlanma ve psikodinamik yaklaşımı entegre eden bir modelin çocuklar ve aileler için değerli bir ek tedavi seçeneği sunabileceğini fark ettiler. MBT-C, yaklaşık 5 ila 10 yaş arasındaki çocuklar için zaman sınırlı (genellikle 12 hafta) bir programdır ve zihinselleştirme gelişimini desteklemeye odaklanır. Davranış ve davranış sorunları, düşük ruh hali ve anksiyete gibi birçok ruh sağlığı sorunu için uygun bir yaklaşım olarak kabul edilir.

MBT-C, bir çocuğun yaşayabileceği tüm zorlukları çözmeyi amaçlamaz; ancak çocuğun ortaya çıkan zihinselleştirmesini ve ebeveynlerin çocuklarının zihinselleştirmesini destekleme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlar; böylece bir değişim süreci başlatılır.
MBT-C, bunu yaparken çocuğun duygusal düzenleme kapasitesini artırmayı ve ebeveynlerin çocuklarının duygusal ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamalarına destek olmayı hedefler. Bu, ebeveynlere ve çocuklara iyi zihinselleştirme uygulamaları için fırsatlar sağlamanın yanı sıra, zihinselleştirmenin bozulduğu durumlara dikkat etmeyi ve zihinselleştirme kapasitesinde eksikliklerin olduğu alanlar üzerinde çalışmayı da içerir. Midgley ve meslektaşları, zihinselleştirmeye verilen bu önemin, zihinselleştirme becerilerinin "olumlu bir benlik duygusu, sağlıklı ilişkiler ve daha iyi duygusal düzenleme" ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalarla desteklendiğini öne sürmektedir (Midgley ve ark. [1], s. 6).

MBT-C, ebeveynlerin çocuklarına karşı zihinsel bir duruş sergileme kapasitelerini desteklemek için onlarla birlikte çalışmayı içerir. Bu yaklaşım, ebeveynlerin çocuklarını kendi zihinleri ve deneyimleri olan ayrı bir birey olarak görmelerine yardımcı olmayı ve çocuklarının davranışlarını yönlendirebilecek zihinsel durumlar hakkında düşünmeye daha açık olmalarını sağlamayı amaçlar. Ebeveynler ayrıca kendi zihinsel durumları ve daha da önemlisi, kendi zihinsel durumlarının ve davranışlarının çocukları tarafından nasıl görüldüğü ve çocukları nasıl etkilediği hakkında düşünmeye teşvik edilir.

MBT-C için standart format, çocukla haftalık olarak gerçekleştirilen 12 bireysel seans ve ebeveyn(ler)le ayrı seanslardır. Ancak bu format esnektir, çünkü ortama veya çocukların ve ebeveynlerin ihtiyaçlarına göre ayarlanması gerekebilir: "Önemli olan, terapötik sözleşmenin en başından itibaren açık ve tutarlı olmasıdır - hem ebeveynler hem de çocuk için. Bu, bir güvenlik ve iş birliği duygusu yaratmanın ve terapistin ailenin farkında olmadığı kararlar alması senaryosunu önlemenin bir yoludur.

Machine Translated by Google

Bu şeffaflık zihinselleştirme duruşunun bir parçasıdır ve terapötik sürecin ortak mülkiyet duygusuna katkıda bulunur" (Midgley ve diğerleri [1], s. 252).

MBT-C'de Zihinselleştirme Duruşu Teknik

açıdan MBT-C, temel olarak bu kitap boyunca zihinselleştirme odaklı tüm çalışmaların özü olarak görülen zihinselleştirme duruşundan ilham alır. Herhangi bir MBT yaklaşımında olduğu gibi, empatik uyum, açıklık ve zihinsel durumlara dair merakla karakterize edilen zengin zihinselleştirme ilişkisinin deneyimi, müdahalenin merkezinde yer alır; belirli bir teknikten ziyade. Aşağıdaki alıntı, Midgley ve meslektaşlarının MBT-C hakkındaki kitaplarında [1] anlattıkları klinik bir kısa öyküden alınmıştır.
7 yaşında, içine kapanık, kaygılı ve arkadaş edinmekte zorlanan bir kız çocuğu olan Belinda ile bir terapistin ilk karşılaşmasının öyküsüdür.

> Terapist Belinda ile ilk tanıştığında, göz temasının ne kadar az olduğunu fark eder. İlk bireysel görüşmelerinde Belinda, terapisti oyun odasına kadar takip eder ama oldukça isteksizce oturup bir kağıda daireler çizer. Terapist onu yakalamaca oynamaya davet ettiğinde, Belinda şaşırır ama kabul eder. Topu birkaç kez fırlatır ama koordinasyonu zayıftır ve atışlarından birinde plastik bir bardak masadan yere düşer. Belinda terapiste hızlıca bakar ve korkmuş görünür. Terapist Belinda'ya gülümser ve yere inip bardağı alır. "Endişelenme, kırık değil," der ve Belinda'ya bardağı gösterir. Sonra devam eder: "Nasıl biri olduğunu bilmiyorum ama yeni bir yere gittiğimde, insanların benim hakkımda ne düşüneceği konusunda her zaman biraz gergin olurum. Beni sevip sevmeyeceklerini bilmiyorum."
>
> Belinda terapiste biraz merakla bakıyor. "Hissi biliyor musun?" diye soruyor ama Belinda cevap vermiyor. Bunun yerine topu alıyor ve yakalamaca oynamaya devam ediyorlar. Terapist farklı numaralar denemeye başlıyor ve kısa süre sonra gülmeye başlıyorlar. Belinda oldukça yüksek bir topa ulaştığında, terapist "İyi yakaladın!" diyor. Birini kaçırıp yumuşak top Belinda'nın burnundan sekince, terapist şakacı ve biraz abartılı bir şekilde "Ah!" diyor. "Acıyor muydu?" diye soruyor ama Belinda başını hayır anlamında sallıyor.
>
> (Midgley ve diğerleri [1], s. 85)

Bu kısa öyküde çok iyi aktarılan şey, terapistin duruşunun ne kadar hafif tutulduğu, ancak yine de tutarlı bir şekilde empati, özgünlük, ilgi, pozitiflik ve yargısız bir açıklık içerdiğidir: "Belinda'nın terapisti kendini, Belinda ile karşılıklı bir şekilde etkileşime giren ve Belinda'nın nasıl hissettiğini anlamaya ilgi gösteren, ilgili ve iyi niyetli bir yetişkin olarak sunar. 'Boş bir ekran' değildir, duygulardan bahseder ve kendi kişisel deneyiminden ve kendi zihninde olup bitenlerden biraz bahseder" (Midgley ve diğerleri [1], s. 86).

Terapist, anlaşılmaz veya mesafeli olmaktan ziyade sıcak ve destekleyicidir; ancak aynı zamanda zihinselleştirme girişimlerinde aşırı duygusal veya ayrıntılı değildir; bu da Belinda için aşırı uyarıcı olabilir. Aksine, terapistin kullandığı yaklaşım, iki zihnin odada düzenli bir şekilde bir araya gelebileceği ve bu zihinlerde neler olduğunu ve birbirlerine nasıl tepki verdiklerini birlikte düşünmeye başlayabileceği güvenli bir ortam yaratmaktır.

Başka bir klinik örnek, artan duygulanım ve yanlış anlamaların nasıl yönetildiğini gösteriyor. Bu vaka, okulda sınıf arkadaşına fiziksel saldırıda bulunduğu için başı derde giren 7 yaşındaki Mohammed adlı bir çocuğun seansa katılmasını konu alıyor.

> Terapist, seansa Muhammed ile başlar. Muhammed ilk başta o gün olanlardan hiç bahsetmez, ancak diğer tüm bebekler tarafından bir bebeğin taciz edildiği bir oyun başlatır. Bir noktada bebek geriye yaslanır ve diğerlerine gitmelerini söyler. Terapist, biraz da...

Machine Translated by Google

> Duygu: "Sanki hepsinin yüzünden çekilmesini istiyor gibi!" Mohammed aniden arkasını döner ve bebeği terapistin yüzüne doğru fırlatırken aynı anda ona bağırır: "Senden nefret ediyorum! Senden nefret ediyorum!" Terapist bunu beklemez ve hemen geriye, Mohammed'den uzaklaşarak göz temasını keser. Bunu yaparken, "Mohammed, gerçekten çok üzgünüm. Ne yaptığımı tam olarak bilmiyorum ama seni gerçekten üzdüğümü görebiliyorum. Çok üzgünüm," der. Tam o anda Mohammed gözyaşlarına boğulur.
>
> (Midgley ve diğerleri [1], s. 98–9)

Terapist, Muhammed'in tepkisi karşısında gerçekten şaşırmıştı, ancak ilk tepkisi, onu bu kadar üzen bir şekilde davrandığı için özür dilemek oldu.
Bu yanıt, Muhammed'i kontrol altına almaya ve aralarında bir şeylerin ters gittiğini kabul etmeye yardımcı olmak içindi. Terapist, Muhammed'in o zamanki zihinsel durumu hakkında bir teori üretmeye çalışmadı; sadece zihinsel durumları anlamanın zorluğunun (bu durumda terapistin Muhammed'le ilişkisindeki zorluğu) kabul edildiği, ancak felaketleştirilmediği bir duruş sergiledi.

Oyun Merkezli Bir Yaklaşım Olarak MBT

Oyun, MBT-C modelinin merkezinde yer alır. Fonagy ve Target, oyunun zihinselleştirmenin bir öncüsü olduğunu öne sürmüştür [2–4]. Araştırmalardan elde edilen kanıtlar, taklit oyun kapasitesinin gelişmiş yansıtıcı işlev (yani zihinselleştirme) ile ilişkili olduğunu göstermektedir; cinsel istismara uğrama geçmişi olan çocuklar üzerinde yapılan bir çalışma, oyunun istismara maruz kalma ile çocukların sonraki zihinselleştirme kapasitesi arasındaki ilişkiyi aracılık ettiğini bulmuştur [5]. Bir çocuk oyun oynarken, terapist çocuğun zihinsel durumlarının farkındalığını geliştirmek için çeşitli yaklaşımlar kullanabilir. En basit haliyle bu, oyun sürecini tanımlama biçimini alabilir [6]. Bu, terapistin oyun sırasında çocuğun duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini tanımladığı, özetlediği ve bütünleştirdiği bir süreçtir. Bir sonraki adım, terapistin çocuğun davranışını zihinsel durumları açısından tanımlaması ve böylece çocuğun oyununun konuşulması çok zor olabilecek zor düşüncelerine veya yönlerine değinmesine olanak sağlamasıdır. Midgley ve meslektaşları zihinselleştirme ve oyunun bir araya gelebileceği çeşitli yolları açıklıyorlar ve biz de bu bölümde bu yaklaşımları özetleyeceğiz.

Oyun Anlatısını Canlandırmak

Oyunuyla ilgili kaygılı, çekingen veya içine kapanık bir çocuk için, terapistin oyun hikayesini anlamalarına yardımcı olmak amacıyla sorular sorması faydalı olabilir. "Bu teknik, çocuğun seans sırasında sunduğu oyun bağlamını anlamanın ilk adımıdır ve terapistin neler olup bittiğini anlamasına yardımcı olur.
Ek olarak, bu teknik, çocuğun oyun sırasında sunulan materyal hakkında nazik bir soruşturma yoluyla ve daha fazla ayrıntı ve açıklama isteyerek sunulan hikayeleri ayrıntılı olarak açıklamasını teşvik eder" (Midgley ve diğerleri [1], s. 136).

Midgley ve meslektaşları bu teknik ile netleştirme arasında bir paralellik kuruyorlar. Yetişkinler için MBT'de kullanılan keşif ve keşif (Bölüm 4'te açıklanmıştır).

Oyunu Zihinselleştirme:

Sembolik oyun oynayabilen bir çocukta, terapist oyunun anlatısını zihinselleştirme adımını atabilir. Bu, oyunun hikâyesini sözlü olarak ifade etmek anlamına gelir ve

Machine Translated by Google

Arkasındaki düşünce ve fikirlerin daha derinlemesine incelenmesini destekler. Terapist, anlatıyı betimlemesi konusunda temkinli ve meraklı (bilmeden) kalır ve çocuğun terapistin anlatımını detaylandırmasına veya düzeltmesine izin verir. Bu yaklaşımın amacı, oyunbaz ve dogmatik olmayan bir şekilde zihinselleştirmeyi teşvik etmek ve hem oyunun kendisine hem de çocuğun oyun hakkındaki olası düşünce ve duygularına saygılı bir şekilde farklı bakış açılarının sunulmasını sağlamaktır. Bu süreçte iletilen önemli bir mesaj, çocuğun oyununun değerli olduğu; eylemlilik duygusunun ve yaptıklarının ilgi çekici olarak değerlendirildiği ve terapistin oyunla oyunbaz bir şekilde etkileşime girdiğidir.

Sembolik Oyunla İlgili Sorunlar

Bazı çocuklar sembolik oyuna katılmayabilir. Daha büyük çocuklar, rol yapma oyunlarından büyüdüklerini düşünebilir ve sembolik oyun oynamaktan ziyade çizim, boyama veya kil kullanmaya daha fazla ilgi duyabilirler. Bazı çocuklar için masa oyunları da bir seçenek olabilir.
Rol yapma oyunlarına katılamayan veya katılmak istemeyen küçük çocuklardan, daha çok beden odaklı aktivitelere katılmaları istenebilir; örneğin, top atıp yakalamak, kılıç dövüşü yapmak veya müzik çalmak. Kil veya kum havuzu kullanmak, sembolik oyunlardan çekinen veya katılmak istemeyen çocuklar için oyun oynamanın değerli bir yolu olabilir. Tüm bu oyunlar etkileşim, ritim ve ritüel içerir ve farklı duyumlar ve aktivitelerle denemeler yapmalarına olanak tanır.

Çocuğa Doğru Müdahaleyi, Doğru Anda Sunmak Bu kitapta sıkça tekrarlanan bir

fikir, birinin

zihinselleştirmesi "çevrimdışı" kaldığında, o anda açıkça zihinselleştirici bir tepki kullanmaya çalışmanın faydalı olmadığıdır. Bunun yerine, hastanın uyarılmasını azaltmak, empati göstermek ve hastanın deneyimini doğrulamak daha faydalıdır. Bu, çocuklarla çalışırken de aynı şekilde geçerlidir. Terapistin bunu yanlış yaptığı zamanlar neredeyse kaçınılmazdır; örneğin, çok zorlayıcı bir müdahale uygulayabilir veya çocuğun bunaltıcı hissettiği veya yanlış anlaşıldığını hissettiği bir anda açıkça zihinselleştirici bir tepki verebilirler.

Terapistin bu gibi anlardaki görevi, bu bölümün başlarında Muhammed'in klinik örneğinde gördüğümüz gibi, uyumsuzluk konusunda dürüst olmak ve özür dilemektir.

Yansıtma ve Koşullu Tepki Verme

Tepkilerinde dağınık ve eylemlerinde düzensiz görünen kaotik çocuklar sıklıkla davranışsal zorluklarla karşı karşıya kalırlar. Bu çocuklar kendi kendilerini zihinselleştirmenin temellerinden yoksun gibi görünürler;

eylemleri, kendilerine bile, öngörülemez görünebilir. Bu çocuklarla çalışırken, odanın çocuk ve terapist için güvenli olduğundan ve odadaki nesnelerin hasar görmediğinden emin olmaya çalışmanın zorluğu ortaya çıkabilir. Midgley ve meslektaşları, bu gibi durumlarda terapistin "çocukla koşullu koordinasyonu, yumuşak bir ses tonuyla yatıştırıcı bir ses çıkarmak veya şefkat dolu bir yüz ifadesi gibi sözel olmayan yöntemlerden yararlanarak ifade etmesinin" önemli olabileceğini öne sürmektedir. ... Bu tür müdahaleler, diğer zihinselleştirme becerilerini geliştirmelerine kapı açmadan önce, bu çocukların bilgiye dikkat etmelerine, bilgiyi işlemelerine ve duygularını düzenlemelerine yardımcı olabilir (Midgley ve ark. [1], s. 145–6).

Machine Translated by Google

Bu tür çocuklar için ortak dikkat, birlikte olma ve öngörülebilir tepki verme duygusu yaratmak özellikle önemli olabilir. Bu arada, çocuğun fiziksel eylemleri hakkında geri bildirim sağlamak, benliğin ve başkalarının bunu nasıl deneyimlediğinin daha fazla farkında olmasını sağlayabilir - "Bu büyük bir gürültü, çok sert vurdun!" Bu bir tür işaretli yansıtmadır - yani çocuğa ne yaptığına dair bir duyguyu düzenli bir şekilde geri yansıtmak. Gelişim teorimize geri dönersek, çocuklar duygularını anlamayı ve düzenlemeyi, diğerinin düzenleyici işaretli yansıtması yoluyla öğrenirler. Kontrol dışı, düzensiz bir şekilde davranan çocuklar genellikle (örneğin bir okul ortamında) kendilerinin tanındığını hissetmelerine veya deneyimlerini anlamlandırmalarına yardımcı olacak şekilde yanıtlanmalarına izin vermeyen reddedici veya cezalandırıcı bir tepkiyle karşılaşırlar.

Duyguları Netleştirmek ve Adlandırmak

MBT-C terapisti çocukla koşullu koordinasyonunu sağladıktan sonra, davranışlar ve duygular arasında bağlantı kurmaya, duygu durumlarını açıklığa kavuşturmaya ve etiketlemeye başlayabilir. Duygu durumları, resimli kitaplar veya çizimler gibi çeşitli araçların yardımıyla adlandırılabilir; bazen çocuktan kitaptaki veya çizimdeki bir karakterin başına neler gelebileceğine dair küçük bir hikâye uydurmasını istemek faydalı olabilir.

Zihinselleştirmedeki Çökmelere Tepki Verme

MBT-C, terapistin, yetişkinler için MBT'de açıklanan teknikleri kullanarak (bkz. Bölüm 4) çocuğun zihinselleştirme kapasitesindeki çökmelere yanıt vermesi gerektiğini ileri sürer. Bu teknikler, çocuğun yaşına uygun olacak şekilde uyarlanmıştır; örneğin, empati ve destek sunmak, "dur ve geri al"ı kullanmak, zihinsel durumları tanımlamak ve doğrulamak, bakış açısı alma ve benlik ile diğerleri arasında ayrım yapmayı geliştirmek ve zor deneyimler veya travmatik olaylar etrafında zihinselleştirici anlatılar oluşturmak (Midgley ve diğerleri [1], s. 152).

Empati ve destek kullanımı, özellikle yoğun duygulanım ve düzensizlik anlarında özellikle önemlidir. Buradaki amaç, çocuğun uyarılma ve sıkıntısını destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir şekilde azaltmaya yardımcı olmaktır.

Durdur ve geri al, bir anlık düzensizliğin ardından (empati ve destek kullanımıyla) bir miktar zihinselleştirme geri kazanıldıktan sonra kullanılabilir. Durdur ve geri al, bu tür bir zihinselleştirme çöküşünü keşfetmek ve ele almak ve olanları düşünmek için kullanılabilir; yine, çok önemli bir şekilde, yargılayıcı olmayan ve meraklı bir ruh haliyle. Daha sonra, çocuğun farklı durumlarda benzer olaylar yaşadığı başka örnekleri incelemek mümkün olabilir.

İlişkiyi zihinselleştirmek, MBT-C'de çocuğun dikkatini terapistin zihnine çekmek ve bu dikkati çocuğun başka bakış açılarını görmesini ve başkaları tarafından nasıl görüldüğü ile nasıl düşünüldüğü arasındaki farkların farkına varmasını sağlamak için kullanılabilen bir şeydir. Genel olarak MBT'de olduğu gibi, MBT-C'de ilişkiyi zihinselleştirmek, aktarım yorumu sağlamakla ilgili değildir; daha ziyade, diğer zihinler hakkında düşünmeyi devreye sokmanın ve bunu çocuğun zihinselleştirmesini desteklemek için kullanmanın bir yolu olarak kullanılır. Diğer daha zorlu zihinselleştirme görevlerinde olduğu gibi, ilişkiyi bu şekilde zihinselleştirmek, çocuğun duygulanımı makul ölçüde iyi düzenlendiğinde daha iyi uygulanır. Bir örnek, terapide bir kopuştan sonra, çocuğun terapiste karşı öfke ve hayal kırıklığını ifade etmesi olabilir. Ancak kopuş anı geçtikten sonra.

Machine Translated by Google

Empati ve destek kullanımıyla onarılan ve çocuğun daha sakin ve rahat hissettiği bir durumda, terapistin olaya ilişkin kendi bakış açısını ve olayı nasıl deneyimlediğini nazikçe ve dogmatik olmayan bir şekilde sunması uygun olabilir.
Böyle bir müdahale, amacının ilişkisel kalıplara dair aktarıma dayalı bir içgörü sağlamak olmadığı açıkça bilinerek ve dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır. Böyle bir etkileşimin amacı, çocuğa diğer zihinlere erişmenin değerini göstermek ve bu şekilde birlikte düşünmenin sağlayabileceği gelişmiş kişilerarası bağlantı deneyimini yaşatmaktır.

Zaman ve Takvim Kullanımı MBT-C'nin zaman sınırlı

yapısı program boyunca aktif olarak ele alınmaktadır. MBT-C'de ayrıca, çalışmanın amacının ebeveynlerin ve çocukların zihinsel kapasitelerini destekleyerek zorluklara ve duygusal sıkıntılara sürekli olarak yanıt verebilmelerini sağlamak olduğu vurgulanmaktadır. Sonlar ve çalışmanın sınırlı doğası konusunda şeffaf olmak, özellikle birden fazla ayrılığa maruz kalmış ve daha önce desteklenmemiş veya bunlara hazır olmamış çocuklar için önemli olabilir.

MBT-C'nin zamanlama sorununu çözme yollarından biri de takvim kullanmaktır.
Takvim genellikle seansların daire veya dikdörtgen olarak işaretlendiği büyük bir kağıt parçasıdır. Terapist ilk seansta takvimi tanıtır ve her seansın sonunda çocuğun o seans için belirlenen şeklin üzerine bir şey çizeceğini ve bunu yaparak hem çocuğun hem de terapistin daha önce yaptıkları seansları takip edebileceklerini ve kaç tane boş şekil kaldığını görebileceklerini açıklar. Çocuğun ayrıca takvimi istediği gibi süsleyip çizerek, takvimin kendisine ait olduğunu hissetmesine izin verilir. Çocuktan o günkü seans için belirlenen şekli doldurması istendiğinde (genellikle seansın bitiminden yaklaşık 5-10 dakika önce), istediği şekli çizmesi teşvik edilir. Terapist, şekillerin içine ne gireceğini yönlendirmeye veya önermeye çalışmamalı, çocuğun istediğini yapmasına izin vermelidir; ancak çocuk takvimi bozmak isterse terapistin müdahale etmesi gerekebilir. Takvim, çocuğun terapistle yaptığı çalışmanın ortak bir anlatısını oluşturur ve her ikisinin de kaç seans kaldığını takip etmesini sağlar.

MBT-C'nin yapısı

Değerlendirme Aşaması (Üç veya Dört Toplantı)

Çocuklarla çalışmanın değerlendirme aşaması, çocuğun yaşadığı zorlukları anlamayı ve bir formülasyon geliştirmeyi içerir. MBT-C, çocuklar için gelişimsel olarak yönlendirilmiş, zaman sınırlı psikoterapi fikirlerinden ilham alan yenilikçi bir odak formülasyonu geliştirmiştir [7,8]. Odak formülasyonu oldukça kısa olabilir; örneğin, çocuğun sorunlarını ona mantıklı gelen bir şekilde anlatan bir cümle veya hikaye. Önemli olan, anlaşılmasının kolay olması ve çocuğun kendini bu formülasyonda görebilmesidir.

Midgley ve meslektaşları, okulda davranış sorunları, dikkat eksikliği ve yatak ıslatma gibi sorunlar yaşayan 10 yaşında bir erkek çocuğu için odak formülasyonuna ilişkin aşağıdaki örneği veriyorlar.
Kendisi ve annesi, 4 yıl önce annesinin (kendisi de zihinsel sorunlarıyla mücadele ediyordu) yaşadığı zor bir dönemin ardından ilişkilerinde sorunlar yaşamaya başlamışlardı.

Machine Translated by Google

(sağlık) çocuğu vurmuştu. Çocuk büyüdüğünde asker olmak istiyordu, bu yüzden formül şu şekilde geliştirildi.

> Annesi kendi sorunları üzerinde gerçekten çok çalışmış ve duygularını çok daha iyi kontrol edebiliyordu. Ancak çocuk annesini memnun etmeye çalışmaya, aklından geçenleri söylememeye ve ilişkide gergin olmaya devam etti. Değerlendirme süreci sona ererken, terapist ve ailesi bu ilişkisel sorunla ve çocuğun bilgisayar oyunlarına ve askerlere olan sevgisiyle bağlantılı bir odak noktası oluşturmaya karar verdi. Terapist ona nasıl bir asker olmak istediğini sordu: İçinde neler olup bittiğini hissedemeyen, korku veya öfkeyi hissedemeyen ve sadece başkalarına itaat etmeye çalışan bir asker mi? Yoksa kararlı, kararlı ve kendine ve başkalarına karşı dürüst olabilen, duygularını ve bedensel sinyallerini hissedebilen, işler zorlaştığında bile güvende kalabilen bir asker mi? Çocuk bu odak noktasını çok sevdi ve terapiye başladıktan sonra bedeni ve duygularıyla daha fazla bağlantı kurmak ve kendini daha iyi anlamak için çok çalıştı. 12 seansın sonunda çocuk annesiyle arasında geçenleri anlatabildi, yatağını neredeyse hiç ıslatmadı ve okulundaki akranlarıyla daha uyumlu hissetti.

(Midgley ve diğerleri [6], s. 257)

Bu, bir odaklanma formülasyonunun çocuğun dünyaya bakış açısını, güçlü yanlarını, umutlarını ve katılımlı ve olumlu bir şekilde gelişme motivasyonunu nasıl yansıttığının harika bir örneğidir.

1-3. Seanslar: Başlangıç Aşaması

MBT-C'nin başlangıç seanslarının temel amacı, hem çocuk hem de ebeveyn(ler) ile terapötik bir bağ kurmaya başlamaktır. Terapist, çocuğa ve çocuğun dünyayı nasıl gördüğüne karşı empati, uyum, ilgi ve katılım odaklı bir duruş sergiler. Oyun, çocuğu terapiye alıştırmak için kullanılır; seanslar sırasında bir kutu oyun malzemesi kullanılır ve odak formülasyonunun oyunun bir teması olarak kullanılması fikri ortaya atılır.

4-8. Oturumlar: Orta Aşama

Terapötik etkinliğin odak formülasyonu bağlamında çocuğun zihinselleştirmesini desteklemeye odaklanılan merkezi kısmı, MBT-C'nin orta aşamasında gerçekleşir. Ebeveynlerle ilgili çalışmalar ve onların yansıtıcı ebeveynliklerini destekleme çalışmaları da bu aşamada gerçekleşir. Bu aşamada, düzenlenmemiş duygulanımdan kaynaklanan zihinselleştirmede sık sık bozulmalar yaşanıyorsa, yaklaşım, bu durumları ortaya çıktıklarında değerlendirmeyi ve artan zihinselleştirme bozulmasına neden olan olaylara dikkat çekmeyi içerecektir. Terapötik süreç zihinselleştirme zorluğu anlarıyla daha az kesintiye uğradığında, çocuk ve ebeveyn(ler)le yapılan çalışma, bakış açısı geliştirmeyi ve daha açık bir ifadeyle zihinselleştirmeyi içerir. Yine, bu çalışma, terapistin ebeveyne veya çocuğa zahmetli bir şekilde "zihinselleştirme" yapmaya çalışması yerine, empatik uyum, açıklık ve zihinsel durumlara dair merakın vurgulandığı zihinselleştirme duruşu şemsiyesi altında gerçekleştirilir.

İnceleme Toplantısı

Programın yaklaşık üçte ikisinde bir değerlendirme toplantısı düzenlenir. Bu toplantı hem ebeveynler hem de çocuklar için olup, değerlendirme fırsatı sunar.

Machine Translated by Google

İlk odak noktası ve tedavi hedefi. İlk sekiz seansın yeterli olduğu ve artık terapiyi sonlandırmayı düşünmenin mümkün olduğu kabul edilebilir veya seanslara devam etme kararı alınabilir. Daha uzun süreli bir tedavinin faydalı olacağı düşünülen durumlarda, toplamda en fazla 36 seansa kadar 12 seanslık başka bir program önerilebilir. Bu, çocuğun ihtiyaçlarının daha karmaşık olduğu durumlarda, örneğin çocuk travma geçirmişse, gerekli olabilir. Odak formülasyonu, hala geçerli ve doğru hissettirip hissettirmediği, değişip değişmediği veya farklı bir önem veya anlam taşıyıp taşımadığı değerlendirilmek üzere değerlendirme toplantısında yeniden değerlendirilecektir.

9–12. Oturumlar: Bitiş Aşaması

Terapötik sürecin sonu yaklaşırken, son birkaç seansta çocuğun sona hazırlanmasına ek bir odaklanma gerekir. Bu odaklanmanın bir parçası olarak, terapide elde edilen kazanımların uzun vadede nasıl desteklenebileceği üzerinde düşünülmelidir. MBT-C süreli bir tedavi olduğundan, sonun akılda tutulması önemlidir; bunun bir parçası olarak, takvim süreç boyunca aktif olarak kullanılarak çocuğun kaç seansı tamamladığı ve kaç seans kaldığı konusunda bir fikir edinmesi sağlanır.

Sonuç Olarak Çocuklarla

çalışırken, zihinselleştirmeyi öğrenmenin çocukluk ve ergenlik boyunca kademeli olarak gelişen bir şey olduğunu ve ortaya çıkan zihinselleştirme kapasitesinin çocuğun etrafındaki sosyal çevre tarafından desteklendiğini akılda tutmak önemlidir.

Zihinselleştirme, evrimsel olarak önceden programlanmış bir yetenek olmasına rağmen, normatif olarak gelişen çocuklar genellikle erken bebeklik döneminden itibaren ortak dikkat ve paylaşılan amaçlılık (zihinselleştirmeyi yansıtan yetenekler) gösterdiğinden [9,10], çocuğun zihinselleştirme için tam dengeli bir kapasite geliştirmesi için önemli bir çevresel girdiye ihtiyaç vardır. Zihinselleştirmenin çok temel olduğu bebeklik döneminden başlayarak, ebeveynin görevi bebeğin zihinsel durumunu anlamak ve bunu işaretli yansıtma süreciyle düzenli bir şekilde bebeğe yansıtmaktır [11]. Bebeğin durumunun bu şekilde okunması ve onlar için modellenmesi, aynı zamanda ebeveynin bebeğin yaşadığı her türlü duygudan etkilenmediğinin açıkça belirtilmesi, ebeveynin zihinselleştirmesi için oldukça zorludur. Bu durum, özellikle küçük çocuklar veya zihinselleştirme kapasiteleri herhangi bir nedenle daha az gelişmiş olan daha büyük çocuklar olmak üzere çocuklara bakma deneyiminin, ebeveynin yoğun bir şekilde zihinselleştirmeyen bir sosyal sistemde çalışmasını gerektirebileceği gerçeğiyle daha da zorlaşır. Bu durumda ebeveyn, kendi zihinselleştirmesini yeniden kalibre etmek için çocuğun zihinselleştirmesinden yararlanamazken, çocuğun ihtiyaçlarının yoğunluğu ebeveynin dengeli zihinselleştirmeyi sürdürme becerisi üzerinde büyük bir baskı oluşturabilir. Bu, çocuklar ve ebeveynler etrafında bir destek ağının bu kadar önemli olmasının nedenlerinden biridir. Çocukların zihinsel durumları anlama konusundaki gelişmemiş kapasiteleri çoğu ebeveyn tarafından anlaşılıp beklenmesine rağmen, artan sıkıntı, bitkinlik vb. baskı altında bu anlayışı sürdürmek zor olabilir. Daha savunmasız, önceden var olan zihinselleştirme kapasitelerine sahip bazı ebeveynler için, bir çocuğa bakarken zihinsel durumlar hakkında düzenli bir şekilde düşünme becerisine sahip olmak gerçek bir zorluk olabilir. MBT-C'nin amacı, çocukların ve ailelerinin zihinselleştirmelerinin desteklenebileceği ve büyümeye teşvik edilebileceği ek bir alan sağlamaktır.

Machine Translated by Google

Referanslar 1.

Midgley N, Ensink K, Lindqvist K ve ark. Çocuklar İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Zamanla Sınırlı Bir Yaklaşım. Washington, DC: Amerikan Psikoloji Derneği, 2017.

2. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: I. Zihin teorisi ve ruhsal gerçekliğin normal gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 217–33.

3. Target M, Fonagy P. Gerçeklikle oynamak: II. Teorik bir bakış açısıyla ruhsal gerçekliğin gelişimi. Int J Psychoanal 1996; 77: 459–79.

4. Fonagy P, Target M. Gerçeklikle oynamak: III. Sınırda hastalarda ikili psişik gerçekliğin kalıcılığı. Uluslararası Psikoanal Dergisi 2000; 81: 853–74.

5.Tessier Başkan Yardımcısı, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. Gerçek mi kurgu mu? Oyun ve yansıtıcı işlevin gelişimi üzerine uzunlamasına bir çalışma. Bull Menninger Clin 2016; 80: 60–79.

6. Midgley N, Muller N, Malberg N ve diğerleri. Çocuklar. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 247–63.

7. Hansen BR. I Dialog med Barnet: Intersubjektivitet i Utvikling og i Psykoterapi [Çocukla Diyalogda: Gelişimde ve Psikoterapide Öznelerarasılık]. Oslo: Gyldendal, 2012.

8. Haugvik M, Johns U. Yapı ve uyumun yönleri: Zor aile durumları yaşayan çocuklarla sınırlı süreli psikoterapiye ilişkin nitel bir çalışma. Klinik Çocuk Psikolojisi Psikiyatrisi 2008; 13: 235–52.

9. Csibra G, Gergely G. Doğal pedagoji. Trendler Bilişsel Bilim 2009; 13: 148–53.

10. Tomasello M, Vaish A. İnsan işbirliğinin ve ahlakın kökenleri. Annu Rev Psychol 2013; 64: 231–55.

11. Gergely G, Watson JS. Sosyal Ebeveyn duygu-yansıtma biyogeribildirim teorisi: Bebeklikte duygusal öz farkındalığın ve öz kontrolün gelişimi. Uluslararası Psikoanal Dergisi 1996; 77: 1181–212.

Machine Translated by Google

Bölüm 14

Ergenlerle Çalışmak

Giriş Ergenler

için Mentalizasyon Temelli Tedavi (MBT-A), başlangıçta kendine zarar veren ergenleri tedavi etmek için geliştirilmiştir. MBT-A daha sonra, özellikle duygusal zorluklar ve kişilerarası stres faktörleri bağlamında, gençlerin kendi ve başkalarının duygularını daha doğru bir şekilde temsil etme kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmak için daha geniş bir yaklaşıma dönüşmüştür; dürtüsellik ve duygu düzenlemeye güçlü bir şekilde odaklan

MBT-A'nın arkasındaki mantık, ergenlerin dürtüsellik ve öz düzenleme alanında yaşadıkları zorlukların çoğunun temelinde zihinselleştirme sorunlarının yattığı ve sıklıkla ilişki sorunlarına ve çatışmalarına yol açtığıdır. MBT yaklaşımı bir bütün olarak, bu durumları tetikleyen bilinçdışı süreçlerden veya davranışsal belirtiler için bilişsel-davranışsal yönetim stratejilerinden ziyade, öncelikle şu anki zihinsel durumlarla ilgilenir; bu vurgu, özellikle günlük deneyimlerinin anlarını bunaltıcı bulan ergenlerle çalışırken belirgin olabilir. MBT-C'de (13. Bölüm'de özetlenmiştir) olduğu gibi, MBT-A da gençlerin, öz kimlik ve eylemlilik kazanma gibi belirli bir görevi olan gelişimsel yörüngede daha faydalı bir yer edinmelerine yardımcı olmayı amaçlar.

Ergenlik, genç kişinin dengeli zihinselleştirmeyi sürdürme kapasitesine yönelik belirli zorluklar getirir. Araştırmalar, daha önce kabul görmüş olan sosyal-bilişsel gelişimin büyük ölçüde ergenliğin başlangıcında elde edildiği fikrinin yanlış olduğunu ve beynin özellikle sosyal bilişle ilişkili olarak ergenlik döneminde hala önemli nörobiyolojik değişimlerden geçtiğini göstermektedir [1–3]. Örneğin, Mills ve arkadaşları [2], zihinselleştirmeyle ilişkili beyin bölgelerindeki (temporoparietal kavşak, posterior superior temporal sulkus ve medial prefrontal korteks) gri madde hacminin çocukluktan yirmili yaşların başına doğru azaldığını bulmuşlardır. Bu arada, "sosyal beyin" ağının bir diğer parçası olan anterior temporal korteksin gri madde hacmi erken ergenliğe kadar artar ve korteks kalınlığı erken yetişkinliğe doğru artar. Zihinselleştirmenin gelişimsel nörobiyolojisi üzerine daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır, ancak "sosyal algıda rol oynayan beyin bölgeleri yaşamın erken dönemlerinde gelişirken, sosyal beyin ağının diğer bölgelerinin ince ayarı veya işlevsel uzmanlaşması ergenlik döneminde devam edebilir" (Moor vd. [4], s. 50) yönünde öneriler bulunmaktadır. Bu durum, 14-16 yaş arası çocuklarda Gözlerdeki Zihni Okuma görevinde yetişkinlere kıyasla hafif bir performans düşüşüne dair bulgulara yansımıştır [4].

Bu tür araştırmaların klinik çıkarımı, ergenliğe zihinselleştirme kapasitelerinde zayıflığa yatkınlıkla giren bireylerin (bu durum daha sonra ortaya çıkabilir)

Machine Translated by Google

Genetik veya çevresel faktörler veya ikisinin etkileşimi gibi birçok farklı neden, bu yaşam evresinin önemli gelişimsel talepleriyle karşı karşıya kaldıklarında özellikle savunmasız olabilirler. Ergenlerin zihinselleştirme kapasitesini sürdürme konusunda yaşadıkları zorluklar göz önüne alındığında, zorluklar ve stresler karşısında duygu düzenlemesini destekleyen sosyal-bilişsel süreçleri destekleyen etraflarındaki daha geniş sistemler önemli bir rol oynar. Örneğin, deneysel bir çalışma, empatik disiplini teşvik etmek için yapılan kısa bir müdahalenin ergenler arasında okuldan uzaklaştırma oranlarını %50 oranında azalttığını göstermiştir [5] (okullarda ve diğer ortamlarda zihinselleştirmeye dayalı müdahalelerin tartışılması için ayrıca Bölüm 17'ye bakınız). Çocuklarla, ergenlerle ve ailelerle çalışırken, zihinselleştirmenin etkileşimli ve karşılıklı olarak güçlendirici doğası özellikle belirgindir, aynı şekilde ergenler etrafında farklı ortamlarda ve çalışma biçimlerinde (örneğin okulda pastoral bakım, gençlik çalışmaları, psikoterapi) bir zihinselleştirme ortamını desteklemenin değeri de belirgindir. Bir ergenin zorluklarının nedeni ne olursa olsun, zihinselleştirme kapasitelerini desteklemek faydalı olabilir çünkü zihinselleştirme düzenlemeyi etkiler. Dahası, zihinsel durumları tanıyıp bunlar hakkında düşünebilmek, genç bir bireyin örneğin yardıma ihtiyacı olabileceğini anlamasına yardımcı olabilir. Başkaları hakkında daha karmaşık bir şekilde düşünebilmek, agresif tepki verme eğiliminde olan bir gencin, başkası tarafından kışkırtıldığını hissettiğinde hemen misilleme yapmak yerine duraksamasını sağlayabilir.

Gencin zihinselleştirme profiline (ve ilgili olduğu durumlarda ebeveynlerinin veya bakıcılarının zihinselleştirme profillerine) dair net bir anlayış, klinisyene değerli içgörüler sağlayacaktır. Tüm müdahalelerin yaşa uygun olması gerektiği gibi, ergenin zihinselleştirme kapasitesine de uygun olmaları önemlidir. Bir ergenin zihinselleştirme profilini anlamak, o yaştaki bir ergen için yaklaşık olarak neyin normatif olabileceğini ve bireyin profilinin tipik olarak beklenenden nasıl farklılaştığını bilmeyi gerektirir. Bunun örnekleri, bir okul danışmanının veya ruh sağlığı çalışanının ortaokuldaki çalışmaları sırasında karşılaşabileceği sorun türlerinde görülebilir. Burada, farklı ortaya çıkan sorunları ve farklı temel zihinselleştirme profilleri olan ergenlere dair iki klinik örnek sunuyoruz.

Klinik Örnek: Eddie 15

yaşındaki Eddie, panik ataklar ve yüksek düzeyde sosyal anksiyete nedeniyle sevk edildi. Bu anksiyete, düşük ruh hali, okul reddi ve önemli ölçüde sıkıntıya neden oluyordu. Eddie, diğer insanların zihinleriyle ilgilenen ve kendi zihinsel durumlarını anlamlandırmaya çalışan zeki ve düşünceli bir ergendi. Aslında, Eddie için sorunun bir kısmı da bu olabilirdi; hem şahsen hem de sosyal medyada zorbalığa uğradığında (zorbalığın ciddiyeti başlangıçta okulu tarafından yeterince ele alınmamıştı), akranlarının zihinlerinden geldiğini deneyimlediği şeylerle aşırı meşgul ve sıkıntılı hale geldi. Zaman zaman Eddie, akranları ve davranışları hakkındaki düşünceleri ve korkuları tarafından o kadar bunalmış hissediyordu ki öfkeli ve saldırgan oluyordu ve zaman zaman yabancı benliği (bkz. Bölüm 2) aktif hale geliyordu. Zihinselleştirmeyen bir zihin durumunda, Eddie akranlarına karşı düşmanca ve hatta tehdit edici hale geliyordu; bu da zor ve sorunlu sosyal ilişkilerden oluşan bir kısır döngü yaratıyordu. Zihinselleştirme açısından bakıldığında, Eddie'nin durumu, doğuştan gelen yüksek zihinselleştirme kapasitesinin, karşılaştığı oldukça önemli sosyal stres faktörlerine tepki olarak aşırı aktif ve dengesiz hale gelmesi olarak anlaşılabilir. Sonuç olarak, Eddie ile terapötik çalışmaya, aşırı düşünme ve aniden ortaya çıkan yetersiz düşünme üzerine düşünme açısından yaklaşılabilir.

Machine Translated by Google

Eddie, zihinsel durumları, başkalarını aşırı zihinselleştirme süreci ve stres ve sıkıntı anlarında zihinselleştirmeme durumunu anlama konusunda derinlemesine düşünmeyle tanıştırılmanın faydalı ve ilginç olduğunu düşündü. Eddie'ye yardımcı olmada önemli olan bir diğer etken de, okul öğretmenlerinden bazılarıyla, maruz kaldığı akranlarının düşmanlık düzeyi hakkında tartışmalar başlatmasıydı. Bu, bazı öğretmenlerin (sınıf öğretmeni ve bazı önemli branş öğretmenleri) yaşadıklarını kabul edip desteklerini ifade etmelerine yol açtı. Bu, okuldaki sosyal ortamı ne kadar korkutucu ve zihinselleştirmeme olarak gördüğünde büyük bir değişime neden oldu ve yardıma erişebilmesini, zorlu etkileşimlere maruz kaldığında hissettiği panik duygusunu ve giderek artan yabancı benlik hissini azaltabilmesini sağladı.

Klinik Örnek: Maya 15

yaşında olan Maya, depresyon, anksiyete ve kaotik yeme alışkanlıkları yaşıyordu. Zihinsel durumu hakkında herhangi bir şekilde düşünmekte oldukça zorlanıyordu. Nasıl hissettiği ve zorlukları hakkındaki düşünceleri hakkında yapılan tartışmalarda, yalnızca çok genel bir stres hissi ve baş ağrısı veya mide bulantısı gibi fiziksel semptomları tanımlayabiliyordu. Maya, Eddie ile aynı yaşta ve aynı akademik yeterlilik düzeyinde olmasına rağmen, deneyimleri ve diğer insanların motivasyonları hakkında zihinsel durum terimleriyle düşünmekte gerçekten zorlanıyordu; öğretmenlerinin onu yalnızca strese sokmak istediği düşünülüyordu ve küs olduğu bir arkadaşının yalnızca onu kızdırmak istediği söyleniyordu. 3. ve 4. Bölümlerde belirttiğimiz gibi, birinin zihinselleştirmeme durumuna zihinselleştirerek yanıt vermek faydalı değildir. Aksine, Maya'nın durumunda, klinisyenin Maya'nın deneyimlerini doğrulayarak başlaması ve Maya bunları oldukça somut terimlerle tartışırken bile, ikisinin bunlar hakkında birlikte konuşması daha faydalıydı. Bu, Maya'nın deneyimine ilgi gösterme ve ona kendi deneyiminden ve başkasının zihnindeki algısından bir şeyler yansıtma sürecini başlatmak içindi. Ancak onunla bu ilk deneyimi oluşturduktan sonra, zihinsel durumlarını biraz daha keşfetmeye başlamak uygundu; ilk etapta klinisyenin merak ve ilgi ifadeleri aracılığıyla ve Maya'nın tepkilerinin ardında daha karmaşık düşünceler olabileceği olasılığını gündeme getirerek, ki bunlar daha sonra Maya tarafından da keşfedilebilirdi. Maya'nın durumunda, klinisyenin sıcak ama bir o kadar da kaygısız, çekingen, hatta kendini küçümseyen yaklaşımı, bu düşünce biçiminin ortaya çıkmasına yardımcı olmuş gibiydi. Örneğin, klinisyen şuna benzer yorumlar yaptı: "Maya, senin için her şeyin nasıl olduğunu her zaman çok merak ediyorum ve senin nasıl hissettiğini daha iyi anlamak istiyorum ama biliyorum ki çoğu zaman yanlış anlıyorum (klinisyen gözlerini devirdi) bu yüzden eğer burada tamamen bilgisizsem söyle bana ama merak ediyorum ki..."

Ergenlerle Çalışmada Yer Alan Temel Kavramlar

MBT teorisini ve uygulamasını şekillendiren ve bu kitabın II. Bölümünde ele alınan temel fikirlerin çoğu, ergenlerle çalışmak için de geçerlidir; örneğin, zihinselleştirmeyen kiplerin rolü ve bu kiplerin ortaya çıkmasını tetiklemesi muhtemel kişilerarası durumların dikkatlice değerlendirilmesi. Ergenlerle çalışırken, bu genellikle gencin ailesi ve eğitim ortamının da dikkatlice değerlendirilmesini gerektirir. Ebeveynlerin veya bakıcıların zihinselleştirmeyen davranışları genellikle, yerleşik tepkisel zihinselleştirmeyen sarmalının bir parçası olabilir. Al

Machine Translated by Google

Bu döngüleri tetikleyebilen düşmanca, reddedici veya cezalandırıcı tutumlar, zihinsel olmayan davranışları anlamlandırmanın önemli bir yönüdür ve bu nedenle aile MBT'si genellikle bireysel MBT-A ile birlikte önerilir.

Benzer şekilde, zihinselleştirme duruşu MBT-A'nın özünü oluşturur. Terapistin açık merakı, şefkati ve sıcaklığı MBT-A'nın özünü oluşturur. Trudie Rossouw, ergenlerle çalışırken zihinselleştirme duruşunun önemini harika bir şekilde özetlemiştir: "Gençler sıklıkla, kendilerini çevrelerindeki dünyadan da benzer küçümseme duyguları beklemeye açık hale getiren korkutucu bir iç nefret dünyasına hapsolurlar... bu gençler genellikle kendileriyle insanlıktan uzak bir şekilde ilişki kurarlar. Terapide gençlerle etkileşimlerimizde insanlığı somutlaştırmamız gerekir. Genç kişinin yaşamı ve zihni hakkında gerçek bir ilgi ve merak gösterir, tüm olasılıkların zenginliğini yargılayıcı olmayan bir şekilde keşfederiz" (Rossouw [6], s. 45).

Rossouw ve meslektaşlarının tanımladığı gibi, zihinselleştirme duruşu çerçevesinde MBT-A uygulamasında dört temel terapötik teknik biçimi vardır [7]: 1. destek ve empati 2. açıklama ve ayrıntılandırma 3. meydan okuma 4. hasta-terapist ilişkisini zihinselleştirme.

Bu teknik grubu, kişilik bozukluğu olan yetişkinlerin tedavisi için geliştirilen orijinal MBT yaklaşımının temelini oluşturur [8]. Rossouw ve meslektaşları, bu teknikleri gençlerle çalışırken uygulayıp geliştirmiştir ve MBT-A hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyen okuyucuların bu yaklaşıma yönelik vazgeçilmez pratik rehberlerini okumaları önerilir [7]. MBT-A'nın nasıl geliştirildiğine dair bir giriş sağlamak amacıyla, burada kısa bir genel bakış sunacağız.

Destek ve Empati Terapistin

destek ve empati sağlaması, MBT-A'da en sürekli uygulanan tekniktir; özellikle tedavinin başlangıcında ve hastalar bunalmış ve düzensiz hissettiğinde önemlidir. 4. Bölüm'de de belirttiğimiz gibi, hasta sıkıntılı olduğunda ve zihinselleştirme becerileri bunaltıcı duygular tarafından kuşatıldığında, terapist hastanın zihinselleştirmesini yeniden canlandırmak için tasarlanmış bir zihinselleştirme müdahalesi uygulamaya hemen kalkışmaz. Bunun yerine, terapistin hastanın deneyiminin bir miktar destek, empati ve onaylanması ve tanınması sağlaması önerilir; bu, bir tür duygusal olarak işaretlenmiş aynalamadır. Bu, "Vay canına, bunu anlattığını duyunca, ne kadar zor hissettiğini gerçekten anlayabiliyorum." gibi ifadeleri içerebilir.

Açıklama, Detaylandırma ve Meydan Okuma Açıklama, detaylandırma

ve meydan okuma teknikleri, destek ve empatiyle birlikte kullanılır. Örneğin, genç bir kişi kendine zarar verdiği bir olayı anlatırsa, terapist olaya giden süreçte neler yaşandığını açıklamasını ister. Daha sonra terapist, hastayı bu tür incinme ve üzüntü duygularını uyandıran (sosyal) tetikleyiciden itibaren attığı adımlar hakkında düşünmeye teşvik edebilir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Holly Holly, o

hafta okulda berbat bir gün geçirdiğini bildirdi; eve vardığında abur cubur yemeye başladı ve sonra kendine zarar verdi. Okulda neler olup bittiği hakkında biraz bilgi vermesi istendiğinde, "Okuldan nefret ediyorum. Sadece nefret ediyorum, hepsi bu - bütün günümü 'Buradan nefret ediyorum ve burada olmak istemiyorum' diye düşünerek geçiriyorum." dedi.

Klinikçinin görevi, genç kişinin deneyimini onaylamak ve empati kurmak ile genç kişinin anlattıklarını tamamen kabul ederek etkiyi beslemekten kaçınmak arasında doğru dengeyi bulmaktır.

KLİNİSYEN: Gerçekten çok kötü bir gün geçirdiğinizi ve o gün okulun ne kadar korkunç ve üzücü olduğunu söyleyebilirim. Ve biliyorum ki okuldan sürekli nefret ediyorsun, ama okulda geçirdiğin o günü hatırlayabilir miyiz? Eğer hatırlıyorsan bana o gününü anlatır mısın? Durumu daha da kötüleştiren bir şey olup olmadığını merak ediyorum.

Holly, okul gününü klinisyene anlatırken, spor dersinde "popüler kötü kızlar" grubunun aşağılayıcı bakışlarına maruz kaldığını hissettiği ve bu durumun yoğun bir utanç ve reddedilme duygusu yarattığı açıkça ortaya çıktı. Bütün sabahı bu deneyimin kaygılı beklentisiyle geçirmişti ve aslında o ders sırasında belirli bir şey olmasa da, günü aşırı kaygı ve rahatsızlık içinde geçirdi. Günün ayrıntılarını gözden geçirince, artan duygulanım hikayesi netleşti, kaygılı uyarımı arttı ve gruptaki kızların ne düşündüğü hakkında aşırı zihinselleştirme kısır döngüsüne yol açtı. Okuldan eve döndüğünde Holly o kadar bunalmıştı ki, bu durumla ancak kendine zarar vererek başa çıkabileceğini hissetti. Günü ve o günü karakterize eden artan duygulanımı dikkatlice inceleyerek, Holly duygularını daha iyi anlamaya başladı.

Klinikçinin Holly'nin üzüntüsüne ilk tepkisinin destekleyici ve onaylayıcı olduğunu belirtmek önemlidir. Holly ancak anlaşıldığını ve hislerinde daha az yalnız hissettiğinde, klinikçinin durumu daha detaylı bir şekilde incelemesi ve netleştirmesi uygun olurdu ve ancak Holly zihinselleştirme kapasiteleriyle açıkça daha fazla temas kurduğunda, sınıftaki aşırı zihinselleştirme tutumunun sabitleştiği diğer kızlar hakkında daha az felaketçi bir bakış açısı sunarak bakış açısını hafifçe sorgulaması uygun olurdu. Böyle bir meydan okuma çok erken veya çok dogmatik bir şekilde ortaya konmuş olsaydı, Holly'nin yanlış anlaşıldığını veya eleştirildiğini hissetmesine neden olabilirdi.

Bu netleştirme, ayrıntılandırma ve sorgulama çalışmasının merkezinde, duygulanım ve duygulanım tanımlamasına özen gösterilir. Duygulanım üzerindeki bu vurgu, zihinselleştirme çalışmasının, birinin başına gelenlerin neredeyse entelektüel bir alıştırma (yani, rol yapma modu; bkz. Bölüm 2) olarak tartışıldığı, olup biten her şeye gerçek anlamını, nüansını veya belirginliğini veren duygusal anlamın yeterince değerlendirilmediği bir sözde zihinselleştirme duruşuna kaymasını önlemek için hayati önem taşır. Duygulanımı ayrıntılandırırken, klinisyen hastanın duygu durumlarını empatik bir şekilde keşfetmeye çalışır.

Temel Zihinselleştirme

Klinik Örnek: Empatik Keşif

HASTA: Arkadaşım, ana caddede olduğunu ve erkek arkadaşımın başka bir kızla konuştuğunu gördüğünü söyledi. Kızın çok cilveli göründüğünü söyledi ve ben onun ne kadar sürtük bir kadın olduğunu biliyorum.

KLİNİSYEN: Peki arkadaşınızın konuştuğunu söylediği kızı tanıyor musunuz?

Machine Translated by Google

HASTA: Hayır, ama onun bir fahişe olduğuna bahse girebilirim. Hiçbir fikrin yok, tabii ki öyleydi, yoksa olmazdı. Onunla konuşuyorum. Onu benden alarak her şeyi mahvetmek istiyor.

KLİNİSYEN: Arkadaşınızın erkek arkadaşınızın başka bir kızla konuştuğunu söylemesinin sizi kıskançlığa sürüklediğini görebiliyorum, özellikle de tanıdığınız diğer kızlar hakkında bunu sık sık düşündüğünüz için (klinisyen normalleştiriyor). Peki onun onunla çıkmak istediğinden bu kadar emin olmanızı sağlayan ne?

HASTA: Çünkü biliyorum, o tarz kızlar sırf bana ulaşmak için böyle yaparlar. Sanki yokmuşum ve hiçbir değerim yokmuşum gibi beni ezip geçebileceklerini sanıyorlar. Sanki ne kadar kötü olduğumu biliyorlar ve bunu dünyaya gösteriyorlarmış gibi hissediyorum.

KLİNİSYEN: Birisi size böyle bir şey söylediğinde ve bu duygu sizi çok hızlı bir şekilde çok kötü hissettirdiğinde, kıskançlık duygusuyla nasıl başa çıkacağınızı bilmek gerçekten zor (klinisyen ilk duygunun etkisini belirlemeye çalışıyor). Şimdi bunun nasıl bu kadar hızlı ve bu kadar ileriye sıçradığına bir bakalım.

Bu anda hasta, arkadaşının kışkırtıcı raporunu duyduğunda hissettiği rahatsızlık hissinden, erkek arkadaşının sadakatsizliğine dair kesinliğe ve yoğun bir düşük öz değer duygusuna sıçramıştır ve bu duygulara kendine zarar verme eylemiyle karşılık verme riskiyle karşı karşıyadır. Bu süreç, hastanın inandığı ve korktuğu şeylerin (erkek arkadaşı ve ardından diğer insanların onu değersiz olarak algılaması) korkunç bir gerçeğe dönüştüğü psişik bir eşdeğerlik sürecidir (bkz. Bölüm 2). Terapist, hastanın inançları hakkında tartışmak yerine, konuyu tırmandırmadan empati kurmalı, duygulanımı tanımlayıp normalleştirmeye çalışmalı ve ardından hastanın ruh hali üzerindeki etkisini belirlemel

MBT-A'nın temel odağı gençlerde temel zihinselleştirmeyi yeniden sağlamaktır. Bazen gençler, net bir duyguyu ve bunun ruh halleriyle nasıl ilişkili olduğunu belirlemekte zorluk çekebilirler. Umutsuzluk ve neşesizlik profili, sıkıntılı gençlerin karakteristik bir özelliği olabilir ve bu duygular hakkında düşünmek, onları sorgulamak için temel zihinselleştirmeyi yeniden kurmanın aktif bir parçası olabilir. Bu, zihinselleştirmenin kendi başına MBT'nin nihai amacı olmadığını gösterir. Aksine, zihinselleştirmeyi desteklemenin amacı, kişinin kendisini ve başkalarını deneyimlemesinin başka yollarını mümkün kılmaktır; bu durumda, hazzı mümkün kılan bir şekilde.

Kendi veya başkalarının ruh hallerini düşünmekte zorlanan Maya'nın durumuna geri dönelim. Maya okuldan eve döndüğünde odasına kapanıp öğleden sonra ve akşam boyunca uyumaya çalışıyordu. Bu durum, okul ödevlerinden geri kalmasına, daha fazla strese girmesine ve geceleri uyuyamamasına, bu yüzden yatakta uzanıp sosyal medyada gezinmesine neden oluyordu.

Klinik Örnek: İlişkiyi Zihinselleştirmek

KLİNİSYEN: Okulla ilgili strese girdiğinizde kendinizi çok yorgun hissettiğinizde ve sadece uyumak istediğinizde, bunun hissettiklerinizden kaçmaya çalışmanızdan (bilmeyerek keşfetmenizden) kaynaklanıp kaynaklanmadığını merak ediyorum.

MAYA: Bilmiyorum. Sadece yoruluyorum ve strese giriyorum ve bu, stresten kurtulmanın tek yolu. stres.

KLİNİSYEN: Her şeyin sizi yorduğunu ve bitkin düşürdüğünü hissetmek çok yorucu olmalı. (ilk empati).

Machine Translated by Google

MAYA: Evet. Rutinimi değiştirmem gerektiğini biliyorum ama sadece bir mola vermek ve dinlenmek istediğimde bu çok zor oluyor. Uyumak. Bu kadar yorgunken yapabileceğim başka bir şey yok.

KLİNİSYEN: Bunu görebiliyorum, sadece düşünmek bile beni yoruyor. Bu da beni, ikimizin de ne yapacağımızı bilmediğimiz için yorgun ve uyumak istememizin bir sebebi olup olmadığını merak ettiriyor! (Klinisyen ilişkiyi zihninde canlandırmaya başlıyor.)

İlişkiyi Zihinselleştirme Önceki klinik

örnekte, klinisyenin nasıl hissettiğine dair bir şeyler sunduğunu görüyoruz: yorgunluk hissine verdiği tepkiyi ve o anda Maya ile klinisyen arasındaki etkileşimi ve bunun işlerinde olup bitenleri nasıl etkileyebileceğini anlatıyor. Bu, ilişkiyi zihinselleştirmenin bir örneğidir.

Hipermentalizasyon

Carla Sharp ve meslektaşları tarafından geliştirilen araştırma alanlarından biri, ergenlikte hipermentalizasyon olgusunun önemidir [9,10]. Hipermentalizasyon, genç kişinin başkalarının zihinsel durumları hakkında bir fikir geliştirdiği veya bir başkasının ne düşünüyor veya hissediyor olabileceği hakkında çılgınca bir teori geliştirmeye çalıştığı bir durumda olmasını içerir (genellikle diğer kişinin düşmanlığı, küçümsemesi veya reddi hakkında oldukça zulüm görmüş bir görüş olarak ortaya çıkan bir şekilde), ancak bu çarpık veya yanlış inançlara dayanır. Hipermentalizasyonda, diğer kişinin ne düşündüğü hakkında aşırı bir kesinlik olabilir (yani, psişik eşdeğerlik). Ayrıca, başkalarının zihinsel durumları hakkında genellikle büyük bir yoğunlukla spekülasyon yapıldığı, ancak gerçek dünyada veya bir bireyin diğer insanların ne düşündüğünü tam bir doğruluk veya kesinlikle bilemeyeceği gerçeğinin farkındalığında yeterli bir temel olmadan, bir tür sözdementalizasyon (veya taklit modu) olarak da ortaya çıkabilir. Sharp ve meslektaşları, hipermentalizasyonun borderline kişilik bozukluğu (BPD) olan veya ileri yaşlarda BPD geliştiren gençlerin bir özelliği olabileceğini bulmuşlardır [9,11,12]. Hipermentalizasyon, sosyal anksiyete yaşayan ergenlerde daha ılımlı biçimlerde de ortaya çıkabilir; örneğin, akranlarının veya öğretmenlerinin zihin durumları hakkında faydasız spekülasyonlar yapan Eddie'nin klinik örneğinde olduğu gibi. Hipermentalizasyon yalnızca ergenlerde görülmez, ancak ergenler daha geniş ve daha zorlu bir sosyal dünyayla karşılaştıklarında özellikle belirgin olabilir. Ergenlerin başkalarının zihnine "girmek" için yoğun ancak başarısız girişimlerini azaltmalarına yardımcı olmak, sosyal ilişkilerindeki acı verici ve istikrarsızlığın bir kısmını hafifletmeye önemli bir katkı sağlayabilir. Hipermentalizasyonun bir dereceye kadar uyarlanabilir olması ve bireyi teleolojik moda çöküşten kaynaklanan kendine zarar verme veya şiddet gibi dürtüsel eylemlerden koruması nedeniyle bu durum zaman zaman daha da zorlaşır (bkz. Bölüm 2).

Yabancı Benlik

Kendine zarar verme ve intihar dürtüsünü anlamak için kullandığımız temel kavramlardan biri yabancı benliktir (bkz. Bölüm 2). Bir bireyin zihinselleştirme kapasitesi çöktüğünde, zihinselleştirmeyen işlev biçimlerinin ortaya çıkmasının yanı sıra, yabancı benliğin ezici müdahalesine de karşı savunmasız hale gelir. Zihinselleştirmeye ilişkin gelişimsel modelimize geri dönersek, küçük bir çocuk, bebeklikten başlayarak öznel durumlarını deneyimleyerek önce kendi zihnine, sonra da başkalarının zihnine değer verir.

Machine Translated by Google

Bakıcıları tarafından doğru bir şekilde tanınan, yansıtılan ve tepki verilen. Bebeğin zihninin bu "ikincil temsillerinin" kendisine yansıtılması deneyimi, kendi öz temsilini ve eylemliliğini oluşturmasına yardımcı olur. Anayasal (yani genetik veya biyolojik) zayıflıklar veya bakıcının tepkilerinde sürekli olarak yanlış veya yansıtmayan bir bakıma maruz kalma, çocuğu kendi durumunun tutarlı bir öz temsiliyle bağdaşmayan zayıf bir temsiliyle baş başa bırakabilir. Örneğin, bakıcı bebeğe yanıt vermezse veya bebeğin hayal kırıklığı, bakıcının çocuğa kendi öfkesini ifade etmesiyle karşılanırsa (bebeğin hayal kırıklığını kendisine yansıtmak yerine), bebeğin içselleştirmesi için uyumsuz veya yanlış bir ikincil temsil oluşturulur. Çocuğun öfke hissi, dünyanın çocuğa ve çocuğa öfkeli olduğuna dair genel bir his olarak deneyimlenir ve psişik bir eşdeğerlik deneyimi yaratır. Bebeğin durumunun bu koşulsuz temsilinin içselleştirilmesi, yabancı benlik olarak tanımladığımız şeyi yaratır. Çocuğun zihninin bakıcı tarafından temsili, bebek tarafından benlik duygusunu oluşturmak için zorunlu olarak içselleştirilir, ancak bu temsil bebeğin benlik durumuyla tam olarak örtüşmez ve benlik yapısında bir kopukluğa yol açar. Böyle bir kopukluk, itici bir deneyimdir; kişinin gerçekten kendisine aitmiş gibi hissetmediği bir duygu, inanç veya dilekte bulunmanın rahatsız edici hissini içerir.

Yabancı benliğin, bakım verenin istismarı veya ihmalinden kaynaklanan benlik temsillerinin aracı haline geldiği durumlarda, özellikle zulmeden bir varlık olabilir ve ondan kurtulma ve dışsallaştırma ihtiyacı yoğun bir şekilde hissedilebilir. Bu ihtiyaç, örneğin, kişi öfkeliyse başkasını kışkırtıcı bir şekilde rahatsız ederek veya yabancı etki savunmasızlıkla ilişkilendirilmişse başkasında belirsizlik yaratarak ortaya çıkabilir. Ayrıca, kişinin kendi bedeniyle ilgili olarak da dışsallaştırılabilir; kendine zarar verme veya intihar eğilimi şeklinde cezalandırılma veya rahatlama ihtiyacı olarak. Ergenlik döneminde yapılan klinik çalışmalar, ciddi içsel saldırılara yol açan ve gencin kendini ezici bir şekilde işe yaramaz, başarısız, sevilmeyen, umutsuz vb. hissettiği korkunç içsel durumlar yaratan kötü huylu bir yabancı benliğin varlığını sıklıkla ortaya koymuş İçsel saldırının şiddeti dayanılmazdır ve onu özellikle dayanılmaz kılan şey, gencin yaşadıklarını zihinselleştirme kapasitesinin eksikliği nedeniyle, yaşananların bir duygu olarak değil, bir olgu olarak hissedilmesidir. Dolayısıyla harekete geçmek zorunludur.
Eddie'nin klinik örneğine geri dönersek, sorunlu veya düşmanca bir akranıyla karşılaştığında aşırı zihinselleştirdiği düşünce süreçlerinin zaman zaman öyle yoğun bir etki yarattığını (kaygı, korku, reddedilme ve düşmanlık duyguları) fark etti ki, o akranıyla zor veya potansiyel olarak zor bir karşılaşma yaklaştığında, olup biteni düşünme kapasitesi tamamen ortadan kalktı ve oldukça aşırı sözlü saldırılarda veya tehditlerde bulundu.

MBT-A'nın Yapısı MBT-A

genellikle, zihinselleştirme temelli aile terapisi (MBT-F; Bölüm 15'te açıklanmıştır) veya grup MBT'si (MBT-G; Bölüm 5'te açıklanmıştır) ile birleştirilmiş bireysel MBT seansları olarak sunulur. Bireysel MBT, daha yoğun bir program gerektiğinde genellikle hem MBT-G hem de MBT-F ile birleştirilir. Tipik olarak, bireysel MBT-A seansları en az haftada bir, MBT-F seansları ise daha seyrek, belki ayda bir kez gerçekleşir. Tedavi genellikle 12 ay sürer.

Değerlendirme

Değerlendirme aşaması, Gençler için Yansıtıcı İşlev Anketi [13] gibi tanısal, bilişsel ve zihinselleştirme ölçümlerinin kullanımını içerir. Ayrıca aileyi de dikkate alır.

Machine Translated by Google

işlevselliğini ve ebeveynlerin zihinselleştirmelerini bozabilecek stres faktörlerini tespit eder. Değerlendirme aşaması genellikle 2 hafta sürer ve bireysel terapistlerle bir veya iki seans ve aile terapistiyle bir veya iki seans içerir. İdeal olarak, aile terapisti ve bireysel terapist farklı kişilerdir.

İlk Aşama

Formülasyon

Tedavinin ilk aşaması hastanın yazılı bir formülasyon almasıyla başlar, ardından formülasyon hakkında hasta ve klinisyen arasında bir tartışma yapılır.
Tedavinin aile bileşeninde de ebeveynlerle bir formülasyon sağlama ve tartışma süreci aynı şekilde gerçekleşir. Aile formülasyonunun oluşturulması, farklı aile üyelerinin ailenin karşılaştığı zorlukların doğası hakkında oldukça farklı bakış açılarına sahip olabileceği gerçeğini sıklıkla vurgular ve üzerinde düşünülmesini gerektirir.
Formülasyonun geliştirilmesi, MBT'de her zaman olduğu gibi, görüş farklılıklarının kabul edilmesini ve dikkate alınmasını gerektiren işbirlikçi bir çabadır.

Kriz Planı

Kendilerine veya başkalarına zarar verme riski daha yüksek olan gençlerle çalışırken, çok net bir kriz planına sahip olmak çok önemlidir. Rossouw'un [6] belirttiği gibi, somut bir kriz planı iki nedenden dolayı önemlidir: Gençlerle çalışırken ortaya çıkan riski yönetmenin bir yolunu sağlamaya yardımcı olur ve gençlerin duygularını yönetmeye ve zorluklarla karşılaşmaya çalışırken onlara destek ve zihinsel bir ağ sağlar.

Genç birey için hazırlanan formülasyonda ayrıntılı bir kriz planı yer almaktadır. Bu plan, duygusal düzensizliği ve dürtüsel davranışı tetikleyebilecek faktörleri vurgulamayı, zihinselleştirmeyi yeniden canlandırmanın yollarını önermeyi ve bunda başarısız olunması durumunda, genç bireyin düzensiz ve sıkıntılı olduğunda başvurabileceği tehlikeli ilerleme yolları yerine alternatif acil eylem planları belirlemeyi amaçlamaktadır. Burada bir kriz planı örneği (Rossouw [14], s. 63'e dayanmaktadır) verilmiştir.

Klinik Örnek: Kriz Planı Sizin ve

benim belirlediğimiz tetikleyici faktörler, reddedildiğinizi, aşağılandığınızı veya kendinizden memnun olmadığınızı hissettiğiniz zamanlardır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, bu duygular aniden ortaya çıkmaz; muhtemelen yakın bir ilişkide tetiklenmişlerdir. Bu duygulara sahip olduğunuzda, onları yok etmek için aceleyle harekete geçme eğiliminde olursunuz.

Tekrar böyle hissettiğinizde, 10 dakika erteleyerek eylemi durdurmayı denemenizi rica ediyorum. Ardından, bu 10 dakikayı, kötü hissi yaşamadan birkaç dakika önce neler olduğunu düşünmeye çalışmak için kullanın. Bu, ne hissettiğinizi ve yakın bir ilişkide bu hisse katkıda bulunmuş olabilecek şeyleri daha net anlamanıza yardımcı olabilir.

Bu anlayışı daha net bir şekilde kavradığınızda, bir çözüm düşünmek veya olaylara farklı bir açıdan bakmak daha kolay olabilir. Bu gerçekleştiğinde, artık aceleyle harekete geçmeniz gerekmediğini hissedebilirsiniz.

Eğer bu işe yaramazsa ve kendinize zarar verme riski altında olduğunuzu düşünüyorsanız, kendinize zarar vermenin alternatiflerini keşfetmeyi deneyin; koşmaya gitmek gibi fiziksel ve zorlayıcı bir şey yapın, dikkatinizi dağıtmaya çalışın, bir arkadaşınızla veya güvendiğiniz biriyle konuşun veya sizi seven tanıdığınız birini düşünün ve eğer onlarla konuşsaydınız o kişinin size ne hissedeceğini ve ne söyleyeceğini hayal edin.

Machine Translated by Google

Bazen duygusal olarak kendinizi uyuşturmak için kendinize zarar verirsiniz. Böyle bir ruh haline girdiğinizde, bunun sizin için iyi bir ruh hali olmadığını ve size zarar verdiğini hatırlamaya çalışın.

Kendinizi gerçekliğe döndürmeye çalışın; biriyle konuşmak, oyun oynamak, şiir yazmak, resim yapmak veya televizyonda dikkatinizi çekebilecek bir şey izlemek gibi kendinizi meşgul edecek bir şey yapın. Zihniniz kendinizle ilgili olumsuz düşüncelerle doluyken oturup boşluğa bakmayın.

Eğer tüm bunlar başarısız olursa, kliniği arayın ve benimle görüşmek istediğinizi söyleyin, müsait olduğumda sizi geri arayacağım.

Ebeveynlere bir kriz planı daha sunulur. Bu plan, kendine zarar verme konusunda temel eğitim ve kendine zarar verme davranışlarına nasıl tepki verileceği konusunda tavsiyeler içerir. İlaçları kilitli tutmak veya uygunsa tıraş bıçağı veya bıçağa erişimi kısıtlamak gibi bazı temel güvenlik tavsiyeleri içerir. Ebeveynler, genci dinlemeye, anlamaya ve ona destek olduklarını ve yanında olduklarını iletmeye teşvik edilir. Panik yapmamaları, genci suçlamamaları veya cezalandırmamaları tavsiye edilir.

Sözleşme

Sözleşme, tedavi planı, tedavi süresi ve ebeveynler de dahil olmak üzere tedaviye katılan herkesin üstlenmesi gereken taahhütler hakkında bir anlaşmadır.

Psikoeğitim Aile

ile yapılan formülasyon seansını genellikle psikoeğitim seansı takip eder.
Bu oturumun amacı, MBT'nin temel prensiplerini tanıtmaktır: Davranışın bir anlamı vardır, duygular ilişkisel bir bağlamda ortaya çıkar ve insanların birbirleri üzerinde güçlü bir duygusal etkiye sahiptir.

Bu oturumun formatı, çok aileli bir grup veya bireysel bir aile oturumu olabilir. Genellikle, ana prensipleri açıklamak için günlük hayattan örnekler kullanılarak aile veya ailelerle bir tartışma şeklinde ele alınır. Özellikle çok aileli bir grup bağlamında, tartışmayı desteklemek için oyunlar, rol yapma oyunları ve video materyalleri kullanmak faydalı olabilir.

Orta Aşama MBT-

A'nın orta aşaması genellikle 9-10 ay sürer. Bu tedavi aşamasının genel amacı, hastanın ve ailesinin zihinsel becerilerini geliştirmektir.
MBT-A seansları büyük ölçüde yapılandırılmamıştır; bu gereklidir çünkü her seansın odak noktası genellikle gencin mevcut veya yakın tarihli kişilerarası deneyimleri ve bu deneyimlerin uyandırdığı zihinsel durumlardır. Sürecin temel bileşenlerinden biri, hem gencin hem de ailesinin daha iyi dürtü kontrolü sağlamasına yardımcı olmaktır.
Madde kullanımı, tehdit edici davranışlar veya aşırı yeme ve kusma gibi intihar, intihara teşebbüs ve diğer zararlı veya dürtüsel davranışları yönetmek için özel müdahaleler kullanılır.

Son Aşama

MBT-A'nın son aşamasının amacı, tüm psikoterapötik tedavilerde olduğu gibi, hastanın bağımsızlığını geliştirmektir. Bu hedefe ulaşmanın önemli bir yönü,

Machine Translated by Google

İlişkisel istikrarı sağlamak ve hastanın ilişki ağları içindeki özerklik ve hareket kabiliyetini desteklemek. Ayrıca, hastanın ve ailesinin zorluklar tekrarlarsa ne yapacaklarını bilmeleri için bir başa çıkma planı oluşturulur. Son aşama genellikle yaklaşık 2 ay sürer ve sonlara doğru randevular daha da sıklaşır.

Sonuç Açıklamaları

Zihinselleştirmenin gelişiminin sosyal açıdan duyarlı doğası, MBT-A'nın teorisini ve pratiğini üç farklı şekilde şekillendirir. İlk olarak, çalışmanın niteliği gelişim aşamasına uygun olmalıdır; çalışmanın, ergenlerin tipik zihinselleştirme güçlü ve zayıf yönlerinin doğasının anlaşılmasıyla şekillendirilmesi ve dengeli zihinselleştirmeyi sürdürme kapasitesinin geç ergenlik ve genç yetişkinlikte bile savunmasız kaldığı gerçeğine duyarlı olması esastır. İkinci olarak, gelişimsel süreçler belirli bir aciliyet katabilir; ergenin zihinsel durumlar hakkında düşünme kapasitesinin gelişmesini destekleyebilecek bir müdahale, gelişimlerini farklı ve değerli şekillerde destekleyebilir. Üçüncü olarak, ortaya çıkan zihinselleştirme terapötik bir fırsat olarak görülmelidir; ergenler genellikle diğer insanların zihinsel durumları hakkında son derece meraklıdır ve bu fikirleri düzenli bir şekilde uyarma fırsatından yararlanırlar. Ergenin zihnine düzenli ve müdahaleci olmayan bir şekilde açık bir şekilde ilgi gösteren, aynı zamanda zihnin ayrılığına ve inisiyatifine saygı gösteren güvenli ve güçlü bir zihinselleştirici terapötik müdahale deneyimi, ergenin gelişimsel yolculuğuna bir ivme kazandırabilir.

Referanslar

1. Dumontheil I, Apperly IA, Blakemore SJ. Zihin kuramının çevrimiçi kullanımı ergenliğin sonlarında gelişmeye devam etmektedir. Dev Sci 2010; 13: 331–8.

2. Mills KL, Lalonde F, Clasen LS ve diğerleri. Geç çocukluk döneminde sosyal beyin yapısındaki gelişimsel değişiklikler ve ergenlik. Soc Cogn Affect Neurosci 2014; 9: 123–31.

3. Crone EA, Dahl RE. Ergenliği sosyal-duygusal katılım ve hedef esnekliği dönemi olarak anlamak. Nat Rev Neurosci 2012; 13: 636–50.

4. Moor BG, Macks ZA, Güroğlu B ve ark. Gözlerdeki zihni okuma becerisinin nörogelişimsel değişimleri. Soc Cogn Affect Neurosci 2012; 7: 44–52.

5. Okonofua JA, Paunesku D, Walton GM. Empatik disiplini teşvik etmek için yapılan kısa müdahale, ergenler arasında uzaklaştırma oranlarını yarı yarıya azaltıyor. Proc Natl Acad Sci USA 2016; 113: 5221–6.

6. Rossouw T. MBT tekniği ne zaman Gençlerle çalışma. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, editörler. Ergenler İçin Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi: Pratik Bir Tedavi Rehberi. Abingdon, BK: Routledge, 2021; 43–56.

7. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, eds. Ergenler İçin Mentalizasyon Tabanlı Tedavi: Pratik Bir Tedavi Rehberi. Abingdon, İngiltere: Routledge, 2021.

8. Bateman A, Fonagy P. Kişilik Bozuklukları İçin Mentalizasyona Dayalı Tedavi: Pratik Bir Kılavuz, 2. baskı. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2016.

9. Sharp C, Vanwoerden S. Sınırda kişilik bozukluğunda hipermentalizasyon: Bir model ve veriler. J Infant Child Adolesc Psychother 2015; 14: 33–45.

10. Bo S, Sharp C, Fonagy P, Kongerslev M. Ergenlik dönemindeki BPD'de hipermentalizasyon, bağlanma ve epistemik güven: Klinik örnekler. Personal Disord 2017; 8: 172–82.

Machine Translated by Google

11. Sharp C, Ha C, Carbone C ve diğerleri.
Ergen hastalarda hipermentalizasyon: Tedavi etkileri ve borderline özellikler ile ilişkisi.
J Personal Disord 2013; 27: 3–18.

12. Sharp C. Sınırda Kişilik Bozukluğunun sosyal-bilişsel temeli: Hipermentalizasyon teorisi. Sharp C, Tackett JL, editörler. Çocuklarda ve Ergenlerde Sınırda Kişilik Bozukluğu El Kitabı. New York, NY: Springer, 2014; 211–26.

13. Sharp C, Steinberg L, McLaren V ve diğerleri.
Gençlik İçin Yansıtıcı İşlev Anketi (RFQY) Ölçeği B'nin madde yanıt teorisi kullanılarak iyileştirilmesi.
Değerlendirme 2022; 29: 1204–15.

14. Rossouw T. Terapinin yapısı. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, editörler.
Ergenler İçin Mentalizasyon Tabanlı Tedavi: Pratik Bir Tedavi Rehberi.
Abingdon, İngiltere: Routledge, 2021; 57–73.

Machine Translated by Google

Bölüm 15

Ailelerle Çalışmak

Giriş Aileler için zihinselleştirme temelli tedavi (MBT-F), zihinselleştirme yaklaşımını mevcut aile terapisi modellerine entegre etmenin bir yolu olarak geliştirilmiştir. Bir terapist, MBT-F'yi tek başına bir müdahale olarak veya düşüncelerini şekillendirmeye yardımcı olmak için ek bir araç olarak kullanabilir. Ailelerle çalışırken zihinselleştirme yaklaşımını uygulamak, zihinselleştirmenin bozulduğu ve zihinselleştirme dışı yaklaşımların ön plana çıktığı etkileşimlere odaklanmayı içerir. Zihinselleştirmede bu tür çöküşlere sık sık maruz kalan çocuklar, insanların davranışlarını düzenli bir şekilde yönlendiren zihinsel durumlar hakkında düşünmeye maruz kalmanın sağladığı faydalı gelişimsel deneyimi kaçıracaklardır.

Tipik olarak, bir aile sistemi çatışma zamanlarında zihinselleştirmede kolektif bir çöküş yaşar ve zihinselleştirmemenin ortaya çıkması duygu düzenlemesinde bir bozulmaya yol açar, böylece diğer aile üyelerinin zihinlerinde neler olup bittiğini düşünme olasılığı bastırılır.

Zihinselleştirmeye dayalı bir aile yaklaşımı, genellikle aileyi aile yaşamlarındaki tipik olarak zor senaryolar hakkında sohbete dahil etmeyi, duygulanımdaki değişiklikleri fark etmeyi ve bunların diğer aile üyelerini nasıl etkilediğine dikkat çekmeyi amaçlar. Çalışmanın amacı, aile davranışlarını zihinselleştirmek ve kişinin kendisi ve başkalarının zihinsel durumları ve davranışları arasında bağlantılar kurmaktır. MBT-F'de kullanılan tekniklerin çoğu aslında iyi bilinen, önceden var olan sistemik uygulamalardır. Ancak MBT-F, zihinselleştirmeye açıkça odaklanması bakımından diğer aile müdahalelerinden farklıdır. MBT-F'nin temel amaçlarından biri, aile üyelerinin birbirleriyle ilişkili olarak deneyimleyebilecekleri anlayışını geliştirmektir (çocukların ve ergenlerin gelişimsel kapasiteleri dikkate alınarak). MBT-F yapılandırılmış bir program olmadığı için, burada MBT-F'de kullanılan bazı temel fikir ve teknikleri açıklayacağız.

MBT-F'deki Zihinselleştirme Duruşu

Bu kitap boyunca zihinselleştirme duruşuna değindik ve önceki bölümlerde açıklanan zihinselleştirme duruşunun yönleri MBT-F için de aynı ölçüde geçerlidir. Okuyucuya bir hatırlatma olarak, zihinselleştirme duruşu aşağıdaki nitelikleri ve davranışları içerir. Sorgulayıcıdır ve saygılı, meraklı ve çekingen bir sorgulayıcı tavırla zihinselleştirmenin değerini sürekli olarak teyit eder. Terapist, zihinsel durumlarla ilgili olarak ilgi gösterir ancak kesinlik göstermez ve zihinselleştirme hatalarını ve bozulmalarını kabul etme konusunda açık bir tavır da dahil olmak üzere kendi zihinselleştirmesini açıkça modeller. Nitekim, bu kopuş anları, ortak zihinselleştirmeyi yeniden tesis etmek ve herhangi birimizin zihinsel durumları bilebileceği kesinlik eksikliğini göstermek için faydalı olabilir. Bu duruş şunları içerir:

Machine Translated by Google

Hastaların zihinselleştirmemelerine yargılayıcı olmayan bir şekilde yanıt vermek, ilk etapta empati ve doğrulama yoluyla gerçekleşir. Terapötik süreç geliştikçe, bu yaklaşım, zihinsel durumların keşfedilmesini teşvik etmek için netleştirme, duygu odaklılık ve ayrıntılandırmayı devreye sokmaya doğru evrilir. Ardından, nazik meydan okuma, zihinselleştirmeme durumlarının kesintiye uğratılması ve bağlantıların kurulmasını içeren daha ileri bir süreç başlatılır.

MBT-F klinisyeninin zihinselleştirme duruşunu sürdürmedeki görevi, doğal etkileşimleri gözlemlemek ve aile üyelerinin her bir aile üyesinin deneyimlediği duyguları anlamalarına yardımcı olarak değişimi teşvik etmek için müdahale etmek arasında bir denge sağlamaktır; bu aynı zamanda, bu duyguların yanlış iletilmesinin veya yanlış anlaşılmasının (veya anlaşılmamasının) aile sorunlarını sürdüren etkileşimlere nasıl yol açtığını vurgulamayı da içerir. Ayrıca, terapist zihinselleştirmeyen etkileşimleri kesintiye uğratmak ve yeni ve farklı bakış açıları oluşturmaya yardımcı olabilecek bir bağlam yaratmak için çalışır. Terapistin bir diğer önemli görevi de, aile üyelerinin duygu, düşünce ve niyetleri olumlu bir şekilde ilişkilendirme becerilerini geliştirmeye yardımcı olmak için etkili zihinselleştirmeyi işaretlemek ve desteklemektir; bu, etkili zihinselleştirme örneklerinin vurgulanması ve tartışılmasıyla yapılır.

MBT Döngüsü:

Zihinselleştirmenin bir aile tarafından uygulanabileceği bir çerçeve oluşturmak için sıklıkla kullanılan bir teknik, MBT Döngüsüdür (4. Bölüm'de daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır). Aile terapisi bağlamında, "döngü", aile üyelerini bir araya getirerek anı kolektif olarak zihinselleştirme duygusu yaratmak ve aynı zamanda her aile üyesinin farklı bir bakış açısına sahip olduğu fikrini korumak için genişletilir [1].

MBT Döngüsü, terapistin bir aile etkileşimi hakkında bir gözlem yapmasıyla başlatılır: "Josh'un, babasının kendisine saygısızlık ettiğini düşündüğünde sinirlenmesini umursamadığını anlattığında hem annemin hem de babamın oldukça sinirli görünmeye başladığını gördüm, ancak Lucy biraz üzgün görünüyordu." Terapist, ailenin gözlemlenebilir duygusal tepkilerine -dışsal zihinselleştirme- dikkat çekiyor, ancak bu noktada aile üyelerinin içsel zihinselleştirmelerini de kontrol etmesi gerekiyor: "Az önce tanımladığım şey size doğru geliyor mu, yoksa olup bitenin tam olarak doğru tanımı değil mi?"
Terapist, bu içsel odaklanmaya geçerek zihinsel bir duruş sergiler (aşırı kesin değil, meraklı ve zihinsel durumları keşfetme isteği). Terapistin bakış açısını da işin içine katarak, etkileşim artık ailenin birlikte değerlendirebileceği bir şeye dönüşür.

Terapistin döngüyü başlatırken söyledikleriyle aile üyeleri arasında bir etkileşim olduğunu varsayarak, terapist "anı daha fazla zihinselleştirmeye" çalışarak süreci genişletebilir. Bu, arkasındaki zihinsel durumlar hakkında düşünmeye daha fazla dikkat çekmek için, şimdi ve buradaki etkileşime daha yakından odaklanmayı içerir. Örneğin, terapist şöyle diyebilir: "O anda Lucy'nin yerinde olduğumuzu hayal etmeye çalışırsak, o kadar üzgün göründüğünde ne hissettiğini veya aklından hangi düşüncelerin geçtiğini hayal edebilir miyiz?" Terapist, Lucy'nin yerinde olmanın nasıl bir şey olduğunu merak ederek, ebeveynleri çocuklarını zihinselleştirmeye -düşük zihinselleştirmelerinden çıkıp başka bir kişinin zihnine odaklanarak- bilinçli olarak teşvik eder. Genel olarak, ebeveynlerden kendilerini zihinselleştirmelerini istemeden önce, çocuklarının zihinsel durumları hakkında düşünmelerini isteyerek başlamak daha iyidir. Ebeveynler ancak çocuğun şimdi ve buradaki deneyimi üzerinde biraz düşündükten sonra,

Machine Translated by Google

Terapist, her ebeveyni çocuğa tepki olarak kendi zihinselleştirmelerini keşfetmeye teşvik eder; örneğin, "Lucy'yi böyle gözyaşları içinde görmek, sizde ne gibi duygular uyandırıyor?" diye sorarak.

Terapist, bir ebeveynin Lucy'nin başına gelenler hakkındaki bakış açısını dinledikten sonra, MBT Döngüsünü başka bir aile üyesine genişletiyor: "Annem, Lucy'nin ailenin birbirine bağırmak yerine birbirini biraz daha anlamaya çalışmasından dolayı rahatladığını düşünüyor. Baba, Lucy'nin o anda başına gelenler hakkında ne düşünüyorsun?"
Terapist tüm aile üyelerine bu konudaki düşüncelerini benzer bir şekilde sorardı: "Josh, Lucy'nin kafasından çizgi film gibi düşünce baloncukları çıksaydı sence ne söylerlerdi?"
Terapistin tüm aileyi etkileşim hakkında "beyin fırtınası" yapmaya teşvik etme süreci - tüm aile üyeleriyle iletişime geçmeye ve onları şeyleri nasıl gördüklerini, benzer veya farklı şekilde, söylemeye teşvik etmeye dikkat etmek - şu döngüyü üretir: "Fark edilen şey adlandırılır ve adlandırılan şey sorgulanır ve algılar her yönden kontrol edilir. Aile üyeleri belirli bir diziyi bu şekilde geri almaya ve gözden geçirmeye teşvik edildiğinde, etkili bir zihinselleştirme duruşunu yeniden ateşleyebilecek bir meta-perspektif üretilir" (Asen ve Fonagy [1], s. 28–9).

Terapist, odada olup bitenlere odaklanmanın yanı sıra, bir aile üyesinden, mevcut ve şimdiki zihinsel durumları ailede ortaya çıkmış olabilecek benzer durumlarla ilişkilendirmesini ve seansta gerçekleşen etkileşimleri aile davranış kalıplarıyla ilişkilendirmesini isteyebilir. Böylece döngü, daha geniş aile kalıplarını ve tipik senaryoları kapsayacak şekilde genişletilir. Bu, terapistin tüm aile üyeleri için bu tipik davranışların ardındaki anlam ve duyguları izlemeye odaklanmaya yardımcı olmasıyla, aile içinde tipik zorluklar hakkında tartışmaları teşvik eder.
Terapistin soracağı basit bir soru bunu başarmaya yardımcı olabilir: "Böyle şeylerin evde de yaşandığını fark ettiniz mi? ... Ve bir dahaki sefere böyle bir şey olduğunda bunu nasıl farklı şekilde yönetebilirsiniz?" (Asen ve Fonagy [1], s. 29). Genelleme ve değişimi dikkate alma yönündeki bu değişim, aile üyelerinin kendi fikirlerini ve çözümlerini harekete geçirmeyi amaçlar. Eğer bu bir aile üyesinin önerilerine yol açarsa, terapist bunu fark eder ve adlandırır: "Babanın böyle bir şey olursa, annenin onu sakince kenara çekmesi ve kızının önünde konuşmaması gerektiğini düşündüğünü görebiliyorum - doğru mu anladım?" ve "kontrol" döngüsü tekrar başlar (Asen ve Fonagy [1], s. 29).

Terapist, aile üyeleri arasındaki etkileşimleri, etkileşimdeki her bireyin neler yaşadığına dair sorular sorarak veya meraklarını vurgulayarak yavaşlatmaya çalışır. Bu duraksamanın aile ilişkilerinin akışına dahil edilmesinin amacı, daha fazla düşünceli zihinselleştirme alanı sağlamaktır. Genel amaç, aile üyelerinin bakış açılarını değiştirerek seansta yaşananların ayrıntılarına daha az odaklanmalarını ve sorunlu etkileşimlerin nasıl ortaya çıktığına dair daha genel bir anlayış geliştirmelerini sağlamaktır.

MBT-F'de Egzersizler

MBT-F, bireysel zihinselleştirmeyi yeniden canlandırmanın ve ailenin zihinsel durumlara olan ilgi ve dikkatinin tüm aile üyeleri arasında dağıtılmasını teşvik etmenin yollarını bulmak için bir dizi teknik geliştirmiş ve sistemik aile terapisinden başka teknikler de ödünç almıştır. MBT-F'deki egzersizler eğlenceli olacak şekilde tasarlanmıştır ve MBT'de oyun kullanımının bir başka örneğidir. Oyun kullanımının, özellikle kaçınmacı kişilik bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda önemli olduğu belirtilmiştir (bkz.

Machine Translated by Google

Bölüm 8) ve çocuklarla da (bkz. Bölüm 13), ancak oyunculuk tüm MBT biçimlerinin temel bir bileşenidir. Alıştırmalar her zaman açık bir düşünme gerektirmez, daha ziyade bir aile içinde zihinselleştirici bir kültür yaratılmasını destekleyen içsel durumların örtük, sezgisel bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. MBT-F, terapistin temel görevinin aile üyelerinin yaşanmış deneyimleri üzerine ortak bir düşünmeyi kolaylaştırarak zihinselleştirici bir kültür inşa etmek olduğunu belirterek bu örtük öğrenme ilkesini benimser.

"Başkasının ayakkabılarına girmek" olarak bilinen egzersiz, aile üyelerini olaylara birbirlerinin bakış açısından bakmaya teşvik etmek için geliştirilmiştir. Her aile üyesinden bir kağıt alıp ayaklarının altına koyması ve ayakkabılarının dış hatlarını çizmesi istenerek başlar. Ardından aileden yakın zamanda yaşadıkları zorlu bir etkileşim veya yanlış anlama hakkında konuşmaları istenir ve buna yaklaşık 5 dakika ayırırlar. Ardından her aile üyesi ayağa kalkar ve solundaki kişinin koltuğuna geçer ve ayaklarını yanlarında oturan kişinin ayakkabılarının dış hatlarına koyar [2]. Terapist şu soruları sorar: "Bu ayakkabılarla orada oturmak nasıl bir his? Çok mu büyükler yoksa çok mu küçükler? İyi bir his mi yoksa biraz rahatsız edici mi? Şimdi o kişi olduğunuzu ve az önce yaptığınız tartışmaya o kişinin bakış açısından devam etmeniz gerektiğini hayal edin." Birbirlerinin "ayakkabılarını" işgal ederek, aile üyeleri konuyu birbirlerinin bakış açısından düşünmeye teşvik edilir. Bunun iki faydası vardır. Birincisi, başka birinin yerine geçen kişi, o kişiyi zihinselleştirme kapasitesini kullanmaktadır ve ikincisi, bu, yerine geçen kişide tanınma ve bakış açısının kabul edilip anlaşılması deneyimini yaratabilir. Böyle bir alıştırmanın sağladığı anlayış iletişimi, ideal olarak daha fazla ortak zihinselleştirmeye açıklığı teşvik edecek ve epistemik uyanıklığı azaltacaktır.

"Beden-his taraması", her aile üyesinin büyük bir kağıda uzanması ve diğer aile üyesinin etrafına kendi silüetini çizmesi istenen bir egzersizdir [2]. Ardından her aile üyesi, aklına gelen renkleri, şekilleri veya görüntüleri kullanarak duygularını kendi vücut hatlarına çizer veya boyar ve bu duyguları etiketlemeleri istenir. Son olarak, duygularını açıklarken "taramalarını" ailenin geri kalanına gösterirler. Aile üyeleri, endişe veya öfke gibi farklı duyguların vücutlarında nerede konumlandığını karşılaştırabilir ve taramalarını açıklayarak bu duyguların tam olarak nasıl hissettirdiğini (bazı duyguların ifade edilmesinin, bazılarının kontrol edilmesinin ne kadar zor olduğunu) aktarır ve ayrıca daha erişilebilir olan ve aileyle paylaşılabilen mutlu veya eğlenceli duyguları tarif ederler. Kıskançlık veya öfke duyguları tanımlandığında, bu, aile üyesinin bunları nasıl tanıyabileceği ve başkalarıyla nasıl paylaşabileceği hakkında konuşmak ve bu duygular çok yoğunlaşmadan önce onları yönetmeye yardımcı olmak için bir fırsat olabilir. Bu duygu ve bedensel durum deneyimlerini paylaşmak, zihinsel durumların fiziksel durumları yönlendirebileceği fikrini ortaya çıkarır. Davranışlar zihinselleştirilebilir ve dahası, öz düzenlemeye yardımcı olmak ve izolasyon duygusunu, ayrı ve içe kapanık bir fiziksel durumda sıkışıp kalma veya bunalmış olma hissini azaltmak için diğer aile üyeleriyle birlikte zihinselleştirilebilir.

Bu alıştırmanın bir çeşidi, her aile üyesine insan beyninin bir kesitinin basit bir çiziminin verildiği "zihin-beyin taraması"dır [3]. Anatomik olarak doğru dört beyin ventrikülü tasviri yerine, bu beyin resmi 10 büyük ve küçük boşluk içerir. Aile üyelerinden, başka bir aile üyesinin "kafasında neler olup bittiğini" hayal etmeleri ve boşlukları o kişinin zihninde olduğunu düşündükleri duygular, istekler, inançlar veya düşüncelerle doldurmaları istenir. 6 kişilik bir ailede,

Machine Translated by Google

Dördüncüsü, her üyenin üç zihin-beyin taramasını elde etmek mümkün olacak ve bu da farklı algıların nasıl oluşabileceği konusunda düşünceli karşılaştırmalar yapılmasına olanak tanıyacaktır [1]. Bu alıştırmada, beyindeki "boşlukların" içerikleri, öncelikle aile üyeleri arasındaki iletişime yardımcı oldukları için önemlidir. Bu ve MBT-F terapisinde kullanılabilecek diğer oyunları önemli kılan şey, içerdikleri zihinsel durumların ayrıntılı bir şekilde işlenmesi değil, aynı zamanda örtük anlayışın yansıma yoluyla açık hale getirilmesine de olanak tanımalarıdır.

Aile üyelerinin birbirlerini nasıl zihinselleştirdiğini keşfetmenin bir başka yöntemi de modelleme kilinden yapılmış heykeller kullanmaktır. Aile üyelerinden ortak bir heykel üzerinde birlikte çalışmaları istenir veya alternatif olarak çocuklar ve ebeveynler kendi heykellerini paralel olarak yaratabilirler. Terapist egzersize aile üyelerine şu açıklamayı yaparak başlar: "Her birinizin [veya hepinizin] ailenizi şu anda nasıl gördüğünü gösteren bir heykel yapmanızı istiyorum. Bir sanat eseri olması gerekmiyor, ancak ailede kimlerin olduğunu, herkesin birbirine göre nerede olduğunu, kimin ailenin tam ortasında veya en dışında görüldüğünü veya kimin sorumlu olduğunu ve kimin olmadığını tanımlamanın hızlı bir yolu." Heykeller tamamlandığında, heykeltıraş(lar) aileyi belirli bir şekilde nasıl ve neden resmettiklerini açıklayabilir. Heykeltıraş eserini açıklamadan önce veya sonra, diğer aile üyelerine heykeli nasıl gördükleri ve yaratıcısının düşünceleri ve duyguları hakkında ne aktardığı sorulabilir. Odak noktası, sanatçının heykelini yaparken aklından geçenlerden, diğer aile üyelerinin eserlerine dair tasvirlerini dinlerken aklından geçenler üzerine spekülasyonlara kaydırılabilir. Bakış açılarının paylaşılmasına eşlik eden bu etkinliğin özel bir değeri vardır. Aile heykellerinin, bir aile üyesinin aile yapısını nasıl gördüğünü veya bir bireyin aile içindeki deneyiminin ne olabileceğini göstermesi "sihirli" bir şey değildir; ilerlemeyi sağlayan şey, tüm aile üyeleri tarafından sunulan bilgiyle aktif olarak etkileşim kurmaktır.

Psikodrama tekniklerine [4,5] dayanan rol yapma, bakış açısı edinmeyi teşvik edebilecek başka bir etkinliktir. Rol yapma oyunları, aile üyelerinin bunları canlandırmaya davet edildiği mevcut veya geçmiş sorunlu etkileşimlere dayalı olarak geliştirilebilir ve ardından terapist, durumun farklı şekilde nasıl ele alınabileceği konusunda bazı düşünceler sunabilir. Örneğin, ebeveynler çocukları olmadan bir seansa katılmaya davet edildiğinde, tipik bir çatışma senaryosu hakkında düşünmeleri ve ardından bunu "canlandırmaları" istenebilir [6]. Durum zorlaşır ve kızışırsa, terapist ebeveynlerden durup birbirlerinin düşüncelerini ve duygularını değerlendirmelerini ister. Bu genellikle zorlayıcı olur; bu durumda terapist, tartışmayı "tekrar" etmelerini önerir, ancak rolleri değiştirilerek - yer değiştirmeleri istenir ve annenin baba gibi davranması, annenin de baba gibi davranması gerekir ve her biri diğerinin daha önce söylediği replikleri kullanmak zorundadır.
Üzerine çocuğun/çocukların fotoğrafının yerleştirildiği boş bir sandalye, seansta bulunmayan çocuğu/çocukları temsil edebilir. Ardından, her ebeveynden, hala diğerinin rolünde olarak, aynı sorunlu senaryo hakkında, genellikle takılıp kalınan sonuç yerine yapıcı bir sonuç elde etmek amacıyla farklı cümleler kurması istenebilir. Ayrıca, konunun daha az hararetli ve ilişkinin daha iyi olduğu 3 ay sonra kendilerini hayal etmeleri ve benzer bir sorunlu senaryo hakkında bir tartışmanın nasıl gelişebileceğini canlandırmaları istenebilir. Ayrıca, sandalyede oturan hayali çocuk/çocukları ve konuşmadan ne çıkarabileceklerini düşünmeleri de istenir. Son olarak, her ebeveynden, diğerinin oluşturduğu yeni cümleleri benimsemeleri ve daha önceki sorunlu senaryonun tekrar sahnelenmesinde bunları kendilerine mal etmeleri istenir.

Machine Translated by Google

Bu tür küçük rol yapma oyunları oynarken, ebeveynler genellikle birden fazla versiyon ortaya çıkarırlar; bu, karşılıklı merakı teşvik etmeli ve öngörülen olası gelecek senaryolarındaki farklılıkların nedenlerini araştırmayı gerektirir.

Zihinselleştirme odaklı bir terapist tarafından kullanıldığında, "zihin okuma stetoskopu" kişinin kendi düşünceleri ve hisleri ve başkalarının düşünceleri ve hisleri hakkında yorumlar almak için kullanılabilir. Bir aile seansında terapist, bir çocuğu veya genci (hatta bir yetişkini) stetoskop aracılığıyla bir şey "duyup duyamadıklarını" görmeye teşvik eder; kulaklıkları kulaklarına, sensörü ise aileden başka bir üyenin başına yerleştirir. Stetoskop normalde birinin düşüncelerini dinlemekten ziyade solunum ve kardiyovasküler sorunları (örneğin kalp üfürümleri veya akciğer tıkanıklığı) tespit etmek için kullanılsa da, aile üyelerinin birbirleri ve hassas konular hakkında açıkça zihinselleştirme yapma konusundaki genel isteksizliklerini askıya almalarını sağlayan bir destek olarak şaşırtıcı derecede etkili olabilir.

Klinik Örnek: Zihin Okuma Stetoskopu

TERAPİST: (stetoskopu annemin başına koyarak): Sence orada, senin kafanda neler oluyor? Annesinin kafası mı? Beyninde neler olup bittiğini duyabildiğinizi hayal edin... Ne tür düşünceleri veya istekleri olabilir? Stetoskopu kafasının o kısmına koyalım... annenin zihninin tam arkasına? Bazen insanlar gizli düşüncelerini veya duygularını kafalarının tam arkasına koyarlar... Sizce bunlar neler olabilir? Ve orada neler hissediyor olabilir? Ya da belki vücudunun farklı bir yerinde bir şeyler hissediyordur... Bu stetoskop aynı zamanda kalpleri ve mideleri de dinleyebiliyor. Sizce kalbi birden fazla çocuk için yeterince büyük mü... Sadece sizin için orada olan kısma kulak verin... Neler hissediyor?

Kendini dinlemek de benzer şekilde yapılabilir; kişi stetoskopu kendi kalbine, beynine veya karnına yerleştirir:

TERAPİST: ... ve şimdi bir an için kendinizi dinleyin ... eğer konuşabilseydi o kalbiniz, ne derdi? diyebilir mi?

Biraz cesaretlendirilince, çocuklar genellikle bu tür oyun tekniklerini ebeveynlerinden daha kolay kullanmayı başarırlar; ancak ebeveynler, çocuklarının örneklerinden cesaret alarak, sonunda "zihin okuma" stetoskopunu kendileri de kullanabileceklerini hissedebilirler. Stetoskop sensörünü "dinlenmesi" gereken organa yerleştirmek, fiziksel ve zihinsel dünyalar arasında bağlantı kurmak için basit bir araçtır ve bu bütünleşme muhtemelen gelişimsel olarak etkili zihinselleştirmenin temelini oluşturur. Ancak bu eğlenceli ortam aynı zamanda kişiyi yerleşik düşünce biçimlerinden ayırır ve kaygıyı azaltır. Basit gibi görünen bir cihazın aslında oldukça karmaşık olduğu ortaya çıkar.

Ebeveynler ve çocuklar, karton tüpler ve diğer malzemeler kullanarak kendi "ebeveyn-o-skoplarını" ve "çocuk-o-skoplarını" birlikte inşa edebilirler. Terapist, aile üyeleri bu taklit araçları birlikte inşa ederken aile süreçlerini gözlemleyebilir; nasıl etkileşim kurup iletişim kurduklarını, kimin önderlik edip kimin takip ettiğini, karşılıklı bir alışveriş olup olmadığını vb. Ebeveynler bu alıştırmaya katılmak istemez veya katılamazlarsa, terapist stoktan kendi "skoplarını" tedarik edebilir ve her aile üyesinin bunlardan birini seçmesine izin verebilir. Cihazın fiziksel yapısı "izleme" sürecini somutlaştırır ve böylece, özellikle her aile üyesinin kendi bakış açısıyla meşgul olduğu durumlarda, etkili bir zihinselleştirmenin başlatılmasını sağlar.

Machine Translated by Google

Bu eğlenceli aktivitenin bariz varyasyonları vardır; örneğin, "öğretmen-o-skopları", "polis-o-skopları", "en iyi arkadaş-o-skopları" vb. inşa etmek, aile üyelerinin bir ikilemi, bir sorunu veya bir kişiyi çok farklı açılardan görme becerilerini daha da geliştirir. Özü aynı kalır: Ailede, psişik eşdeğerlik kalıplarını kırma, varsayımları sorgulama ve bunlar üzerinde düşünme ve başkalarının bakış açılarının temsil edildiği karmaşıklığı zenginleştirme isteğini artırarak zihinsel bir duruşun yaratılması veya güçlendirilmesi.

Sonuç Açıklamaları

MBT-F'de, diğer tüm MBT türlerinde olduğu gibi, tedavinin hedefi zihinselleştirmedir. Ailelere değerlendirme aşamasında zihinselleştirme hakkında psikoeğitim verilir ve ardından zihinselleştirme hakkında öğrendiklerini sorunlarına uygulamaları istenir. Aile içinde zihinselleştirmeyi teşvik etme ve dengeleme teknikleri, MBT modelini izler ve her aile üyesinin bakış açısı doğrulanır ve araştırılır. Ardından klinisyen, aile üyelerinin olaylara birbirlerinin bakış açısından bakmalarına yardımcı olur. Daha da önemlisi, ailelerin zorluklarının sorumluluğunu almalarına ve düşük zihinselleştirmeli etkileşimlerin tehlikelerine karşı uyanık olurken, birlikte bu zorluklarla nasıl başa çıkacaklarını tartışmalarına yardımcı olunur.

Referanslar

1. Asen E, Fonagy P. Aile İçi Şiddeti Zihinselleştirme Bölüm 2: teknikler ve müdahaleler. Aile Süreci 2017; 56: 22–44.

2. Asen E, Fonagy P. Zihinselleştirme-Ailelerle Temel Tedavi. New York, NY: The Guilford Press, 2021.

3. Asen E, Fonagy P. Zihinselleştirmeye dayalı terapötik müdahaleler aileler. J Fam Ther 2012; 34: 347–70.

4. Moreno JL, Moreno ZT, Moreno J. İlk Psikodramatik Aile. Beacon, NY: Beacon House, 1964.

5. Yablonsky L. Psikodrama: Çözümleme Rol Yapma Yoluyla Duygusal Sorunlar. New York, NY: Gardner, 1981.

6. Minuchin S. Aileler ve Aile Terapi. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.

Machine Translated by Google

Bölüm 16

Çiftlerle Çalışmak

Giriş Bir çift

ilişkisi, birçok insan için en sürekli ortak zihinselleştirme sistemlerinden birini oluşturur; bu sistemde, aşinalık, özellikle günlük işleyişte otomatik zihinselleştirmeye katkıda bulunur. 2. Bölüm'de belirttiğimiz gibi, doğası gereği bağlanma sistemlerini harekete geçiren yakın ilişkiler, zihinselleştirme süreçlerini devre dışı bırakma eğilimindedir. Bu durum, zihinselleştirme dengesizliklerinin yerleşebileceği ve zihinselleştirme dışı modların ortaya çıkması için tanıdık tetikleyicilerin kolayca devreye girebileceği senaryolar yaratabilir. Bununla birlikte, bir çift ilişkisi aynı zamanda salutojenik (dayanıklılığı ve refahı artıran) ortak zihinselleştirme potansiyelinin zengin olduğu bir ortam da oluşturabilir. Zihinselleştirmeyi ve epistemik güveni modellemeye, desteklemeye ve yeniden tesis etmeye ve yakın ilişkilerde sosyal ve duygusal olarak öğrenme kapasitesine odaklanan zihinselleştirme temelli tedavi (MBT), çiftler hakkında düşünmek ve onlarla çalışmak için özellikle uygundur. Bu bölümde, öncelikle Efrain Bleiberg ve Ellen Safier ile Peter Fonagy tarafından geliştirilen bir çalışma biçimi olan çiftler için MBT'nin (MBT-CO) yapısını ve tekniklerini ana

MBT-CO Yapısı MBT-CO, çiftin

geçmişinin, işleyişinin ve ilişkide zihinsel bir pozisyonu ne ölçüde koruyabildiklerinin ve yeniden kazanabildiklerininin ilk değerlendirmesiyle başlar; bu şunları içerir: her partnerin partneri tarafından tanındığı ve anlaşıldığı hissine sahip

- olması her partnerin partnerinin "kendi tarafında" olduğunu varsayabileceği fikriyle karakterize edilen ortak bir güvenlik ve güven duygusu birbirlerinde dünyayla ilgili bilgilerini ve çiftin birbirleriyle ve dış dünyayla ilişkilerinde neler olup bittiğiyle ilgili
- bilgilerini paylaşan bir "epistemik partner" bulmak ilişkinin hem keşfi, eğlenceli etkileşimleri ve yeni öğrenme ve keşifleri davet eden bir "güvenli üs" hem de bir "güvenli liman" olarak çalışması ilişkinin yakınlık ile cinsel
- yakınlık ve zevk üreten erotik olarak yüklü "ötekilik" arasında bir dengeyi koruyabilmesi [2].

İlk değerlendirme aşaması, bir çiftteki partnerlerin birbirleriyle nasıl ilişki kurduğunu araştırmayı ve listelenen beş özelliğin ilişkide ne ölçüde mevcut olduğunu, hangi tür etkileşimlerin bunları baltaladığını ve zihinsel olmayan işleyiş biçimlerinin ortaya çıktığı anları belirlemeyi içerir. Belirli etkileşim kalıpları (zihinselleştirme ve güvenin bozulma olasılığının daha yüksek olduğu anlar veya senaryolar) sorulur ve değerlendirilir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Zihinselleştirme ve Güvenin Çöküşü Küçük bir çocuğu

olan bir çifti örnek alalım. Çocuğun bir ebeveynin hazırladığı yemeği yemeyi reddetmesi, ebeveyn ile çocuk arasında bir çıkmaza yol açabilir ve ebeveyn giderek daha fazla sinirli ve hayal kırıklığına uğramış hissedebilir. Diğer ebeveyn olay yerine gelip, giderek daha fazla üzülen çocuğu sakinleştirerek çıkmazı çözmeye çalışabilir. Bu da ilk ebeveynin hem eşi hem de çocuk tarafından desteklenmediğini ve reddedildiğini hissetmesine neden olur. İkinci ebeveynin duruma duyduğu öfke ve çocuğa karşı koruyucu tavrı da bu duruma yardımcı olmaz. Teleolojik modun (çocuğun yemek yemesi ve ikinci ebeveynin de ilk ebeveyne sevgi ve destek göstermek için çocuğu yemeye zorlaması gerektiği) ve psişik eşdeğerliğin (ilk ebeveynin çocuğun yemek yemeyi reddetmesinden dolayı incinmiş ve hayal kırıklığına uğramış hissetmesi, dolayısıyla çocuğun düşmanca, inatçı ve reddedici olması ve partnerinin de çocukla "suç ortaklığı" içinde olması) ortaya çıktığı bir savunmacılık döngüsü yaratılır. Ebeveynlerden biri ile çocuk arasında zorlu bir etkileşim olarak başlayan süreç, çiftler arasında bir krize dönüşür ve diğerinin niyetlerine duyulan güven eksikliğiyle desteklenir. İkinci ebeveynin müdahalesi, birinci ebeveyn tarafından zor bir anı bölme girişimi olarak değil, bir saldırı olarak düşünülür.

Değerlendirme, çiftle bir veya iki seans ve ardından her biriyle ayrı ayrı bir veya iki ayrı seanstan oluşur. Bu seanslarda terapist, çifti tedaviye getiren zorlukları, bireysel geçmişlerini (özellikle bağlanma geçmişlerini), çiftin geçmişini ve zihinsel güçlü ve zayıf yönlerini net bir şekilde anlamaya çalışır.

Bireysel seanslarda terapist, her partnerin köken aldığı aile yapısını, ilişki geçmişini, mevcut güçlü yanlarına ilişkin görüşlerini (yani partnerlerinde ve ilişkide değer verdikleri ve değiştirmek istemedikleri şeyleri) ve zorluklarını, ayrıca ilişkiye ve zorlukları ele almayı ve sorunları onarmayı amaçlayan terapi sürecine olan bağlılıklarını araştırır. Bireysel seanslar ayrıca her partnerin kişiliğini, bağlanma stilini, işlevsellik düzeyini (yani katılıklarını, esnekliklerini, başa çıkma stratejilerini, bilişsel stillerini ve iletişim kalıplarını) ve partnerleriyle uyumlarını değerlendirme fırsatı sunar. Buna ek olarak, bireysel seanslar partnerin yanında konuşulması zor olabilecek konuları (örneğin fiziksel ve/veya ruhsal sağlık sorunları, madde bağımlılığı, güvenlik veya şiddet endişeleri, sadakatsizlik, travma) gündeme getirmek için kullanılır; bunlar hem zihinselleştirmedeki zorlukları şiddetlendirir hem de bu zorluklarla daha da şiddetlenir. Bu tür konuların gündeme getirilmesi, terapistin çiftin birbirlerinden gizli tutabilecekleri şeyler, güvenlik ve güvenli bir terapötik ortam yaratma olasılığı ve çiftin terapiye uygunluğu ve hazır olup olmadığı konusunda çifte nasıl destek vereceği konusunda dikkatli düşünmesini gerektirir.

Bu ortak ve bireysel değerlendirme seanslarının tamamlanmasının ardından, terapistin değerlendirilmek üzere bir formülasyon sunduğu ortak bir seans düzenlenir. Formülasyon, terapistin çiftin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin algısını açıklar ve özellikle zihinselleştirme güçlerine ve zayıf yönlerine, güvenme ve öğrenme zorluklarına dikkat çeker. Formülasyon ayrıca çift işlevselliği açısından olası bir iyileşme yolu da önerir. Diğer MBT türlerinde olduğu gibi, formülasyon sözlü veya yazılı olarak sunulabilir; eğer formülasyon yazılıysa, başvurulacak ve terapideki ilerlemenin gözden geçirilmesi için faydalı bir belge sağlayacaktır. Formülasyonun nihai bir belge olmaktan ziyade her zaman "devam eden bir çalışma" olduğunu unutmayın.

Machine Translated by Google

Değerlendirme ve formülasyon paylaşma aşaması, zihinselleştirme ve epistemik güven hakkında bazı fikirleri tanıtmak ve tanımlamak ve MBT sürecini açıklamak için de kullanılabilir. Bu eğitim süreci genellikle zihinselleştirmenin bağlanma ilişkileri bağlamında nasıl geliştiğinin ve insanların savunmacı olduklarında veya bağlanma sistemleri aşırı aktif olduğunda zihinselleştirmenin nasıl bozulma eğiliminde olduğunun açıklanmasını içerir.
Çiftler arasında epistemik güven ve sosyal iletişim kanalının kapanması açısından zihinselleştirmedeki bozulmaların sonuçları da açıklanmakta ve zihinselleştirmenin kendi başına bir amaç değil, devam eden döngüsel bir iletişim ve iletişime açıklık sürecinin bir parçası olduğu fikri aktarılmaya çalışılmaktadır. Okuma materyalleri ve video klipler gibi bazı eğitim materyalleri de sağlanabilir.

Formülasyon tartışmasının bir parçası olarak, terapist genellikle çiftle haftalık bir seans ve bireysel seanslar seçeneğini içeren bir tedavi yapısı önerir. Ayrıca, partnerlerden biri veya her ikisi de bireysel psikoterapi, ilaç tedavisi veya alkol ve madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilebilir. Bu seçenekler, partnerlerden biri veya her ikisi de önemli ruh sağlığı sorunları yaşadığında veya sadakatsizlik gibi güven ihlalleri belirgin olduğunda, gerektiği şekilde önerilecektir.

MBT-CO'daki Zihinselleştirme Duruşu MBT-CO
iki temel özellik etrafında oluşturulmuştur: 1.
terapistin zihinselleştirme duruşu ("nasıl olunur") 2.
terapistin kullanımına açık müdahale yelpazesi ("ne yapılır").

Zihinselleştirme duruşunu 3. ve 4. Bölümlerde ayrıntılı olarak açıkladık ve bu kitap boyunca da bu duruşa değindik. Zihinsel durumlara karşı açık, meraklı ve yargılayıcı olmayan bir "bilmeme" yaklaşımıyla karakterize edilen terapötik bir duruştur ve her MBT çalışmasının dayandığı temel bir uygulamadır. Zihinselleştirme duruşunun bazı yönleri çiftlerle yapılan çalışmalarda özel bir ilgiyi hak eder ve burada bunlara kısaca değineceğiz.

Dengeyi Tutmak

Etkili zihinselleştirme, zihinselleştirmenin dört boyutu arasında (bkz. Bölüm 2) esnek bir denge sağlamayı içerir: kendine odaklanma ve diğerine dikkat etme, duygulanım ve biliş, otomatik ve kontrollü zihinselleştirme (stres ve uyarılma azaldığında daha kolay elde edilir) ve odadaki farklı kişiler tarafından canlandırılan içsel ve dışsal özelliklere ve deneyimlere dayalı zihinselleştirme. Klinisyen, her iki partnerin zihinselleştirme ve uyarılma durumunu ve bir etkileşimin onları nasıl etkilediğini ölçer ve her partnerin deneyimlerini iletmesine ve partneri ve terapist tarafından duyulduğunu ve anlaşıldığını hissetmesine olanak tanır.

Zihinsel Olmayan Davranışı Kesintiye
Uğratmak MBT-CO'nun temel ilkelerinden biri, zihinsel olmayan davranışın zorlu bir etkileşim sırasında bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkma eğiliminde olmasıdır. Bu durum, zihinsel olmayan davranışın daha fazla zorluğa yol açması ve partnerde zihinsel olmayan davranışları tetiklemesi nedeniyle olumsuz bir sarmal yaratabilir. Bu nedenle, zihinsel olmayan işlev ortaya çıktığında,

Machine Translated by Google

Bir seans sırasında belirgin bir şekilde ortaya çıkarsa, terapistin müdahalesi gerekir. İlk gereklilik, terapistin, partnerlerden birinde veya her ikisinde ya da terapistte zihinselleştirmede bir bozulma olduğunu fark etmesidir. Klinisyenin zihinselleştirme yapmaması, partnerlerden biriyle veya her ikisiyle tartışması, çiftin başına gelenler konusunda aşırı kesin olması veya odadaki kişilerin farklı bakış açılarını kavramakta zorlanmasıyla belirtilir. Zihinselleştirmedeki bozulma tespit edildikten sonra, klinisyenin süreci kesintiye uğratması gerekir. Bunu yapmanın bir yolu, terapistin geri çekilip hem terapist hem de çift için neler olup bittiğini düşünmesine olanak tanımak için kısa bir mola vermektir.

Vurgulama ve İşaretleme Zihinselleştirme

Terapistin zihinselleştirme açısından olup bitenlere dikkat göstermesinin bir başka yolu da, partnerlerden birinin veya her ikisinin de etkili zihinselleştirme anlarını belirleyip işaretlemesidir. Etkili zihinselleştirme, partnerin meraklı, saygılı ve diğerinin bakış açısını anlamaya istekli olduğunu veya diğeri üzerindeki etkisinin farkında olduğunu gösterdiği anlarda görülebilir. Ayrıca, birey savunmacı veya aşırı kontrolsüz olmadan kırılganlık duygularını ifade edebildiğinde veya hatalarının veya sebep olabileceği acının sorumluluğunu kabul edebildiğinde de görülebilir.

MBT-CO'da Müdahale Yelpazesi Burada açıklanan

müdahaleler, MBT-CO terapistine çiftin mevcut zihinselleştirme düzeylerine nasıl yanıt vereceğine dair öneriler sunar. Bu teknikler, farklı MBT programlarında kullanıldıkları için bu kitabın başka bir yerinde daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Burada, bu müdahaleleri çiftlerle çalışma bağlamında ve çift ortamının gerektirdiği terapötik çalışma için özel hususlar ve uzantılar bağlamında açıklıyoruz.

Empati, Destek ve Doğrulama MBT-CO'da,

terapistin görevi yalnızca seanslardaki partnerleri desteklemek ve doğrulamak değil, aynı zamanda her partnerin diğerini geçersiz kılmayı bırakmasına ve onlara karşı daha empatik bir duruş geliştirmesine yardımcı olmaktır. Terapist, bireylerden ziyade ilişkinin kendisini tedavi eder ve bu nedenle çiftin daha zihinselleştirici bir ilişki geliştirme girişimlerini desteklemek ve doğrulamak için çalışır, bunun çift için gerektirebileceği zorlukları ve çabayı anlayışla karşılar. Bir çiftte zihinselleştirici bir duruşu desteklemenin bir yolu, terapistin her partnerle, diğerinin huzurunda destekleyici ve empatik bir konuşma yapması ve diğerinden dinlemesini ve anlamaya çalışmasını istemesidir.

Netleştirme, Duygu Odaklılık ve Detaylandırma Çiftteki

partnerler birbirlerine karşı biraz daha derin düşünceli merak ve şefkatli bir açıklık göstermeye başladıklarında, terapist netleştirme ve detaylandırma tekniğini kullanarak zihinselleştirme kapasitelerini daha da geliştirmeye başlayabilir. Bu süreç, zorlu etkileşim yaşanırken her bir partnerin sahip olduğu duygu ve düşüncelerin ayrıntılarını sorarak, zihinselleştirmede bir çöküşle sonuçlanan bir etkileşimde neler olup bittiğini yeniden değerlendirmeyi amaçlar. Bunu geliştirmek

Machine Translated by Google

Bir etkileşimin anlatımı, terapistin çiftten, net düşünebildikleri ve birbirlerine daha özgürce yanıt verebildikleri son anı geriye doğru izlemelerini ve belirlemelerini istediği bir teknik olan "geri sar ve yansıt" tekniğinin kullanımını içerebilir. Terapist daha sonra, her bir kişinin zihinsel durumlarının, etkileşimdeki her anın ardındaki anlam olarak gördükleri şeye nasıl tepki verdiğini ayrıntılı olarak ele alan zihinsel bir işlevsel analiz başlatır (bkz. Bölüm 4). Bu süreçte terapist, genellikle savunmacı uzaklaşma aktivitesi olarak ortaya çıkan gizli kaygı ve kırılganlık duygularını ortaya çıkarmaya ve açmaya çalışır; bu, bazı bireylerin oldukça zorlayıcı olarak deneyimleyebileceği bir müdahaledir. Anlamların keşfi, partnerleri, ister çift olarak, ister önceki ilişkilerinde veya köken ailelerinde olsun, önceki deneyimlerini düşünmeye yönlendirebilir.

Meydan Okuma ve Terapötik Pazarlık

Çiftler, birbirleriyle ve terapistle iş birliği içinde çalışabilecekleri bir noktaya geldiklerinde, meydan okuma yöntemi kullanılabilir. Bu teknik, özellikle iş birliğinde bir miktar rol yapma eğiliminin olduğu çiftlerde, özellikle de madde bağımlılığı veya diğer bağımlılık davranışları, sadakatsizlik veya ilişkiyi riske atabilecek gizli mali kararlar veya sırlar gibi önemli veya endişe verici/zararlı davranışları görmezden gelmeyi veya küçümsemeyi içeriyorsa, özellikle faydalı olabilir.

Meydan okuma, genellikle sorunlu görünen bir davranışı değiştirmenin olası dezavantajlarına bakmayı içerebilir. Terapist, zorlu bir alana girdiğini açıkça belirtebilir; örneğin, "Umarım bana katlanacaksınız ama bunun gerçekten önemli olduğunu düşünüyorum." diyebilir. Rahatsız edici bir kırılganlık paylaşma deneyimiyle yüzleşmek zordur ve beceri gerektirir. İkilem, kontrol, güvenlik ve koruma hissi veren savunmacı, zihinsel olmayan yaklaşımları sürdürmek mi, yoksa daha dürüst ve destekleyici bir güven ve ortak zihinselleştirme ilişkisine izin vermek için bu korumalardan vazgeçme riskini almak mı gerektiğidir.

Burada ve Şimdide Zihinselleştirme ve Epistemik Güvenin Onarılması Bir çiftteki partnerler için en büyük zihinselleştirme talebi, zayıflıklarını birbirlerine açmaları ve yoğun duygular karşısında güven ve zihinselleştirmeyi sürdürmeleridir. Bir ilişkide erdemli bir sosyal öğrenme döngüsü oluşturmanın en büyük olasılığı, birbirleri için güvenli bir liman ve güvenli bir temel geliştirmek üzerine kuruludur.
Bu onarım kapasitesi, her bir ortağa, çiftin dışındaki diğer ilişkilere ve tedavi ilişkisinin dışındaki diğer bağlamlara genelleştirilebilecek bir dizi araç edinme konusunda en iyi şansı sunar ve sosyal öğrenmenin dayanıklılığı artıran olanaklarını yeniden sağlar.

Terapistin kendi hatalarının ve uyumsuzluklarının ve bunların yol açtığı acının sorumluluğunu almaya hazır olması, farklı bir etkileşimin zeminini hazırlar.
Terapist burada, tedavi ettiği çiftin beklentilerine paralel bir şekilde, ilişkide kendini sorumlu tutar. Bu durumlar ortaya çıktığında çiftten özür dilemek ve ilişkilerinde bu önemli adımı atmaları için onları cesaretlendirmek, daha fazla yakınlığın kapısını açar. Çiftin her üyesi hatalarının sorumluluğunu üstlenip partnerleri üzerindeki etkilerini gerçekten takdir edebildiğinde, alçakgönüllülük ve inançla, kendi çıkarlarını koruma arzusunu ifade edebilirler.

Machine Translated by Google

Partnerin güvenini kazanmak. Çiftleri etkili özür dileme kuralları konusunda eğitmek genellikle faydalıdır [3]. Özür dilemeyi teşvik ederken terapist, ilişkideki kopuklukları onarmanın öncelikle sorumluluk alma kapasitesi gerektirdiğini vurgular; diğer kişinin duyguları için değil, kendi incitici eylemlerimiz için. Sorumluluk almak için önce partnerimizin bakış açısıyla ilgilenmeli ve sonra da öğrenmeye istekli olmalıyız. Partnerimizin ihtiyaç ve isteklerini karşılayamayacağımız ve ne kadar uğraşırsak uğraşalım, bazen partnerimizi hayal kırıklığına uğratabileceğimiz gerçeğini kabul etmeliyiz.

Sonuç Açıklamaları

MBT-CO, çift ilişkilerinde zihinselleştirmeyi teşvik etmek için net müdahale ilkelerini takip eder. Bu kitap boyunca vurguladığımız gibi, zihinselleştirmemek daha fazla zihinselleştirmemeye yol açar ve bu, birbirleriyle yapıcı bir ilişki kurmakta zorlanan çiftlerde en iyi şekilde örneklendirilir.

Kaynaklar 1.

Bleiberg E, Safier E. Çift terapisi. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 151–68.

2. Perel E. Esaret Altında Çiftleşme: Erotik Zekanın Kilidini Açmak. New York, NY: HarperCollins, 2006.

3. Lerner H. Neden Özür Dilemiyorsun? Günlük Acıları ve Büyük İhanetleri İyileştirmek. New York, NY: Galeri Kitapları, 2017.

Machine Translated by Google

Bölüm

17

Diğer Ayarlarda Zihinselleştirme

Giriş

Zihinselleştiren bir birey, düşünür, kendisi ve başkalarıyla empati kurar, duygulanım dalgalanmalarını düzenler, sınırlar koyar ve güçlü bir eylemlilik duygusuna sahip olur. Aynı ilkeler sosyal gruplara da uygulanabilir. İşlevsiz sosyal sistemler, zihinselleştirmenin çökmesine ve son derece tepkisel, gergin ve savunmacı etkileşimlere yol açar. 2. Bölüm'de zihinselleştirme, epistemik güven ve sosyal bilişte bir "biz-kipi"nin oluşumu arasındaki ilişkiyi ele aldık. Zihinselleştirmedeki bozulmaların sosyal işlev için ne kadar zararlı olabileceğini, çünkü sosyal iletişimde epistemik güvenin kapanmasına neden olduklarını ve başkalarıyla bir biz-kipinin oluşumunu engelledıklerini; başkalarıyla birlikte düşünmenin, doğru bir "epistemik eşleşme"nin imkansızlığı nedeniyle itici veya erişilemez hale geldiğini ortaya koyduk. Son zamanlarda bu konuyu kültür ve psikopatoloji bağlamında düşündük ve zihinselleştirmeyen bir sosyal ortama maruz kalmanın (örneğin, sosyoekonomik yabancılaşma ve eşitsizlik biçiminde) daha yüksek bir psikopatoloji riskiyle bağlantılı olduğunu, çünkü bu tür deneyimlerin zihinselleştirme, epistemik güven ve ortak dikkat gibi gevşek bir şekilde birleştirilmiş sistemleri bozduğunu savunduk [1]. Zihinselleştirmeyen bir sosyal sistem, zihinselleştirmeyi azalttığı için kırılganlık yaratır; ayrıca, sosyal iletişim ve ortak dikkatin sağladığı koruma ve desteğe erişimi zayıflatır ve bunların getirdiği sosyal katılım duygusunu da zayıflatır. Bu bölümde, zihinselleştirme çalışmasının daha geniş sosyal sistemler hakkında düşünmeye uygulandığı alanları tartışacağız ve standart bir MBT klinik programını içermeyen zihinselleştirme bilgili yaklaşımlar geliştireceğiz.

AMBIT: Profesyonel Topluluğun Zihinselleştirilmesi

AMBIT (Uyarlanabilir Zihinselleştirme Tabanlı Bütünleştirici Tedavi), genellikle karmaşık ve etkileşimli zihinsel sağlık ve sosyal sorunları olan bireylerle çalışan ekiplerde zihinselleştirici bir tedavi topluluğu oluşturmaya yönelik nispeten yeni bir yaklaşımdır [2]. AMBIT modeli, uyuşturucu kullanımı, suç işleme, ciddi zihinsel sağlık sorunları, sosyal bakım deneyimi ve başarısız yerleştirme geçmişi olan ve en karakteristik olarak çok sayıda yardımcı profesyonelin (örneğin terapistler, saha çalışanları, gençlik çalışanları) ve hizmetlerin (örneğin eğitim, sosyal bakım, ceza adalet sistemi) aynı anda dahil olduğu gençlerle çalışırken kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu tür gençlerle çalışanlar, yardım teklifleri reddedildiği veya kabul edilseler bile genellikle yetersiz bulunduğu için sıklıkla cesaret ve motivasyon kaybı yaşamışlardır. AMBIT, ortak bir bakış açısı potansiyeli sunan ortak bir dil olarak zihinselleştirici bir çerçeve benimsemiştir.

Machine Translated by Google

Birden fazla sorunu olan gençlerin çevrelerindeki yardım sistemlerine sundukları zorluklar. Bu yaklaşım iyi belgelenmiştir ve kendi web sitesi ve "wiki kılavuzu" (https://manuals.annafreud.org/ambit/) mevcuttur. AMBIT konusunda eğitim almış ekipler, uygulamalarını geliştirip kaydederken (manuel hale getirirken) dinamik olarak güncellenebilir. Bu yaklaşım, hizmet kombinasyonları tarafından coşkuyla benimsenmiş ve Birleşik Krallık'taki ekiplerde ve Avrupa'nın giderek artan sayıda ülkesinde binlerce çalışan bu yaklaşım konusunda eğitim almıştır.

AMBIT, genç kişinin/danışanın muhtemelen iyi bir sebepten dolayı yardımı reddettiği, güvensizliğinin haklı olduğu ve tutumunun uyarlanabilir bir değere sahip olduğu varsayımıyla başlar. Benzer şekilde, bu tür vakalara dahil olan çalışanlarla ilgili olarak zihinsel bir duruş benimsenir. Vakayla ilgili endişe çoğu durumda haklıdır, ancak yetersiz ilerlemeden dolayı utanç duymak, çalışanın başka kaynaklardan yardım arama olasılığını azalttığı için ters etki yaratabilir. AMBIT, genç kişi etrafındaki yardım hizmetlerinin bütünleşme eksikliğine (AMBIT terminolojisinde "parçalanma" olarak adlandırılır) odaklanır ve bunun tembellik, yetersizlik veya hatta kötü niyetten kaynaklandığı yorumlanabilecek bireysel eylemlerin sonucu değil, karmaşık ağların doğal dinlenme hali olduğunu kabul eder. Yaklaşım, tersine çevrilmesi gereken şeyin, yardım sistemini oluşturan profesyoneller ve hizmetler arasındaki güvenin çöküşünü yansıtan sistemin parçalanması ve eş zamanlı olarak moral bozukluğu olması olduğunu öne sürer. Sistemde çok az veya hiç epistemik güven olmadığında, değişim imkansızdır.

Karmaşık vakalar için yaygın olarak savunulan model, "müşteri etrafındaki ekip"tir. Bu durumlarda, genellikle, genç bir bireye yardım etmeye kendini adamış profesyonellerin her biri, genç bireye destek olmak için önemli ve benzersiz bir katkı sağladığını hisseder. Ancak, genç kişinin kendisi veya ailesi için, birden fazla profesyonel ve hizmetin dahil olması kafa karıştırıcı ve bazen de müdahaleci olarak görülür. Eğitim, sosyal bakım ve ruh sağlığı gibi alanlarda çalışan uzmanlaşmış kurumların farklı bakış açılarını ve farklı felsefelerini bir araya getirmek herkes için zorlayıcı olabilir; ancak kendi bakış açılarından farklı tek bir bakış açısını bile anlamakta büyük zorluk çeken bireyler için, farklı anlayışları uzlaştırmak ve gerçekten kavramak akıl almaz bir iştir.

Epistemik güven ilkesine ve bağlanma teorisindeki köklerine dayanan AMBIT, bireysel bir anahtar çalışanın (danışanla ilişkisi güçlü olan ve danışan tarafından en çok güvenilen kişi) kullanımını tercih eder. Genellikle dikkat ve uyum gerektiren şey, bu anahtar çalışanın vakada yer alan diğer profesyoneller ve ekiplerle olan bağlantısıdır. Genç danışana bu kadar ayrıcalıklı bir erişime sahip olan anahtar çalışan, diğer tüm çalışanların ve ekiplerin saygısını ve kapsamlı desteğini hak eder. Bu modelde, terapist, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve gençlik adalet çalışanı gibi tüm profesyoneller, anahtar çalışan aracılığıyla çalışır. Hepsi, bu çok daha basit ve genç birey için çok daha az kafa karıştırıcı olan yol aracılığıyla sistemik girdiler sağlayabilir.
Dolayısıyla, birden fazla alanda çalışmak mümkün olsa da, anahtar çalışan bu alanların bütünleştirilmesinden sorumlu olmaya devam eder.

AMBIT modeli, AMBIT çarkının dörtte biri olarak bilinen dört temel uygulama alanından oluşur [2] ve bunların tümü, danışanların güvenli ve etkili olmalarına yardımcı olma çalışmaları için dikkate alınması gereken alanlardır:

1. danışanınızla çalışma 2.
ekibinizle çalışma

Machine Translated by Google

3. Ağlarla çalışma 4. İş yerinde
öğrenme.

Bu kadranlardan yalnızca biri doğrudan müşteriyle ilgilidir; AMBIT'in radikal yönü, bireysel çalışanların, ekiplerin ve daha geniş profesyonel ağlarının zihinselleştirme kapasitesinin, müşterileri desteklemek için çalışmak kadar etkili yardım sağlamada kritik olduğunu varsaymasıdır.

AMBIT, büyük karmaşıklıkları basitleştirme erdemine sahiptir. Sinirbilim, öğrenme teorisi, bilişsel-davranışçı terapi, sosyal ekoloji, sistem teorisi, bağlanma teorisi ve psikanaliz gibi alanlardaki üst düzey düşüncenin ürünü olan yaklaşımlar sunmak yerine, AMBIT, ortak bir dil sunan ve AMBIT'in ulaşmaya çalıştığı entegrasyonu modelleyen zihinselleştirme teorisinden yararlanır. Benzer şekilde, kilit çalışanın rolü, genç birey, ailesi ve profesyonel sistemler arasında, profesyonel ağdaki orijinal konumundan bağımsız olarak en güvenilir kişi tarafından yönetilen tek bir yolu temsil eder. "Müşteri etrafında ekip" yaklaşımında vurgu genellikle kurallar ve beceriler üzerindeyken, AMBIT tarafından önerilen "çalışan etrafında ekip" yaklaşımı ilişkilere vurgu yapar.

CAPSLE: Okullar İçin Bir Zihinselleştirme Programı Burada ele
alınan okullar için zihinselleştirme yaklaşımı, sorunlu okul ortamlarında saldırganlık ve zorbalıkla başa çıkmak için zihinselleştirmeye dayalı bir program olan Barışçıl Bir Okul Öğrenme Ortamı Oluşturma'dır (CAPSLE). CAPSLE, bireysel şiddet veya zorbalık eylemlerinin fark edilip sorgulandığı, böylece bu tür olaylar meydana geldiğinde tırmanmayıp sosyal bir değer kazanmadığı bir zihinselleştirme ortamı geliştirmeyi amaçlayan tüm okulu kapsayan bir yaklaşımdır [3,4]. CAPSLE'ın dört bileşeni vardır.

1. “Olumlu iklim” kampanyası, olaylar meydana geldikten hemen sonra, bu olaylar hakkında düşünceli tartışmalar yapılmasını gerektirir; tartışmalar sınıfta gerçekleşir ve danışmanlar tarafından yönetilir.
2. Bir sınıf yönetim planı, yalnızca görünürdeki davranışları cezalandırıp eleştirmek yerine, sorunları kökünden anlamaya ve düzeltmeye odaklanarak öğretmenlerin disiplin becerilerini geliştirir. Örneğin, tek bir çocuktaki sorunlu davranış, sınıftaki tüm öğrenciler için bir sorun olarak kavramsallaştırılır ve öğrenciler -genellikle farkında olmadan- zorba, kurban veya seyirci rollerine bürünürler. Bu yaklaşım, günah keçisi ilan etmeyi azaltır ve aynı zamanda davranışın anlamına dair içgörünün çok önemli hale geldiği anlamına gelir.

3. Rol yapma, rahatlama ve kendini savunma tekniklerinin birleşiminden oluşan bir beden eğitimi programı, çocuklara mağduriyet ve tepki gösterme davranışlarıyla başa çıkma becerileri öğretir. Programın bu bileşeni, çocukların saldırgan olmayan fiziksel ve bilişsel stratejiler kullanarak kendilerini ve başkalarını korumalarına yardımcı olur. Örneğin, rol yapma oyunlarında zorba-kurban-izleyici rollerini canlandırmak, öğrencilere kavgaya alternatif eylemler geliştirme fırsatı sunar.
   Tepki verme yollarını öğrenmek (örneğin, yakalandığınızda, itildiğinizde veya yumruklandığınızda), sınıf içi tartışmalarla birleştiğinde, kişisel öz kontrolün yanı sıra başkalarına saygı ve yardımseverlik de öğretir.
4. Okullar akran rehberliği ve/veya yetişkin rehberlik programı uygulayabilir .
   Bu programlarda geliştirilen mentorluk ilişkileri ek olanaklar sağlar

Machine Translated by Google

Çocukların güç mücadeleleriyle başa çıkma becerilerini ve dil becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için kontrol ve modelleme. Örneğin, akıl hocaları çocuklara oyunlarda nasıl hakemlik yapacaklarını veya oyun alanı anlaşmazlıklarını nasıl çözeceklerini ve başkalarına yardım etmenin önemini öğretebilir.

Okul, genellikle çocukların ve gençlerin aile sistemlerinin ötesindeki dünyayı deneyimlemeye başladıklarında karşılaştıkları ana ve en önemli sosyal ortamdır. Dünya algılarını güvenli ve güvenilir -veya tehlikeli ve öngörülemez- olarak pekiştirmede önemli bir ders verebilir. Güvenli erken ebeveyn-çocuk bağlanması olumlu bir gelişimsel sonuç olasılığını artırsa da [5], ergenlikte dayanıklılığın en iyi belirleyicisinin ebeveyn değil, akran desteği ve kabulü olduğu ortaya çıkmıştır [6]. Bununla birlikte, erken gelişimi inceleme bağlamında tanımladığımız mekanizmalar [1], ergenlerin sosyal çevresinin nasıl risk yaratabileceğini anlamak için de geçerli olabilir. Epistemik güven, kişinin sosyal topluluğuna duyulan genel bir güveni ifade etmek olarak anlaşılabilir. Paylaşılan amaçlılık ("biz-modu"), birey tarafından hem grup düzeyinde hem de bireyler arası düzeyde deneyimlenebilir ve sosyal çevrenin amaç ve tutkularını koruyacağı, önemseyeceği ve gerçekleştirmelerine yardımcı olacağı beklentisiyle ilişkilidir. Zihinselleştirmeyen sosyal sistemler, bireyin sosyal ilişkilerinin ortak hedefler, iş birliği ve karşılıklı bağımlılık ilkesine göre işlemediği bir ortamda olduğuna dair güçlü bir ipucu sunar. Okul ortamı, çocukların ve ergenlerin sosyal iletişim konusundaki tutumlarını şekillendirmede güçlü bir araçtır.

CAPSLE, zorbalar, kurbanlar ve seyirciler arasındaki ilişkideki güç dinamiklerine odaklanır ve zihinselleştirmeyi yeniden tesis etmede seyircilerin rolünü vurgular. Seyirciler, zorbaları, kurbanları ve diğer seyircileri kendi "patolojik" rollerini fark etmeye ve bunlardan uzaklaşmaya teşvik etmek için eğitilirler. Zihinselleştirmenin olmadığı bir ortamda, bir güç mücadelesine veya şiddet eylemine tanık olan kişi -seyirci- bir başkasının zorluğunu veya acısını görmekten sadistçe bir haz duyabilir. Bizim düşüncemize göre, bu ancak tanıklar diğer kişinin iç dünyasından uzaklaştıklarında ve mağduru, istenmeyen (genellikle korkmuş) yanlarını dizginlemek için kullanabildiklerinde mümkündür. Şiddet içeren okullarda kavgalara veya saldırganlığa tanık olan seyirci gruplarının sıklıkla gösterdiği keyif ve heyecan -örneğin, sık sık yaşanan kavgaların etrafında toplanma ve kin besleme- tam bir zihinselleştirme başarısızlığı anlamına gelmez, çünkü mağdurun acısıyla bu yansıtmalı özdeşleşme için bir miktar empati gereklidir. Ancak, gerçekleşen zihinselleştirme sosyal ortam tarafından oldukça sınırlandırılır; öyle ki mağdurun acısı, görgü tanığının kendi bilincinde zihinsel bir durum olarak tam olarak temsil edilmez; yani görgü tanığı tarafından fark edilir ancak hissedilmez. Okullarda böyle bir dinamiğin ortaya çıkması şaşırtıcı değildir, çünkü zihinselleştirme erken yetişkinliğe (veya hatta yaşamın ilerleyen dönemlerine) kadar kırılgan bir kapasitedir ve bunu destekleyebilecek ve kendi ve diğerlerinin zihinsel durumlarının yansıtılabilmesini sağlayabilecek bir sosyal ortam gerektirir. CAPSLE, çocukların ve gençlerin (ve onlara tepki veren okul personelinin) dengesiz, dalgalanan ve eksik ortaya çıkan zihinselleştirme kapasitelerini, daha dengeli zihinselleştirmenin uygulanabileceği ve pekiştirilebileceği ve faydalarının deneyimlenebileceği bir sosyal ortam yaratarak desteklemeye yönelik bilinçli bir girişimdir.

Daha Geniş Ortamlarda Ebeveynler, Bakıcılar ve Ailelerle Çalışmak

Bir sonraki müdahale grubu: Yansıtıcı Ebeveynlik, Yansıtıcı Yetiştirme ve Bebeğe Bakmak—zihinselleştirme teorisinin son derece yaratıcı yollarıdır

Machine Translated by Google

Ana akım klinik ortamının dışında aileleri ve bakıcıları desteklemek için uygulanır. Topluluk ortamlarında gerçekleştirilebilen ve genellikle destek gören bireyler arasında bir destek topluluğu oluşturmayı amaçlayan çalışma biçimleridir. Burada anlattığımız çalışma, daha resmi zihinselleştirme temelli tedavilerden oluşan tipik bir program değil, zihinselleştirme fikrini kullanan ve zihinselleştirmenin işlevselliği desteklemedeki değerine odaklanan ailelerle çalışma biçimlerini içerir.

Yansıtıcı Ebeveynlik

Yansıtıcı Ebeveynlik, zihinselleştirmeye odaklanmanın merkezi olduğu aileler için bir yardım biçimidir [7]. Ebeveynlerin çocuklarıyla daha uyumlu ve bağlantılı bir ilişki geliştirmelerine yardımcı olmak için yansıtıcı benliği uygulamaya koymaya büyük önem verir. Öz-zihinselleştirme, Yansıtıcı Ebeveynlik modelinde önemli bir rol oynar ve ebeveynler için bu çalışmada atılan ilk adımdır. Program, aile hayatının stres ve zorluklarını ve bunların kaçınılmaz olarak zihinselleştirme zorluğu anlarına nasıl yol açtığını tam olarak hesaba katan son derece pragmatik bir yaklaşıma odaklanır.

Yansıtıcı Ebeveynlik programı, ailelerin sağlıklı ilişkiler geliştirmelerine ve ailevi zorluklara yanıt vermelerine yardımcı olmak ve ebeveynlerin duygusal ve davranışsal sorunları olan çocukları ve gençleri desteklemelerine yardımcı olmak için yenilikçi bir yaklaşım benimsemiştir [7]. Ebeveynin çocuğunun ruh halini anlama becerisi genellikle ebeveynin yansıtıcı işlevi olarak adlandırılır. Bu yapı, çığır açan bulguların ebeveynin bağlanma kalıpları ile çocuğununkiler arasında yüksek düzeyde bir uyum olduğunu gösterdiği iyi bilinen Londra Ebeveyn-Çocuk Projesi çalışmasından ortaya çıkmıştır [8]. Bu ilişkinin, ebeveynin çocuğu kendi zihinsel deneyimine sahip ayrı bir psikolojik varlık olarak görme kapasitesi tarafından şekillendirildiği öne sürülmüştür [9]. Buna ek olarak, ebeveynin yalnızca çocuğun zihinsel durumunu algılamakla kalmayıp aynı zamanda yansıtma ve kendi davranışlarıyla yanıt verme becerisinin, bağlanma güvenliğiyle güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu durum, Yansıtıcı Öz İşlev Ölçeği'nin ve ardından ebeveynlerin kendi zihinsel durumlarını anlama kapasitelerinin önemli bir ölçüsü olan Yansıtıcı İşlev Ölçeği'nin [10] geliştirilmesine yol açmıştır. "Yansıtıcı bir benliğe" sahip olma becerisi, ebeveynin kendi zihin durumu (ebeveyn) üzerine düşünme ile bu yansıtma kapasitesini gelişmekte olan çocuğun zihin durumuna dönüştürme arasındaki dikkatli bir etkileşimdir. Bu denge, ebeveynin zihinselleştirme kapasitesini artırmayı amaçlayan çalışmalar için çok önemlidir, çünkü ebeveyn zihinselleştirmesi (yansıtıcı işlev), yalnızca ebeveynin çocuğu üzerine düşünme kapasitesiyle değil, aynı zamanda kendi zihinsel faaliyetleri üzerine düşünme kapasitesiyle de ilgilidir.

Yansıtıcı Ebeveynlik modelinde (ve ayrıca, bu bölümün ilerleyen kısımlarında açıklanan, değiştirilmiş haliyle Yansıtıcı Yetiştirme programında) kullanılmak üzere iki temel araç geliştirilmiştir. Bunlardan ilki Ebeveyn Haritası'dır. Öz-zihinselleştirme kapasitesinin, özellikle duygu yüklü bir deneyim sırasında, duygu düzenlemesi için kritik olduğu fikrine dayanan Ebeveyn Haritası, ebeveynlerin mevcut zihin durumlarını ve bu duruma etki eden farklı deneyimleri (hem anlık deneyimler hem de aile geçmişleri ve kendi erken deneyimleri) anlamalarına yardımcı olur. Özellikle, yoğun duyguları tetikleyebilecek ve zihinselleştirme ve duygu düzenleme kaybı riski taşıyan deneyimleri belirlemelerine yardımcı olmayı amaçlar. Ebeveynlere, nasıl ebeveynlik yapmak istediklerine ve ne zaman en iyi şekilde ebeveynlik yapacaklarına dair bir harita oluşturmaları için yardımcı olunur. Ebeveynin çocuğunu zihinselleştirme kapasitesini desteklemek için, Ebeveynlik UYGULAMASI olarak bilinen ikinci araç geliştir

Machine Translated by Google

Başkalarına karşı zihinsel bir duruşun üç temel unsurunun baş harfleri: Dikkat ve merak, Perspektif alma ve Empati sağlama. Ebeveynlik UYGULAMASI, ebeveynin dikkatini, çocuğunun davranışlarını şekillendirebilecek deneyimlerine çekmek için kullanılır [11].

Yansıtıcı Ebeveynlik, her yaştan, yetenekten ve zorluk seviyesinden çocuğun ebeveynleri için bir modeldir. Modelin amacı: 1. Ebeveynlerle

çalışan profesyonelleri, ebeveynlere karşı zihinsel bir duruş sergilemeye teşvik etmek; bunun sonucunda ebeveynler anlaşıldıklarını hissederler ve bu da zihinsel bir duruş sergilemeye başlamalarına yardımcı olur.

2. Ebeveynlerin kendi zihinleri hakkındaki farkındalıklarını artırmak, özellikle de ebeveynlik

3. Ebeveynlerin çocuklarının nasıl eğitileceğine dair bilgilerini geliştirmelerini sağlamak için psikoeğitim sağlayın Duyguları anlamak (hem kendi duygularını hem de çocuklarının duygularını) duygu ve davranışları yönetmeyle bağlantılıdır

4. Ebeveynlerin, çocuklarının neden belirli bir şekilde davrandığının ardında yatan "arka plan hikayesini" anlamalarının, ebeveynler ile çocuk arasında daha iyi bir bağ kurulmasına yol açacağının farkına varmalarına yardımcı

olmak 5. Ebeveynlerin, çocuklarının nasıl hissettiklerini anlamalarına yardımcı olma yeteneklerini artırmak ve neden.

Yansıtıcı Ebeveynlik yardımının sunulduğu yollardan biri, grup seansları programıdır. Programın temel amacı, ebeveynlerin kendi ve çocuklarının düşüncelerini, duygularını ve ihtiyaçlarını anlama becerilerini geliştirmek veya daha basit bir ifadeyle zihinselleştirme kapasitelerini geliştirmektir. Grup, 8 haftalık bir programı takip eder. İlk hafta, Yansıtıcı Ebeveynlik'i, arkasındaki araştırmaları da içerecek şekilde tanıtır ve nasıl faydalı olabileceğini ve yaratabileceği etkiyi açıklar. Bu seansta, grup üyeleri birbirlerini tanıma ve birbirlerinin çocukları hakkında bilgi edinme fırsatı bulur. 2. ve 3. haftalarda, Ebeveyn Haritası yardımıyla ebeveynlerin kendi zihin durumlarının ebeveynlik üzerindeki etkisi incelenir. 4. haftada, ebeveynler çocuklarının davranışlarının "arka planını" düşünür ve bunun ardındaki anlamı anlamak için farklı bakış açıları ve yollar keşfederler. Bu, ebeveynlerin gelişimsel bir bakış açısı benimsemelerine (hangi davranışların yaygın ve beklenebilir olduğunu anlamalarına) ve çocuklarının niyetleri hakkındaki kendi varsayımlarını incelemelerine yardımcı olur. Bu oturumda, ebeveynlerin çocuklarını farklı bir şekilde anlamalarını ve dolayısıyla çocuklarının duygularını ve davranışlarını ebeveynlerinin yardımıyla yönetmelerine yardımcı olabilecek yansıtıcı veya zihinsel ebeveynlik yaklaşımı tanıtılmaktadır. 5. haftada, ebeveynlerin daha iyi bir ilişki kurabilmeleri için hem kendi hem de çocuklarının "duygusal sıcaklıklarını" yönetmelerine yardımcı olmak vurgulanmaktadır. 6. ve 7. haftalarda, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki disiplin ve otorite konuları ele alınmaktadır. 8. haftadaki son oturumda ise, ebeveynlerin Yansıtıcı Ebeveynlik'i nasıl sürdürebilecekleri, geleceğe nasıl bakabilecekleri ve çocuklarıyla nasıl daha iyi zamanlar geçirebileceklerini nasıl değerlendirebilecekleri ele alınmaktadır.

Yansıtıcı Yetiştirme

Zihinselleştirme yaklaşımları için son zamanlarda ilgi çeken bir diğer alan da, zihinselleştirme düşüncesinin bakıma muhtaç çocukların ihtiyaçlarına uygulanmasıdır. Bu, önemli bir ihtiyaç alanıdır. Mart 2021'de İngiltere'de yerel yönetimler tarafından bakılan çocuk sayısı

Machine Translated by Google

80.850 idi, bu rakam her yıl artmaktadır [12] ve bakıma muhtaç çocukların sayısı giderek artmaktadır, bakıma muhtaç çocuk huzurevlerine yerleştirilmek yerine koruyucu aile yanına yerleştirilmektedir [13]. Koruyucu aile yanına doğru bu yönelim, çocukların gelişiminin mevcut ve ulaşılabilir bakıcılar tarafından sağlanan istikrarlı, öngörülebilir ilişkilerle en iyi şekilde sağlandığı gerçeğinin kabul edilmesiyle gerçekleştirilmiştir [14]. Yansıtıcı Koruyucu Aile Programı (RFP), koruyucu aileliğin bakıma muhtaç çocuklar için bir müdahale olarak açık potansiyel avantajlarına rağmen, geleneksel olarak koruyucu aileliğin duygusal çalışması ve duygusal taleplerine yeterince dikkat edilmediği gerçeğine yanıt olarak geliştirilmiştir [13,15]. Koruyucu aile bakımındaki çocukların, genel nüfustaki çocuklara göre teşhis edilebilir bir ruh sağlığı bozukluğuna sahip olma olasılığı beş kattan fazladır ve bildirilen yaygınlık oranı %72'dir [16].

Koruyucu aile yerleştirmeleri bozulduğunda daha fazla kırılganlık ve istikrarsızlık ortaya çıkar; yerleştirme istikrarsızlığının %22-56 olduğu tahmin edilmektedir. Yerleştirmelerdeki bozulma, çocuklar için daha kötü sonuçlarla ilişkilidir; birden fazla aksaklık, artan fiziksel, duygusal ve davranışsal sorunlarla ilişkilidir. Bu nedenle, bir müdahale olarak koruyucu aileliğin önemli bir etkisi vardır; en savunmasız çocuklardan bazıları için oldukça değerli bir yardım biçimi olma potansiyeline sahiptir ve yerleştirme istikrarı oldukça önemlidir. Ancak aynı zamanda, koruyucu ailelere genellikle üstlendikleri önemli iş için yeterli eğitim ve destek sağlanmaz. Koruyucu aileler için mevcut müdahaleler ve eğitim programı, çocukların zorlu davranışlarını yönetmeye odaklanma eğilimindedir. Bağlanma ve ilişkisel zorlukların bakıma muhtaç çocuklarda daha yaygın olma eğiliminde olduğu göz önüne alındığında, RFP bu ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak tasarlanmıştır. RFP, bir ebeveynin hem kendi hem de çocuğunun davranışlarını zihinselleştirme kapasitesini geliştirmesinin, endişe verici veya zor davranışlara daha iyi yanıt vermesine ve çocuğun duygusal refahını daha etkili bir şekilde desteklemesine yardımcı olabileceğini gösteren araştırmalara dayanmaktadır. Bir çocuk zihinselleştirildiğini hissettiğinde, daha fazla tanındığını ve anlaşıldığını hisseder ve bu da onlarda daha güçlü bir etki ve kişisel değer duygusu yaratır. Araştırmalar, iyi ebeveyn zihinselleştirmesinin çocuklarda daha iyi sosyo-duygusal ve bilişsel sonuçlarla ilişkili olduğunu ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde zayıf zihinsel sağlık sonuçları riskini azalttığını göstermiştir [17]. RFP, daha önce tartıştığımız ve stres ve artan duygusal durumlarla başa çıkma bağlamında hem öz odaklı hem de çocuk odaklı yansıtıcı işlevi destekleyen Yansıtıcı Ebeveynlik modeline dayanmaktadır.

RFP, koruyucu ailelerin kendileri ve bakımlarındaki çocuklar üzerinde kullanabilecekleri Yansıtıcı Ebeveynlik ilkelerini kısa ve oldukça ilgi çekici bir biçimde sunan bir dizi araç kullanmaktadır. Ruh sağlığı uzmanları tarafından sunulmak üzere tasarlanan koruyucu ailedeki ve evlat edinilen çocuklara yönelik diğer zihinselleştirme temelli müdahalelerin aksine, RFP sosyal bakım uzmanları tarafından kolayca öğrenilebilecek şekilde tasarlanmıştır, böylece çok çeşitli koruyucu ailelerin ihtiyaçlarına göre uygulanabilir ve uyarlanabilir. Bir pilot programın değerlendirmesi, Ulusal Çocuklara Zulmü Önleme Derneği (NSPCC) personelinin (çocukların sosyal bakım ortamlarında çalışma konusunda deneyimli sosyal hizmet uzmanları) programı sunmak üzere eğitilmesinin mümkün olduğunu, koruyucu ailelerin kursa katılmaya istekli olduğunu ve çoğunun program boyunca kaldığını göstermiştir. Programın ayrıca koruyucu ailelerin stres seviyelerini azaltma ve bakıcılar ile baktıkları çocuklar arasındaki ilişkileri iyileştirme konusunda gerçek bir etkisi olduğu da bulunmuştur [18].

RFP, başlangıçta 4-11 yaş arası çocukların koruyucu ailelerini desteklemek için grup tabanlı bir programdır; daha sonra 13 yaşına kadar olan çocukları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir. RFP, psikoeğitim odaklıdır ve yansıtıcı bakım ilkelerinin pratik uygulamasını öğretir. Program 10 seanstan oluşmaktadır.

Machine Translated by Google

Her biri 2-3 saat süren, 12-14 hafta süren ve 6-10 koruyucu aileden oluşan gruplar halinde düzenlenen bir programdır. RFP, koruyucu ailelerin bakımını üstlendikleri çocuklarla destekleyici ilişkiler geliştirmeleri ve sürdürmeleri için pratik ve gerçekçi yollar sunmayı amaçlamaktadır. RFP'de kullanılan iki temel araç, bu bölümün başlarında açıklanan Yansıtıcı Ebeveynlik bölümünde açıklanan Ebeveyn Haritası ve Ebeveynlik UYGULAMASINA benzeyen Bakıcı Haritası ve Bakıcı UYGULAMASI'dır. Bakıcı Haritası, koruyucu aile üyesinin kendi kendini zihinselleştirme kapasitesini desteklemeyi amaçlarken, Bakıcı UYGULAMASI, dikkat ve merak, bakış açısı edinme ve empati sağlama ile karakterize edilen bir zihinselleştirme duruşunu açıklayarak koruyucu aile üyesinin çocuğu zihinselleştirme becerisini geliştirmeyi amaçlamaktadır.

10 oturumun her birinin belirli bir odağı vardır [19]: 1. RFP'ye giriş 2. Bir koruyucu aile olarak kendinizi yansıtmak - Bakıcı Haritası 3. Koruyucu çocuğunuzu farklı şekillerde görmek ve düşünmek 4. Gelişimsel veya sosyal zorluklar yaşayan koruyucu çocuğunuzu anlamak ve ona yardım etmek diğer travma 5. güven, ilişkiler ve koruyucu çocuğunuzun diğer insanlarla daha iyi geçinmesine yardımcı olmak 6. sorunlu davranışlara düşünceli bir şekilde yanıt vermek 7. yanlış anlamaları anlamak - Bakıcı Haritanızı ve UYGULAMA'nızı bir araya getirmek 8. koruyucu bakıcı olarak ihtiyaç duyduğunuz yardım ve desteği almak - aileden, arkadaşlardan ve etrafınızdaki ekip 9. İlerleme - RFP'nin sonuna hazırlanma 10. İnceleme ve kapanış oturumu - Modeli akılda tutma ve desteklendiğinizi hissetmeye devam etme.

Oturumlar, Londra'daki Anna Freud Merkezi uzmanlarıyla haftalık görüşmeler sağlayan eğitimli kolaylaştırıcı çiftleri (bir kayıtlı sosyal bakım çalışanı ve bir deneyimli koruyucu aile) tarafından yürütülmektedir. Ortak uygulama yaklaşımı, sistem içinde yetkinlik ve beceriyi artırabilir ve sistem ağı içindeki "uzmanlık" birikimini genişletir. Program sona erdikten sonra, koruyucu ailelere Yansıtıcı Koruyucu Ailelik hakkında çevrimiçi materyallere erişim sağlanır ve çevrimiçi bir destek grubu oluşturmaları teşvik edilir.

Yazım sırasında, İngiltere genelindeki yerel yönetimlerde, gömülü süreç değerlendirmesi ve ekonomik değerlendirme ile RFP'nin etkinliğini ve maliyet etkinliğini değerlendirmek için bir iç pilot içeren kesin, üstün, iki kollu, paralel, pragmatik, randomize kontrollü bir deneme yürütülmektedir [19]; bu, koruyucu aileler için yüksek katılım, tutma, alaka ve kabul edilebilirlik ve koruyucu ailelerin stresinde ve koruyucu aile çocuklarının ruh sağlığına ilişkin bakıcılar tarafından bildirilen ölçümlerde iyileşmeler gösteren iki geliştirme ve ön projeden [13,15,18] sonra gelmektedir.

Bebek Bakımı

Bebek Bakımı (MTB), savunmasız ilk kez anne olacak annelere yönelik bir ev ziyaret programıdır ve bu annelerin bebekleriyle ilişkileri bağlamında yansıtıcı işlev becerilerini geliştirmelerini desteklemeyi amaçlamaktadır [20–22]. Gebeliğin ikinci üç aylık döneminin sonuna doğru başlar ve bebek 2 yaşına gelene kadar devam eder. Anneler, hamilelik boyunca ve doğumdan sonra çocuk 1 yaşına gelene kadar haftada bir, bebekliğin ikinci yılında ise iki haftada bir ziyaret edilir. Ziyaretlerin sıklığı da ihtiyaca göre ayarlanır ve kriz zamanlarında daha sık ziyaretler düzenlenir. Anne ve bebek,

Machine Translated by Google

MTB'nin temel odağı babaların yanı sıra anne ve çocuk için önemli olan kardeşler, büyükanne ve büyükbabalar veya yakın arkadaşlar gibi diğer kişilerin de katılımını teşvik etmektir.

MTB, duygusal olarak savunmasız ve ebeveynliğin önemli zorluklarıyla başa çıkmak için gereken psikolojik dayanıklılık ve destekten yoksun genç annelere odaklanmaktadır. Program, yoksun bölgelerde faaliyet göstermektedir ve programa katılmak üzere işe alınan kadınlar genellikle yoksulluk, sosyal izolasyon, yetersiz eğitim ve karmaşık ruh sağlığı sorunları gibi dezavantajların birleşimiyle mücadele etmektedir. Birçoğunun kendi çocukluk veya ergenlik dönemlerinde travma, istismar veya ihmal geçmişi vardır.

MTB disiplinlerarası bir yaklaşım benimser. Ekip, ziyaretleri dönüşümlü olarak gerçekleştiren ve her annenin ihtiyaçlarına özenle uyarlanmış bir dizi yardım sağlayan bir hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanından oluşur. Yüksek düzeyde pratik ebeveynlik desteği, çalışmanın önemli bir parçasıdır ve bireysel ve aile sağlık değerlendirmelerinin yanı sıra beslenme ve aile planlaması tavsiyelerini de içerir. Bu yoğun ebeveynlik desteğinin sağlanması, programdaki kadınların çocuklarının bakımı söz konusu olduğunda genellikle her anlamda yetersiz destek ve kaynaklara sahip oldukları gerçeğini yansıtır. Program ayrıca fiziksel güvenlik ve bebek bezi ve yiyecek gibi temel ihtiyaçlara erişimi de ele alır. Hemşirenin rolü, sağlığın geliştirilmesi ve ruh sağlığı taramasına odaklanır. Sosyal hizmet uzmanı, barınma, eğitim ve zorlu sosyal bakım sistemlerinde yol alma ile ilgili ortaya çıkabilecek sorunlarda destek sağlar ve annenin ruh sağlığını, aile işlevselliğini veya travmayla ilgili sorunları desteklemek için psikoterapötik yaklaşımlar kullanır [22]. Ebeveynlerin bebekleriyle ilişkilerine odaklanmalarını sağlayacak zihinsel alanı sağlamak için, genellikle aksi takdirde engel teşkil edecek ciddi stres faktörleriyle başa çıkmada desteğe ihtiyaçları vardır. Anneyle birlikte çalışarak daha iyi bakım sağlamasına yardımcı olmak, anne ve ekip arasındaki bağları da güçlendirir; anne ile MTB uygulayıcıları arasındaki ilişkinin kurulması, programın başarısı için hayati önem taşır ve sağlanan yardımın kişiye özel niteliği ve bilinen ve güvenilir uygulayıcılarla kurulan ilişkinin tutarlılığı, bu hedefe ulaşmada önemli rol oynar.

Risk altındaki, ilk kez anne olacak genç annelerle etkileşim ve sürekli ilişkilerin geliştirilmesine vurgu yapılması ve ekibin annelerin karmaşık sağlık, sosyal ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak profesyonel uzmanlığa sahip olması, güven oluşturur ve programdan ayrılmaları azaltır. Pratik ve ruhsal sağlık desteğini bir araya getiren bütünleşik MBT modelinin, çeşitli alanlarda hem ebeveyn hem de çocuk sonuçlarını optimize etmek için hayati önem taşıdığı düşünülmektedir.
Sosyal zorluklarla başa çıkmak için çok modlu desteği, özellikle ebeveyn bakımının hassasiyeti ve ebeveynin yansıtıcı işlevi olmak üzere anne-çocuk ilişkisine odaklanarak birleştiren MTB, erken önlemedeki en iyi klinik uygulamaları, optimal çocuk sonuçlarını destekleyen gelişimsel süreçlerle ilgili bilimsel kanıtlarla birleştirmeyi amaçlamaktadır. 27 ay boyunca (hamilelikten çocuğun ikinci yaş gününe kadar) MTB'ye katılan genç anneler üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışma, MTB grubundaki kadınların gelişmiş yansıtıcı işlev gösterme olasılığının daha yüksek olduğunu ve bebeklerinin güvenli bağlanma gösterme olasılığının programa katılmamış anne-çocuk çiftlerine kıyasla önemli ölçüde daha yüksek ve düzensiz bağlanma gösterme olasılığının daha düşük olduğunu bulmuştur [22].

Sonuç Açıklamaları

Bu bölümde anlatılan uygulama modelleri, zihinselleştirmenin farklı ortamlarda, çoğunlukla topluluk içinde ve çeşitli uygulayıcılar tarafından nasıl uygulanabileceğini göstermektedir, örneğin:

Machine Translated by Google

sosyal hizmet uzmanları, deneyimli koruyucu aileler ve öğretmenler -veya özellikle AMBIT örneğinde olduğu gibi, danışanın etrafındaki tüm ağ ve danışanın kendisiyle en güçlü ilişkiye sahip olduğunu düşündüğü kilit yardımcı figür. Tüm bu uygulama biçimleri, belirli bir ruh sağlığı bozukluğu için klinik bir MBT programı uygulamadan, mevcut ilişkiler ve topluluklar içinde zihinselleştirme kapasitesini geliştirmeyi amaçlar.

2. Bölüm'de, etkili psikoterapi biçimlerinin temelini oluşturması için önerdiğimiz üç iletişim sistemini tanımladık. Bu bölümde açıklanan tüm çalışma biçimleri, özellikle üçüncü iletişim sistemine, yani sosyal öğrenmeyi daha geniş bir çevreye uygulamaya odaklanmaktadır. Bir bireyin zihinselleştirme kapasitesine odaklanırken, o kişinin etrafındaki daha geniş sosyal sisteme odaklanmamanın, özellikle çoklu veya karmaşık ihtiyaçları olan bireyler ve/veya etraflarında "biz-modunda" birlikte düşünmenin mümkün olduğu bir zihinselleştirme topluluğu deneyiminden faydalanabilecek kişiler için anlamlı bir yardım sağlama olasılığının daha düşük olduğu bilgisine dayanmaktadırlar. İster aile hayatını düzenlemek ve yönetmekle uğraşan ebeveynlerle, ister olumlu bir bakım ilişkisi kurmaya ve sürdürmeye çalışan koruyucu çocuklar ve bakıcılarla, ister sosyal açıdan savunmasız genç bir anneyle, ister korkutucu bir okul ortamındaki bir çocukla veya karmaşık ve/veya çoklu ihtiyaçları olan bir bireyle olsun, bireylere birlikte düşünmeleri, bir "biz-modunu" deneyimlemeleri ve izolasyonu azaltmaları için bir alan sağlayarak, sosyal işlevselliği ve bağlılığı iyileştirmenin mümkün olabileceği umulmaktadır.

Kaynaklar 1. Fonagy

P, Campbell C, Constantinou M ve diğerleri. Kültür ve psikopatoloji: Sosyal öğrenmenin rolünü yeniden değerlendirme girişimi. Dev Psychopathol 2022; 34: 1205–20.

2. Bevington D, Fuggle P, Cracknell L, Fonagy P. Uyarlanabilir Zihinselleştirmeye Dayalı Bütünleştirici Tedavi: Ekiplerin Bakım Sistemleri Geliştirmelerine Yönelik Bir Kılavuz. Oxford, İngiltere: Oxford University Press, 2017.

3. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC. Toplulukları zihinselleştirmeye yönelik gelişimsel bir yaklaşım: I. Sosyal değişim için bir model. Bull Menninger Clin 2005; 69: 265–81.

4. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC. Toplulukları zihinselleştirmeye yönelik gelişimsel bir yaklaşım: II. Barışçıl Okullar deneyi. Bull Menninger Clin 2005; 69: 282–304.

5. Simpson JA, Collins WA, Tran S, Haydon KC. Bağlanma ve romantik ilişkilerde duyguların deneyimi ve ifadesi: gelişimsel bir perspektif. J Pers Soc Psychol 2007; 92: 355–67.

6. van Harmelen AL, Kievit RA, Ioannidis K ve diğerleri. Ergenlik çağındaki arkadaşlıklar, sağlıklı bir toplum kohortunda psikososyal alanlarda daha sonraki dirençli işlevselliği öngörür. Psychol Med 2017; 47: 2312–22.

7. Cooper A, Redfern S. Yansıtıcı Ebeveynlik: Çocuğunuzun Zihninde Neler Olduğunu Anlama Rehberi. Abingdon, İngiltere: Routledge, 2016.

8. Fonagy P, Steele H, Steele M. Hamilelik sırasında annenin bağlanma temsilleri, bir yaşındaki bebek-anne bağlanmasının organizasyonunu öngörür. Child Dev 1991; 62: 891–905.

9. Fonagy P, Steele M, Steele H ve diğerleri. Zihinsel durumları anlama kapasitesi: Ebeveyn ve çocuktaki yansıtıcı benlik ve bağlanma güvenliği açısından önemi. Bebek Ruh Sağlığı Dergisi 1991; 12: 201–18.

10. Taubner S, Horz S, Fischer-Kern M ve diğerleri. Yansıtıcı İşlev Ölçeği'nin iç yapısı. Psychol Assess 2013; 25: 127–35.

Machine Translated by Google

11. Redfern S. Ebeveynlik ve koruyucu bakım. Bateman A, Fonagy P, editörler. Zihinsel Sağlık Uygulamalarında Zihinselleştirme El Kitabı, 2. baskı. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları, 2019; 265–79.

12. Ulusal İstatistikler. İngiltere'de Evlat Edinmeler Dahil Bakılan Çocuklar: Raporlama Yılı 2021. 2022. https:// explore-education-statistics.service.gov.uk/find-statistics/children-looked-after-in-england-including-adoptions/2021 .

13. Redfern S, Wood S, Lassri D ve diğerleri. Yansıtıcı Yetiştirme Programı: Yeni bir yaklaşımın arka planı ve gelişimi. Adopt Foster 2018; 42: 234–48.

14. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü. Bakıma Muhtaç Çocuklar ve Gençler. Londra, Birleşik Krallık: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü, 2013. www.nice.org.uk/guidance/qs31.

15. Midgley N, Sprecher EA, Cirasola A ve diğerleri. Yansıtıcı koruyucu aile programı: Sosyal hizmet uzmanları ve koruyucu aileler tarafından birlikte yürütülen müdahalenin değerlendirilmesi. J Child Serv 2021; 16: 159–74.

16. Sempik J, Ward H, Darker I. Çocukların duygusal ve davranışsal zorlukları ve bakıma giriş aşamasındaki gençler. Clin Child Psychol Psychiatry 2008; 13: 221–33.

17. Ensink K, Begin M, Normandin L, Fonagy P. Ebeveynin yansıtıcı işlevi, çocuğun içselleştirmesinin bir düzenleyicisidir. çocuk cinsel istismarı bağlamında zorluklar istismar. Psikiyatri Araştırmaları 2017; 257: 361–6.

18. Midgley N, Cirasola A, Austerberry C ve diğerleri. Bakıma muhtaç çocukların ihtiyaçlarını karşılamak için koruyucu ailelerin desteklenmesi: Yansıtıcı Bakım Programının uygulanabilirliği ve pilot değerlendirmesi. Dev Child Welfare 2019; 1: 41–60.

19. Midgley N, Irvine K, Rider B ve diğerleri. Yansıtıcı Evlat Edinme Programı - Koruyucu aileler için grup müdahalesi yoluyla bakım altındaki çocukların refahını iyileştirme: rastgele kontrollü bir çalışma. Denemeler 2021; 22: 841.

20. Sadler LS, Slade A, Mayes LC. Bebek Bakımı: Zihinselleştirmeye Dayalı Bir Ebeveynlik Programı. Allen JG, Fonagy P, editörler. Zihinselleştirmeye Dayalı Tedavi El Kitabı. Chichester, BK: John Wiley & Sons, 2006; 271–88.

21. Sadler LS, Slade A, Close N ve diğerleri. Bebeğe Bakmak: Disiplinlerarası bir ev ziyareti programında erken sağlık ve ilişki sonuçlarını iyileştirmek için düşünceliliği artırmak. Bebek Ruh Sağlığı Dergisi 2013; 34: 391–405.

22. Slade A, Holland ML, Ordway MR ve diğerleri. Bebek Bakımı®: bağlanma temelli, disiplinlerarası ev ziyareti programında ebeveynlerin yansıtıcı işlevlerini ve bebek bağlanmasını geliştirmek. Dev Psikopat 2020; 32: 123–37.

Machine Translated by Google

Bölüm 18

Zihinselleştirme ve Acil Bakım

Giriş Kişilik

bozukluğu olan bireylerde ciddi kriz riski yüksektir. Her klinisyenin aklında, hastalarının intihar riski sürekli izleme gerektirir. 4. Bölüm'de tartıştığımız gibi, zihinselleştirme temelli tedavi (MBT) programı, risk değerlendirmesini, her hasta için özenle hazırlanmış ve kişiselleştirilmiş bir kriz planına bağlı, sürekli bir değerlendirme süreci olarak entegre eder. Bu önemli önlemlere rağmen, hastaların tedavi sırasında hastaneye yatırılması gerekebilir. Ortalama olarak, hastaların yaklaşık %20'si tedavi sırasında psikiyatrik hastaneye yatırılacaktır [1]. Bu nedenle, özel bir terapiyle tedavi gören hastaların önemli bir kısmı için psikiyatrik acil bakım, hastanın tedavi sürecinde önemli bir çalışma alanı teşkil eder. Bu bölümde, psikiyatrik acil servis ortamlarında multidisipliner ruh sağlığı uygulayıcılarından oluşan bir ekip tarafından bir kriz ele alındığında, MBT'nin acil bakımı nasıl bilgilendirebileceğini açıklayacağız. Nitekim, giderek artan sayıda psikiyatrik acil servis uygulayıcısı, örneğin MBT, diyalektik davranış terapisi (DBT) veya kişilik bozuklukları için diğer özel tedavi biçimleri konusunda uzmanlık eğitimi almıştır. Bu eğitim, genellikle yaklaşık 12-18 aylık bir zaman diliminde uygulanan klinik müdahale prensiplerini sağlar. Ancak, hastane acil bakım uygulayıcıları ve ruh sağlığı kriz birimleri, krizle ilgili tehlikeli davranışları kontrol altına alma ve hastayı ayakta tedavi planına yeniden bağlanma planı ile güvenli bir şekilde taburcu etme veya kriz tedaviye giriş noktasını temsil ettiğinde ayakta tedaviyi başlatma misyonuyla, genellikle 1 ila 3 günlük kısa süreli bir hastanede yatış formatında, çok farklı bir zaman diliminde müdahale ederler.

MBT'nin klinik çerçevesi, acil hastane bakım uygulamalarına önemli ölçüde bilgi sağlayabilir [2–4]. MBT'nin acil bakımda nasıl kullanılabileceğini belirlemek için, psikolojik kriz kavramı tanımlanacak ve krizlerin ortaya çıktığı zaman ölçeği göz önünde bulundurularak kriz müdahalesinin temel unsurları gözden geçirilecektir. Bu, çok kısa süreli acil bakım yatışlarının hedeflerini daraltır. Bu kısıtlamalar göz önünde bulundurularak, MBT bilgili acil bakım için dört adımlı bir model geliştirilmiştir: 1. Acil bakıma
kabul ve kabul 2. Krizin ortaya çıkarılması 3.
Kriz alanının
entegrasyonu ve formülasyonu 4. Taburcu
olmaya hazırlık.

Bu bölümde model, acil bir krizin klinik örneğiyle açıklanacaktır.

Machine Translated by Google

Kriz Nedir?

Profesyonellerin bir krizi tanımlama biçimleri, akut duygusal ve davranışsal bozukluklarla başvuran bir hastanın zihinsel durumlarıyla etkileşim kurma biçimlerini etkiler. Öncelikle bir krizin doğasını tanımlamak ve ardından bu tanımı zihinselleştirme teorisiyle, özellikle de yabancı benlik kavramıyla ilişkilendirmek önemlidir (bkz. Bölüm 2). Bu kavramsal çerçeve üzerine inşa edildiğinde, hastanın eylemlilik duygusunun bir kriz döneminden kurtulmanın merkezinde olduğu açıkça ortaya çıkar. Dahası, bir hastane veya kriz değerlendirme merkezi ortamında sağlanan psikiyatrik acil bakım bağlamında zaman çok önemlidir. Başka bir deyişle, gerekirse hastanede yatışların süresi konusunda bir sınırlama ve bu bağlamlarda değerlendirme için uygun görülen klinik tabloların özgüllüğü vardır. Bu tartışmada, tüm psikiyatrik acil yatışların yaklaşık %25'ini oluşturan kişilik bozukluğu olan veya ilk kez hastaneye yatış yapan hastalar ele alınacaktır. İntihar krizi yaşayan kişilik bozukluğu olan hastalar ve muhtemelen başkaları için de, psikiyatrik acil bakım zihinselleştirme yoluyla bilgilendirilebilir. Bu hastaların yaklaşık %20-30'u borderline kişilik bozukluğu (BPD) kriterlerini karşılamaktadır. Bu hastalarla yapılacak psikolojik çalışma, öncelikle krizlerinin niteliğini tanımlayıp anlamaya dayalı olacaktır.

Kriz: Çalışan Bir Tanım

Hastalar tedavi sırasında krizler yaşayabilirler, ancak bunlar bir birey için nasıl tanımlanır ve sınırlandırılır? James [5], bu soruyu yanıtlamak için faydalı bir başlangıç noktası sunar: "Bireysel kriz, kişinin olayı, bireyin kaynaklarını ve başa çıkma yeteneklerini aşan, tahammül edilemez bir zorluk olarak algılaması veya deneyimlemesidir. Birey durumdan bir miktar rahatlama elde etmediği sürece, krizin yaşamı tehdit edici veya kendisine veya başkalarına zarar verici hale gelme noktasına kadar ciddi duygusal, davranışsal ve bilişsel işlev bozuklukları yaratma potansiyeli vardır" (s. 387).

MBT yaklaşımına uygun olarak, bir kriz öncelikle hastanın bakış açısından tanımlanır; hem bireyin düzenleyici mekanizmalarını zorlar hem de akut düzensizliği ele almak için mevcut kaynakları (özellikle bireysel, kişilerarası, terapötik ve sosyal düzeylerde) aşar. Dahası, bir krizin yaşamı tehdit edici potansiyeli vardır. Psikiyatri acil bakımında hastaneye yatışı gerektiren krizler, bir krizin MBT perspektifinden nasıl temsil edildiğinin bir tür prototipini temsil eder. Ancak krizler, acil hastaneye yatışlar olmadan da, yaşamı tehdit eden davranışlara yol açan akut düzensizliği içeren çeşitli ataklar aracılığıyla ortaya çıkabilir. Ancak bir kriz, bireyin deneyiminden kaynaklanır; MBT bakış açısından, hastanın öznelliği, benliğin, başkalarının ve dünyanın yaşanmış deneyimde nasıl birleştiğiyle doğrudan bağlantılıdır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, hastanın bakış açısı, epistemik güveni geliştirmek isteyen her MBT terapisti için önemli bir araştırma alanıdır (bkz. Bölüm 2).

Hastanın deneyiminin temel bir unsuru, açılımı veya zamansallığıdır; James'in daha önce alıntılanan tanımında [5], bunlar verilen uyarıdan çıkarılabilir: "Kişi durumdan bir miktar rahatlama elde etmediği sürece..." Rahatlamanın bir kriz yörüngesinin son noktası olduğu düşüncesi, bir krizin temel özelliklerine ilişkin birkaç temel soruyu gündeme getirir: yalnızca krizin zamansallığı değil, aynı zamanda krizin biçimi, krizin niteliği ve krizin uzunluğu ve potansiyel ölümcüllüğü gibi ek özellikleri (bkz. Tablo 18.1). Tüm bu özellikler, her ikisinin de değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır

Machine Translated by Google

Tablo 18.1 Bir kriz alanının belirlenmesine katkıda bulunan temel özellikler

	Kriz özellikleri Örnekler	
Zaman noktası	Kriz öncesi	Artan uyarılma, riskli davranışlar
	Kriz	Hastaneye yatış, füg
	Kriz sonrası	Ev hayatına yeniden entegrasyon, terapi
Biçim	İçselleştirilmiş/kaçınma	İzolasyon, kopukluk vb. olumsuz sonuçlara yol açar sonuçlar
	Kendi üzerine dışsallaştırılmış	İntihar girişimi, kendine zarar verme
	Başkalarına yansıtılmış	Şiddetli saldırı, sözlü taciz
Doğa	Kişisel	Kişisel başarısızlıklar, hatalar, dolandırıcılık
	Kişilerarası	Ayrılık, çatışma, kayıp
	Kaynak kaybı	İş, hane, sosyal ağ kaybı
Diğer	Süre	Saatler, günler veya haftalar süren kriz
	Öldürücülük	Hayati tehlike derecesi
	Tehdit	Yaşam ve ölümle ilgili tehditler (kendi ve/veya veya diğerleri), yasa dışı faaliyetler planlamak, kumar oynamak

Krizin şiddeti ve hastayı gerçekten rahatlatabilecek şeyin niteliği
başa çıkma kaynaklarını ve kapasitelerini çok aşan dayanılmaz bir deneyim.

Acil hastane bakımı genellikle krizin akut aşamasında devreye girer.
Bu durum genellikle intihar düşüncesi ve/veya intihara meyilli olma gibi kendini yıkıcı davranışlar şeklinde ortaya çıkar.
İntihar girişimleri. Krizin niteliği, farklı işlevsellik düzeylerini bir araya getirebilir.
kişisel olandan toplumsal olana kadar, ancak çoğu zaman öznel bakış açısından bakıldığında,
hastalar, başarısızlık hissi (kişisel), utanç gibi belirli unsurlar veya tetikleyiciler
(kişilerarası) veya dışlama (sosyal) zor bir durumun oluşmasına katkıda bulunmuştur
yaşanması dayanılmaz.

Bu bölümde, acil bir durumu göstermek için prototip bir hasta olan Jill kullanılacaktır.
Kriz, zor durumların nasıl kriz seviyesine dönüşebileceğini gösteriyor.

Klinik Örnek: Jill

Jill, içeriği yutarak intihar girişimine yol açan bir bölümü anlatıyor
bir paket parasetamol tabletin tamamı:

"Jeremy tarafından sevilmediğimi hissediyordum ve tatilimizi bir tatile dönüştürmeyi düşündüm.
Yeniden bağlantı kurma zamanı. Bir tatil köyünde daire ayırttım. İlk iki günün tamamını orada geçirdi.
Çalışmaya devam ettikçe, onun için önemsiz hissetmeye başladım ve çok depresyona girdim.
Akşam, çok hızlı bir şekilde yediği ve neredeyse hiç konuşmadığı özel bir akşam yemeği hazırlamayı başardım
Teşekkürler. Daha sonra ona konuşabilir miyiz diye sorduğumda, yeterince sorunu olduğunu söyledi.
Zaten 'ruh halimdeki değişimler' ilgimi çekmiyordu. Ağlamaya başladım ve en azından bir süre ağladım.
Bir saat, hiç durmadan. Onu yatağa giderken gördüğümde ona, 'Jeremy, böyle yaşamaya devam edemem' dedim.
'bu!' dedim ve eğer mutlu değilsem şehre geri dönebileceğimi söyledi. Başladım

Machine Translated by Google

"Kendimi öldüreceğim diye bağırıyordum ve o da 'Doğrusu umurumda değil' diye cevap verdi. Şok olmuştum. Tuvalete gittiğimi ve sonunda bulabildiğim tüm ilaçları yuttuğumu hayal meyal hatırlıyorum."

Bu örnek, Nizum ve ark. [6] tarafından verilen psikolojik kriz tanımıyla örtüşmektedir: "Krizler, bir kişinin normal problem çözme yeteneklerini, başa çıkma mekanizmalarını veya mevcut kaynaklarını kullanarak durumla başa çıkma yeteneğini tehdit eden ve alt eden öznel deneyimlerdir. ... Bunaltıcı deneyim, yoğun kişisel sıkıntı duyguları, fiziksel sağlık üzerinde etkiler, temel ihtiyaçları karşılayamama, sıra dışı davranışlar dahil olmak üzere ruh sağlığı üzerinde zararlı etkilere sahip olabilir" (s. 349). MBT perspektifinden, bu tür yoğun öznel deneyimler, yabancı benlik terimi kullanılarak tanımlanmıştır (bkz. Bölüm 2), ki bu, bir kriz sırasında hastanın zihnini ele geçiren yabancılaştırıcı benlik deneyimlerinden oluşur. Bu deneyimler, bireyin benliğinin önemli bir kişisel inisiyatif kaybını içeren bir tür tehdit altında olduğu bölümlerle ilgilidir - böyle bir tehdit karşısında inisiyatifi yeniden kazanmak için çaresiz ve şiddetli eylemlerde bulunulur. Yabancı benlik teorisi ve acil bakıma nasıl uygulandığı bir sonraki bölümde tartışılacaktır. Şimdilik, az önce anlatılan klinik örnekte Jill'in erkek arkadaşını deneyiminin yoğunluğu konusunda uyardığı ("Böyle devam edemem") ve Jeremy'nin rastlantısal ama duyarsızca tutarsız yansıtma tepkisiyle ("Mutsuzsan şehre geri dön") karşılandığı varsayılabilir. Duygusal tutarsızlık, Jill'in ifade ettiği umutsuzluk ve korku ile Jeremy'nin ona duygularının haksız yere mutsuz ve tatminsiz olduğu hisleri olarak yansıması arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır. Bu, Jill'in duygusal durumuyla rezonansa girmez ve bu nedenle duygusal olarak diskalifiye edicidir. Bu, Jill'in uyarılmasını intihar tehdidi seviyesine yükseltir ("Kendimi öldüreceğim") ve Jeremy, Jill'e böyle bir durumda bile hiçbir ilgiye değmeyeceğini yansıtır. Bunun sonucunda oluşan psikolojik şok, Jill'i, paradoksal bir şekilde, aşırı dozda ilaç almanın yaşadığı psikolojik acıyı dindirmenin tek geçerli yolu olarak algılandığı bir tür yabancılaştırıcı benlik deneyimine sürükler. Jill'in zihnini ele geçirdiğini hayal edebileceğimiz yabancılaştırıcı benlik deneyimi, "Hayatım hiçbir ilgiye değmez" gibi bir benlik temsiline benzeyebilir. Buradaki duygusal sonuç, Jill'in eylemlilik duygusunun bütünlüğünü tehdit edecek düzeydedir. Böyle bir tehdit karşısında, acıyı durdurmak için eldeki son çareyi temsil ettikleri için şiddete ve/veya paradoksal eyleme başvurmak devreye girebilir; bu, ölüme yol açsa bile.

Jill, kriz atağının ilerleyen aşamalarında yakındaki bir psikiyatri kliniğine götürüldü ve neyse ki orada acil bakım sağlandı. İdeal olarak, acil servis personeli, krizin yatıştırılmasına olanak sağlayacak uygun bakımı sağlayabilecek güvenli ve güvenilir bir ortamı temsil etmelidir. Ancak Johnson ve arkadaşları, psikolojik krizin "iyileşmeyi desteklemeyi hedefleyen ruh sağlığı hizmetleri için bir zorluk" olduğunu belirtiyor ve ayrıca "akut bir kriz atağından sonra nüksetmenin yaygın" olduğunu vurguluyorlar ([7], s. 409).

Acil bakım müdahalelerinin odak noktası üç amaç açısından özetlenebilir [5]: 1. stabilizasyon 2. intihar riskini azaltma
3. tekrarın
önlenmesi.

Machine Translated by Google

Bu hedefler, acil durum ekibi için değerlendirme ve hastaneye yatış süresince (ki bu süre sınırlı olacaktır) bir dizi klinik zorluk doğurur ve ayrıca hastanın toplumdaki ruh sağlığı ağıyla bağlantı kurma becerilerine de bağlıdır. Kriz çalışması, kriz dönemini formüle etmek ve hastanın olağan ortamına yeniden entegrasyonunu sağlamak için gerekli unsurları planlamak amacıyla, gerilimi azaltıcı müdahaleleri zihinselleştirme çalışmasıyla bütünleştirir. Nitekim, hastaneden taburcu olmanın bakımın kesilmesini tetikleme potansiyeline sahip olduğu ve bunun da intihar riskini artırabileceği bilinmektedir [8]. Son araştırmalar, acil hastaneye yatış dönemlerinin verimliliğinin ve sonuçlarının nasıl iyileştirilebileceğini araştırmıştır [8,9]. MBT'de ilk odak noktası, acil bakımın hastanın devam eden psikoterapisinin unsurlarıyla, özellikle de tedavi sırasında ortaya çıkan krizler etrafındaki formülasyon süreciyle nasıl bütünleştirilebileceğidir (bkz. Bölüm 4).

Özetle, bir ruh sağlığı krizi, genellikle hastanın kaynaklarını aşan ve başa çıkma becerilerini ve özerkliğini bozan bir olay veya durumun ardından hastanın zihnini ele geçiren, tahammül edilemez bir durumun öznel deneyimi (yabancılaştırıcı benlik deneyimi) olarak tanımlanır. Öyle ki, hasta güvenli bir şekilde işlevini yeniden kazanmak ve zarar verici ve muhtemelen ölümcül bir tırmanıştan kaçınmak için dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar. Psikolojik açıdan bakıldığında, bir kriz, potansiyel olarak ölümcül teleolojik çözümlere bağlı merkezi bir yabancılaştırıcı benlik deneyimini (veya bu tür deneyimler kümesini) içerir. Bir sonraki bölümde, acil bakım sırasında MBT'nin klinik modelinin teorik temelini ayrıntılı olarak açıklayacağız.

Yabancı Benlik Çirkin Başını Kaldırdığında Bu

bölümde, Peter Fonagy ve meslektaşları tarafından önerilen yabancı benlik kavramının altında yatan psikolojik parametreler [10] (ayrıca bkz. Bölüm 2), yabancılaştırıcı benlik deneyimleri çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu deneyimler, MBT'nin psikiyatrik acil bakımdaki klinik yaklaşımını anlamak için kilit öneme sahiptir. İntihar eğilimiyle başa çıkarken temel soru, bir bireyin zihninin, kendini yok etme araçlarını birleştirmek ve bu girişimi sürdürmek için nasıl devreye sokulabileceğidir.

İntihar durumlarında, birey "Ben"i dayanılmaz acının kaynağı olarak deneyimler (bkz. Bölüm 6). Bu, çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir: "Ben kötüyüm", "İğrenç biriyim", "Değersizim", "Sevilmeye layık değilim", "Hastayım", "Boşum", "Anlamsızım" vb. Kendini algılamanın bu biçimleri kısmen "ben" temsilleri olarak zihinselleştirilebildiği ve "ben" deneyiminin tamamı olmadığı sürece (yani, yalnızca bir parçam "kötü", "iğrenç" veya "değersiz"), kısmi zihinselleştirme genellikle kişinin kendine zarar verme veya kendini yok etme eylemine başvurmasını engeller. Ancak, zihinsel durumlar psişik eşdeğerliğe çöküp kişinin anlık "ben" deneyimini ele geçirdiğinde, "kimse beni sevmiyor" gibi temsiller güçlenir ve "sevilemezim" gibi katı duygular "ben" deneyimine hakim olarak "ben" temsil alanını ele geçirir. Bu gibi durumlarda, psişik acı tamamen bedenlenir ve benliğin eylemliliğini tehdit eder, çünkü o "kötü", "sevilemez" vb. olmaktan başka bir şey değildir. Kendine zarar verme ve intihar eylemlerine başvurmak, benliğin eyleme geçmek için başvurduğu son çareyi temsil eder; yani kendi kendine yönelik saldırganlık [11].

Saldırganlık, kişiyi eylemlilikten mahrum bırakan acıyı ortadan kaldırmak için benliğe karşı kullanılır. Bu, ancak insan zihninin kendini "nesneleştirme" kapasitesine sahip olmasıyla mümkündür; bu kapasite, kriz anlarında devreye girerek hayatta kalma ve zihinsel acının üstesinden gelme ve hatta eylemliliği yeniden kazanma arzusuyla beslenir. Bu, bireyi yabancılaştırıcı benlik deneyimini ortadan kaldırmak için gerekli araçları toplamaya yönlendirebilir.

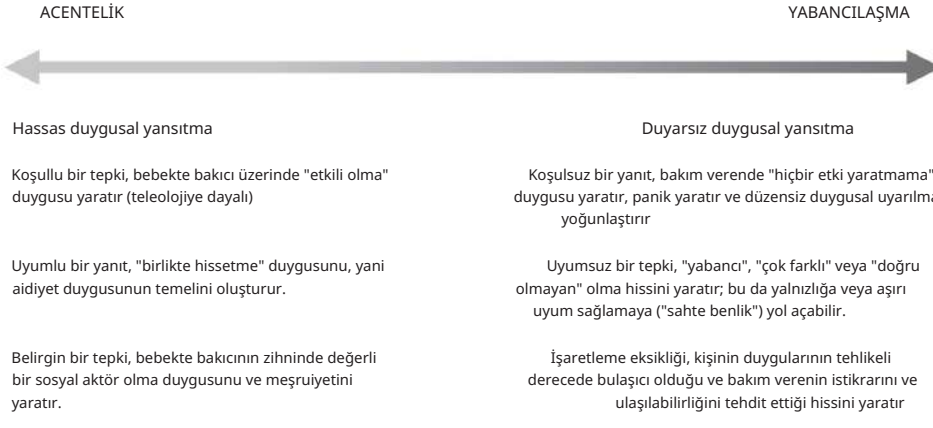
Machine Translated by Google

Muhtemelen hayatları pahasına. Çoğu zaman, intihar girişimi ölümle sonuçlanmadığında, birey, artık bir "ben" temsilinde ("benim bir parçam o kadar çok dışarı çıkmak istiyordu ki!") yer alan yabancılaştırıcı benlik deneyimiyle verdiği bu mücadelenin benliği ortadan kaldırmada başarılı olmadığı için rahatlar. Bu, vakaların büyük çoğunluğunda yabancılaştırıcı benlik deneyiminin anlık olduğunu ve daha sonra benlik modellerimizi oluşturan çok sayıda "ben" temsilini bütünleştiren daha karmaşık bir benlik deneyimine yeniden entegre edildiğini gösterir.

Bunu zihinselleştirmeye nasıl bağlayabiliriz? Peter Fonagy ve meslektaşları, yabancı benliği erken çocukluk dönemindeki kötü yansıtılmış etkileşimlere bağlayan bir gelişimsel model özetlediler [10,12]. Elbette, zayıf ebeveyn yansıtması yabancılaştırıcı benlik deneyimlerinin tek tetikleyicisi değildir. Gerçekten de, bireylerin kendilerini hiçbir iradeye sahip değilmiş gibi deneyimlemelerine neden olan tüm durumlar yabancılaşma potansiyeli taşır; bu durumlar istismar deneyimlerinden fiziksel hastalıklara, felaket niteliğindeki kişilerarası olaylara (örneğin sadakatsizlik), sosyal olgulara (örneğin tehlikeli bir kalabalığın içinde sıkışıp kalmak) veya çevresel olaylara (örneğin bir tsunamiyle karşılaşmak) kadar uzanır. Erken klinik içgörülere benzer şekilde [13], travmanın doğasının yabancılaştırıcı potansiyelinde yattığına inanıyoruz; güçlü bir irade kaybına neden olma kapasitesi, bireyi bütünlüğünü tehdit eden bir çaresizliğe maruz bırakması (bkz. Bölüm 11).

Zihinselleştirme teorisine geri dönersek, ebeveynin belirgin yansıtma tepkisi, eylemlilik ve yabancılaşma dinamiklerini göstermek için zengin ve kullanışlı bir modeldir [10]. Zayıf yansıtma, eylemlilik üzerindeki etkisi nedeniyle yabancılaştırıcı bir öznel deneyime yol açacaktır; aslında, yabancılaşma deneyimi, eylemlilikle oluşturduğu sürekliliğin zıt kutbunda yer alacak şekilde kavramsallaştırılabilir. MBT terimleriyle, öznel deneyimin bu temel özelliğini yansıtan bir eylemlilik-yabancılaşma sürekliliği tasarlıyor ve bunu, yansıtmanın, bakım verenin yansıtma tepkisinin duyarlılık derecesine bağlı olarak bireysel eylemliliği nasıl besleyebileceği veya tüketebileceğiyle ilişkilendiriyoruz (bkz. Şekil 18.1).

Bakıcının duygusal yansıtmasının üç temel özelliği -olasılık, tutarlılık ve belirginlik- çocukta etki etme duygusunu harekete geçirmeye katkıda bulunur [14]. Duygusal yansıtma, benliğin gelişiminde merkezi bir rol oynamasına rağmen, Fotopoulou ve Tsakiris'in son çalışmaları, benliğin oluşumunda bedensel deneyimin merkeziliğine olan ilginin artmasına yol açmıştır [15]. Nörobilimsel kanıtlar,



Şekil 18.1. Faillik-yabancılaşma sürekliliği.

Machine Translated by Google

Bebeklerle bağlanma ilişkisinde ten tene ve beden bedene temasın, çoklu duyusal bütünleşmeyi teşvik ederek erken dönemdeki öz düzenleme kapasitelerini güçlendirdiği görüşü. Dahası, zihinselleştirme, DW Winnicott'un öngördüğü gibi (Fonagy ve Campbell tarafından tartışıldığı gibi [16]), öncelikle tutma, elle tutma ve sunma yoluyla iletilir. Başka bir deyişle, duygusal yansıtmanın iletiminin aracı başlangıçta ebeveynin bedeni ve bebeğin ihtiyaçlarını fiziksel olarak karşılama biçimidir.

Bu gelişimsel bakış açısına göre, teleoloji zihinselleştirilmiş etkileşimlerin temeli olarak "zihinselleştirmeyen" bir kipten ziyade bir "zihinselleştirme" kipidir. Aslında, zihinselleştirmenin gelişimsel teorisi, zihinselleştirme öncesi kiplerin, tam anlamıyla olgunlaşmış zihinselleştirme kapasitesinin yapı taşlarını oluşturduğunu öne sürer. Bu önemlidir çünkü hem erken bağlanma hem de acil bakım ortamları, teleolojiye dayalı bir şekilde işleyen ortamlardır - bebeğin beyni, gerçekliği esas olarak algı temelinde kavramak üzere programlanmıştır ve benzer şekilde, akut bir krizdeki bir hasta, büyük ölçüde "algı-kanıt" kipindedir; hastane ortamından bahsetmeye bile gerek yok; hastane ortamı, yaşam ve ölüm meseleleri eylem gerektirdiği için büyük ölçüde "yapma kipi" açısından işlev görür. Bu nedenle hem zihinselleştiren ebeveyn hem de zihinselleştiren ruh sağlığı uzmanı, ne bebeğin, ne hastanın ne de hastanenin aniden gelişmiş bir zihinselleştirme aracına dönüşmeyeceğini akılda tutmayı faydalı bulacaktır. Ancak zihinselleştirmeyi bu tür bağlamlara yerleştirmek, hem personel hem de hasta ve ailesi için orta ve uzun vadeli sonuçlara yapılan bir yatırımı temsil eder.

Hem ebeveyn hem de ruh sağlığı uzmanı için temel görev, eyleme geçme isteğinin empatik doğrulaması yoluyla (teleolojik modla çalışmanın açıklaması için 4. Bölüm'e bakın) savunmasız bireyin (bebek veya hasta) ihtiyaçlarını karşılamak ve aynı zamanda kendi zihinselleştirmelerini çevrimiçi tutmaktır. Bu başlangıç noktası, zihinselleştirme sürecini "sıfır noktasından" kapatmayı amaçlayan MBT çalışması için olmazsa olmazdır. Bu ilke, hastanın hastaneden çıktıktan sonra hayatına devam edebilmesi için gerekli olan dört adımda özetlenebilir:
1. Krizin şiddetini azaltmaya klinik olarak yardımcı olmak.

2. İntihar eğiliminin kötüleşmesini önleyin.
3. İntihar davranışının tekrarlamasını engelleyin.
4. Krizin zihinsel bir anlatısını oluşturun.

Yabancılaştırıcı benlik deneyimlerinin ek bir olumsuz etkisinin daha olduğunu belirtmek faydalı olabilir: Bu deneyimler, bireyi başkalarının kendisine yardım edebileceği fikrinden uzaklaştırır.
Bir an için, yardım ve destek sağlayabilecek potansiyel kaynaklar olarak diğerleri varlığını yitirir.
Hasta acil psikiyatrik bakıma ulaştığında, yabancılaştırıcı benlik deneyimlerinin ilişkisel kopuş etkisi genellikle hala aktiftir. Bu, ruh sağlığı uzmanlarının ilk adımının, hastanın zihninde başkalarının hem şu anda hem de gelecekte kendisi için bir kaynak teşkil ettiğini hissedebileceği bir alan açmak için hastayla insani bir düzeyde etkileşim kurmak olduğunu göstermektedir. Bu, MBT'nin klinik yaklaşımıyla ve özellikle de zihinselleştirme süreci oluşturmanın bir kapısı olarak epistemik güvenle bağlantılıdır. Şimdi MBT yaklaşımının acil bakım bağlamına uygulanmasına odaklanacağız.

Klinik Yaklaşım: Epistemik Güvenden Krizi Zihinselleştirmek

Acil bakımda hastayla etkileşim kurmak, başarılı bir acil bakım için ilk ve belki de en önemli alanı temsil eder. Kısa süreli psikiyatrik bakım için endikasyonlar

Machine Translated by Google

Hastaneye yatış acil durum programları MBT ile bilgilendirilebilir. Bu bölümün geri kalanında, acil psikiyatrik müdahale kriterlerinin bir özeti sunulacak ve ardından krizin ve taburculuk sonrası önleme ve tedavi planının oluşturulmasına bilgi sağlayacak bir zihinselleştirme süreci oluşturmak için gerekli klinik adımların bir özeti sunulacaktır. Son olarak, dört adımlı modelin her bir unsuru (bkz. bu bölüm: Giriş) açıklanacak ve Jill'in hastaneye yatışı klinik örneği kullanılarak örneklendirilecektir.

Psikiyatrik acil durum konsültasyonlarının yaklaşık %70'i, bireyin ruh sağlığı sistemiyle ilk temasıdır [17]. İntihar davranışı, kendine zarar verme ve içselleştirilmiş anksiyete ve depresyon belirtileri, psikiyatrik acil servislerle temasın en yaygın nedenleridir [18]. Kısa süreli yatarak tedavi için kabul kriterleri hastaneler arasında değişiklik gösterebilir. Kutu 18.1, MBT bilgili acil bakım için kabul için en yaygın kriterleri listelemektedir.

Kutu 18.1 MBT bilgili acil bakım için kabul veya sevk kriterleri.

Kabul Kriterleri

Krizde olan, intihar tehdidinde bulunan veya kendine zarar verme riski olan ve acil bakım gerektiren hasta.

Psikiyatri sistemiyle ilk temas ve hastane bakımı gerektiren durum.

Kısa süreli ve sürekli bir kriz müdahalesi gerektiren herhangi bir hastaya ayaktan tedavi uygulanamaz ve bu durumda hastanede daha uzun süre kalmaktan kaçınılabilir.

Genişletildiğinde intihar düşüncesi veya intihar girişiminin varlığı, akut anksiyete-depresif semptomatoloji, şiddetli uyum bozuklukları veya borderline kişilik bozukluğu.

Acil tıbbi-cerrahi bir müdahaleye gerek yok.

Diğer Psikiyatrik Bakım Türlerine İlişkin Kriterler

Güçlü Kriterler

Acil psikiyatri ünitesinde tedavi gerektirmeyen somatik komorbidite.

Psikotik çöküntü.

Mani veya hipomani.

Psikomotor ajitasyon veya şiddet.

Uyuşturucu bağımlılığı tedavisi ve rehabilitasyonuna odaklanılmıştır.

Göreceli Kriterler

Geç ergenlik dönemindeki hastalar*

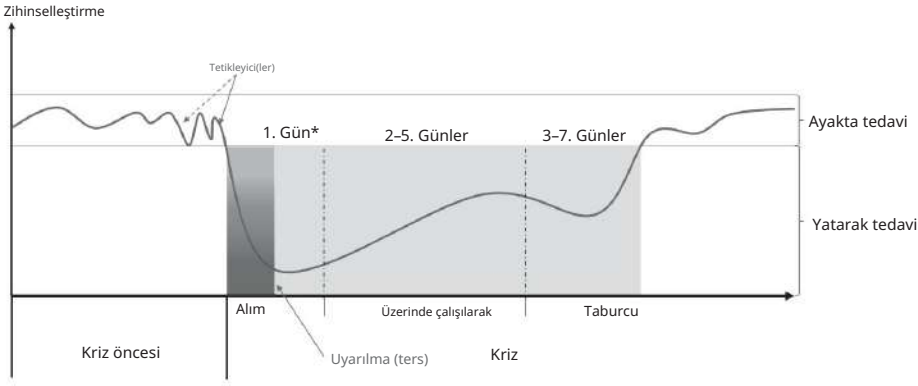
7 günden fazla hastanede kalmayı gerektiren dekompanse ruhsal bozukluğu olan hastalar (örneğin, şiddetli depresyon).

* Ünitenin uygun koşulları sağlaması durumunda 16-18 yaş arasındaki hastaların hastaneye yatırılabileceğini unutmayın. Gerekli ortam (bireysel oda, ergen psikiyatrisi yeterlilikleri vb.)

Kriz aşamaları açısından, acil psikiyatride kriz müdahalesinin genel bir sıralamasını görselleştirmek faydalıdır. Değerlendirme ve acil yatış için kabul genellikle krizin ilk aşamasında gerçekleşir (bkz. Şekil 18.2). Değerlendirme, hastayı değerlendiren ve triyajlayan acil servis personeli tarafından gerçekleştirilir.

Krizin ortaya çıktığı bağlamın unsurları, sevk eden klinisyenin acil servis personeliyle yaptığı görüşmelerden ve hastayla ilk temastan itibaren ortaya çıkmaya başlar.

Machine Translated by Google



* Günler yaklaşık zaman aralıkları olarak belirtilmiş olup, servislere göre değişiklik gösterebilir.

Şekil 18.2 Acil yatışların kabulden taburculuğa kadar genel görünümü.

Hasta. Gerçek hayatta paylaşılan herhangi bir hikâye örgüsü gibi, ortaya çıkan unsurlar genellikle anlatısal bir yapıdan yoksundur ve hastaneye yatışa yol açan tetikleyiciler ve temel yabancılaştırıcı benlik durumları açısından olayların sırasına veya önem sırasına mutlaka uymazlar. Bunlar, hasta ve personel kriz dönemi ve bağlamı hakkında ilgili bilgileri topladıkça kademeli olarak ortaya çıkacaktır. Hasta ve personel, krizin doruk noktasında psikolojik acıyla başa çıkmanın tek olası yolu olarak teleolojik bir çözümün (Jill'in durumunda, bir paket parasetamol tableti almak) nasıl görüldüğünü anlamak amacıyla bu unsurları birlikte ele alarak bir kriz anlatısı yaratacaklardır. Kriz öncesi, sırasında ve sonrasındaki anlatı etrafında çalışmak, farklı olarak ne yapılabileceğini ve benzer faktörlerin hastada zor zihinsel durumlar yaratmak üzere bir araya gelmesi durumunda ne yapılacağını hayal etmek, hastane sonrası kriz ve tedavi planı geliştirmeye başlamak ve hastanın hastaneden taburcu edilmesi ve güvenli bir şekilde eve dönmesine eşlik eden bağlamsal unsurlar üzerinde çalışmak için gerekli unsurları sağlayacaktır.

Özet

Mentalizasyon, özellikle ilk kez hastaneye yatışların ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili hastane yatışlarının, genellikle madde bağımlılığı, bipolar bozukluklar veya psikotik bozukluklar gibi durumları içeren diğer "döner kapı" tipi acil konsültasyonlardan ayrı olarak ele alındığı acil bakımda çalışan klinisyenler için faydalı olabilir. İlk kez kullananlara ve kişilik bozukluğu olan kullanıcılara özel bir hizmette, vakaların yaklaşık %20-30'u BPD veya diğer kişilik bozuklukları tanısıyla ilişkili olacaktır.

Önemlisi, birçok kişi için bu, ruh sağlığı tedavisine giriş noktası olacaktır [3]. MBT çerçevesi, intihar riski ve davranışları olan hastaların klinik görünümlerinin çeşitliliğine oldukça uygundur. Genel olarak, MBT konusunda eğitim almış ruh sağlığı uzmanları şu becerilere sahip olacaktır: 1. hastayla etkileşim kurmak 2. sorun hakkında ortak bir anlayış geliştirmek

Machine Translated by Google

3. Kriz formülasyonunu, önleme ve tedavi planıyla birlikte birlikte oluşturun. 4. Hastayı taburcu olmaya hazırlayın.

Bu tür acil müdahalenin faydaları, hastayı en uygun tedaviye yönlendirmek, hastanın etrafındaki ağda yardım sağlayabilecek kaynakları yeniden harekete geçirmek ve intihar eğiliminin tekrarlama riskini azaltmaktır.

MBT Bilgili Acil Bakımın Dört Adımı Bu bölümde, kısa süreli psikiyatrik acil hastane yatışları bağlamında MBT bilgili psikolojik bakım sunmak için birbiriyle ilişkili dört adımı özetleyeceğiz. Tipik bir hastane yatışının zaman çizelgesini takip edecek, her adım için çeşitli prensipleri açıklayacak ve bunları Jill'in servislere sunumundaki klinik örneğe atıfta bulunarak örneklendireceğiz. Birçok serviste "hastaneye yatış" aslında artık bir kriz servisinden alınan yoğun destekle toplum içinde sağlanmaktadır. Bu nedenle, burada "kısa süreli hastaneye yatış" özetlenmiş olsa da, kriz desteği ve 24 saat ekip müdahalesi mevcutsa, tüm sürecin güvenli bir toplum ortamında gerçekleşmesi mümkündür.

Acil Bakıma Kabul ve Yatış Kabul süreci üç aşamadan oluşur: 1. Hastaneye yatış talebinin alınması 2. Hasta ile ilk görüşme 3. Hastanın yatışından sonra ekibin bilgilendirilmesi.

Hastaneye Yatış Talebi Alınması Hastaneye yatış talebi genellikle hastanın risk seviyesi konusunda endişe duyan genel tıp personeli veya hemşirelik personeli tarafından yapılan bir değerlendirmenin ardından gelir. Değerlendirmeleri, kriz düzeyinin daha uzun bir değerlendirme için hastaneye yatış kriterlerini karşılayıp karşılamadığını belirler. Bu ilk temasın amacı, hastanın sorununun hastaneye yatış gerektirdiğine dair ilk formülasyona ulaşmak ve hasta, aile üyeleri ve/veya önemli diğerleri de dahil olmak üzere hastaneye yatış talebinde bulunan her bireyin, yatarak acil bakım gerektiren sorun için aradıkları bakım türü konusunda açık olmalarını sağlayacak yeterli inisiyatifi sağlamaktır. Özünde, fikir, kriz ekibinin rolüne ve hastanın ihtiyaçlarına uygun bir tedavi planı oluşturmaktır. Bu genellikle klinik vaka formülasyonundan daha basit bir biçim alır ve bir fikir birliği ifadesi olarak formüle edilir: "Hastanede yatış sırasında veya kriz ekibiyle çalışırken neyi tedavi edeceğiz ve neden?" Bu tedavi planı genellikle yazılı hale getirilir ve hastanın bakımıyla ilgilenen tüm personel ile paylaşılır.

Şimdi, herkesin fikir birliği ifadesini oluşturmak için gereken bilgileri toplamasına yardımcı olacak açık uçlu sorulara bazı örnekler vereceğiz. Bu sorular, yönlendiren psikiyatristin, hastanın ve aile üyelerinin, kendilerinin ve başkalarının duygulanımlarına ve temsillerine ve durumun gerçek teleolojik/olgusal unsurlarına odaklanmaya başlamalarına yardımcı olmak üzere tasarlanmıştır.

Şu anki anlayışınıza göre durum nasıl dayanılmaz hale geldi?

Sizce/hastanın zihninde, hastaneye yatmayı gerektiren diğer durumlardan farklı olan şey nedir?

Sizce siz/hasta hastaneden ne bekliyor?

Machine Translated by Google

Hasta ile aynı beklentileriniz var mı?
Hasta yakınlarına durumla ilgili hangi bilgileri aktardı?

Şu anda tıbbi ve hemşirelik personeliyle ilgili herhangi bir zorluk yaşanıyor mu?

Bu aşamada, teleoloji genellikle yerleşiktir: "Kendini öldürmeye çalıştığı için hastaneye yatırılması gerekiyor!" MBT tarafından bilgilendirilen ruh sağlığı uzmanları, güvenliği sağlamak ve krizin şiddetini azaltmak için teleolojik bir çözüme duyulan ihtiyacı doğrularken, aynı zamanda düşünceyi, benlik ve başkalarının duygulanımları ve temsilleri etrafında yönlendirmeye çalışırlar; bu da yabancılaştırıcı benlik deneyimlerinin doğası ve krizde rol oynayan kişilerarası tetikleyiciler hakkında bilgi ortaya çıkarabilir: "Evet, kendini öldürmeye çalıştığını anlıyorum ve ne olduğunu daha iyi anlamaya çalışacağız. Kendisi hakkında ne hissettiği ve bizden ne gibi yardım isteyebileceği konusunda bir fikriniz olup olmadığını soruyordum?"

Klinik Örnek: Jill'in Kabulü Jeremy, Jill'e

intihar tehdidini "umursamadığını" söyledikten sonra Jill oturma odasından ayrılırken, Jeremy yatak odasına gidip cep telefonunu aldı ve annesini aradı: "Alo?
Evet, ben Jeremy, sanırım kızın yine aptalca bir şey yapacak ve bu sefer bana güvenme." Jill'in annesi hemen kızını aradı ve neyse ki kız cep telefonuna cevap verdi: "Anne, az önce bir kutu parasetamol yuttum, başım dönüyor ve... korkuyorum." Tatil beldesinden 24 kilometre uzakta yaşayan Jill'in annesi, durumun ciddiyetinden emin olmadığı için kızını kontrol etmeye karar verdi; Jill, aile tarafından sürekli olarak savunmasız ve muhtaç biri olarak gösteriliyordu. Jill'in annesi geldiğinde, kızını apartmanın dışında yerde, tek başına yarı baygın halde buldu. Jill'i en yakın hastanenin acil servisine götürdü.

Değerlendirme ekibi, alım sürecinde Jill'in aldığı parasetamol dozuyla ilgili güvenliği sağlamak amacıyla tıbbi durumu değerlendirmek için zaman ayırdı.
Neyse ki tıbbi açıdan tehlikede değildi. Jill, yaklaşık 4 ay önce, bir tartışmanın ardından bileklerini yüzeysel olarak kestiği bir kendine zarar verme olayının ardından Jeremy ve annesiyle birlikte aynı psikiyatri acil servis ekibine başvurmuştu. Aynı gün taburcu edilmiş ve hastanenin psikoterapi polikliniğiyle iletişimi sağlanmış, ancak sadece birkaç seansa katılmıştı.

Acil durum ekibi, yaptığı değerlendirme sonucunda Jill'in bu kez hastaneye yatırılma kriterlerini karşıladığını düşündü. Acil durum ekibiyle yapılan görüşme, aşağıdaki alıntılarda kısaca özetlenmiştir.

Klinik Örnek: Acil Durum Ekibinden Gelen Sorular Soru: Mevcut

anlayışınıza göre, durum neden dayanılmaz hale geldi?

PSİKİYATRİST: Birkaç ay içinde kendine zarar verme davranışından intihar girişimine geçti, bir tırmanış var
Uygun bir değerlendirme gerektiren risk.

ANNE: Sevgilisi, düşündüğümden daha da küfürbazmış. Buna bir son verilmeli.

Machine Translated by Google

Soru: Hastanın hastanede yatıştan beklentisi nedir?

PSİKİYATRİST: Sanırım erkek arkadaşının gelip durumu düzeltmesini umuyor. Umarım siz [acil durum ekibi] onu terapiye devam ettirmeye ikna edersiniz; tehlikeli bir yolda ilerliyor.

ANNE: Terapisti işe yaramamış, belli ki. Ben de borderline kişilik bozukluğu hastasıyım, nasıl bir şey olduğunu biliyorum. Kızımın bu adamın ne kadar zehirli olduğunu anlaması gerek, bu adam hayatını mahvediyor.

Soru: Tıbbi ve hemşirelik personeliyle ilgili şu anda herhangi bir sıkıntı yaşanıyor mu?

PSİKİYATRİST: Sanki gerçekten orada değilmiş gibi, ondan ne elde edebileceğini bilmiyorum, sanki memnun etmek için "evet" diyormuş gibi ama ne pahasına olursa olsun bu ilişkiyi sürdürmek istiyor, bu da bizim için endişe verici.

ANNE: Bu sefer hastaneye yatırmaya karar verdikleri için mutluyum... Bunu en son yapmaları gerekirdi. zaman zaman.

Soruların her zaman doğrudan ve bilgilendirici yanıtlar vermediği açıktır, ancak yanıtlar, işleyen düşük zihinselleştirme modlarının türü hakkında bir fikir vermenin yanı sıra olası zihinselleştirmelere dair ipuçları da verir. Zihinselleştirmenin bir krizde söz konusu olan duygulanımları ve temsilleri belirlemede ne kadar yardımcı olabileceğini değerlendirmek için takip soruları gerekecektir. Teleolojik modun herkesin düşüncesini nasıl yapılandırdığını, bazı güçlü psişik eşdeğerliklerin muhtemelen uyumlu bir zihinselleştirmeyle harmanlandığını görebiliriz. Bu durumda, hem annesinin hem de psikiyatristin yanıtlarıyla belirtilen hastanın bağımlılığı ve değişkenliği hissi de vardır. Anne, kızının zorlu bir romantik ilişkiye sıkıştığını hisseden bir müttefik gibi görünmektedir. Annenin kendi deneyimi, herkesin zihinselleştirmesi için hem bir kaynak hem de bir engel teşkil edebilir ve kendi deneyimini onaylama ihtiyacı bazen kızını zihinselleştirme

Bu görüşmeler temelinde, Jeremy için sevimli bir kız arkadaş olamayacağına dair düşüncelerinin yoğunluğunu azaltması için Jill'e yardımcı olma fikri etrafında bir fikir birliği ifadesi ve tedavi planı taslağı oluşturuldu. Bu düşünceler, Jill'i kendine zarar vermeye zorlayan güçlü duyguları tetikliyor gibi görünüyor. Ancak Jill'in zihninde bu kasıtlı bir şey değil çünkü zihinsel acıdan kaçmaya çalışıyor. Ayrıca, bir noktada kontrolü kaybettiği hissinden de bahsediyor ve kendine zarar verme döngüsünün kırılması için bunun daha fazla anlaşılması gerekiyor. Jill ve annesiyle, Jeremy'yi bu sürece dahil etmenin avantajları ve dezavantajları ve belki de diğer önemli kişilerarası destekler hakkında konuşulması gerekiyor.

Jill'in İlk Görüşmesi ve Acil Durum Ekibinin Kabul Değerlendirmesi Servisin nasıl

işlediğini açıklamak için bir bilgilendirme ve bir güvenlik planı üzerinde anlaşmaya varılmasının (örneğin, daha fazla doz aşımı için kullanılabilecek herhangi bir ilacın teslim edilmesi) ardından, Jill ve iki kilit çalışanın katılımıyla bir ilk toplantı planlanır. Bu toplantının amacı, Jill ile etkileşim kurmak ve kriz sürecini incelemeye başlamaktır. Bu görüşme sırasında personeli yönlendirmenin bir yolu, kabaca beş görüşme temasını takip etmektir: 1. Tanışma

2. Krizin keşfi 3.
Bağlamlandırma

Machine Translated by Google

4. oturum içi deneyim 5.
hastanede kalış planlaması ve iki aşamalı sözleşme.

Tanıtımlar

Personel, profesyonel bir rol üstlenerek, tipik olarak sıcak ve insancıl bir yaklaşımla kendilerini tanıtırlar ve hastadan da kendilerini kısaca tanıtmasını isterler, bu esnada personel ve hasta sunumları arasında dikkatli bir denge kurarlar.
Amaç, "buzu kırmak" ve bu ilk toplantının bağlamını açıklamaktır. Şeffaflık amacıyla, personel acil servisten ekibe gönderilen tüm hasta bilgilerini paylaşacak, böylece hasta açık iletişimin doğasını anlamaya başlayacak ve alınan bilgileri düzeltme fırsatını değerlendirmeye teşvik edilecektir. Dahası, personel hastanın zihinselleştirme kapasitesine göre uyarlanmış bir dil kullanarak anladıklarını ve daha fazla anlamaya çalıştıklarını açıkladıkça, "bilmeyen" tutumu zihinsel durumlara olan ilgiyi modellemek için en başından itibaren kullanılır. Hasta bilgileri düzeltebilir veya ekleyebilir; bu da personele bunu dikkate alacaklarını ve hastanın bakış açısına olan ilgilerini daha da belirginleştireceklerini gösterme fırsatı sunar. Toplantının gündemi, özellikle krizin hasta için kabul edilebilir bir hızda ele alınması konusunda mutabakata varılır ve hasta, görüşmenin çok hızlı ilerlediğini veya kendisine uygun olmadığını düşünürse personeli uyarması için teşvik edilir. Kriz incelemesinin başlangıcı hassas bir şekilde işaretlenir. Daha da önemlisi, personelin genel tutumu, hastanın inisiyatifini teşvik etmeyi amaçlar. Hastayla, ihtiyaç duyduğu yardımı almak için hizmete katılmak isteyen bir birey olarak ilişki kurmak önemlidir. Hem personelin hem de hastanın zihninde, bunun uzun vadeli bir terapötik ilişki olmadığı, her şeyi "çözecek" sihirli bir kısa vadeli müdahale olmadığı açıkça anlaşılmalıdır. Bu, daha çok hastanın kendi düşüncelerini ve duygularını yönetme kapasitesini geliştirme ve riskli davranışlardan kaçınırken ilişkiler kurabilme becerisini geliştirme amacıyla terapötik bir yolculuğa eşlik edilmesi için bir başlangıç noktasıdır.

Krizin Keşfi Krizin

keşfi, genellikle krizin anlatısı hakkında bilgi edinilen, duygusal anlatıyı, ilgili zihinsel durumları ve kayıp, kopuş, utanç, reddedilme vb. gibi temaları hazırlamış olabilecek bağlanma tetikleyicilerini anlamaya çalışan zihinselleştirici bir işlevsel analiz (bkz. Bölüm 4) biçimini alır. Anlatı boyunca benlik ve diğer temsiller, tam bir bilmeme moduna girmeden hassas bir şekilde tetiklenebilir. Uyarılma ve/veya olası dissosiyatif fenomenlerdeki değişikliklerin dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi, klinisyenin kriz araştırmasına rehberlik edecektir. Bu aşamada hastayla yetersiz veya aşırı empati kurmak, sırasıyla teyakkuzunu veya saflığını artıracaktır. Klinisyenin insani ilgisiyle oluşan epistemik güven, ancak hasta kendi deneyiminin ortak bir dikkat alanı olarak görüldüğü bir saygı nesnesi olduğunu hissettiğinde harekete geçirilebilir. Zıt hareketler, açıklama, yeniden formüle etme ve kısa özetler ile empatik doğrulama gibi "zihinselleştirme süreci" alanındaki müdahaleler, genellikle MBT bilgisine sahip klinisyenler tarafından kullanılır (bkz. Bölüm 4).

Bu aşamada, sevk eden psikiyatriste sorulan sorulara benzer sorular sorulabilir.

Machine Translated by Google

Klinik Örnek: Krizin İncelenmesi Soru: Mevcut

anlayışınıza göre, durum nasıl dayanılmaz hale geldi?

JILL: Sanırım erkek arkadaşımı asla memnun edemiyorum, bilmiyorum, sadece o bunu yapmadığını söylediğinde çıldırdım. bakım, ona ihtiyacım var, onsuz yaşayamam!

Soru: Hastanede yatmaktan beklentileriniz nelerdir?

JILL: Erkek arkadaşıma deli olmadığımı, bu sefer daha iyisini yapabileceğimi göstermek istiyorum. Başaramayacağımdan korkuyorum... Neden beni sevmiyor?

Soru: Tıbbi ve hemşirelik personeliyle ilgili şu anda herhangi bir sıkıntı yaşanıyor mu?

JILL: Hayır, teşekkür ederim, buradaki insanlar gerçekten çok nazikti. Yardımcı olup olamayacaklarını bilmiyorum, sadece ilgi çekmeye çalıştığımı düşünüyor olmalılar.

Bağlamlandırma

Seans ilerledikçe, personel genellikle kriz keşfine girip çıkar; özellikle de mevcut ve geçmişteki önemli ilişkiler, geçmişleri ve diğer faktörler hakkındaki bağlamsal ve biyografik bilgiler, mevcut durumun yüzeysel bir anlayışının ötesine geçmeye yardımcı olur. Vaka formülasyon prosedürüne (Bölüm 4'te açıklanmıştır) benzer şekilde, personel hastayı ilişki örüntüleri hakkında bilgi vermeye teşvik edecek ve kaçınılmaz olarak hem risk hem de dayanıklılıkla ilgili faktörleri içeren kişilerarası ortamı değerlendirmeye çalışacaktır. Bu aşamada, hastanın zihinselleştirme işlevinin değerlendirilmesi, bir anlatı oluşturma, zaman çizelgeleri oluşturma ve hem geçmişte hem de şimdiki zamanda zihinsel durum ve duyguları belirleme kapasitesi ve düşük zihinselleştirme işlevi alanları açısından devam eder.

Oturum İçi Deneyim

Oturum içi deneyim, oturuma katılan herkesin gözlem nesnesidir.
Seans sırasında personelde ne tür hisler ve düşünceler uyandırılır? Hastada ne tür duygular, uyarılma değişiklikleri, tanınma veya önemsenmeme deneyimleri belirgin görünüyor? Hastanın uyarılma ve zihinselleştirme sistemlerini öğrenirken, personel hastanın müdahalelerine verdiği tepkilere ve beyan ettikleri niyetlerin hasta tarafından nasıl algılandığına dikkat etmeye çalışır. Çoğu zaman, personelin niyeti hastanın duygulanımını daha iyi anlamaya çalışarak hastanın bunu düzenlemesine yardımcı olmak olsa da, bu süreçte hasta yargılandığını, yanlış anlaşıldığını veya önemsenmediğini hissedebilir. Tersine, hasta personel üyelerinden birinin yaşadıklarını "tam olarak" anladığını hissedebilir veya bir personel üyesi, kim oldukları veya hastanın onlarla nasıl ilişki kurduğu nedeniyle durumu özellikle iyi anladığını hissedebilir. Bu gibi kesinlikteki herhangi bir artış, zihinselleştirmenin azaldığının bir işaretidir. Tüm bu unsurlara dikkat edilmesi gerekir, çünkü bunlar hasta ile ve personel arasındaki iletişimde zihinselleştirmenin kalitesini değiştirebilir.

İlk seansta, klinik ekip, hastanın kim olduğu ve neler yaşadığı konusunda kabul görmesine yardımcı olmak ile krize dahil olan zihinsel durumları anlamaya çalışmak arasında dinamik bir denge kurar. Müdahaleleri, yapı, bilmeme duruşu ve süreç alanları etrafında tutarken, hassas bir şekilde...

Machine Translated by Google

Hastanın düşük zihinselleştirme modlarına odaklanmak çok önemlidir. Duygusal anlatı ve ilişkisel zihinselleştirme mevcut olsa da, seansta daha az yer kaplarlar. Örneğin, ilişkisel zihinselleştirmenin "ses parçaları", kapsamlı bir ilişkisel zihinselleştirme müdahalesine girmeden seansın anlarını yönlendirmek için faydalı olabilir. Yine, klinisyenler, ne kadar küçük olursa olsun, epistemik bir güven kıvılcımı ateşlemek için hastanın deneyimini kabul etmeye çalışırlar.

Vaka Örneği: Jill ve Personel Arasındaki İlk Görüşmeden Bir Alıntı İlk görüşme sırasında

Jill, personelle yalnızca kısa bir süre görüşüyor ve ne yapması gerektiği (Jeremy'yi aramak veya ona kısa mesaj göndermek) ile annesinin hayatından ne kadar habersiz olduğu arasında sürekli geçiş yapıyor. Jill, bu iki konuyla ilgili ilk doğrulama girişimlerine yanıt vermiyor ve psikiyatri hemşiresi, Jill'in giderek daha çok kendisiyle sohbet ediyormuş gibi hissetmeye başlıyor.

HEMŞİRE: Jill, bir dakika sözünüzü kesebilir miyim?

JILL: Eh... evet, tabii!

HEMŞİRE: Jeremy ile ne yapacağınızla meşgul olduğunuzu duyuyorum; aramak, mesaj atmak veya dur, değil mi?

JILL: Evet.

HEMŞİRE: ... ve annenizin şu anki durumu anlamadığını da hissediyorsunuz ...

JILL: ... ve bu konuda tüm hayatım boyunca (bu konu hakkında konuşmaya devam etmeye hazırlanıyorum)

HEMŞİRE: Tamam, bir dakika! Devam etmeden önce şunu bilmenizi isterim ki, bu konuyu anlıyorum. Şu anda aklınızdan neler geçiyor? Size nasıl yardımcı olabiliriz?

JILL: Bana ne yapacağımı söyleyebilirsin. Jeremy'yi aramalı mıyım?

HEMŞİRE: Bunu hastanede kalışınızın ilerleyen zamanlarına bırakabilir miyiz?

JILL: Beni hala sevip sevmediğini bilmem gerek!

HEMŞİRE: Sizi duyuyorum, gerçekten de sizin için acil bir durum gibi görünüyor!

JILL: Evet!

HEMŞİRE: Jill, bunları söylerken hayatının buna bağlı olduğunu mu hissediyorsun?

JILL: EVET!

HEMŞİRE: Tamam, sizi duyuyoruz ve onun nerede olduğunu bilmeden burada olduğunuzu hayal edebiliyoruz. standları sizi gerçekten dayanılmaz görünen şüphelerle baş başa bırakıyor.

Bu örnekte, ilişkisel zihinselleştirmenin "Nasıl yardımcı olabiliriz?" şeklindeki kısa cümlesi, terapötik etkileşimi yeniden düzenledi ve hastanın bakış açısından biraz daha iyi bağlamlandırılabilecek ek bir empatik doğrulamaya yol açtı. İlk görüşmenin ardından, klinik ekip, acil çözümler düşünmek yerine hastanın kriz hakkında nasıl düşündüğünü gözlemleyecektir. Nitekim, hastanın etrafındaki ortam genellikle olağan sosyal, ailevi ve diğer tetikleyicilerde bir azalmaya yol açacağından, hastanın zihni kriz hakkında düşünmeye daha fazla odaklanacaktır.

Machine Translated by Google

Mevcut durum, nerede oldukları ve kriz döneminin şiddet derecesi; bunların hepsi hastanın hastaneye yatış sürecine girmesiyle birlikte bir miktar desteğe ihtiyaç duyacak duygusal çalkantılara yol açabilir.

Hastanede Kalışın Planlanması ve İki Seviyeli

Sözleşme İlk seansın sonuna doğru, hastanın hastaneye yatışa ilişkin bir temsil geliştirmeye devam edebilmesi için yapısal ve psikoeğitsel unsurlar tanıtılır.
Psikoeğitimsel unsurlar arasında, öz-deneyimin kriz öncesi yaşamla, kriz dönemiyle ve hastanede kalış süresiyle ilişkili olarak katlanılabilirlik düzeyindeki çeşitliliğe dikkat çekilebilir. Öz-deneyimi katlanılabilirden giderek katlanılmaz hale getirebilecek tetikleyicilerin ve dönemlerin belirlenmesiyle ilgili psikoeğitim, hastanın farklı öz-deneyimlere karşı hassasiyetleri konusunda eğitilmesine ve öz-zarar verici zihinsel durumların zihinsel alanının tamamını nasıl kaplayabileceği konusunda farkındalık kazanmasına yardımcı olur. Bu bizi zihinselleştirme ve duygusal uyarılma arasındaki ilişkiye ve özellikle yoğun duygulanımın, bireyin belirli bir durumla başa çıkmak için çeşitli yöntemler kullanma kapasitesini nasıl azaltacağına geri getiriyor. Duygulanım ne kadar yoğun olursa, mevcut seçenekler o kadar azalır ve öz-zarar vermenin katlanılmaz duygularla başa çıkmak için tek seçenek gibi görünme riski de o kadar artar.

Bu aşamada, hasta hastanede kalışının gerçekte neleri içereceğine dair daha somut bir anlayışa sahip olmayı faydalı bulacaktır. İki aşamalı bir sözleşme yapılır; bir aşama sonraki 24 saat için geçerliyken, ikinci aşama kalışın geri kalanıyla ilgilidir. Buradaki fikir, hastanın kriz dönemine yol açan duygulanım düzeyini azaltmak için en az 24 saat boyunca çalışmasıdır. Duygulanım yoğunluğu azaldıktan sonra, kalışın geri kalanını düşünmek daha uygulanabilir hale gelir. Bu çalışma şekli, hastanın ilk 24 saat boyunca zihinsel durum işlevindeki değişiklikleri fark etmesine ve duygulanımın daha az yoğun olduğu dönemlerde zihinselleştirme olasılığının açılmasına yardımcı olur. Kural olarak, ilk 24 saat üniteye (oda ve olanaklara) yerleşmeye, etkiyi azaltmaya yardımcı olabilecek aktiviteleri düşünmeye, hastanın şu anda nerede olduğunu bilmesi gereken kişilerle iletişim kurmayı planlamaya ve hastanın tedaviye nasıl aktif olarak katılacağını geleceğe yönelik olarak hayal etmeye ayrılır; bu hem tedavi ekibini hem de hastayı ilgilendiren bir görevdir.

Toplantı Sonrası ve Ünite İçinde Bilgi Aktarımı Üniteye kabul ve ilk

seanstan sonra, toplanan bilgilerin derlenip ekibe iletilmesi gerekir. Hastayla etkileşim kuran farklı personel üyelerinin farklı bakış açılarının ve karşıt ilişki deneyimlerinin bütünleştirilmesi özellikle ilgi çekicidir; bunların hepsi hasta ve krizin niteliği hakkında bilgi kaynaklarıdır. Ekip işleyişinin yapısı, hastanın dayanılmaz zihinsel durumları açısından neler sunduğuna dair geçici bir ortak anlayış oluşturmak ve daha fazla araştırma gerektiren alanları ve ekip üyeleri için hastayla çalışmayı kolaylaştırabilecek veya engelleyebilecek etki türlerini belirlemek için zaman tanır. Ayrıca, ünitede geçirilen süre boyunca yapılacak faaliyetler ve hastanın hastaneye yatışı hakkında bilgilendirilecek kişiler konusunda mutabakata varılan ortak bir anlayış da sağlar. Hastanın cep telefonunu kullanması ve bağlanma figürleri ve ünite dışındaki diğer kişilerle iletişim kurması planlama ve anlaşma gerektirir. Bu kitabın önceki bölümlerinde vurguladığımız gibi,

Machine Translated by Google

Bağlanma stresi, zihinselleştirmeyi zorlaştırır ve hasta savunmasız bir durumda olduğunda, bu durum hızla durumunun kötüleşmesine yol açabilir. Bu, bağlanma figürleriyle kısa bir süreliğine teması azaltmanın faydalı olabileceği anlamına gelir.

Krizi Ortaya Çıkarmak

Hastaneye yatışın ilk adımını izleyen ikinci adım, krizin psikolojik karmaşıklığını ele alarak hastayla birlikte krizin nasıl ortaya çıktığına dair bir çalışma hipotezi oluşturmaktan oluşur. Bu genellikle hastaneye yatışın ikinci veya üçüncü gününden dördüncü veya beşinci gününe kadar sürer (veya süreç bir topluluk ortamında tamamlanıyorsa kriz ekibiyle birlikte çalışılır) ve her biri 45 dakika süren dört ila altı seans içerir. Seanslar birbirini izledikçe, klinisyenlerin rehberliğinde, dış tetikleyici faktörlerin değerlendirilmesinden içsel duygusal-temsilî faktörlerin değerlendirilmesine doğru bir ilerleme olur. Klinisyenler, yaklaşan üçüncü adım olan formülasyonun yapı taşlarını oluşturacak en alakalı bilgileri toplamaya çalışırlar. Bu nedenle, bu seanslar hâlâ büyük ölçüde zihinselleştirme süreci modundadır ve herkese, yabancılaştırıcı benlik durumlarının hastanın zihnini ele geçirip ciddi kendine zarar verme riskini artıran duygusal ve ilişkisel manzaraları olabildiğince doğru bir şekilde değerlendirme fırsatı verir.

Personel, genellikle 24 saatlik sözleşmeyi incelerken, kısa ve odaklanmış hastane yatış süresinin bu aşamaya girdiğini açıkça belirtmek için zaman ayıracaktır. Bu aşamanın amacı, soruşturmayı gerçek krizden aşağıdaki yedi bağlamsal alana genişletmektir:

1. Hastanın güvenilir bir gelişim zaman çizelgesinin elde edilmesi, tüm risklerin not edilmesi
   Yol boyunca faktörler, hastanın varsa ruh sağlığı hizmetleriyle daha önceki temasları ve önceki krizlerin araştırılması ve bunların nasıl çözüldüğü 2. Hastanın temel ilişkilerinin geçmişine
ve daha spesifik olarak, bunların daha yakın dönemdeki evrimine ve karşılaşılan olası zorluklara ve
   çatışmalara dair tatmin edici bir açıklama elde edilmesi

3. Hastanın rol işleyişinin, özellikle mesleki açıdan (veya hasta için uygunsa eğitim/öğretim
   açısından) iyi bir temsilini elde etmek 4. Memnuniyeti ve olası endişeleri değerlendirmek
için yakın ilişkilerde işleyişin duygusal alanını araştırmak (bu, hastanın cinsel yaşamını içerebilir)

5. Yaratıcılık alanlarını, güçlü yönleri ve alanları teşvik etmek ve aramak
   koruyucu faktörler olarak katkıda bulunur
6. Hastanın kullanımına sunulan kaynakların (örneğin kişisel, kişilerarası, sosyal,
   toplum)
7. Süreç boyunca hastanın zihinselleştirme kapasitelerinin profilini çıkarmak için bilgi
   toplanır.

Seanslar sırasında kullanılan klinik teknikler, MBT'nin müdahale alanlarıyla (zihinselleştirme süreci, etkisiz zihinselleştirme biçimlerinin yönetimi, duygusal anlatının keşfi ve ilişkisel zihinselleştirme (bkz. Bölüm 4)) uyumludur ve hastaya, bu alanların seanslar sırasında sistematik olarak ele alınacağı bilgisi verilmiştir. Bu nedenle klinisyen, seansları yarı yapılandırılmış bir şekilde yönlendirir ve rehberli keşif ile hastanın "düşünmesine" izin verme arasında bir denge kurar.

Machine Translated by Google

"Yüksek sesle." Amaç, seanslardaki uyarılma seviyesini, hastanın zihinselleştirmesinin bazı bölümlerini desteklerken klinisyenlerin zihinselleştirmesini çevrimiçi tutmak için optimum aktivasyon seviyesinde tutmaktır. Klinisyenler, her seanstan sonra yapılan çalışmaları güncellemek ve bunu gerektiren alanların daha fazla araştırılmasını planlamak için 7 maddelik bağlamsal alanlar listesinde özetlenen bağlam alanları şablonunu kullanır.

Hastaya açıkça belirtilen bu aşamanın temel amacı, kendine zarar verme davranışını tetikleyen yabancılaştırıcı benlik deneyimlerine hem dış hem de iç faktörleri bağlayan bir kriz hipotezi oluşturmaktır. Bu bağlamda, hastanın krizle ilgili formülasyonunu oluşturmasında kendisine sağlanan desteği yönlendiren açık bir psikoeğitimsel bileşen vardır. Daha önce de belirttiğimiz gibi, klinik ekip hastanın eylemliliğini etkinleştirmeyi bir öncelik haline getirecektir ve bazen bu, zor duygular yaşayan hastaya destek ve rahatlama sağlama isteğiyle çelişebilir. Ancak, bu çalışma çok kısa vadeli olduğundan, klinisyenlerin duygulanımla çalışması, ancak duygulanımın tanımlanması ve işlenmesi ile hastanın başa çıkma kaynaklarının harekete geçirilmesi arasında bir denge sağlaması büyük önem taşımaktadır.

Sistemik bir bakış açısından, hastanın krizi, genellikle sorunların veya işlev bozukluklarının sorumluluğunu üstlendikleri bir ilişkiler ağının (bir sistemin) içine yerleşmiştir. Ancak, krizi anlamaya çalışırken, ilişkisel sistemleri içindeki genel tabloyu ve sorunun/sorunların kapsamını değerlendirme fırsatı bulurlar. Bu bakış açısı, durumu, dahil olan herkesin yararlı ve düzenleyici etkileşimlere veya rol ve sorumlulukların karıştığı ve hakimiyet veya kontrolü yeniden kazanma girişimlerini tetiklediği yararsız ve zorlayıcı etkileşimlere katkıda bulunduğu bir sistem olarak yeniden değerlendirmek için temeldir. Personel, hastayı çevreleyen kişilerarası ve sosyal ağı haritalamak için araçlar kullanmayı faydalı bulabilir; örneğin, bir kağıda eş merkezli daireler çizerek, hastayı merkeze yerleştirerek (en içteki dairenin içine adını yazarak) ve aile üyelerini ve arkadaşlarını duygusal yakınlık veya mesafe düzeylerine göre haritalamalarını isteyerek. Daha sonra hastaya sunulabilecek farklı destek türleri ve salutojenik (sağlığı geliştirici ve sağlığı destekleyici) ilişkisel dinamikleri desteklemek için doldurulması gereken boşluklar belirlenebilir.

Bu bölümde henüz değinilmemiş bir husus, yabancılaştırıcı benlik durumlarının hastanın zihni üzerindeki derin ikna edici gücüdür. Bireyler nasıl olur da kendileri hakkında bu kadar kötü hissedebilir ve çelişkili kanıtlar veya onları bu şekilde görmeyen olumlu ve destekleyici bir çevre karşısında değersiz oldukları vizyonuna tutunabilirler? Bu sorunun kimlik ve kişilikle yakından bağlantılı olduğuna inanıyoruz [19]. Gerçekten de, bireylerin kendilerini tanımlama biçimleri, zihinsel acıyı nasıl deneyimlediklerinin ifadesinde rol oynar, çünkü bireyler krizleri "sahip oldukları" şey yerine "kim oldukları" olarak deneyimlerler. Açıkça söylemek gerekirse, yabancı benlik herhangi bir bireyin bir parçasıdır; bir krizde varlığın bir parçası değil, tamamı haline gelir, kişinin kimliğinin bir tür tanımlayıcı hipotezi: "Hayatım böyle çünkü çok işe yaramaz bir insanım." Şimdi, acil müdahale sürecine dönersek, belki de yapmaya çalıştığımız şeyin, yabancı benliğin yalnız kalmaması, aynı zamanda benliğin diğer işlevsel parçaları ve başkalarıyla çevrili olması için dengeyi yeniden sağlamak olduğu daha kolay anlaşılabilir. Klinisyenlerin, bu hastaları kendileriyle ilgili yabancı deneyimleri konusunda "yanlış" olduklarına ikna etmeye çalışmamaları önemlidir; hiçbir klinisyen, yabancı bir benlikten daha ikna edici olamaz.

Machine Translated by Google

Bağlamsal alanlar üzerinde çalışmak, hastanede kalış süresi üçüncü ve dördüncü aşamalarına girerken bir formülasyonun ortaklaşa oluşturulması için bir fırsat sağlayacaktır. Bu zamana kadar hastanın akut sıkıntısı tolere edilebilir bir seviyeye inmiş olacak ve personel, hastanın öznel deneyiminde ortaya çıkan kendine yabancılaştırıcı deneyimlerin doğasıyla bütünleştirilmesi gereken tüm bağlamsal alanları araştırmayı neredeyse tamamlamış olacaktır. Daha somut olarak, personel hastanın ailesi ve krizin çözümüne yardımcı olabilecek, etkilenmeye açık diğer bireylerle tanışmış olacaktır. Ayrıca, bağlamsal bilgilerin toplanmasına yardımcı olmak ve hastanede kalış süresi sona erdikten sonra tedaviye devam etmenin uygulanabilirliğini ve organizasyonunu değerlendirmek için ayakta tedavi ekibi veya terapistle de iletişime geçilecektir.

Kriz Alanının Entegrasyonu ve Formülasyonu

Hastaneye yatış, hastalarda çeşitli deneyimler, anılar ve duygular uyandırabilir. Personel, hastanın dile getirdiği tüm unsurları net bir şekilde anlamaya çalışsa da, bu nihayetinde imkansızdır. Personel, hastayı kriz noktasına getiren temel gerilim hatlarını genişletmeye çalışırken, hastaya hassas ve uyumlu bir dikkat gösterirse daha yardımcı olma olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle, hastanede yatış süresinin son günlerinde personel ve hasta tarafından birlikte hazırlanan hastane acil servis formülasyonu, kalış süresince kriz hakkında tartışılan ve öğrenilen ana noktaları bir araya getirmeye çalışır ve her şeyi anlama ve kapsamlı açıklamalar sunma dürtüsünden kaçınır. Bunu başarmaya yardımcı olmak için acil bakım formülasyonu aşağıdaki ana başlıklardan oluşur: 1. krizin ortaya çıkışı 2. kaynakların harekete geçirilmesi 3. yapılması ve yapılmaması gerekenler (kriz planı) 4. gelecekteki tedaviyi öngörme.

Krizin Ortaya Çıkışı

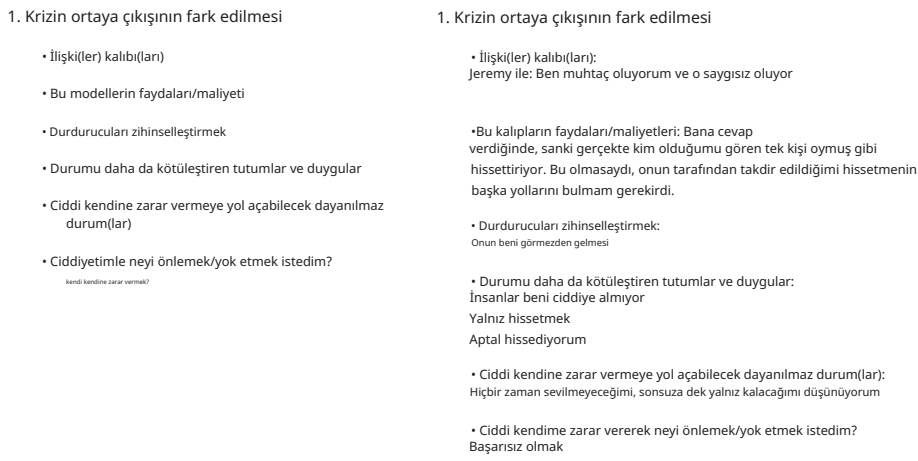
Formülasyonun ilk bölümünde, hastadan geçmişteki krizlerin ortaya çıkışından günümüze kadar öğrendiklerini ve gelecekte bir krizin nasıl ortaya çıkabileceğini not etmesi istenir. Bağlanma konusunda, hasta ilişkilerinde neleri kontrol edebileceğini, alışılmış ilişki stratejilerini kullanmazlarsa ne kazanıp neleri kaybedebileceğini düşünmeye teşvik edilir. Zihinselleştirme konusunda, personel ve hasta, hastanın zihinselleştirmesini azaltan temel tetikleyicileri ve zihinselleştirmeyi toparlamasını zorlaştıran şeyleri belirlemeye çalışır. Yabancılaştırıcı benlik deneyimi konusunda, hastanın kendine zarar vererek veya hayatına son vererek kaçınmak veya yok etmek istediği benlik kısımları ve kendine zarar verme düşüncelerinin aslında benliği deneyimlemenin belirli yollarına işaret edebileceği üzerine düşünülür. Bu tür yabancılaştırıcı deneyimlerin hastayı bunaltmasını önlemenin yolları hakkında tartışmalar bu aşamada yapılır.

Şekil 18.3, formülasyonun bu bölümüne ait bir örneği göstermektedir.

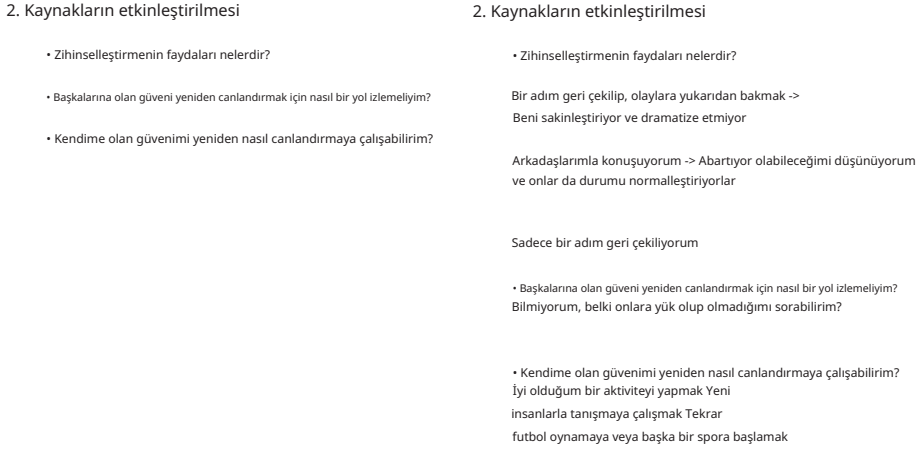
Formülasyonun ikinci

bölümünde (örneğin, Şekil 18.4'e bakın), personel ve hasta, özellikle etkinleştirilebilecek kaynakların tanımlanması olmak üzere, temsilciliği ele alır .

Machine Translated by Google



Şekil 18.3 Kriz formülasyonunun 1. Bölümünün örneği, sol tarafta başlıklar ve sağ tarafta hastanın formülasyonu.



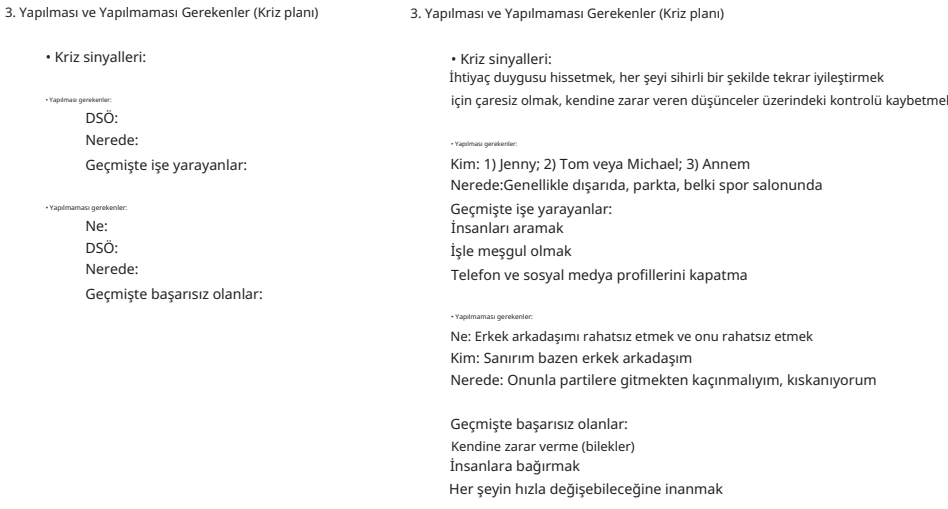
Şekil 18.4 Kriz formülasyonunun 2. Bölümünün örneği, sol tarafta başlıklar ve sağ tarafta hastanın formülasyonu.

Hasta yeni bir krizin ortaya çıktığını fark ettiğinde. Zihinselleştirmenin faydaları üzerine bir psikoeğitim, hastanede yatış döneminde ve hastanın genel yaşamında kişiselleştirilmiş örneklerle birlikte, hastanın zihinselleştirmenin gelecekte nasıl faydalı olabileceğini formüle etmesine yardımcı olabilir. Kendine ve başkalarına güven meselesi, güvenin sorgulandığı durumlarda güveni harekete geçirmenin yolları üzerine düşünme perspektifinden ele alınmaktadır.

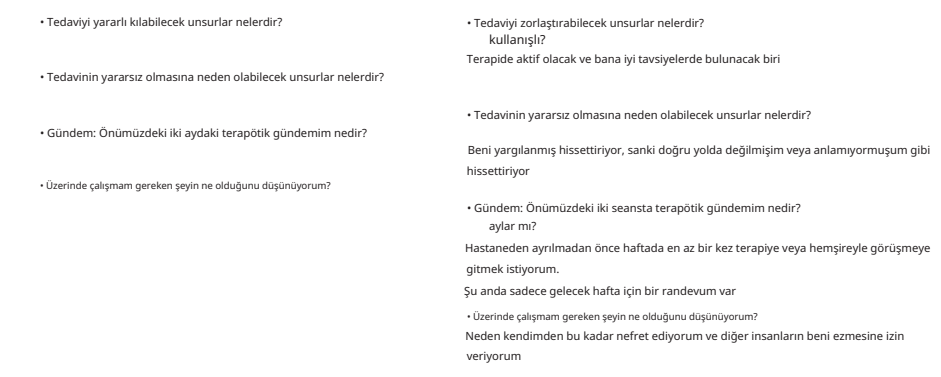
Yapılması ve Yapılmaması Gerekenler (Kriz Planı)

Kriz planı (örneğin, Şekil 18.5'e bakın), kriz durumlarını yönetmeye yardımcı olmak için "yapılması ve yapılmaması gerekenleri" ortaya koyar. Bir krizin yararlı ve yararsız unsurlarının "kim, ne zaman, ne, nerede"si, hastanın krize yol açan bazı süreçleri açıkça belirtmesi için ayrıntılı olarak açıklanır.

Machine Translated by Google



Şekil 18.5 Kriz formülasyonunun 3. Bölümünün örneği, sol tarafta başlıklar ve sağ tarafta hastanın formülasyonu.



Şekil 18.6 Kriz formülasyonunun 4. Bölümünün örneği, sol tarafta başlıklar ve sağ tarafta hastanın formülasyonu.

tekrarlanmasına ve olumsuz sarmallara yol açmasına neden olurken, işe yarıyor gibi görünen veya zenginleştirilebilecek başa çıkma unsurları da ortadan kalkıyor.

Gelecekteki Tedaviyi Öngörme

Formülasyonun dördüncü bölümü (örneğin, Şekil 18.6'ya bakın), özellikle terapötik bir çerçeve içinde, kişinin kendisini geleceğe yansıtmasına ayrılmıştır. Personel, hastayı tedaviyi yararlı kılabilecek ve aynı zamanda yararsız olabilecek unsurlar hakkında düşünmeye teşvik eder. Ayrıca, personel ruh sağlığı ağından profesyonellerle bir toplantı gündemi oluşturmaya çalışır. Araştırmalar, tekrar hastaneye yatışların yaklaşık %50'sinin genellikle ilk 6 ay içinde gerçekleştiğini [20] ve bakıma erişimin olumlu sonuçlara katkıda bulunan önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Personel ayrıca hastayı gelecekteki terapi için bazı çalışma alanlarını hayal etmeye teşvik eder.

Machine Translated by Google

Taburcu Hazırlığı

Taburcu olma, neredeyse tüm vakalarda kaygıyı ve dolayısıyla zihinselleştirmede olası bir nüksü tetikleyecek sürecin bir parçasıdır. Hasta dünyayla tekrar yüzleşmeye hazırlanırken, zihinsel işlevlerinde gözle görülür bir azalma göstermesi veya zihninin "bir arada kalmak" için sözde zihinselleştirme moduna girmesi şaşırtıcı değildir.
Hastanın semptomlarının geri dönmesi karşısında personelin aynı şekilde çalışmaya devam etmesi ve kaygılı aynalama yapmaktan kaçınması önemlidir.

Taburcu hazırlığının önemli bir yönü, haftanın geri kalanını somut bir şekilde planlamak ve ayakta tedavi terapisti, ekibi veya kliniğiyle uygun iletişimin kurulduğundan emin olmaktır. Hastaneye yatıştan sonra tedaviyi bırakma riski vardır ve bu durum, intihar krizlerinde nüksetme riskini önemli ölçüde artırır. Bu nedenle, yoğun değerlendirme aşamasında uygulanabilecek her şey, bir krizin tekrarlama riskini azaltmaya katkıda bulunabilir. Örneğin, takip hizmeti sunan klinisyen hastayı ziyaret edebilir, ayakta tedavi ekibiyle iletişim organize edilebilir veya bir ekipten diğerine geçişi kolaylaştıracak diğer düzenlemeler yapılabilir.

Kaynakların belirlenmesi, formülasyonu ve kriz planının tümü, hastanın güvenli bir şekilde taburcu edilmesine katkıda bulunur. Sosyal ve kişilerarası kaynaklar, aidiyet duygusunu beslemek ve ihtiyaç anında insani temasın sağlanmasında kilit öneme sahiptir.
Öz damgalama da bir diğer sorundur, çünkü hastaneye yatırılan kişiler psikiyatri hastanesine yatırılmaları gerektiği için kendilerini "zayıf" olarak görebilirler. Diğerleri ise bir kopukluk hissi yaşayabilir, hatta bu düzeyde sıkıntının geri dönmesinden korkabilirler. Hastanede yatış sona erdiğinde, personelin bu risk faktörlerini kontrol etmesi ve hastanın karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasında destek sağlamaya çalışması önemlidir. Krizler, personel tarafından sıkıntı anları olarak kabul edilir, ancak aynı zamanda esneklik ve değişim anları olarak da kabul edilir. Her krizde, kişinin hayatında değişiklik yapma ve eylemliliği artırma fırsatı vardır. Bu dönemde olumlu bir bakış açısına sahip olmak personel için önemlidir, çünkü bu, hastaların utanç, öz eleştiri ve kendileriyle etkileşim arasında bir denge kurarak eylemliliği ve sosyal ve kişilerarası kaynaklarıyla bağlantılarını artırmalarına yardımcı olur.

Değerlendirme ve istikrar aşamasında insan teması ve epistemik güven yeniden canlandırıldığında, hastanın yaşam yolculuğu güçlü ve olumlu bir şekilde öz bakıma doğru yönlendirilebilir ve böylece olumlu bir sonuca doğrudan katkıda bulunabilir. Acil servis personeli, hasta tarafından gerçekten önemseyen ve kendisine yardımcı olmaya çalışan kişiler olarak hatırlanabilirse, işin büyük bir kısmı başarılmış olur.

Sonuç Açıklamaları MBT,

psikiyatride acil bakıma bilgi sağlamak için uygulanabilir. Nitekim, acil bakım ortamında çalışan birçok profesyonel, Sınırda Kişilik Bozukluğu (BPD) tanı kriterlerini karşılayan bireylerle çalışma becerilerini geliştirmek için MBT veya DBT gibi özel terapötik yöntemler konusunda eğitim almıştır. Bu bölüm, akut bir krizle mücadele eden bireyler için faydalı olabilecek, acil bakımda kısa süreli hastaneye yatış veya kriz müdahalesi için zihinselleştirici bir çerçeve kullanan yapılandırılmış bir bakım modeli önermede bir adım daha ileri gitmektedir. Yabancılaştırıcı öz deneyimler, hastanın ayakta tedavi programıyla anlamlı bir şekilde (yeniden) bağlantı kurabilmesi için, gerginliğin azaltılmasını, empatik doğrulamayı ve krizin formüle edilmesi yönünde çalışmayı g

Machine Translated by Google

ve daha fazla kendine zarar verme vakasını önlemek. Bu tür zihinselleştirme odaklı bakımın, psikiyatri acil bakım hizmetlerinin duygusal açıdan zorlu ortamında çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin tekrar hastaneye yatış vakalarını azaltmaya, tedavi önerilerine uyumu artırmaya ve dayanıklılığını desteklemeye yardımcı olup olmadığını araştırmak üzere araştırmalar devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Bateman A, Fonagy P. Sınırda kişilik bozukluğu için ayaktan mentalizasyon temelli tedavi ile yapılandırılmış klinik yönetimin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışma. Am J Psychiatry 2009; 166: 1355–64.

2. Besch V, Greiner C, Magnin C ve diğerleri. İntihar eğilimli genç ve yetişkinlerin klinik özellikleri: Bir yıllık retrospektif çalışma. Uluslararası Çevre Araştırmaları Dergisi Halk Sağlığı 2020; 17: 8733.

3. Besch V, Debbané M, Greiner C ve diğerleri. Sınırda kişilik bozukluğunun acil psikiyatrik tedavisi: Kişiselleştirilmiş bütünsel bakım için yöntemlerin eklemlenmesine doğru. Encephale 2020; 46: 463–70.

4. Prada P, Cole P, Bondolfi G ve diğerleri. Zihinselleştirici ve irtibat psikiyatrisi mi? [Liyason psikiyatrisinde zihinselleştirme?]. Rev Med Suisse 2017; 13: 363–6.

5. James RK. Kriz müdahaleleri. İçinde: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK, editörler. APA Klinik Psikoloji El Kitabı, Cilt 3. Washington, DC: Amerikan Psikoloji Derneği, 2016; 387–407.

6. Nizum N, Yoon R, Ferreira-Legere L ve diğerleri. Ruh sağlığı krizi sonrasında yetişkinlere yönelik hemşirelik müdahaleleri: Travma bilgisine dayalı ilkeler rehberliğinde sistematik bir inceleme. Int J Ment Health Nurs 2020; 29: 348–63.

7. Johnson S, Lamb D, Marston L ve diğerleri. Ruh sağlığı krizi ekibinden taburcu edilen kişiler için akran destekli öz yönetim: rastgele kontrollü bir çalışma. Lancet 2018; 392: 409–18.

8. Henzen A, Moeglin C, Giannakopoulos P, Sentissi O. Okuldan ayrılmanın belirleyicileri Toplum temelli ruh sağlığı kriz merkezi. BMC Psikiyatri 2016; 16: 111.

9. Heyland M, Johnson M. Bir Değerlendirme Ruh sağlığı krizi yaşayan yetişkinler için acil servise alternatif. Konular Ruh Sağlığı Hemşireleri 2017; 38: 557–61.

10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Duygulanım Düzenlemesi, Zihinselleştirme ve Benliğin Gelişimi. New York, NY: Other Press, 2002.

11. Jeammet P. La şiddet à l'adölescence: défense identitaire et prosesus de figuration [Ergenlikte şiddet: kimlik savunması ve figürasyon süreci]. Ergenlik 1997; 15: 305–21.

12. Fonagy P, Target M. Kendilik patolojisine yönelik zihinselleştirme odaklı yaklaşım. J Personal Disord 2006; 20: 544–76.

13. Ferenczi S. Yetişkinler ve çocuklar arasında dillerin karışması (şefkat ve tutku dili). Uluslararası Psikoanal Dergisi 1949; 30: 225–30.

14. Gergely G, Watson JS. Sosyal Ebeveyn duygu-yansıtma biyogeribildirim teorisi: Bebeklikte duygusal öz farkındalığın ve öz kontrolün gelişimi. Uluslararası Psikoanal Dergisi 1996; 77: 1181–212.

15. Fotopoulou A, Tsakiris M. Homeostazın zihinselleştirilmesi: İçsel algısal çıkarımın toplumsal kökenleri. Nöropsikanaliz 2017; 19: 3–28.

16. Fonagy P, Campbell C. Dokunmanın iletebileceği şeyler: Fotopoulou ve Tsakiris'in "Homeostazın zihinselleştirilmesi: İçsel algısal çıkarımın toplumsal kökenleri" adlı makalesine yorum. Nöropsikanaliz 2017; 19: 39–42.

17. Walter M, Genest P. Réalités desurgences en psikiyatri [Psikiyatrik acil durumların gerçekliği]. L'Inform Psychiatr 2006; 82: 565–70.

Machine Translated by Google

18. Seletti B. Situations psychiatriques dans un service d'urgence [Acil serviste psikiyatrik durumlar]. Ann Méd Psychol Rev Psychiatr 2002; 160: 187–91.

19. Luyten P, Fonagy P. Kişilik ve psikopatoloji: psikodinamik bir bakış açısı. J Pers 2022; 90: 75–88.

20. Li X, Srasuebkul P, Reppermund S, Trollor J. Acil servise başvuru ve indeks psikiyatri yatışından sonra tekrar yatış: bir veri bağlantı çalışması. BMJ Open 2018; 8: e018613.

Machine Translated by Google

Dizin

Sayılar: kalın = kutu veya tablo, italik = şekil;

bir aralıktaki sayılar önce listelenir (örneğin, 279, 284, 278–86);

Küçük sözcükler ("ve", "olarak", "de", "için", "dan", "içinde") alfabetik olarak sıralanmıştır.

eylem zihni, 83, 127 eylem
insanı, 65–66 adaptif
hipotetiklik, 282 Uyarlanabilir

Zihinselleştirmeye Dayalı Bütünsel Tedavi.
Bkz. AMBIT
ergenlik, x, 8, 11, 177, 237, 299, 303, 308
tanımlayıcı özellik,
9 ergenler, xii, 16–18,
29, 222, 305, 328–39, 356 Yetişkin
Bağlanma Görüşmesi, 210

yetişkin mentorluğu (CAPSLE), 355 etki

odağı, 129–30, 171, 194, 197, 245–46

etki düzenlemesi, 19, 43, 119, 212, 328–
29
duygusal yansıtma, 369–70 özellikler,
369
duygusal anlatı
psikoz hastaları, 273 duygusal
yansıma travma
mağdurları, 290
duygusal durumlar, 45, 47
yaş, 16, 278
eylemlilik, 10, 12, 16, 21, 78–79, 84, 198,
215, 235, 259, 261, 263, 266,
268, 385 çocuklar, 322 kriz
döneminden
kurtulma, 365

intihar girişimleri, 367–68 faillik–
yabancılaşma sürekliliği, 369 saldırganlık,
15,
184, 190, 193–95, 200, 282, 285

Airaldi C, 11
aleksitimi, 213, 216, 223, 225, 305
tanımı, 211

yabancı benlik, 12–13, 120, 176, 209, 244,
266, 302, 310, 329, 367, 381
ergenler,
334 tanım, 12
psikolojik kriz,
368–70
yabancılaştırıcı benlik deneyimleri,
368, 370, 374, 382
tetikleyiciler,
369 yabancılaşma, 153, 180, 202, 253,
260
alter-merkezci önyargı, 214
AMBIT, 311, 362
karmaşık vaka, 354
zihinselleştirme teorisinden
yararlanıyor,
355 epistemik güven ilkesi, 354

anahtar çalışan rolü, 354–55
profesyonel topluluğun
zihinselleştirilmesi, 353–55
model yapısı, 354 kökenler,
353 başlangıç
varsayımı, 354
AMBIT tekerleği, 354
amigdala, 211, 235, 281 öfke,
164, 168, 183–84, 188, 190, 198, 335,
343
Anna Freud Merkezi, xiii, 360 anoreksiya
nervoza (AN), 298, 300–1, 300, 306–8
kişilerarası zorluklar,
305 sebat, 303–4 sosyal işlevsellik

(bozukluk), 305 antisosyal
kişilik bozukluğu, xi, 28,
45, 54, 69, 116, 143, 174–
202 eşitlik ile hiyerarşi arasındaki ilişkiyi
ele almak, 181–83

Bryan vaka çalışması, 181, 182
formülasyonu, 181–84
James vaka çalışması, Sınırda
Kişilik Bozukluğu ve NPF ile 200

bağlantı, 174 değişimin
temel vurgusu,
175 antisosyal kişilik bozukluğu
(MBT amaçları), 174–78
kimlik değiştirme ve
vazgeçme, 174 zihinselleştirme
ve şiddet, 175–78 kaygı, 17, 56,
194–95,
211 etkileşim

Zihinselleştirme, 45
özür (etkili), 352 argüman, 160
ASPD. Antisosyal
kişilik bozukluğu
değerlendirme seanslarına
bakın, 138
risk altındaki hasta, 117–34
klinik ipuçları, 118 dışarıdan
içeriye zihin, 119 kendine
zarar verme (işlev), 119 intihar
girişimleri, kendine zarar verme,
şiddet (basitleştirilmiş
özet), 118–20 teleolojik
mod, 119 yararlı MBT ilkeleri,
129–33 uyarı işaretleri, 117 risk
altındaki
hasta (klinik müdahale
süreci), 120–29 1. paylaşılanı
kurun

sorumluluk, 121 2.
güvenlik planlaması (risk
değerlendirmesi), 121–23
3. olaydan önceki zihinsel
durumlara odaklanma, 123–
25 4. iyilik halinin bağlamının keşfi,
125 5. işlevsel
analizin zihinselleştirilmesi, 125–
28

Machine Translated by Google

6. Zihinsel karmaşayı yönetme stratejilerinin belirlenmesi, 103 bağlanma, 281–83 ve MBT, 13–14
stresin ortak düzenlenmesindeki rolü, 237–39 bağlanma kaygısı, 46, 136, 176, 209, 238 zihinselleştirme kalitesiyle ilişkisi, 45 bağlanma kaçınması, 209, 238

bağlanma davranış sistemi, 279 bağlanma boyutu kişilik özellikleriyle ilişkisi (depresyon hastaları), 239 bağlanma güvensizliği, 308 Yeme bozukluklarıyla bağlantı, 305

bağlanma kaybı, 130
bağlanma kalıpları kaygılı-kararsız, 61–62 kaygılı-kaçınan, 61 güvensiz-kararsız, 61 güvensiz-kaçınan, 61 bağlanma sorunları, 232 bağlanma süreçleri, 56, 60–62

bağlanma ilişkileri, 13, 15, 233, 235, 249, 282, 304, 349 psikoz hastaları, 257 bağlanma güvenliği, 11, 61, 282, 299, 356–57, 361 bağlanma stratejileri, 162, 212, 240–41
bağlanma stilleri, 64 kaygılı-kararsız, 66

DIT, 248
bağlantı sistemi, 13–14, 44, 119, 123, 166, 177, 237, 241, 279, 284

bağlanma teorisi, 13, 225, 354
bağlanma travması, xii, 22, 277–78, 285–86 yeniden canlandırma (türler), 283, 284

bağlanmayı devre dışı bırakan stratejiler, 238, 240, 282
bağlanmayı hiperaktif hale getiren stratejiler, 240, 282
Auerbach JS, 261
otizm, 2, 25, 206, 307 özerklik, 245, 285, 338 kaçınma, 188, 279 kaçınmacı kişilik bozukluğu, xi, 55, 116, 203–29

değerlendirme, 206–8
değerlendirmesi (hipermentalize edici form), 207

değerlendirme (hipomentalize edici form), 206

karakteristik zorluk, 204 özellik, 203 klinisyen sıkıntısı ve duygusal uyuşukluk, 224 klinisyen meydan okuma tepkisi "adil değil", 207 klinisyen sabırsızlığı, 207 klinisyenin karşı tepkisi tepki, 208 tanı, 203–4 deneyim, 204–5 yakalanma veya ifşa olma korkusu, 205 formülasyonlar (iki katlı meydan okuma), 204 aşağılanma "kritik konu", 205

Jane vaka çalışması, 205, 207, 217, 219–20, 221
MBT hedefi, 216
MBT uyumlu kanıta dayalı yaklaşımlar, 224–25

araştırma yetersizliği, 203 ikincil kaçınma olgusu, 208 terapötik zorluk, 216

tedavi yaklaşımı, 216–24 kaçınmacı kişilik bozukluğu (zihinselleştirme güçlükleri), 209–16
otomatik/kontrollü, 209, 210–11, 225
bilişsel/duygusal, 210, 211, 225 dış/iç, 210
formülasyon özeti, 215–16

içsel/dışsal, 212 kendi/diğeri, 210, 212–15, 217, 224, 226 kendi/diğeri (üç yön), 216

Kaçıngan kişilik bozukluğu (tedavi yaklaşımı), 216–24 duygusal odaklanma ve ilişkisel zihinselleştirme, 220–22 içsel deneyim ve dışsal gerçekliği kalibre etme, 220–22 şefkatli meydan okuma, 221 karşıt ilişkisel tepki verme, 222
formülasyon, 217
formülasyon (müdahalenin yan etkileri), 218 taklit modunda hiperzihinselleştirme, 222
hafıza geliştirme ve imgeleme, 223 MBT'de oyunculuk, 223

İç gözün etkisini azaltma, 219–20 denetim, 224 kendine aşırı odaklanmayla mücadele, 219–20 kaçınmacı kişilik bozukluğu (tedavi aşaması), bağlanma stratejileri, 209 sınırlamalar, 208 zihinselleştirme zorlukları, 209–16 AvPD. Kaçınmacı kişilik bozukluğuna bakınız.

varoluşun temel duygu sürücüsü, 71
Bateman A, 2, 28, 69
Beeney JE, 209
inanç, 1
Besch V, 364
bifaktör modelleme tanımı, 18 aşırı yeme, 309
biyodavranışsal sistemler, 278, 279, 281
Blatt SJ, 261
Bleiberg E, 347
Bleuler E, 260
vücut duruşu, 58, 151, 199, 266 vücut hissi
taraması (MBT-F egzersiz), 343
boom beyin, 127, 129

Machine Translated by Google

sınırda kişilik bozukluğu, 12,
14, 116, 155, 161, 162, 231, 365,
372,
Ayrıca Sarah vaka çalışmasına
bakın; yaşanan zorluklar, 14
duygusal durum
(karar vermede
müdahale), 126 epistemik
güvensizlik (gelişim), 22–
24 BPD ve NPF ile bağlantılar,
174 ve MBT, 14–15 zihinselleştirme,
15–17, 25 güvensizlik
(temel özellik), 21 çevrimiçi
tedavi, 149 beni-beni-çek seni
dinamikleri, 204 ilişkisel ve
bağlanma sorunları
“merkezi”, 128
semptomlar, 15 beyin, 13, 18, 59,
213, 263, 306, 328 arasındaki
bağlantılar
farklı alanlar
(problemler), 18
ayrı çalışma odası, 150–52
Brentano FC, 1
genişletme ve inşa döngüsü, 282
Bruch H, 298–99
kabarcık modu, 66, 83
bulimia nervoza (BN), 300, 303, 306
zorbalık,
12, 306, 329, 355–56
Burlingham D, 26

takvim, 324
Cambridge Rehberi
Zihinselleştirmeye Dayalı
Tedavi
kitabının amacı,
ix kitabının odağı,
ix pratikliği, 2
Campbell C, 22, 370
KAPSÜL
bileşenler, 355 odak,
356 okullar
için zihinselleştirme programı, 355–
56 tüm okul yaklaşımı,
355 bakıcılar, 9–11, 13, 330, 369

Bakıcı UYGULAMASI, 360
Bakıcı Haritası, 360
derecelik meydan okuma, 197
Çiftler için MBT, 351
bukalemun etkisi, 170 sohbet
modu, 146, 189

Muhtaç Çocuk, 62, 81, 82, 84 çocuk
koruma ekibi, 128, 179, 182, 200
çocukluk, x, 8–9,
225 çocukluk sıkıntısı, 22, 82,
177 çocukluk travması, 23, 25, 279

çocuk-o-skopları (MBT-F egzersizi), 345
çocuk, xii, 18–19, 319–27,
344–45, Ayrıca bkz. Çocuklar için
MBT sınıf
yönetimi planı
(CAPSLE), 355 klinik
süreç
MBT adım adım kılavuzu,
52–135
risk altındaki hasta, 120–29
klinisyen-hasta etkileşimi,
44, 108, 152, 163, 170–71, 246

"yan yana" (karşılıklı yerine) oturan
107 klinisyen, hastalar
tarafından
değerlendirildi, 163
AvPD “özel zorluk”, 203

karşı tepki, 129 alçakgönüllülük talep
ediliyor, 109 kişilerarası güçlü
yönler ve zihinselleştirme zayıf
noktaları, 116 zihinselleştirmeye
dayalı tedavi, 43–51 kendi
duygularını karantinaya
almalı, 109 kişisel psikoloji,
109 kişisel
güvenlik, 197 ikincil kaçınma, 222
hassas noktalar, 113

Cochrane İncelemeleri
MBT ve BPD (2020),
27
Ergenlerde kendine zarar verme, 29
bilişsel-davranışçı terapi, 298, 319

Cohen'in d, 11
işbirliği, 48–49 işbirlikçi
klinik anlaşma, 63, 66, 167
kolektif zihinselleştirme, 143–
44 ortak zihinselleştirme, 21 çiftler, 347,
351 aileler, 340, 343
iletişim, 57, 304, 349,
376

iletişim sistemleri, 26–27, 244,
246–48, 287–88, 362 1.
içeriğin
öğretilmesi ve öğrenilmesi, 26 2.

zihinselleştirmenin
yeniden ortaya çıkışı,
26 3. sosyal öğrenmenin daha
geniş bir ortamda uygulanması,
27 şefkat, 25, 171 karmaşık
travma, xii, 278, 282, 285–86 tanım, 277
bilgisayar
oyunları, 22, 148
bağlam, xii, 198

bağlamsal alanlar şablonu (acil bakım),
380 ters hareket, 79 konuşma
partneri, 49–50, 53, 57–
58, 68, 170, 291

hasta-klinisyen ve hasta-hasta,
141 temel öz-rahatsızlık,
261, 263–64, 269, 274 klinik
müdahale (kılavuz
ilkeler), 272 tanım, 265
zihinselleştirmeme bağlantıları

zihinselleştirmeme modları ve
döngüleri, 265–67
zihinselleştirmeme döngüleri,
267
tetikleyiciler, 266, 271
karşıt-ilişkisel
zihinselleştirme, 108–13, 171
tanım, 109
Stanley vaka çalışması, 112
önerilen dört adımlı
prosedür, 109 karşıt
ilişkisel yanıt, 115–16

Çiftler, xii, 347–52 Covid-19
pandemisi, 148, 263 Barışçıl Bir Okul
Öğrenme Ortamı Yaratmak.
Bkz. CAPSLE
ceza adalet sistemi, 178, 201 kriz

planlaması, 121, 149 kültürel
öğrenme, 20 kültür, 10,
353 merak, 269, 269,
287, 292, 323, 330–31, 345, 350
sibertop paradigması, 25
tanım, 24

Machine Translated by Google

DBT. Diyalektik davranış terapisine bakınız,
merkeziyetsizlik, 212–13
tanım, 212
dekompansasyon
psikoz hastaları, 264 varsayılan
mod ağı (DMN), 18 sanrı, 265, 272

demokrasi, 48–49, 103,
108 Danimarka, 28–29 Dennett D, 2
depresyon, xii, 17, 216,
230–52
bağlanma stilleri
(bireysel farklılıklar),
235
bağlanma, ruh hali,
zihinselleştirme, dayanıklılık
(zorluklarla karşı karşıya kalma
ilişkisi), 234 klinik
özellik (tipik), 235 klinisyenin ters
hareketleri, 236 klinisyenin
saldırganlık veya can
sıkıntısı duyguları, 236
klinisyen zihinselleştirme kapasitesinin
kaybı, 247 kronik
ağrı ve yorgunlukla birlikte görülen
hastalık, 234 dinamik
kişilerarası terapi, 247–49
MBT klinisyeni (ana görev), 245
Zihinselleştirme profilleri, 235
hafif ila orta, 245 hafif ila orta
(Mark vaka çalışması), 230 orta
ila şiddetli (Lucy vaka
çalışması), 231 orta ila şiddetli
(zihinselleştirmeye dayalı
tedavi), 245–47 şiddetli ila
çok şiddetli
(Angela vaka çalışması), 231
şiddet sürekliliği, 232, 249 şiddet
sürekliliği (özellikler), 230
zihinselleştirmeye
dayalı müdahalelerin yelpazesi, 244–
49

depresyon (zihinsel yaklaşım),
233–44
bağlanma (stresin ortak
düzenlenmesindeki rolü),
237–39
somutlaştırılmış zihinselleştirme,
241–44
epistemik güven,
desteklemek için 244 müdahale
zihinselleştirme süreci ve
bağlanma stratejileri, 240–41

ruh hali ve zihinselleştirme, 233–
37
MBT modelinin depresyon
tedavisi uyarlamaları,
233
zihinsel süreç ve zihinsel temsil
yaklaşımları, 232
depresif deneyimler,
232 vazgeçme, 174–75, 177, 184
etkiler, 175 yıkıcı eylem yolu, 119
kopuk koruyucu
mod tanımı, 225 gelişimsel perspektif,
158,
358 gelişimsel aşamalar, x, 338
depresyon riski,
237 gelişimsel teori, 323, 370

Çocuklar İçin Gelişimsel Yönlendirmeli Zaman Sınırlı
Psikoterapi, 324 diyalektik
davranış terapisi,
15, 27, 225, 364, 385 parçalanma
AMBIT terminolojisi, 354
ayrışma, 14, 279,
293, 308 DIT. Dinamik kişilerarası
terapiye bakınız aile içi şiddet, 62 okul
terkleri, 225, 281, 298,
311,
385
uyuşturucu bağımlılığı, 53
DSM, 155, 203, 253 dinamik
kişilerarası terapi, 231, 244
depresyon, 247–49
orijinal model, 248 evreler,
248 karmaşık bakım için
dinamik
kişilerarası terapi
(DITCC), 231, 245, 249
genişletilmiş DIT modeli, 248

Yeme Bozukluğu Muayenesi, 29

yeme bozuklukları, xii, 298–318 çekirdek,
304 duygusal
benlik çekirdek bileşen olarak,
307 epistemik
güvensizlik modeli (özet), 308–9
yol, 304 kalıcılık, 303–4
sosyal işlev
bozukluğu, 304
nihayetinde öz işlev bozuklukları,
314

Ebert A, 23
ekofenotip tanımı,
278 etkili
zihinselleştirme, 341
Çiftler için MBT, 350 temel,
345 benmerkezcilik
önyargısı, 214, 216, 223 terk etme
gereksinimleri,
219 inhibisyon, 220 ego-
sintonisite, 310–11

Eisenberger NI, 24–25 odadaki
fil, 152, 171–72, 220, 299
duygulanım odağını
keşfetme, 103 psikoz hastası, 273
utanç, 188 bedensel
zihinselleştirme,
72, 234, 239–40, 312 depresif hasta,
241–44 yeme
bozuklukları, 298

RADLE dizisi, 242 acil bakım,
xii, 370, Ayrıca bkz. MBT bilgili acil
bakım müdahalelerinin
odağı, 367
formülasyon, 373 zihinselleştirme,
364–87 psikoeğitimsel
unsurlar, 379 devam eden
araştırma, 386

acil bakım (kabul süreci), 373–
80 1. acil bakım
talebinin alınması
hastaneye yatış, 373–75 2-3. ilk
görüşme
hasta ve ekip değerlendirmesi,
375–80
acil bakım formülasyonu, 382

1. krizin ortaya çıkışı, 382, 382

2. kaynakları etkinleştirme, 382

Machine Translated by Google

acil bakım formülasyonu (devamı) 3. kriz
planı, 383, 384 4. gelecekteki tedaviyi öngörme, 384

acil bakım görüşmesi (beş tema), 375–79
1. tanışma, 376 2. krizin keşfi, 376 3. bağlamsallaştırma, 377
4. oturumda deneyim, 377 5. hastanede kalış planlaması ve iki seviyeli sözleşme, 379

Acil hastaneye yatıştan taburculuğa kadar (genel bakış), 372 acil psikiyatri kriz
müdahalesinin ortaya çıkış dizisi, 371 acil servis ziyaretleri, 28 duygusal uyarılma, 23–
24, 119, 216, 224 duygusal düzensizlik, 14, 19, 55, 127 zihinsel bozuklukla
ilişkili alan, 19 duygusal zeka, 25, 307 duygusal
düzenleme, 12, 84, 305 stratejiler, 56, 279, 288 duygusal
benlik, 307 empatik duygusal doğrulama, 47, 83, 169 bileşenler, 71 empati, 7, 10, 25,
72, 113, 179, 323–24 istihdam, 193, 262 boşluk duyguları, 55, 60 çevresel faktörler, 254, 329

epistemik hipervijilans, 303–4, 308–11 epistemik
eşleşme, 21, 26 epistemik
güvensizlik tanımı, 22
gelişme, 22–24
yeme bozuklukları, 308–9
epistemik güven, x, 17–21, 49, 103, 115, 153, 170, 172, 175, 216, 222, 225, 235, 238, 245, 248, 287, 343, 356, 376, 378, 385
biyodavranışsal sistem, 279
tanım, x–xi, 19 depresif
hastalar, 244
boyutlar, 22
bozukluk, 232
Çiftler için MBT, 351 bilmeme
duruşu, 269 sorunlar (travma
hastaları), 285 sistemik, 354 eşitlik, 48–49,
129 önem, 106

Euler S, 209, 212 günlük
yaşam, 155, 187 yönetici işlev tanımı, 19 zihinsel
bozuklukla ilişkili
alan, 19 deneyime göre
uzmanlar, 180, 184, 186
aşırı katılım, 185

etkiyi keşfetme, odaklanma
tanımı, 103
göz hareketleri, 58, 151, 199

Facebook, 194 yüz
ifadesi, 7, 16–17, 22, 58, 151, 195, 199, 212, 214, 219, 322 yanlış
inançlar, 9–10 yanlış
benlik, 60, 158 aileler, xii, 340–46, Ayrıca bakınız Aileler için MBT
(MBT-F)
daha geniş bağlamlarda zihinselleştirme teorisi, 356–62 aile
iletişimi, 344–45

Faux Pas testi, 25
korku, 5, 190, 195
duygu bulma oyunu, 223
hissedilen duygular, 290 savaş/kaç/don tepkileri, 45, 282–83
birinci dereceden zihinselleştirme, 131 birinci şahıs zihinselleştirme, 215–16
Fonagy P, 2, 15, 19, 28, 69, 299, 302, 321, 347, 369–70

formülasyonu, xi–xii, 138
mutabık kalınan tedavi hedefleri, 64
amaç, 62
öngörülen tedavi zorlukları, 64 bağlanma
stilleri, 64 MBT'nin merkezi
bileşeni, 115 içerik, 63
tanım, 62 hasta
ile anlaşılması gereken temel, 62 zihinsel
süreçlere odaklanma, 247

dil, 62
MBT klinik süreci, 62–69 zihinselleştirme
zaafları ve düşük zihinselleştirme modları, 64 genel, 63 dayanıklılık,
64 zaaf
faktörleri, 63

Fotopoulou A, 369
Freud A, 25
Freud S, 260
Frith U, 2
işlevsel bozukluk
psikoz hastaları, 264 fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), 22, 211–12

genel psikopatoloji faktörü (p faktörü), 17–20 genetik yaklaşım
tanımı, 104 genetik faktörler, 18, 128
genetik risk, 18, 43 genetik, xii, 18, 254–55, 308, 329, 335

Küresel Değerlendirme İşlevsel, 28
Graham P, xiii
görkemli narsisizm, 161, 166, 167, 173, 192 etkileşimli stile
hitap eden, 160 özellikler, 156 "kalın derili" narsisizmle aynı, 156

Greiner C, 364 gri
madde hacmi, 328 grup lideri, 70
grup terapisi, 52, 66, 268 grup değeri, 150–51 travma
hastası, 289, 294 grup, xii
amaç, xi MBT'nin temel parçası, xi
grup düşüncesi, 197
suçluluk, 188, 236–37

yüksek kalıcı psikolojik sıkıntı, 19 hipokampüs, 235, 281

Machine Translated by Google

Hooley JM, 23
hastaneye yatış, 28, 264, 364–65, 368, 371–72 barınma, 179, 191–92 aşağılanma, 157, 168, 192–93, 198, 201 alçakgönüllülük, 243, 246
mizah, 98, 222, 270
hiperaktivasyon, 14, 162
hiper uyarılma, 279, 282
hiperembodiment depresif hastalar, 234
hipermentalizasyon, 48, 90, 165, 209, 211, 214, 217, 220, 224–25, 300, 306, 330, 332
ergenler, 334–35 ilerleme
engeli, 218 tanım, 211 depresif hastalar, 236–37

aşırı yansıtma, 261–62, 268, 273
aşırı taklit
modu biçimi, 265 aşırı duyarlılık, 11, 14, 16, 25, 157, 160, 240–41 aşırı tetikte olma, 279, 282, 285 hipoaktivasyon, 162, 170 hipomentalizasyon, 209, 211, 217, 220, 225, 246, 306 tanım, 211 depresif hastalar, 236–37

hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseni, 281–82

iatrojenik etkiler, 166, 244, 298, 314

ICD-11, 155, 203 kimlik, 174–75, 204, 311 kimlik etkisi, 313

I-modu, 106–7, 158, 166–67, 169–70, 173, 183, 186, 218, 291 kişisel olmayan
travma, 278 dürtüsel davranış müdahale algoritması, 130 dürtüsellik, 15, 28, 53–55, 62, 122–23, 140, 208, 328 bireysel terapi, 52, 268 etkisiz zihinselleştirme, 59, 131, 159, 208, 225, 305 yeme bozuklukları, 299–301 ayırt edici özellikler, 299 temel faktör (yeme bozuklukları), 309

bebeklik, 334, 360
bebekler, 9, 12–13, 20, 101, 106, 370
içten dışa zihin, 68, 127, 179, 299 karakteristik, 83
kasıtlı duruş, 1–2
internet bağlantısı, 151
kişilerarası duygusal odaklanma, 247–48
içeriğe vurgu, 247

Kişilerarası bağlam, 99–100, 127, 198, 214 Kişilerarası
etkileşimler, 15, 17, 43, 47, 55–56, 61, 123, 133, 215 Kişilerarası sorunlar, 12, 14, 28, 54 Kişilerarası ilişkiler, 44, 60, 205, 287 Travma
hastaları, 278, 288 Kişilerarası güven, 15, 101 Yorumlama
tanımı, 108 Kişilerarası

işlevler, 119 IPAF. Kişilerarası duygusal odaklanmaya bakınız

tahriş, 171

James RK, 365
James W, 213
kıskançlık, 333, 343
Johnson S, 367

bil ve şimdi akıl, 83, 127

Lieb K, 2

Deniz Feneri projesi, 268
dinleme, x, 139, 141–42, 162–63, 165, 172, 182, 200, 291

Londra Ebeveyn-Çocuk Projesi, 357
bakış, 200
saldırganlık ve şiddet tetikleyicisi, 200
düşük zihinselleştirme, 129, 341
klinisyen müdahalesi, 82–97
taklit
modu, 90–97 düşük
zihinselleştirme, 176, 181, 195, 208, 375, 377
Lysaker PH, 261

majör depresif bozukluk, 17, 22, 116, 231

Malle BF, 8
Maresh EL, 213
işaretli yansıtma, 101, 158, 235, 240–41, 243–44, 284–85, 323, 326, 331, 369

Yetişkinler İçin Anoreksiya Nervoza Tedavisinin Maudsley Modeli (MANTRA), 298 MBT.
Mentalizasyona Dayalı Tedaviye bakınız.

MBT modelinin MBT klinik
süreç uyarlamaları, 117–34
son aşama, 53
formülasyon, 62-69 genel
strateji, 52 bireysel oturum
(yapı), 71–113 başlangıç
aşaması, 52, 54–62
MBT süpervizyonu, 113–17
psikoeğitim (MBT-I), 69–71 risk altındaki
hasta, 117–34 özel stratejiler, 53 adım adım kılavuz, 52–135 tedavi aşaması, 52, 71–113

MBT klinik süreci (ilk aşama), 54–62
değerlendirme, 54–55 zihinselleştirme
profilinin değerlendirilmesi, 55–58
bağlanma süreçleri, 60–62 etkisiz zihinselleştirme, 59–60

Ergenler için MBT (temel kavramlar), 330–35 yabancı benlik, 334 temel
zihinselleştirme, 333 açıklama, ayrıntılandırma, meydan okuma, 331
hiperzihinselleştirme, 334
zihinselleştirme klinisyen-hasta ilişkisi, 334 destek ve empati, 331
Ergenler için MBT
(MBT-A), 328–39 merkezi odak, 333 klinik örnek
(Eddie), 329, 334–35 klinik örnek (Holly), 332

klinik örnek (Maya), 330, 333

Machine Translated by Google

Ergenler için MBT (MBT-A)
(devamı) çekirdek
(zihinsel duruş), 331
empatik keşif, 332 daha fazla
araştırmaya ihtiyaç var, 328 teknik,
331
Ergenler için MBT (yapı),
335–38 değerlendirme,
335 son aşama, 337
ilk aşama, 336–37 ilk
aşama (klinik örnek), 336 ilk
aşama (sözleşme), 337 ilk
aşama (kriz planı),
336
başlangıç aşaması (formülasyon),
336
başlangıç
aşaması (psikoeğitim), 337 orta
aşama, 337
Çocuklar için MBT (MBT-C), 319–27
amaçlar,
319
Belinda vaka çalışması, 320
duyguları netleştirme ve
adlandırma, 323
biçim, 319
zihinselleştirme duruşu, 320–21
yansıtma ve rastlantısal yanıt
verme, 322
Muhammed vaka çalışması,
320, 322
zihinselleştirmedeki bozulmalara
yanıt verme, 323 doğru
anda doğru müdahale, 322
terapötik
sözleşme, 319 zaman ve takvim
kullanımı, 324

Çocuklar için MBT (oyun
merkezli yaklaşım),
321–22
zihinsel oyun, 321 sembolik
oyunla ilgili sorunlar, 322 uyarıcı
oyun
anlatısı, 321

Çocuklar için MBT (yapı), 324–26
değerlendirme aşaması (3–4
toplantı), 324
formülasyon geliştirme, 325
inceleme toplantısı, 325
1–3. oturumlar (ilk aşama), 325
4–8. oturumlar (orta aşama), 325
9–12. oturumlar (bitiş
aşaması), 326
Çiftler için MBT (müdahale yelpazesi),
350–52 meydan okuma
ve terapötik pazarlık, 351 açıklama,
duygu odaklılık,
ayrıntılandırma, 350 empati,
destek, doğrulama,
350 zihinselleştirme ve
epistemik güveni
onarma, 351

Çiftler için MBT (MBT-CO),
347–52
temel ilke, 349 klinik
örnek, 348 formülasyon,
348 ilişki kalitesi (ilk
değerlendirme), 347

Çiftler için MBT (yapı), 347–50
zihinselleştirmeyi vurgulama ve
işaretleme, 350
dengeyi koruma, 349
zihinselleştirmeme
durumunu kesintiye
uğratma, 349 zihinselleştirme duruşu, 349
Yeme bozuklukları için MBT
(MBT-ED), 298–318
Yeme bozuklukları için MBT (tedavi
modeli), 309–15 odak,
310
formülasyon,
312 genel yaklaşım,
309–11 grup terapisi, 314 bireysel
terapi,
313–14
Mary vaka çalışması, 313
psikoeğitim grubu,
314
Aileler için MBT (MBT-F), 340–46 klinik
örnek
(zihin okuma stetoskop
egzersizi), 345 egzersiz,
342–46 temel
amaç, 340
MBT döngüsü, 341–42
zihinsel duruş, 340 amaç, 340
klinisyenin görevi,
341
Travma için MBT, 286–88 temel
özellik, 286 kritik
husus, 287 temel bileşen (denetim),
287 genel ilkeler, 286–87
sürecin anahtarı, 287
travmatik deneyimleri
zihinselleştirme, 288 özel
ilkeler, 287–88 özel ilkeler
(özet), 288

MBT Group, x, 52, 69, 136–53, 294
işbirlikçi ve demokratik
süreç, 142 makro ve mikro kültür,
136
zihinselleştirilmiş kültür
(bileşenler), 137 çevrimiçi,
150–52 oturum
yörüngesi, 137 yapı, 136–37
değerler, 137

MBT Group (müşterileri ile)
ASPD), 183–201
mutabık kalınan değerler, 185
Bryan vaka çalışması, 180–81, 186–
87 gruba
girmeden önce değerlerin
tartışılması, 182 tedaviye
katılım, 179 tedavi biçimi, 178

MBT-ASPD-G için MBT-I, 183–84

deneyime göre bir uzmanla
görüşme, 185
hazırlık, 178–81 randomize
kontrollü deneme (devam ediyor),
201 kendi kendine
eylem, 186–90 grubun
yapısı,
185–90
tedavi süreci (özet), 179

MBT Group (müşterileri ile)
ASPD) (yaygın klinik sorunlar), 190–
201 klinisyen tepkisi, 192–
93, 195, 197–201 meydan okuma,
193 duygusal
ifade (kendi), 198
diğerinde duygu tanıma (kötüye
kullanılmış), 199

Machine Translated by Google

artan tehditler (müşteriden müşteriye), 194 artan tehditler (müşteriden klinisyene), 196
örnek, 191
kendilerini bir grup olarak idealleştirme, 197 dışsal zihinsel odağı içsel odağa taşıma (diğer), 199 paranoyak
tepkiler, 200 paranoyak
tepkiler (klinisyen seçenekleri), 201 nedene yönelik katılım, 191
MBT Grubu (yeni hasta katılımı), 138–41 1. klinisyen tanıtır
üyelerden yeni hastaya, 138
2. Kişisel tanıtımlar (bir hafta önce hazırlanmış) sunuldu, 138–39 3. Grup
değerlerinin tartışılması, 140 MBT
Grubu (üyeler)
Cora, 140, 143, 145, 148
John, 141, 143, 145, 147
Stanley, 145, 147, 147, 151
MBT Grubu (kişilerarası zihinselleştirmeyi teşvik etme), 141–48
tartışmanın kahramanlarının tahsisi, 142 kapanış, 147–48 grubun amacı,
142 rol yapma ve egzersizler, 146–47
dörtlü (veya daha fazla) etkileşime yol açan üçgenleme, 143–44
MBT Group çevrimiçi bireysel terapi, 152
MBT Tanıtım Grubu (MBT-I), x, 26, 69–71, 103, 127, 136, 198 format, 69 hedefler
(önemli faktörler), 69 bilmeme duruşu, 78 çevrimiçi, 149
amaç, 69
grup liderinin rolü, 70 oturum ilkeleri, 70 oturum yapısı, 70 konular, 70
MBT Giriş Grubu MBT-ASPD-G bağlanma modülü, 184
duygu modülü, 184
zihinselleştirme modülü, 183
şiddet modülü, 184
MBT Döngüsü, 83, 125, 180, 193, 201
aileler, 341–42 üç
adımlı manevra, 83
MBT çevrimiçi, 148–53
değerlendirme ve formülasyon, 149
MBT-G çevrimiçi, 150–52
MBT-I çevrimiçi, 149
güvenli bağlantı, 149
MBT hastası
tipik (orta derecede duyarlı), xi
MBT ilkeleri, 136 hastalar ve klinisyenler arasında eşitlik, 153 açık fikirlilik, 271
MBT denetimi, 113–17
Zihinselleştirme teorisinin klinik uygulamayla bağlantısının sağlanması, 115 temel
konu, 114 uygulama ve klinik yapılar, 113 klinisyenin
zihinselleştirilmesinin sürdürülmesi, 116-17 becerinin
kendisi, 117 süpervizör
materyalleri, 114 klinik becerilerin
geliştirilmesinin desteklenmesi, 115-16 görevler, 113 MBT
süpervizör
rolü, 113, 115, 117
MBT-ASPD-G. MBT
Grubuna (ASPD'li müşteriler) bakın.
MBT-G. MBT Grubu'na bakınız.
MBT-I. MBT Giriş Grubu'na bakınız. MBT
bilgili acil durum bakım
Klinik yaklaşım, 370–73 kabul
kriterleri, 371 dört adımlı model,
364 epistemik güvenin
krizleri zihinselleştirmeye dönüştürülmesi, 370–73 özet, 372
MBT bilgili acil
bakım (dört adım), 373–85 1. Acil bakıma kabul ve kabul, 373–79
2. Krizi açığa çıkarma, 380–82 3. Kriz
alanının bütünleştirilmesi ve formülasyonu, 382–84
4. taburcu hazırlığı, 385 MBT-NPD.
Narsistik kişilik bozukluğu için MBT'ye bakın MBT-Travma Odaklı
(MBT-TF), xii, 278, 288–94 faz 1 (güvenliğin sağlanması,
grup değerleri, tedavi çerçevesi), 289
faz 2 (travmayı zihinselleştirme), 290–94 faz 3 (gözden
geçirme, yeniden değerlendirme,
geleceğe bakma), 294 medial prefrontal korteks (mPFC), 9, 213–14, 235, 281, 328
arabuluculuk teknikleri, 268, 270 Meehl P,
254 benlik modu, 159, 166–67, 169, 173,
181, 183, 186,
213, 215, 218, 224, 291 bellek, 16, 18, 84, 186, 223, 292–94 zihinsel bozukluk, 18 tanımlayıcı
özellik, 4 zihinselleştirme modeli, ix tek bir neden
yok, x zihinsel kaçış
prosedürü, 118 zihinsel sağlık bozuklukları
sinirbilim (iki işlev alanının ima edilmesi), 19 kırılganlık (zihinselleştirmenin
avantajlarının diğer yüzü), 4
ruh sağlığı uzmanı, 12, 370, 374
MBT becerileri, 372
zihinsel durum, 1, 3, 5, 10, 48, 50, 109, 166, 192, 210 detaylı
değerlendirme aşaması (klinisyen tarafından), 98 işleme,
48 zihinselleştirmeye dayalı tedavi, ix zihinsel sağlık sunumları
için uyarlamalar, 155–73 amaç, 129

Machine Translated by Google

zihinselleştirmeye dayalı tedavi (devamı)
uygulaması
(ayarlar), 319–27 omurga, 157
merkezi
soru, 29 klinik ilke, x
klinisyen gereksinimleri, xi
Cochrane İncelemesi (2020),
27
işbirlikçi keşif, 78, 107 iletişim
sistemleri, 26–27 takımyıldızı
müdahaleler, 44 temel
süreç, 208 tanımlayıcı
ilke, 68 demokrasi ilkesi, 103
gelişimsel yaklaşım, 253
etkililik (daha gidilecek çok yol var),
ix ampirik
araştırma, 27–29 öz, 107
zihinselleştirme
sürecine odaklanma, 48
genel ve özel
(denge), x tarih, 1–3 model
genel bakışı, 1–
3 yargılayıcı
olmayan duruş, 157
kökenler, 2, 14 süpervizyon
seanslarının
planlanması, 114 oyun merkezli
yaklaşım, 321–22
uygulama, 136–53 pragmatizm,
2 birincil
amaç, 44 ana fikir, 2
psikanalitik
kökenler, 310 psikoterapi
paradoksu, 44
amaç, ix
RCT'ler, 27–29
terapötik ortamda nesnellik kavramını
reddeder, 109 araştırma
denemesi, 54 önce
güvenlik (zarar verme) yaklaşımı,
166 klinisyen için
başlangıç noktası, 175 teoriyi
destekler, 4–41 transdiagnostik
yaklaşım,
xii
zihinselleştirmeye dayalı tedavi
(ilke odaklı müdahale),
44–50 ilişkisel süreci
etkinleştirir,
46
özgünlük ve "bilmeme"
duruşu, 50 zihinselleştirmeyi
dengeleme, 46 demokrasi,
eşitlik, iş birliği, 48-49
deneyimin etkisinin empatik
olarak doğrulanması, 47
kaygıyı yönetme, 45 süreç ve
içerik, 47 zihinselleştirmeye
dayalı tedavi (ilkeler) duygular ve
zihinselleştirme,
45
zihinsel odaklanma,
klinisyenin 45 duyarlılığı,
45
zihinselleştirilmiş duygusallık
tanımı, 285
zihinselleştirme,
alternatif bakış açısına
ulaşma, 107 temel
teknikler, 242 ve BPD, 15–17
MBT klinisyeninin
yaptığı her şeyin merkezi, xi
klinisyenin olaylara
hastanın bakış açısından bakması
gerekir, xi klinisyen-hasta
ilişkisi, 323
gelişimsel yönler
(çocuk, ergen, yetişkin),
8–10
gelişimsel model, 334 zorluklar, 8
ortaya çıkış
(çevrenin etkisi), 10–12 acil
bakım, 364–87 öz, 70 dışsal
ve içsel (aileler), 341 kırılgan
kapasite, 356
bütünleştirici işlev, 301–2
kişilerarası anlayış
merceği, xi yolculuk, varış
noktası değil, 78, 104, 127
Çiftler için MBT, 351 farklı
bakış açılarına açıklık, 48
terimin kökeni, 2
psikopatoloji, 17–19 amaç, 333
nitelikler ve
davranışlar, 340 sosyal öğrenme ve
epistemik güven, 17–21
sosyal reddedilme, 24–25
duyguları anlama, 2 duygusal
anlatıyı zihinselleştirme,
127 içerik, 98
zihinselleştirme
kapasitesi, 9, 279 zihinselleştirme
iklimi, 12, 355 zihinselleştirme
boyutları, 6–8, 46, 55, 64, 209, 349
otomatik/kontrollü
zihinselleştirme, 6, 15, 57–58
bilişsel/duygusal
zihinselleştirme, 7, 56, 235,
241, 263, 273
içsel/dışsal
zihinselleştirme, 7, 16, 57–58 öz/
başkası zihinselleştirme, 6, 16, 56, 68,
79, 103–4, 273 öz için
zihinselleştirme odakları (Maresh
ve Andrews-Hanna), 213
işlevsel analiz
zihinselleştirme, 125–28, 126,
128 , 131, 351, 376 a. duyguya
odaklanma ve duyguları
bağlamlandırma, 126
b. Zihin durumlarının yönetimi,
127 c.
Çekirdek durumların tanımlanması
sorun alanı, 127 d. baskın
temanın belirlenmesi, 128 e. alt
baskın temaya
saygı, 128 zihinselleştirme
bozuklukları,
232, 240, 245, 266, 279, 281, 312
depresyondaki rolü, 238
yeme bozukluklarında
zihinselleştirme, 298–309
anoreksiya nervoza
(ısrar), 303–4 bağlanma ve
yeme bozuklukları, 305
karmaşıklığı
kavramsallaştırma, 304–5 somut
zihinselleştirme, 298 etkisiz
zihinselleştirme modları, 299–
301 sosyal öz
düzenleme, 307

Machine Translated by Google

Stres ve zihinselleştirme, 302 Zihin
teorisi ve sosyal biliş, 306–7
Zihinselleştirmeyen
alan arzusu, 301–2 Zihinselleştirme
kutuplulukları.
Zihinselleştirme boyutlarına ve
zihinselleştirme sürecine bakın.

yönetim, 77–79
zihinselleştirme profili, 55–58
zihinselleştirme ilişkisi. İlişkisel
zihinselleştirme zihinselleştirme
teorisine bakınız, 303, 369 psikanalizdeki
kökenler, 6 travmayı zihinselleştirme,
290–94 duygusal yansıma, 290
travmayı çevreleyen duygu ve
düşünceler,

290–93
çerçeve, 291
travmadan etkilenen ilişkiler,
293 zihinsel
süreç odaklı, 244, 248 zihinsel temsil
odaklı, 238, 241, 244–45, 248 akıl
hocaları, 356 meta-analizler,
15–17, 27, 230,
305, 307 meta biliş, 99, 131, 158, 261

meta bilişsel düzensizlik, 56

meta bilişsel kişilerarası terapi (MIT),
224–25 meta-yansıtma

tanım, 290 meta-
terapötik tanım, 98
mikro dilimleme,
241–43, 287–88
Midgley N, 319–22
odaklanma örneği
formülasyon, 324
Miller CE, 55
Mills KL, 328 zihin,
1–2 zihin
yeniden kalibrasyonu, 284–85, 287

zihin durumları, 46, 53
zihin-beyin taramaları, 221, 343
Bebek Bakımı, 356, 360–62
vurgu,
361 bütünleştirici
model, 361 disiplinlerarası
yaklaşım, 361 hemşirenin rolü, 361
birincil odak, 361
RCT, 361
sosyal hizmet uzmanı katılımı,
361
Zihin okuma stetoskopu (MBT-F
egzersizi), 345 zihin gezinme,
16, 18 minimal etki dayanıklılığı,
278 ruh hali, 54, 236 anne-çocuk ilişkisi,
60 anne, 12 kaygı
düzeyi (çocuklar üzerindeki etkisi), 26
Sosyal Bilişin
Değerlendirilmesi için Film
(MASC), 15 MTB.
Bkz. Bebek Bakımı

narsisizm
yönler, 155
nitelik, 155 ilişkisel
aktivasyon, 159 kalın derili ve
ince derili, 156 narsistik kişilik
bozukluğu, xi,
143, 155–73 değerlendirme ve
formülasyon, 166 küçümseyici
bağlanma

stratejiler (göstergeler), 162

formülasyon, 164, 169
müdahale (ben-modundan ben-
moduna, biz-moduna), 167
James vaka çalışması, 167, 168, 172

değerlendirme sürecinin
sonucu, 163–64
değerlendirmenin sonucu
süreç (James vaka çalışması
formülasyonu), 164
değerlendirme sonucu
süreç (James vaka
çalışması), 163
araştırma eksik, 155 narsistik
kişilik bozukluğu (değerlendirme
ve formülasyon), 157–62

görkemli narsisizm
(etkileşimli stil), 160 narsisizm
ve bağlanma stratejileri, 162 narsistik
aktivasyon
(bağlam), 159 narsistik
beklenti ve hayal
kırıklığı, 160
kendini ve diğerini zihinselleştirme,
158
öz beklenti, öz değersizlik
(ince derili narsisizm),
161 narsistik kişilik bozukluğu
(zihinselleştirme), otomatik ve
kontrollü işleme, 165 bilişsel
ve duygusal işlev, 165 ilişkiler, 165
benlik ve diğer
deneyimler, 164

narsistik kişilik bozukluğu
(seans odağı ve müdahale),

166–73
odaklanma ve narsisizm üzerinde etkilidir,
171
karşı-ilişkisel
zihinselleştirme,
odadaki 171 fil, 171–72
Ben modundan ben moduna, biz
moduna, 169–71
ilişkisel zihinselleştirme, 169–
71 ittifak
kurmak için narsisizmi destekleme,
167 narsistik kişilik işlevi,
155, 158, 160, 163 ASPD ve
BPD ile bağlantılar, 174 seans
odağı ve
müdahale, 166–73 doğal seçilim, 4,
20

Hollanda, 28 ağ
analizi, 306 sinir devreleri, 7,
235, 237 sinir bilimi, 4, 10, 19, 213,
235, 369 arasındaki bağlantı kesilir

duyusal ve bilişsel bütünleşme,
263 psikoz hastası,
261 nörotransmitter sistemi,
282
Nizum N, 367
yargılamama, 99, 163, 188–89, 320,
323, 331, 341, 349

zihinselleştirmeme, 129, 131, 174,
184, 245, 330 çiftler, 352
yeme
bozuklukları, 308 kesinti,
341, 349

Machine Translated by Google

zihinselleştirmeyen (devamı)
hızlı referans, 59 sözel
gösterge, 132
zihinselleştirmeyen mod, 4–5, 59, 71,
330, 347 klinik örnek,
300–2 yeme bozuklukları, 301–2
taklit modu, 5 psişik eşdeğerlik,
5 psikoz hastası, 271–
72

teleolojik mod, 5
Norveç, 28
bildirim ve isim, 83, 219 bilmeyen,
50, 70–71, 72, 80, 104, 115, 125, 129,
137, 141, 144, 146, 151, 153,
163, 171, 180, 189, 207–8, 217 ,
224–25, 242, 244

amaç, 77
klinisyen yükü, 269 acil bakım,
376–77 öz (keşif süreci), 79
zihinsel çalkantıya
tahammül etme
stratejilerinin belirlenmesi, 103
temel nokta, 269 çocuklar
için MBT, 322
psikoz hastaları, 269
amaç, 77 travma hastaları, 287
tedavi aşaması, 77–79 NPF.
Narsisistik'e
bakınız.

kişilik işleyişi

Orme W, 22
ostensiyon
tanımı, 304 ayakta
tedavi, 28, 364 dışarıdan içeriye bakış,
65–66, 68, 80, 83, 127, 179, 299

risk altındaki hasta, 119
aşırı taklit, 20 tanım, 20

Açık Saldırganlık Ölçeği –
Değiştirilmiş,
184 oksitosin, 23

p faktörü, 216, Genel psikopatoloji
faktörüne bakınız, panik, 261,
329 paranoyak
düşünme, 265
Ana Harita, 357–58
Ebeveynlik UYGULAMASI, 357
ebeveyn-kapsamları (MBT-F
egzersizi), 345
ebeveyn, 11–12, 22, 162, 330, 336–37,
341, 344–45 zihinselleştirme
kapasiteleri, 13 daha geniş
bağlamlarda zihinselleştirme teorisi,
356–62 psikoeğitim,
358 pasiflik, 71, 79 hasta
konuşma partnerleri,
53
zihinselleştirmeye dayalı tedavi,
43–
51 yansıma ve tepki

(çift taraflı kılıç), 77 hasta notu, 152
karşılıklı düzenleme
modeli, 106 akran kabulü, 356 akran

mentorluğu (CAPSLE), 355

Pennebaker JW, 298 algı,
263 kişisel anlatılar,
102 kişisel ikinci dereceden
zihinselleştirme, 7, 131

Kişilik İnancı
Anket, 22 kişilik
bozukluğu, xii, 17, 245

kategorizasyon başarısızlığı, 174
felsefe, 165 beden
eğitimi programı
(CAPSLE), 355

fiziksel gerçeklik, 5, 58, 148, 157,
214–15, 224, 300 oyunculuk,
146, 223, 226, 268, 270, 345 temel bileşeni

MBT, 343
yoksul kentsel topluluk, 12 olumlu iklim
kampanyası
(KAPSİL), 355 travma
sonrası stres bozukluğu, 25, 54, 178, 216,
277, 280
güç farkları, 48–49
Prada P, 364
prefrontal korteks, 18, 22, 281 gebelik,
11 ön
zihinselleştirme, 5, 8, 370 taklit
modu, 5, 48, 59–60,
60, 62, 64, 78, 90–97, 126, 147,
152, 155–57, 162, 176–77, 183,
189, 191,
197, 207–8, 211, 215, 217, 247,
268, 293 anksiyete
(balon patladıktan sonra),
97 klinik örnek,
300 klinisyenin yanıtı, 91

tehlikeler, 97
depresif hasta, 236, 240 yeme
bozuklukları, 300, 303, 308, 313,
314
hipermentalizasyon, 222
hastanın amacı, 91 sonuç,
91 travma
hastası, 284 taklit biz modu,
170 primatlar, 9, 20 önceki,
263

sözdementalizasyon, 5, 239, 246,
300, 332, 334 psikiyatrik
bakım göreceli
kriterler, 371 güçlü kriterler,
371 psikiyatrik bozukluklar,
18 psikiyatrik acil bakım, 364–65,
368, 386 psişik eşdeğerlik, 5, 59, 59,
62, 64, 68 , 72, 72, 78,
119, 126–27, 130–31, 131–32, 155–57,
165, 168, 176, 179, 183, 190, 217,
220, 223, 233, 238, 247, 265, 375
ergenler, 333–34 yabancı
benlik, 368

AvPD "aşırı form", 215 özellik, 246
klinik örnek, 299 çift, 348
tanım, 5 depresif hasta, 234,
236,
240
yeme bozuklukları, 299, 303, 308,
310 hızlı
referans, 59 travma
hastası, 283–84, 290

psikodinamik terapi, 2, 104, 225
psikoeğitim,
69–71, 103, 236, 256, 260, 268, 274, 286
acil bakım, 383 aile seansı, 337

Travma için MBT, 287 travma
hastası, 289

Machine Translated by Google

psikolojik kriz, 364 özellik, 366
hastanın bakış açısından
tanım (MBT yaklaşımı), 365 dört
adım (hastane sonrası),
370

Jill vaka çalışması, 366, 371–73, 374

Jill vaka çalışması (kriz araştırması),
377
Jill vaka çalışması (acil durum ekibiyle
ilk görüşme), 375–80 anlatı,
372
yardım, 365
tetikleyiciler,
366 çalışma
tanımı, 365–68
psikoloji, 163, 165, 170 psikopatoloji,
8, 17–19, 209, 213, 353 özellikler, 245
transdiagnostik
gösterge, 216 psikoz, xii,
17, 231, 245, 253–76 klinik

deaktivasyon, 264 ortak leitmotif,
261 şiddet
sürekliliği, 263 ilk tanı, 256 daha
fazla araştırma gerekli, 274
ayırt edici özellik (ayrışma), 266
hastaneye yatış, 254–55,
257, 259 bilgi işleme önyargıları,
266
fenomenolojik açıklamalar, 261
hastalık öncesi aşama, 255
tedavi
yapılandırması, 269 kullanım,
253 psikoz
(temel unsurlar

MBT uygulaması), 267–74
duygusal anlatı, 273
Johanna vaka çalışması,
271–72
zihinselleştirici klinisyen-hasta
ilişkisi, 274 zihinselleştirici süreç,
270–71 zihinselleştirmeyen (klinik
müdahale çerçevesi),
272 zihinselleştirmeyen modlar,
271–72

bilmeme duruşu, 269
tedavi ve seans yapısı, 267–68
psikoz (MBT klinik
yaklaşımı), 253–60 hastalığın
gelişim aşamasının
değerlendirilmesi, 255 gerekli
klinik eylemler, 254

Somut tedavi hedefleri
formüle etmek, 258–60 Tedavi
içindeki sosyal kaynakları belirlemek,
257–58 Temel varsayım, 266 Ana
nokta, 260

Robert vaka çalışması, 254, 257–
58, 270–71 evreleme,
260 psikoz (MBT
bilgili anlayış), 260–67 klinik örnek,
262 klinik sunumlar, 264–65
temel öz-rahatsızlık (zihinsel
olmayan modlarla bağlantı),
265–67
sinirbilimden danışma odasına, 261–
64 psikoz ve zihinselleştirme
(tarihsel bağlantılar),
260–61 psikoz (zihinselleştirme
süreci) kritik yön, 271 grup ortamı,
270 bireysel ortam, 270 temel
noktalar, 271 psikoeğitim ortamı,
270

psikoz hastalarında göz
ardı edilen bir durum,
gösterilen nezaketin 273 anısı,
zihinsel
olmayan modlar, 265, 271

psikoeğitim grupları,
268
duyusal-bilişsel
kopukluk, 266
psikoterapi, 15, 115–16, 230, 256 öz,
103 genelci
yaklaşım, x
doğası gereği ilişkisel, 44
köklü yöntem, 148

psikotik bozukluklar
kullanımı, 253

yaşam kalitesi, 27, 29, 127, 252, 257–58

RADLE dizisi, 242 1. duyguları
tanıma, 242

2. duyguları güçlendirmek, 243 3.
duyguları farklılaştırmak, 243

4. duyguları bağlama, 243 5.
duygusal maliyet, 243 rastgele
kontrollü denemeler, 27, 298, 315

zihinselleştirmeye dayalı
tedavi, 27–29
Gözlerdeki Zihni Okumak, 17, 328 gerçek
dünya, 5,
142, 148 karşılıklı ayarlamalar,
106
Yansıtıcı Yetiştirme, 356, 358–60

Yansıtıcı Yetiştirme
Program, 359 tasarım,
359 kolaylaştırıcı,
360 odak, 359 grup
tabanlı, 359
pilot program, 359

RCT (devam ediyor), 360 seans,
360 araç, 359–60
yansıtıcı işlev, 1,
11,
15, 209–10, 245, 321, 357
"zihinselleştirme" ile aynı, 357

Yansıtıcı İşlev
Gençlik Anketi, 335

Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği, 357

Yansıtıcı Ebeveynlik, 356 amaç,
358 tanım,
357 vurgu, 357
grup oturumları
(temel hedef), 358 yenilikçi
yaklaşım, 357 kendi
kendine zihinselleştirmenin temel
rolü, 357 araçlar, 357

Yansıtıcı Öz İşlev Ölçeği, 357 reddedilme, 204,
206,
240 reddedilme duyarlılığı, 17, 23,
25, 53, 57, 123 ilişkisel aktivasyon, 159

Machine Translated by Google

ilişkisel zihinselleştirme, 100, 103–8, 152, 169, 220–22, 231, 241
bileşenler, 103 depresif hastalar, 238 biz-modunu etkinleştirmek için temel müdahale, 103 bir dizi adım, 104 kısaltma terimi, 108
ilişkisel pasaport, 139, 139, 150

ilişkisel referanslama, 284
dayanıklılık, 64, 98, 129, 234, 308, 351, 356, 361, 377 yokluk, 278
saygı, 140, 141, 164, 170, 182, 185 yeniden
mağduriyet, 284 geri
sarma ve yansıtma tekniği, 351
RFP. Yansıtıcı Yetiştirme Programı'na bakın alay, 215, 222 risk, 55, 121, 364
klinik müdahale süreci
(özet), 117 zihinselleştirme anlayışı, 117

Risk Alma ve Kendine Zarar Verme Envanter, 29
Robinson EA, 160
Robinson P, 311 rol
yapma, 115, 217, 220–21, 223, 355

MBT-F egzersizi, 344
romantik ilişki, 285 kişilerarası
güven (BPD) bireyler ve kontrol grubu), 23

Rossouw T, 331, 336
Kauçuk El İllüzyonu, 16
ruminasyon, 235–36, 284

SAD. Sosyal anksiyete bozukluğuna bakınız.
güvenlik öğrenimi, 26
güvenlik planlaması, 121
Safier E, 347
Sahi RS, 24
salutogenesis, 240, 247–48, 381

tanım, 285 travma
hastaları, 288
Sarah vaka çalışması, x–xi, 53
eylem insanı ve dışarıdan içeriye bakan zihin, 65
Zihinselleştirme profilinin değerlendirilmesi, 55-58 bağlanma süreci, 62 temel bilgi, 53 zıt hareket, 79 karşıt
ilişkisel
zihinselleştirme, 109
sorun döngüsü, 67 odadaki
fil, 102 formülasyon, 65 grup öğrenimi, xi bil ve
şimdi zihin, 65

MBT, 66
MBT Döngüsü, 84
zihinsel duygusal anlatı, 98–100
zihinselleştirmeyen modlar/ etkisiz zihinselleştirme, 59–60

bilmeme ve zihinselleştirme sürecini yönetme, 78–79 taklit modu, 96–97 sorunlar, 65 ilişkisel
zihinselleştirme, 104, 107

oğluyla (Jack) ilişkisi, 81
ilişkiler, 66 risk
altındaki hasta (klinik müdahale süreci), 120, 122, 124, 126, 128, 130–31

Güçlü yönler, 65
tedavi amacı, 66 tedavi
aşaması (empatik doğrulama, netleştirme, deneyimin ayrıntılı olarak açıklanması), 71 sağlık (bağlam), 125
Sarah vaka çalışması (MBT Grup), 137, 147
tartışmanın ana karakterlerinin tahsisi, 143 ilk
oturum, 139 grup
amacı, 142 grup değerleri, 140 çevrimiçi, 151
grubun
hazırlanması
yeni hasta girişi, 139 üçgenleme, 145 şema odaklı terapi
(SFT), 224–25
şizofreni, 25, 253 temel, 261
şizotipi, 255

Schmidt U, 298, 305 okul
ortamı, 356 heykel (MBT-F egzersizi), 344

ikincil bağlanma stratejileri, 282, 294 ikincil temsiller, 10, 335 benlik ve diğerleri, 9, 209 benlik

temsili, 218 öz-eylem, 186–90 1. Ben-modundan ben-moduna, 186 2. başkalarının duygusal durumlarının tanınması, 187 3. utançla sorunlu bir duygu olarak
çalışmak, 188–89
4. gelecekteki benlik, 189 5. rol yapma modu, 189
6. öfkeyle çalışmak sorunlu duygu, 190 öz farkındalık, 9, 237 öz şefkat, 129, 189, 273 öz eleştiri, 71, 131, 189, 235–36 öz değersizlik, 161 öz saygı, 155, 157–58, 159, 160–61, 166, 181, 183, 190 , 193, 204 tehditler, 176 öz beklenti, 159, 161 öz deneyim, 56 , 57, 59, 72, 158, 159, 164, 188, 210, 213, 221, 313 kendine zarar verme, 12, 14, 29, 52, 116–17, 127, 131, 133, 190, 231, 245, 266, 277, 285, 328, 332, 335 ergenler
(klinik örnek), 336 rahatlama olarak deneyimlenebilir, 302
işlev, 119 hastanın tartışmaya isteksizliği, 129
basitleştirilmiş özet, 118–20
olaydan önce kendine zarar verme
soruşturmaları, 121 klinik en iyi ipucu, 122
olayın kendisi, 118 bilgi edinme, 121–22, 123 olaydan sonra, 122 öz kimlik, 328
tehditler, 176
öz imaj, 166

Machine Translated by Google

kendine zarar verme, 17, 28, 121,
129 kendini algılama, 24, 213, 223
kendini düzenleme, 9, 19, 305, 309, 328

öz-tasarımlar, 10, 166, 210 öz duygusu, 10,
13, 21, 73,
119, 126, 128
cinsel istismar, 11, 73, 321 utanç,
131, 157, 168, 178, 184, 192–93, 198,
201, 210–11, 221, 236–37, 284
aktivasyon, 176–77
ASPD'li müşteriler, 188
yeme bozuklukları, 304, 308
odadaki fil, 188 çok yönlü duygu,
188
prototipik olaylar, 189 travma
hastası, 293 utanç-gurur
döngüsü, 309
Sharp C, 334 dış
cephe kaplaması, 196, 199
Simonsen S, 209, 212
Skårderud F, 311 uyku,
282 sosyal
anksiyete bozukluğu, 17, 24, 204, 212, 214–15, 329, 334

sosyal biliş, x, 6, 10, 15–16, 21,
34–35, 303, 305, 328 tanım,
18 yeme
bozuklukları, 306–
7 sosyal bağlam, ix, 12, 175,
208, 264, 308–9 nöroekonomik görevler,
22 sosyal
çevre, 178, 282, 310, 326, 356
sosyal dışlanma, 15–17, 38, 53, 179,
301, 306, 308
sosyal etkileşim, 22, 115, 213 sosyal
öğrenme, 17–21, 26–27,
52, 179 daha geniş bir ortamda
uygulama, 27 sosyal medya, 329 sosyal
zihinselleştirme temelleri,
173 sosyal ağ, 12, 175,
294, 304, 381 sosyal
algı, 300 sosyal
reddedilme, 24–25,
188 psikiyatrik bozukluklarda rol
oynayan,
24 sosyal benlik, 307
sosyal öz düzenleme, xii, 311–12
yeme bozuklukları, 307
duygusal benlik çekirdek olarak
yeme bozukluklarının
bileşeni, 307 sosyal
duyarlılık, 9, 47 sosyal geri
çekilme, 188, 205, 303–4, 308–9, 314
sosyal dünya, x, 3–4, 20,
29, 55, 174, 176, 202, 215, 217, 334
somatik bozukluklar, 282

duyguların somatik belirteçleri,
242
bıçaklamalar, 191–92
başkasının ayakkabılarını giymek (MBT-F egzersizi),
343
Stone MH, 2
duraklama ve geri sarma, 242, 247, 323
Garip Hikayeler görevi, 25
stres, 12, 68, 129, 174, 234, 237–39,
281–83 yeme
bozuklukları, 302 stres
sistemi, 279, 281 baskın
olmayan anlatılar, 102–3 madde

bağımlılığı, 15, 54 ince zorluklar,
194 intihar düşüncesi, 117,
121, 129, 258, 366 intihar eğilimi,
12, 52, 129, 149,
171, 245, 334–35, 368 intihar, 14,
231, 234, 236 intihar
girişimleri, 13, 28, 116–17, 121,
127, 266, 369
klinik örnek (Jill), 366 genel MBT
müdahale süreci uygulanır, 118
hastanın tartışmaya
isteksizliği, 129 basitleştirilmiş
özet,
118–20
intihar riski, 278, 364, 368, 385 denetim.
Ayrıca bkz. MBT denetimi MBT'nin
merkezi kısmı,
224 denetçi, 126 destek, 323–24

Hedef M, 302, 321 TAU.
Tedaviyi her zamanki gibi görün, alay
etme, 10, 306 tele
sağlık, 148

teleolojik mod, 5, 59, 60, 62, 64, 68,
72, 80, 123, 126–27, 155, 157,
176, 179, 183, 192, 225, 231,
238, 247, 375 ergen, 334 risk
altındaki hasta,
119 klinik örnek, 301
çift, 348 depresif hasta,
236, 240 yeme bozukluğu,
300, 303 travma
hastası, 284–85

Zihin Teorisi, 1–2, 4, 9–10, 228, 305 yeme bozuklukları,
306–7 terapötik ittifak, 44, 69,
97, 149, 163, 166–67, 173, 180, 196, 231,
281, 325

terapötik oyunlar, 220–23, 226, 268 klinisyen
için faydaları, 222 terapötik ilişki,
211, 225, 233, 241, 246 depresif
hastalar, 238
zihinselleştirme, 247 kalın derili
narsisizm, 163 ince
derili narsisizm, 163 öz beklenti ve öz
değersizlik, 161 üçüncü şahıs bakış
açısı, 215–16, 220 kendine
yönelik tehditler, 233
zaman, 324, 365, 368 yürümeye
başlayan
çocuklar, 8, 10 ses tonu,
58, 159, 177,
195, 219, 322
özellik çıkarımı, 9
transdiagnostik yaklaşım, ix–x aktarım
izleyicileri tanımı, 103

travma, 11, 13, 277–97, 326, 369 en iyi
şekilde şu şekilde düşünülebilir
transdiagnostik faktör,
277
gelişimsel yaklaşım, 26 yüksek oranda
eşlik eden hastalık, 278

Lydia vaka çalışması, 277,
285–86, 292
zihinselleştirmeye dayalı
tedavi, 286–88
zihinselleştirme, xii, 25–26, 279
yeniden canlandırma döngüleri,
280 düşünce kaçınma, 293
türler, 278

Machine Translated by Google

travma (devamı)
tipik özellikler (klinik ifade), 280
altta yatan
biyodavranışsal sistemler, 281
travma (zihinsel
bakış açısı), 278–86
epistemik güven (sorunlar),
285 stres ve bağlanma, 281–83

travma ve zihinselleştirme, 283–
85 travma
sürekliliği, 278 travma anıları,
83, 283
Treasure J, 305 her
zamanki gibi tedavi, 27–29 tedavi
aşaması (MBT klinik süreci), 71–113 ters
hareketler, 79–82
karşıt ilişkisel zihinselleştirme,
108–13 şefkatli hikaye
yaratma, 97–101 odadaki
fil, 120, 126, 128, 130 odadaki
fil (duygusal
odaklanmayı keşfetme), 102–3

empatik doğrulama,
açıklama, deneyimin
detaylandırılması, 71–73
düşük zihinselleştirme (klinisyen
müdahalesi), 82–97
zihinselleştirici duygusal
anlatı, 97–101
zihinselleştirme sürecini bilmemek ve
yönetmek, 77–79

ilişkisel zihinselleştirme, 103–
8
sosyal biliş ağacı, 8–9 üçgenleme,
146–48
klinik örnek, 144 güven, 29,
115, 183, 189
Sınırda Kişilik
Bozukluğu, 21–25 güven oyunu, 23
Güven Senaryosu Anketi,
22
güvenilir arkadaş, 101
Tsakiris M, 369 ikiz,
18

Amerika Birleşik Devletleri, 2
Londra Üniversitesi Koleji, xiii

duyguların doğrulanması
Travma için MBT, 287
değerler sayfası, 141, 148
video, 115, 223
şiddet, 12, 117, 175, 178–79, 180, 183–84,
190, 200
zihinselleştirme, 175–78
basitleştirilmiş özet, 118–20

sanal ve dijital sağlık (çevrimiçi
MBT), 148–53

savunmasız narsisizm, 157, 159, 166,
167, 172 ince derili
narsisizmle aynı, 156
savunmasız benlik,
148

biz-modu, 46, 50, 66, 98, 100, 102–4,
106, 108, 120 , 136 , 142–43, 148,
152, 166–67, 169–70, 173, 178,
183, 185, 189, 222, 286, 290,

356
tanım, 21, 107 giriş
noktası, sürecin sonu değil, 107

WhatsApp, 194
Winnicott DW, 60, 370 çalışma
formülasyonu, 67–68, 71 değersizlik,

210

genç yetişkinlik, 9, 16

Zeegers MAJ, 11