# KLİNİK GÖRÜŞME

## PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME ESASLARI

JOHN SOMMERS-FLANAGAN
RITA SOMMERS-FLANAGAN

Gülçin Akbaş ve Leman Korkmaz *çevirisiyle*

İTHAKİ > PSİKOLOJİ

İthaki

**John Sommers-Flanagan** gençlere yönelik psikoterapide uzman bir klinik psikologdur. Ayrıca, anne-baba eğitimi ile ilgili kâr amacı gütmeyen Families First adlı derneğin yönetim kurulu başkanıdır. John Flanagan, Amerikan Psikologlar Birliği ve Amerikan Danışmanlık Derneği'nde aktif olarak görev almaktadır. Farklı alanlarda eğitim almış birçok öğrenciye lisansüstü düzeyde dersler vermekte ve süpervizyon yapmaktadır. Ayrıca medya vasıtasıyla çeşitli toplumsal hizmetlerde de rol alan yazar, boş zamanlarında okumaktan, bahçe işleriyle ilgilenmekten, her türlü fiziksel egzersizden ve ailesiyle birlikte vakit geçirecek aktiviteler yapmaktan hoşlanır.

**Rita Sommers-Flanagan** klinik psikologdur ve bir üniversitenin Danışmanlık Psikolojisi Bölümü'nde profesör olarak çalışmaktadır. Rita Sommers-Flanagan, ABD ve İngiltere'de bu kitabın temel konusu olan etkin klinik görüşme ile birlikte uygulamalı etik, danışmanlık psikolojisi ve psikoterapi kuramları konulu dersler vermektedir ve bu konularda bilimsel yayınları vardır.

John ve Rita Sommers-Flanagan oldukça ilgi gören pek çok seminer vermiş, konuşmalar yapmıştır. Birlikte birçok bilimsel makalenin yanı sıra *Though Kids, Cool Counseling, Problem Child or Quirky Kid* başlıklı kitapları yazmışlardır. Son çalışmaları olan *Theories and Techniques of Counseling Psychotherapy* adlı kitap yakında Wiley yayınları arasında yerini alacaktır.

*Klinik Görüşme*

John Sommers-Flanagan & Rita Sommers-Flanagan

Özgün Adı: *Clinical Interviewing*

İthaki Yayınları - 1008
Kitap ve Çeviri Editörü: *Doç. Dr. Orçun Yorulmaz*
Yayına Hazırlayan: *Firdevs Candil Erdoğan*
Düzelti: *Asaf Taneri & Ali Bulunmaz*
Kapak Tasarımı: *Şükrü Karakoç*
Sayfa Düzeni ve Baskıya Hazırlık: *İthaki*
2. Baskı, Şubat 2016, İstanbul

ISBN: 978-605-375-410-7

Sertifika No: 11407

Türkçe Çeviri © Gülçin Akbaş ve Leman Korkmaz, 2014
© İthaki, 2015
Copyright © 2009 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Bu kitabın çeviri hakları, Akcalı Telif Hakları Ajansı aracılığıyla alınmıştır.
Her hakkı saklıdır.

İthaki™ Penguen Kitap-Kaset Bas. Yay. Paz. Tic. Ltd. Şti.'nin yan kuruluşudur.
Bahariye Cad. Dr. İhsan Ünlüer Sok. Ersoy Apt. A Blok No: 16/15 Kadıköy - İstanbul
Tel: (0216) 348 36 97 Faks: (0216) 449 98 34
editor@ithaki.com.tr – www.ithaki.com.tr – www.ilknokta.com

Kapak, İç Baskı: Deniz Ofset Matbaacılık
Gümüşsuyu Cad. Topkapı Center, Odin İş Merkezi No: 403/2 Topkapı-İstanbul
Tel: 0212 613 30 06 - Faks: 0212 613 51 97
Sertifika No: 29652

John Sommers-Flanagan & Rita Sommers-Flanagan

# KLİNİK GÖRÜŞME

## Psikolojik Değerlendirme Esasları

Kitap ve Çeviri Editörü:
**Doç. Dr. Orçun YORULMAZ**

Çevirmenler:
**Gülçin AKBAŞ ve Leman KORKMAZ**

İstanbul Ticaret Üniversitesi Kütüphanesi
*66935*

İstanbul Valiliği'nin Kütüphaneye bağışıdır.

İthaki

*Muhteşem görüşme becerisi ve bilgi birikimi için Chelsea'ye; Chelsea'nin evlilik öncesi görüşme sınavından başarıyla geçtiği için ve ayrıca dünyaya sunduğu hizmet için Seth'e; bizimle sürekli uğraşmak zorunda kalan ve bir üst mahkeme gibi hevesle çaba harcayan Rylee'ye. Birlikte daha nice maceralar yaşamak dileğiyle.*

# İÇİNDEKİLER

Önsöz 11

## Birinci Kısım: Ruh Sağlığı Uzmanı Olmak

Bölüm 1 Giriş: Felsefe ve Organizasyon 19
Yolculuğa Hoşgeldiniz 20
Kuramsal Yönelimler 25
Klinik Görüşmeciler İçin Temel Gereklilikler 27
Kitabın Amaçları ve Hedefleri 35
Özet 35
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 36

Bölüm 2 Temel Konular ve Hazırlık 39
Klinik Görüşmelerin Tanımına Doğru 40
Özfarkındalık 49
Fiziksel Ortam 57
Profesyonel ve Etik Konular 66
Özet 80
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 81

## İkinci Kısım: Dinleme ve İlişki Geliştirme

Bölüm 3 Temel İzleme, Dinleme ve Eylem Becerileri 85
İzleme Davranışı 86
İzlemenin Ötesine Geçmek 96
Yönlendirici Olmayan Dinleme Tepkileri 97
Güvence Verme Çabası 111
Yönlendirici Dinleme Tepkileri 112
Özet 122
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 123

Bölüm 4 Yönlendirme: Sorular ve Eylem Becerileri 125
Soru Sorma 126
Yönlendirici Eylem Tepkileri 142
Özet 159
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 160

Bölüm 5 Klinik Görüşmede Kuramsal Olarak Desteklenen ve Kanıt Temelli İlişki Değişkenleri 161
Carl Rogers'ın Temel Koşulları 162
Kanıt Temelli Psikanalitik ve Kişiler Arası İlişki Değişkenleri 176
Kanıt Temelli Davranışçı ve Sosyal Psikoloji Değişkenleri 186
Kanıt Temelli Feminist İlişki Değişkenleri 189
Kanıt Temelli Çözüm-Odaklı ve Yapısal İlişki Değişkenleri 192
Özet 193
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 194

## Üçüncü Kısım: Yapılandırma ve Değerlendirme

Bölüm 6 Görüşme Sürecine Genel Bakış 199
Yapısal Modeller 201
Giriş 202
Gelişme 221
Kapanış 228
Sonlandırma 233
Özet 236
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 237

Bölüm 7 İlk Görüşme ve Rapor Yazımı 239
İlk Görüşme Nedir? 240
İlk Görüşmenin Amaçları 241
İlk Görüşme Yöntemlerini Etkileyen Faktörler 263
Kısa İlk Görüşmeler 264
İlk Görüşme Raporu 268
Özet 284
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 285

**Bölüm 8 Mental Durum Muayenesi** 287
Objektiflik 288
Mental Durum Muayenesi Nedir? 289
Genel Mental Durum Muayenesi 289
Mental Durum Muayenesi Ne Zaman Kullanılır? 320
Özet 323
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 324

**Bölüm 9 İntihar Değerlendirmesi** 327
İntihara Yönelik Kişisel Tepkiler 329
İntihar İstatistikleri 329
İntiharı Değerlendirme Görüşmesindeki Anahtar Bileşenler 330
İntihar Risk Faktörleri ve Değerlendirme 330
İntihara Müdahale Etmek 358
Mesleki Konular 364
Özet 368
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 370

**Bölüm 10 Tanı ve Tedavi Planı** 373
Psikiyatrik Tanı İlkeleri 374
Tanıya Yönelik Değerlendirme: Yöntem ve Prosedürler 383
Klinik Görüşme Bilimi: Tanısal Güvenirlik ve Geçerlilik 385
Tanıya Yönelik Klinik Görüşmeler İçin Dengeli Bir Yaklaşım 387
Tedavi Planı 394
Tedavi Planına Yönelik Bütünleşik (Biyopsikososyal) Yaklaşım 396
Özet 406
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 407

## Dördüncü Kısım: Özel Gruplarla Görüşme

**Bölüm 11 Zorlu Danışanlar ve Ekstra Çaba Gerektiren Durumlar** 411
Birinci Kısım- Zorlu Danışanlar 412
İkinci Kısım- Ekstra Çaba Gerektiren Durumlar 438
Özet 447
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 447

**Bölüm 12 Genç Danışanlarla Görüşme** 449
Çocuklarla Çalışırken Özel Hususlar 450
Giriş 451
Gelişme 468
Kapanış 481
Sonlandırma 484
Özet 485
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 485

**Bölüm 13 Aile ve Çift Görüşmelerinde Temel Prensipler ve İpuçları** 487
Çiftlerle ve Ailelerle Görüşmenin Bazı İronileri 488
Görüşme Aşamaları ve Görevler 491
Özel Konular 512
Özet 524
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 524

**Bölüm 13 Çokkültürlülük ve Çeşitlilik** 527
Çeşitlilik Bağlamında İlişki 528
Büyük Dörtlü 532
Diğer Danışan Grupları 547
Kültüre Bağlı Sendromlar ve Değerlendirme 554
Profesyonel Konular 557
Özet 558
Okuma Önerileri ve Kaynaklar 559

**Kaynaklar** 561

# Önsöz

*Klinik Görüşme* kitabının dördüncü basımına önsöz yazarken kişisel ve mesleki yaşamımızdaki birçok değişimi anımsadık. Hepsi için de çok minnettarız. Bu kitabı gözden geçirmek, genç klinisyenlerin eğitim ve uygulamalarına dahil olmaktan ve gelişmelerini izlemekten dolayı büyük zevk aldığımızı fark etmemize yardımcı oldu.

Klinik görüşme süreciyle ilgili danışmanlık ve psikoloji alanında lisansüstü eğitim gören öğrencilere eğitim vermek, bize insanoğlunun ne kadar özel bir varlık olduğunu bir kez daha hatırlattı. İlk defa karşı karşıya gelen iki kişiyi dinleme ve izleme şansı edindik. Genellikle görüşme sürecinde bu yabancılardan biri yardım alma niyetindeyken diğeri de (öyle ya da böyle) yardım etme niyeti taşır. Bu ilk temas birçok yönden kutsal bir süreçtir.

İlk görüşmeyi kutsal bir süreç olarak görmek biraz tuhaf ve dramatik görünebilir. Yine de bu ilk karşılaşma her iki taraf için de (belki sadece biri için) biraz endişe verici ve rahatsız edici olabilir. Bazen etkileşimler komikken, bazen de duygu yüklüdür. İki kişi arasındaki kişilerarası iletişim öngörülemeyen sonuçlar doğurabilir. Hem görüşmecinin, hem de danışanın anlık ve güçlü cinsel çekim veya tam tersini hissettiği durumlara şahit olduk. Danışan ve görüşmecinin bir odada yalnızken hem mesafeli, duyarsız, hem de ilgili ve yoğun zamanlar geçirdiğini de gördük.

Klinik görüşmedeki mesleki eğitim ve deneyimi böyle önemli kılan şey, aslında tam olarak ilk görüşme etkileşiminin gücü ve çeşitliliğidir. Bir klinik görüşmenin zorluğunu, belirli ölçüde bu çeşitlilikte yatan yardımcı olma potansiyeli belirler ve umuyoruz ki bu kitap size, bu zorlukla baş etmede ve bu potansiyeli ortaya çıkarmada ufak da olsa yardımcı olur.

Günümüz itibariyle klinik görüşmeyle ilgili eğitim, öğretim ve yayın konusunda 25 yılı aşan bir deneyime sahibiz. Bu zaman zarfında, bazı ciddi yenilik-

lerle birlikte klinik olana ciddi biçimde zarar verebilecek değişimler gözlemledik. Örneğin Miller ve Rollnick'in (2002) dile getirdiği güdüsel görüşme yaklaşımını kesinlikle bir yenilik olarak görmekteyiz. Öte yandan, güncel sigorta ve sağlık hizmeti düzenlemeleri, melektaşlarımız üzerinde biricik olan görüşmeci-danışan etkileşimini daha steril bir düzleme indirgeyen "kanıt-temelli" yöntemleri benimseyen hazır kitapçık ve manuelleri kullanmaları yönünde baskı oluşturmaktadır. Ne yazık ki bu manüeller insan etkileşimindeki nüansları –bazen öfke ve gözyaşına gark eden– göz ardı edebilmekte; klinisyenlere ne zaman ve nasıl kendini açabileceği, danışanın sorularına nasıl cevap verebileceği veya etkin bir ilişki kurmak için yaşayan, nefes alan ve kültür olarak biricik olan danışana nasıl yardım edeceği konularında yeterli bilgi sağlamamaktadır.

Bu kitap size sadece teknik temelli bir klinisyen olmak için gerekli koşulları sunan bir manüel değildir. Bunun yerine, size bir sanat ve bilim dalı olarak klinik görüşme esnasında daha özel deneyimler yaşamanız için kanıt temelli araştırma bulguları da sunmaya çalışan bir kaynaktır. Profesyonel bir görüşmeci olarak karşılaşabileceğiniz durumlarla ilgili genel bir bakış sunmaktadır. Ancak kâğıttaki sözcükler gibi her durumu da karşılayamaz. Karşı karşıya oturan iki insan arasındaki etkileşimi birebir yaşamakla asla bir olamaz. Bu kitap sadece, mesleğinizi icra etmeniz için profesörünüz veya dersi yürüten kişi ile işbirliği içinde kullanabileceğiniz bir araçtır.

Birçok yazar veya yayınevi satışları artırmak için 3-4 yıllık bir döngü içerisinde ders kitabı olarak kullanılabilecek bir yayın çıkarmak için uğraşır. Bize sabır gösteren ve bu kitaptaki tercihlerimize saygı gösteren John Wiley'deki editörlerimize minnet borçluyuz. Üçüncü basımın yayımlanmasının ardından 6 yıl geçmiş bile. Geçen bu süre, kitabın dördüncü basımına muazzam değişiklikler olarak yansıdı. Dolayısıyla aslında *Klinik Görüşme* kitabının dördüncü basımında aşağıdakilerden daha fazla değişim oldu. Bu basımın pratik ve içerik açısından daha donanımlı olduğunu düşünüyoruz. Özellikle yeni basımın kültürel çeşitlilik ve soysal adaletle ilgili güncel konuları da içermesi için ayrıca çaba sarf ettik. Özellikle yapılan önemli (ve aklımızda kalan) değişiklikleri şöyle sıralayabiliriz:

- Afet gibi görüşmecinin özel ilgi göstermesinin gerekli olduğu veya klinik görüşmede isteksiz danışanlar ve ilgili koşullarla ilgili "Zorlu Danışanlar ve Ekstra Çaba Gerektiren Durumlar" başlıklı yeni bir bölüm eklendi.
- Tüm metin gözden geçirilerek çözüm odaklı ve yapısalcı yaklaşım ile ilgili bilgiler eklendi ve dördüncü bölümde bu yaklaşımlara özel sorular ilave edildi.

- Beşinci bölüm kanıt temelli uygulama bilgileri içerecek şekilde gözden geçirildi.
- Tüm kitapta toplam 17 yeni Uygulamaya Geçirme ve Bireysel ve Kültürel Aydınlanma kutucuğu eklendi.
- Mental durum değerlendirmeleri, danışan direncini yönetme ve şiddetin değerlendirilmesi ile ilgili üç yeni tablo ve kontrol listesi eklendi.
- Yeni bölümlerde (a) danışanı uzman olarak görme, (b) ofis dağınıklığını ve dekorunu düzenleme, (c) kasıtlı yönlendirici açıklamalar, (d) kendi açma, (e) erken yorumlamalar, (f) tuhaf deneyimleri hakkında danışanı konuşmaya sevk etme ve (g) ebeveynlerle ayrı ayrı görüşme de dahil olmak üzere bazı kısımlar eklendi.
- İşbirlikçi ve yapısalcı yaklaşım doğrultusunda bir değerlendirme yapmak üzere, intihar değerlendirme bölümü yeni bilgilerle donatıldı.
- Göçmenlerle görüşme sürecine ilişkin Senel Poyrazlı, (PhD) tarafından yazılan yeni bir bölüm eklendi.
- Psikiyatri, psikoloji, danışmanlık ve sosyal çalışma ile ilgili yüzden fazla atıfla güncel literatür bilgisi ve bulgusu vurgusunu devam ettirdik.
- *DSM-V*'e yönelik genel bir bakış ile birlikte etik konuları güncelledik.
- Yeniden düzenlenmiş ve genişletilmiş eğitmen rehberi, soru bankası ve etkileşimli yazar blogu çevirim içi olarak ulaşılabilir hale getirildi.

Tüm bu değişikliklerle birlikte, bu baskının, önceki baskılar gibi okuyucu dostu olmaya devam etmesini umuyoruz. Metin boyunca, anlaşılır bir söylem kullanmaya çalıştık; öğrencilerin sadece klinik görüşmeyi (ve kendilerini) öğrenmesini değil, bu metni okumaktan keyif almasını ve öğrenme sürecine önem vermesini de istiyoruz. Kısaca bu baskının, Hood'un (2000), bu kitabın ikinci baskısı için *Contemporary Psychology*'de yaptığı yorumu desteklediğini umuyoruz:

> Bu kitabın kullanılıp kullanılmayacağı, eğitimcinin öğretme yaklaşımına bağlı; ancak kullanıldığı zaman, lisansüstü öğrencilerinin bunu [*Klinik Görüşme*] en beğendiği kaynaklardan biri olarak kabul edeceğini düşünüyorum (s. 457).

## KİTAP DÜZENİ

Bu kitap dört kısma ayrılmıştır. Birinci Kısım: "Ruh Sağlığı Uzmanı Olmak", iki bölüm içermektedir. Bölüm 1, "Giriş: Felsefe ve Organizasyon", okuyucuları klinik görüşmeye yönelik genel bakış açımıza yönlendirerek başlıyor. Bu bölümde, klinik görüşmede temel ve güncel uygulamaları ele alarak okuyucuları kendi kuramsal ve felsefi yaklaşımlarını geliştirmeye teşvik ettik. "Temel Konular ve Hazırlık" başlıklı Bölüm 2'de ana hatlarıyla *klinik görüşmenin* tanımını yapmaya çalıştık, klinik görüşmelerde kritik rolü olan fiziksel ortam değişkenlerini tartıştık, temel profesyonel ve etik konuları inceledik.

İkinci Kısım, "Dinleme ve İlişki Geliştirme", klinik görüşme ortamında rol oynayan çok sayıda dinleme, yönlendirme ve ilişki geliştirme tepkilerini Bölüm 3'te içermektedir. Çoğu insan için –ruh sağlığı uzmanları da dahil– dinlemek, aslında ne çok kolay ne de çok doğaldır; dolayısıyla Bölüm 3'te (Temel İzleme, Dinleme ve Eylem Becerileri) temel dinleme unsurları, Bölüm 4'te (Yönlendirme: Sorular ve Eylem Becerileri) klinik görüşmecilerin ulaşabileceği çok sayıda yönlendirici ifade ve teknik incelenmektedir. Bölüm 5'te (Klinik Görüşme de Kuramsal Olarak Desteklenen ve Kanıt Temelli İlişki Değişkenleri), çeşitli farklı kuramsal bakış açılarıyla görüşmenin doğası ve amacı ele alınmaktadır.

Üçüncü Kısım, "Yapılandırma ve Değerlendirme", daha yönlendirici görüşme prosedürleri konusunda görüşmecilere yol gösterici olacak şekilde hazırlanmış bölümler içermektedir; bu prosedürler özellikle klinik görüşmeyle değerlendirme yapmak için tasarlanmıştır. Bölüm 6, "Görüşme Sürecine Genel Bakış", kısa bir kuramsal görüşme bilgisi ile, tüm klinik görüşmelerin genel aşamalarını anlamaya ve sürdürmeye yardımcı bir yönerge sunmaktadır. Bölüm 7, "İlk Görüşme ve Rapor Yazımı", özellikle ilk görüşmeleri, rapor yazmayı ve ilk terapist-danışan karşılaşmasına özgü diğer gerekleri ele almaktadır. Bölüm 8, "Mental Durum Muayenesi", mental durum incelemesine (MDM) yönelik kısa ve öz bir giriş niteliğindedir. MDM uygulama bilgisi ve becerisi, hastane gibi tıbbi veya kimyasal bağımlılık tedavisi/kliniği ortamında çalışan birçok ruh sağlığı uzmanı için gereklidir. Bölüm 9, "İntihar Değerlendirmesi", okuyuculara, risk faktörleri, teknik prosedürler, yapısalcı-işbirlikçi formülasyon, intihara meyilli danışanlarda gözlenebilen olası davranışlar ve görüşme stratejilerine ilişkin detaylı bir bakış açısı sunmaya çalışmaktadır. Bu kısımdaki son bölüm, Bölüm 10, "Tanı ve Tedavi Planı", klinik görüşme yapacaklara psikiyatrik tanı ve tedavi planlaması hakkında genel bilgiler vermektedir. Tanımlanmış sağlık hizmeti programları ve zaman sınırlı terapilerin öneminin artmasıyla, tanı ve tedavi planlaması etkili klinik görüşmede önemli aktiviteler haline gelmiştir.

Dördüncü Kısım, "Özel Gruplarla Görüşme", üç bölümden oluşmaktadır. Bölüm 11, "Zor Durumlar ve Ekstra Çaba Gerektiren Durumlar," direnç gösteren danışanlarla ve insani afet durumlarında görüşme yaparken kullanılabilecek yaklaşımları tanımlamaktadır. Bölüm 12, "Genç Danışanlarla Görüşme," çocuk ve ergen danışanlarla görüşmeye yönelik temel uygulamaların tanımını içermektedir. Bölüm 13'te, "Aile ve Çift Görüşmelerinde Temel Prensipler ve İpuçları" çiftlerle ve ailelerle çalışan uzmanların karşılaştıkları konular incelenmiştir. Son olarak Bölüm 14'te, Çokkültürlük ve Çeşitlilik" farklı kültürel altyapılara sahip danışanlarla görüşmede etkin rol oynayan konulara ve stratejilere odaklandık. Bu kısımda ele alınan her grup, ruh sağlığı çalışmalarında özel uzmanlık gerektirebilir. Bu bölümlerde, bu özel gruplarla çalışmaya yardımcı olmak için bir kılavuz sunmayı amaçladık; yoksa bu gruplarla çalışmada tam olarak yetkin olmak için ek çalışmalar ve süpervizyonla zenginleştirilmiş bir deneyim ve eğitim gereklidir.

Bu kitabın başından sonuna kadar sık sık, klinik çalışmalarımızdan ve kişisel deneyimlerimizden örnekler paylaştık. Birlikte çalıştığımız insanların mahremiyetlerini korumak için kişisel bilgilerini değiştirdiğimizi vurgulamalıyız. İlaveten, bireysel danışanları ve görüşme yapan meslektaşlarımızı tanımlarken cinsiyet dengesini korumak amacıyla cinsiyet dağılımına özen gösterdik.

Büyüyen bir çocuk gibi, birçok önemli insandan ciddi düzeyde yardım ve destek aldık; bunun anlamı birçok insana teşekkür etmemiz gerekiyor. Her şeyden önce, editörümüz Lisa Gebo ile çalışmak sonsuz derecede keyifliydi. Birçok yemekte bize eşlik ederek saat 17.00'den sonra e-mail'lerimize sabırlı şekilde cevap veren Judi Knott'a ayrıca teşekkürler. Peggy Alexander, Sweta Gupta ve Heather Dunphy başta olmaz üzere Wiley ekibine ayrıca teşekkür ediyoruz. Mesleki ciddiyetleri ve destekleri için minnettarız.

Çok sayıda profesyonel meslektaşımız, kitap yazma konusunda bize destek verdi ve esin kaynağı oldu. Özellikle, Senel Poyrazlı (göçmen danışanlarla yapılan görüşmelerle ilgili özel bir bölüm yazan akademisyen), Christine Fiore (bize büyük destek ve içgörü sağlayan, Klinik Görüşme dersi veren bir profesör), Janet Wollersheim (intihar değerlendirmesi görüşmesi alanında yönlendiricimiz), Philip Bornstein (bize önceden belirlenmiş kuralların ötesinde içgüdüsel davranmayı öğütleyen kişi), Scott Meier ve Susan Davis (sıklıkla atıfta bulunulan "desteklendiğiniz kadarıyla yüzleşin" cümlesini öne süren ve *The Elements of Counseling*'in eşyazarları), Jack Watkins (psikanalitik kavramlar ile ilgili bize bilgi sağlayan ünlü hipnoterapist), Lisa Fontes, Anthony Pascaretta, Mary Read, David Sontoro, Richard W. Sears (kitabın dördüncü basımı için mükemmel geribildirimleri için); bu isimlerin hepsi cömert bir teşekkürü hak ediyor. Son olarak Allen Ivey ve David Jobes ve James Overholser'a yoğun programlarına rağmen kitabın son halini gözden geçirerek yaptıkları yorumları için çok minnettar olduğumuzu söylemeliyiz.

BİRİNCİ KISIM

# RUH SAĞLIĞI UZMANI OLMAK

BÖLÜM 1

# GİRİŞ
## *Felsefe ve Organizasyon*

*"Ulaşılacak bir sonu olan bir yolculuk yapmak iyidir; ama nihayetinde asıl önemli olan yolculuktur."*

— Ursula K. Le Guin, *Karanlığın Sol Eli*

**BÖLÜM AMAÇLARI**

Bu bölüm, sizi profesyonel anlamda klinik görüşme alanına hazırlamakta ve bu kitabın felsefesi ve organizasyonu konusunda yönlendirmektedir. Ayrıca bu bölümde:

- Eğitim Felsefemizi,
- Farklı kuramsal yönelimlere sahip uzmanların görüşme alanına nasıl baktığını,
- Klinik görüşmelerin temel gereksinimlerini,
- Yönlendirici olmayan bir görüşmeci olmanın avantajını ve dezavantajlarını,
- Görüşme sırasında olası kültürel önyargılarınız hakkında derinlemesine düşünmeyi;
- Bu kitabın amaçlarını ve hedeflerini de öğreneceksiniz.

İlk danışanınızın karşısında oturduğunuzu düşünün. Giysilerinizi ve oturma düzenini özenle seçtiniz, video kamerayı kurdunuz ve kâğıdınızla, kaleminizle görüşmeye hazırsınız. Beden diliniz ile yüz ifadelerinizi kullanarak samimi ve yardımsever şekilde iletişim kurmak için elinizden geleni yapıyorsunuz. Şimdi danışanınızın konuşmayı reddettiğini veya çok fazla konuştuğunu, sigara içip içemeyeceğini sorduğunu ya da ağlamaya başladığını düşünün. Bu tür durumlarda nasıl tepki verirsiniz? Ne dersiniz? Ne yaparsınız?

İlk danışanınızdan itibaren, karşılaştığınız her danışan farklı olacaktır. Burada-

ki meydan okuma ya da görev (tabii eğer kabul ederseniz), bu farklı danışanların her biriyle insancıl bir ilişki kurmak, terapötik bir ittifak oluşturmak, onlar hakkında bilgi toplamak, onlara umut aşılamak ve mümkünse yardımcı tavsiyeler vermektir. Üstüne üstlük, görüşmeyi nazikçe ve zamanında sonlandırmalısınız. Bunlar hiç de küçümsenecek işler değil.

Eğer klinik görüşme ile ilgileniyorsanız, danışanlarınızın hayatlarında olumlu değişimler yaratacak etkili bir yardım sürecine nasıl başlayacağınızı merak ediyorsunuzdur. Bu nedenle, ilk danışanınızla karşılıklı oturduğunuzu düşündüğünüz zaman konuşmazsa, çok konuşursa, sigara içmek isterse, erken çıkmayı isterse, ağlamaya başlarsa ya da ırksal/etnik ayrımcılıktan söz etmeye başlarsa nasıl tepki vereceğinizi doğal olarak bilmek istersiniz. Bu durumların her birinde ne söylenmesi veya ne yapılması gerektiğini bilmek gerçekten zordur. Kendinize zaman tanıyın.

Geleceğin psikoloğu, danışmanı, sosyal hizmet uzmanı ya da psikiyatristi olarak zorlu bir gelecekle karşılaşmanız yüksek bir ihtimaldir. Ruh sağlığı uzmanı olmak, entelektüellik, kişilerarası olgunlaşma, dengeli bir duygusal yaşam, süreklilik arz eden bir beceri gelişimi, merhamet, özgünlük ve cesaret gerektirir. Yakın gelecekte sizi pek çok program, süpervizyon, atölye çalışması ve diğer eğitim deneyimleri bekliyor olacak, çünkü ruh sağlığı alanında bilgileri güncel tutmak ve hünerli olmak için hayat boyu eğitim şarttır.

Klinik görüşme, ruh sağlığı eğitiminin en temel alanıdır. Görüşme, danışanlarla ilk teması sağlar. Bu, yardım eden ve yardım arayan kişi arasındaki bağlantının temel birimidir. Danışmanlık veya psikoterapi ilişkisinin başlangıcıdır. Psikolojik değerlendirmenin temel taşıdır. Tabii ki bu kitabın da odak noktasıdır.

## YOLCULUĞA HOŞGELDİNİZ

Bu kitap, size temel ve ileri seviye klinik görüşme becerilerini öğretecek şekilde tasarlanmıştır. Kitabın bölümleri, temel dinleme becerilerinden başlayarak ilk görüşmeler, mental durum değerlendirmeleri ve intihar değerlendirmeleri gibi daha gelişmiş, karmaşık girişimlerde size rehberlik edecektir. Sizleri yeni meslektaşlarımız ve hayat boyu öğrenime açık uzmanlar olarak heyecanla karşılıyoruz. Ruh sağlığı uzmanı olmak zorlu bir süreç olsa da, oldukça tatmin edici bir kariyer seçimidir. Norcross'un (2000) belirttiği gibi:

> ...ruh sağlığı uzmanlarının büyük bir kısmı meslek seçimlerinden memnundur ve şimdi bildiklerini o zaman biliyor olsalardı yine bu mesleği seçerlerdi. Meslektaşlarımızın çoğu kendilerini gelişmiş, zenginleşmiş ve ayrıcalıklı hissetmektedir... (s. 712)

Bu kitap çoğunuzun, pratik ve uygulama yönü olan ruh sağlığı alan deneyimi

ile tanışmasına katkıda bulunacak. Önemli düzeyde klinik deneyime sahip olanlar için ise bu kitap, sistematik bir öğrenme süreci sonunda deneyimlerini daha iyi anlamaya yardımcı olacaktır. Hangi gruba dahil olursanız olun, bu çalışmanın, etkin ve profesyonel klinik görüşmeler yapmak konusunda gerekli becerileri geliştirmek yönünde sizi zorlamasını ve size yardımcı olmasını umuyoruz.

1939'da basılan *Bedenin Bilgeliği* kitabında Walter Cannon şöyle yazmış:

> Beden yapımızın aşırı düzeyde dengesiz ve küçücük bir dış kuvvetin zorlamasıyla bozulmaya hazır olduğunu dikkate alırsak... çok uzun yıllar boyunca varlığını sürdürmesi ve istikrarı mucizevi görünüyor. Sistemin aslında açık olduğunu, dış dünyayla özgürce değişimde bulunduğunu, kalıcı/sabit bir yapı yerine sürekli olarak yıpranma ve aşınma eylemiyle bozulduğunu, onarım süreçleriyle yeniden güçlendiğini fark ettiğimizde ise merakımız daha da artıyor (s. 20).

Bu gözlem, ruh (psişe) için de eşit ölçüde geçerli görünüyor. Yapının kendisi kalıcı değil ve çoğumuzun da kolayca kabul edeceği gibi hayat bizi psikolojik açıdan yıkan veya güçlendiren pek çok deneyimle yüzleştiriyor. Klinik görüşme, psikolojik veya duygusal zorluklar yaşamış ve kendilerini tekrar güçlendirmeye/geliştirmeye yönelik bir sağaltım deneyimi arayan insanlar için önemli bir başlangıç noktasıdır.

### Kitabın Felsefesi

Tüm yazarlar gibi bizim de sözlerimizin ardında onları şekillendiren bir dünya görüşü var. Bu nedenle kitap boyunca, bakış açımızı ve önyargılarımızı belirlemeye, bunları açıklamaya sizin de onları değerlendirmenize olanak sağladık.

Klinik görüşmeye dair bazı önyargılarımız vardır. Bunlardan ilki, klinik görüşmeyi hem sanat hem de bilim olarak değerlendirmek gerekliliği. Bu, bu sürece dikkatle odaklanırken eleştirel düşünerek hareket etmeniz gerektiği anlamına geliyor. Dahası, etkili bir klinik görüşme yapabilmek için gerekli olan becerilerinizi elde etmeniz ve geliştirmeniz şart. Bilimsel akademik koşullar ve bu sanatı icra etmek için gereken en önemli enstrüman olan kendinize odaklanmanız bu süreçte önem arz ediyor. İkincisi, danışanların bakış açısıyla klinik görüşme, *her zaman* yaşam deneyimlerinin onarılması veya geliştirilmesi yönünde olmalı. Görüşmelerin nedenleri değişir. Ancak Hippolerates'in yüzyıllar önce şifacılara belirttiği gibi: "Elinizden geldiğince, *klinik görüşme deneyiminin* danışanınıza zarar vermesine müsaade etmeyin."

Klinik görüşme becerilerinin en iyi biçimde *nasıl* öğrenildiği ve geliştirildiği hakkında güçlü inançlarımız ve ayrıca hislerimiz var. Bu inançlar, klinik görüşmelerle ilgili bilimsel bilgi birikimiyle birlikte, öğrenci ve eğitmen olarak deneyimlerimize de dayanıyor (Hill, Stahl & Roffman, 2007).

Bu bölümün geri kalanı, ana hatlarıyla öğretim yaklaşımımızı, felsefi yaklaşımımızı ve kitabın amaçları ile hedeflerini belirtiyor.

### Öğrenme Sırası

Aşağıdaki beceri ve prosedürler dikkate alındığında, görüşme becerilerinin etkin biçimde kazanılacağını düşünüyoruz:

1. Kendinizi durdurabilmek, (yani sizin ne düşündüğünüze veya hissettiğinize odaklanmak yerine) danışanlarınızın aktardıklarına odaklanabilmek.
2. Farklı yaşlara, kültürel geçmişlere, etnik kimliklere, cinsel yönelimlere, sosyal sınıflara ve entelektüel işlevlere sahip danışanlarınıza uyum sağlayabilmek ve onlarla pozitif bir ilişki geliştirebilmek.
3. Danışanlarınızdan tanı ya da değerlendirme bilgisini etkin ve verimli bir biçimde edinebilmek.
4. Duruma/kişiye uygun danışmanlık veya psikoterapi yöntemlerini ve tekniklerini belirleyebilmek, uygun biçimde uygulayabilmek.
5. Danışanların danışmanlık veya psikoterapi yöntemlerinize ve tekniklerinize verdiği tepkileri değerlendirebilmek, yorumlayabilmek.

Açıkçası bu kitap, yukarıda sıralanan ilk üç beceriyle sınırlıdır. Danışmanlık ya da psikoterapi yöntemlerinin ve tekniklerinin uygulanması ile değerlendirilmesi hakkında ayrıntılı bilgi, kitabın kapsamını aşmaktadır, ancak yeni başlayan klinik görüşmecilerin karşılaşabileceği durumları anlatırken bunlara da değinmeye çalıştık.

### Kendinizi Durdurmak ve Danışanlarınızı Dinlemek

Etkin bir görüşmeci olabilmek için ruh sağlığı uzmanlarının kendilerini sakinleştirmeleri; kendi doğal dürtülerini, egolarını ve endişelerini dizginlemeleri gerekir. Bu oldukça zor olsa da, kendi içsel konuşmalarınızı ve önyargılarınızı dinlemek yerine, danışanı gerektiği gibi dinleyebilmek için şarttır. Kendinizi sakinleştirmek veya dizginlemek, kişisel düşünce ve endişelerinizin ötesinde danışanınız için tam olarak orada bulunmayı gerektirir. Bazı öğrenciler, görüşmeden daha erken gelerek sakince beklemeyi, zihnini boşaltmayı, sadece nefeslerine odaklanmayı ve anı hissetmeyi faydalı bulur.

Birçok görüşme ortamında yönlendirici olmayan dinleme, öncelikli yöntemdir. Örneğin, Shea'nın (1998) vurguladığı gibi "... başlangıç evresinde, klinisyen/görüşmeci çok az konuşur... danışanı konuşturma çabasıyla açık uçlu sorulara ve açık uçlu ifadelere ağırlık verilir." (s. 66)

Kendinizi durdurmanızın ve yönlendirici olmayan dinlemenin amacı, danışa-

nınızın kendi sesini bulmasına ve hikâyesini anlatmasına yardımcı olmaktır. Ne yazık ki sessiz kalmak ve doğru biçimde dinlemek zordur, çünkü profesyonel bir rolde olduğunuz zaman, zihinsel aktivitenizi yavaşlatmak veya durdurmak zor olacaktır. Görüşme sırasında kendinizi baskı altında hissetmeniz, yaygın bir deneyimdir çünkü danışanların sorunlarını hemen çözmesine yardımcı olmak istersiniz. Ancak bu, istemeden yeni danışanınıza karşı çok yönlendirici, otoriter, hatta patron gibi davranmanıza neden olabilir ve konuşmayı kolaylaştırmanız gereken yerde durdurmanıza yol açabilir.

Öğrenciler (ve hatta deneyimli uygulamacılar bile) ilk görüşmelerde çok aktif ve direktif/yönlendirici olursa duyarsızlaşma ve terapi dışı davranma riskine girer. Bu bakış açısı, Strupp ve Binder'in (1984) ruh sağlığı uzmanlarına verdiği tavsiyeyi hatırlatır: "...terapist, özellikle danışanın (ve kendisinin) müdahale etme, uygulama yapma ve güven verme gibi konularda baskı kurduğunu hissettiği anda, içinden gelen 'bir şeyler yapma' dürtüsüne karşı koymalıdır" (s. 41).

Profesyonel görüşmelerin çoğunda, yönetilen ruh sağlığı hizmetinden önce, danışanların kendi düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını keşfetmesi en iyi başlangıçtır (Daniels, 2001). Görüşmeciler, mümkün mertebe, danışanlarının kendi yollarını bulmasına ve kendilerini keşfetmesine yardım etmelidir (Meier ve Davis, 2008; Strupp ve Binder, 1984). Danışanın kendini ifade etmesi için teşvik edilmesi, klinik görüşmecinin profesyonel amaçları arasında yer almaktadır. Öte yandan, çoğunlukla terapötik aktivitelere dayatılan zaman kısıtlamaları dikkate alındığında görüşmenin danışanın kendini ifade etmesiyle sınırlandırılması da görüşmeciye düşen bir görevdir. İster danışanı kendini ifade etmeye teşvik edin ister bunu sınırlayın, esas zor olan bunu ustaca ve profesyonelce yapmaktır.

Lisansüstü eğitim aşamasında olan ve klinik görüşme becerilerine derinlemesine henüz odaklanan öğrencilerimizle yaptığımız son dönemki çalışmalarda, pek çok öğrencinin erkenden tavsiye vermek gibi konularda kendilerini engellemeye yönelik yoğun çaba gösterdiğini fark ettik. Daha evvel hiç sessizce oturup tavsiyede bulunmadan veya kendi muhteşem fikrinizi paylaşmadan sadece başka birini dinlemede zorlandığınız oldu mu? Tam anlamıyla dürüst olmak gerekirse biz bunu yaşadık ve birçok ruh sağlığı uzmanının da yönlendirmeden, tavsiye vermeden sadece oturup danışanı dinlemede zorlandığını biliyoruz. İnsanlar için tavsiyede veya öneride bulunma isteği (genelde sadece kişisel deneyimlerimize dayanarak), gayet doğal; asıl problem, karşınızda oturan danışanın sizden çok farklı bir deneyim repertuvarına sahip olması ve tavsiyenizin, hele erken ve yetersiz dinlemenin ardından geliyorsa tam olarak işe yaramayacak olmasıdır. Bunun yerine, tavsiyede bulunmanın tamamen bir zamanlama meselesi olduğunu unutmayın. Ayrıca ebeveynleriniz (veya çevrenizdeki diğer otorite figürleri) size tavsiye verdiğinde neler hissettiğinizi hayal edin. Bu hoşunuza gitmiş miydi? Ebeveynleriniz, öğretmenleriniz, danışmanlarınız size, "Artık neşelenmeli ve hayata pozitif tarafından bakma-

lısın!" dediğinde bu hoşunuza gitmiş miydi ya da insanlar "evet, ben de tamemen aynı problemi yaşıyorum" veya "Herkes işlerini son dakikaya bırakıyor ve son ana kadar erteliyor" dediğinde neler hissetmiştiniz?

### Uyum ve Pozitif Bir İlişki Geliştirmek

Görüşme yaparken değerlendirme ve müdahaleden önce uyumlu ve pozitif bir terapötik ilişki geliştirme becerisi edinmek son derece önemlidir. Bu, pozitif bir ilişkinin geliştirilmesini ve sürdürülmesini sağlayacak biçimde etkin dinleme, empatik cevap verme ve diğer davranışsal becerileri içerir (Barone ve ark., 2000b; Othmer & Othmer, 200b). Hemen hemen her kuramsal yaklaşımdan danışman ve psikoterapist, herhangi bir tedavi yöntemi uygulamadan önce danışanla pozitif bir ilişki geliştirmenin önemi konusunda hemfikirdir (Ackerman ve ark., 2001; Chambless ve ark., 2006; Goldfried, 2007; Norcross, 2002, 2002 a). Kimileri bunu olumlu/uyumlu ilişki (rapport) diye adlandırırken kimileri güçlü terapötik ilişki kurmanın önemini vurgulamaktadır (Clarkson, 2003; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b). Farklı kültürlerden ve koşullardan gelen danışanlarla olumlu/uyumlu bir ilişki kurabilmek için gerekli becerileri geliştirmek oldukça zorlayıcı olabilir (Ivey, D'Andrea, Ivey ve Simek-Morgan, 2002; Vontress, Johnson, ve Epp, 1999).

### Tanı ve Değerlendirme Becerilerini Öğrenmek

Etkin dinlemeyi ve danışanlarla olumlu/uyumlu bir ilişki geliştirmeyi öğrenmenin ardından tanı ve değerlendirme becerilerini ve süreçlerini öğrenmek gelir. Değerlendirmenin gerekliliği ve tanı geçerliliği pek çok açıdan tartışmalı olsa da (Cameron & Guterman, 2007; Szasz, 1970; Szasz, 1961; Wing, 2005), yeterli bir değerlendirme yapılmadan danışmanlık veya psikoterapiye başlamak hem sakıncalı hem de meslek ahlakına aykırı ve tehlikelidir (Corey, 2001; Hadley ve Strupp, 1976). Otomobilinizi tamirciye götürdükten sonra, tamircinin problemin ne olduğuna yönelik soru sormadan direkt çeşitli motor parçalarını tamir etmeye başlaması karşısında kendinizi nasıl hissedeceğinizi bir düşünün. Elbette klinik görüşme yapmak otomobil tamir etmekten hayli farklıdır ancak bu benzetme, klinik girişimlere başlamadan önce değerlendirme ve tanı prosedürlerini tamamlamanın önemini vurgulamaktadır. On yıl önce Phares (1988), psikolojide müdahaleden önce tanı prosedürlerinin gerekli olduğunu vurgulamıştır.

> *Sezgisel olarak hepimiz, tanı veya değerlendirmenin amacını biliriz. Hekimler, reçete yazmadan önce hastalığın ne olduğunu anlamalıdır. Tesisatçılar borulara vurmaya başlamadan önce, ilk olarak problemin türünü/tipini ve yerini belirlemelidir. Tıpta ve tesisatta geçerli olan, klinik psikolojide de benzer ölçüde geçerlidir. Sıradışı birkaç vakanın dışında klinik sorunları çözebilmemiz, onları tanımlayabilmemizle doğrudan ilişkilidir* (s.142).

Görüşme yapan kişiler, özel danışmanlık veya psikoterapi yöntemlerini ve tekniklerini kullanmaya başlamadan önce şu üç koşulu yerine getirmelidir:

1. Kendilerini durdurmalı ve danışanlarının aktardıklarını dinlemeli.
2. Danışanlarıyla olumlu ilişkiler geliştirmeli.
3. Tanı ve değerlendirme prosedürleriyle danışanlarının bireysel ihtiyaçlarını ve terapi hedeflerini belirlemeli.

Başlangıç düzeyindeki görüşmeciler, terapötik yöntemleri kullanacakları zaman, elbette, profesyonel süpervizyon almalıdır (Watkins, 1995).

## KURAMSAL YÖNELİMLER

Profesyonel görüşmeciler, pek çok alanda ve çeşitli kuramsal yönelimlerde uygulama deneyimine sahip olmalıdır. Biz, kendi eğitim sürecimiz sırasında farklı kuramsal perspektiflerden, hatta aynı fikirde olmadığımız kişilerden bile önemli dersler aldık. Genellikle açık fikirlilikten ve esneklikten uzak biri olarak anılan Freud'un dediği gibi: "Psikoterapi yapmanın pek çok yolu ve yöntemi vardır; yapılan şey iyileşmeye katkıda bulunuyorsa iyidir."

Bir bakıma, sağaltım açısından, eklektik yapıya sadık kalmak önemlidir. Terapistlerin danışana, probleme ve ortama göre terapötik yaklaşımlarını değiştirip esnek davranması gereklidir. Elbette, dünya görüşünü ve kişisel tercihlerini görüşmecinin kuramsal yönelimine uyarlamasını bekleyemeyiz.

Daha önce belirtildiği gibi, klinik becerileri *edinme* aşamasında, daha az yönlendirici bir görüşme yaklaşımından, yönlendirici görüşmeye doğru değişen bir tutumu öneriyoruz. Bu nedenle, bu metnin önceki bölümlerinde danışan merkezli ve psikodinamik yaklaşımları vurguladık. Yönlendirici olmadan başlayan, etkileşiminin derinliği ve zenginliği artıracağına inanıyoruz. Sonrasında, görüşmedeki değerlendirme süreçlerine odaklandıkça, görüşmede daha yönlendirici olan davranışçı, bilişsel-davranışçı ve çözüm odaklı yaklaşımlar daha fazla önem kazanacaktır.

Danışan merkezli ve psikodinamik yaklaşımların genellikle, felsefi ve kuramsal açıdan farklı oldukları düşünülse de, her ikisi de, görüşme başlangıcında çok az dışsal yapılandırma, sınırlandırma ve yönlendirme yapılarak, danışanların kendi endişeleri hakkında rahat bir şekilde konuşmalarına izin verilmesi gerektiğini vurgular (Freud, 1940/1949; Luborsky, 1984; Rogers, 1951, 1961). Başka bir deyişle, danışan merkezli ve psikodinamik yönelimli görüşmeler, danışanlarına istedikleri kişisel konuları veya endişelerini tartışma özgürlüğü tanımaları anlamında birbirine benzer. Dolayısıyla, bu görüşme yaklaşımları *direktif/yönlendirici olmayan* ve dinleme tekniklerini vurgulayan yaklaşımlar olarak tanımlanmıştır (aslında danı-

şan merkezli ve psikodinamik yaklaşımları, *daha az yönlendirici* olarak tanımlamak daha uygundur, çünkü bilerek veya bilmeyerek, görüşme yapan kişiler, danışanlarını etkileyebilir ve dolayısıyla bazen onları yönlendirebilir).

Danışan merkezli ve psikodinamik yaklaşımlar çok farklı gerekçelerden dolayı yönlendirici olarak tanımlanmaz. Kısaca, danışan merkezli görüşmelerde danışanların, kabul ve empatinin önde olduğu bir ortamda rahat ve açıkça konuşmalarının sağlanmasıyla kişisel gelişim ve değişim yaşanacağına inanılır. Danışan merkezli terapinin temsilcisi Carl Rogers'ın belirttiği gibi (1961) "Belirli türde bir ilişki kurabilirsem bu ilişki yardımıyla diğer kişi de büyüme/gelişme konusundaki kişisel kapasitesini keşfedebilir ve böylece değişim ile kişisel gelişim yaşanır." Rogers'a göre, pozitif kişisel gelişim ile iyileşme için gerekli ve de yeterli unsurlar, görüşmecinin koşulsuz pozitif kabul, uyum, empati içeren yaklaşımıdır. Rogers'ın bu üç unsuru nasıl tanımladığını ve diğer kuramsal kavramlarını beşinci bölümde daha yakından iredeleyeceğiz.

Psikanalitik yönelimli görüşmeciler, yönlendirici olmayan yaklaşımları savunurlar çünkü danışanların özgürce konuşmasına –serbest çağrışım yoluyla– izin vermek, bilinçaltı çatışmaların terapi ortamında ortaya çıkmasını sağlar (Freud, 1949). Dolayısıyla psikanalitik yönelimli görüşmeciler, yorumlama ile bilinçaltı çatışmaları bilince çıkarır. Böylece bu çatışmalar doğrudan ve bilinçli bir şekilde ele alınabilir.

Danışan merkezli terapistlere benzer şekilde, psikanalitik terapistler de empatik dinlemenin iyileşme için önemli bir kaynak olabileceğini kabul etmektedir: "Terapistin varlığı ve empatik dinlemenin, bir kişinin diğerine sağlayabileceği en önemli yardım ve destek olduğu çoğu zaman küçümsenmektedir" (Strupp ve Binder, 1984, s. 41). Psikanalitik klinisyenler, empatik dinlemeyi genellikle danışanın kişisel büyümesi ve gelişimi için gerekli bir içerik olarak kabul etse de onlara göre bu yeterli değildir (Brenneis, 1994; Meissner, 1991).

Yapısal ve çözüm odaklı terapi yaklaşımları, tüm görüşmecilerin bir şekilde yönlendirici olmaları gerektiğine ve sistematik olarak çözüme odaklanır. Danışanların yaşamlarındaki olumlu anlara ihtimam göstererek inançlara, sosyal aktivitelere ve etkileşimlere dikkat eder. Her ne kadar bu yaklaşımlar kesin biçimde yönlendirici olmasa da görüşmede önemli bulduğumuz bir konuya dikkat çeker: Danışanlar, kendi deneyimleri ve yaşamları açısından en iyi uzman olarak kabul görür. (De Jong & Berg, 2008).

Danışan merkezli ve psikanalitik yönelimli, yapısalcı veya çözüm odaklı görüşmecilerin aksine, davranışçı ve bilişsel yönelimli görüşmeciler, ilk klinik görüşmenin başından itibaren uzman rolünü sergileme eğilimindedir. Belirli düşüncelerin, kişisel çerçevelerin, uyumsuz davranışların zihinsel ve duygusal sıkıntıya yol açtığına inanırlar (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004). Bu nedenle

danışanın sosyal ve duygusal sorunlarının azaltılması amacıyla terapötik süreçte uyumsuz düşünce ve davranış örüntülerinin belirlenmesi, değiştirilmesi ya da giderilmesi, olabildiğince çabuk ve etkili bir şekilde uyumlu örüntülerle yer değiştirilmesi gerekir. Yaklaşık yirmi yıl önce Kendall ve Bernis (1983), bilişsel davranışçı terapistlerin direktif yönelimini şöyle tanımlamıştır:

> Bilişsel davranışçı terapistlerin görevi, uyumsuz bilişsel süreçleri değerlendiren ve işlevsiz bilişleri ile ilişkili davranışsal, duygusal örüntüleri danışanla birlikte değiştirebilecek öğrenme deneyimlerini oluşturan bir uzman, eğitimci ve teknik danışman gibi davranmaktır (s. 566).

Bu tanıma rağmen, çoğu bilişsel davranışçı klinisyen de empatik dinlemeyi (adaptif) davranış değişikliği için gerekli ancak yeterli olmayan bir faktör olarak görür. Özellikle, Wright ve Davis, *Cognitive ve Behavioral Practice* dergisinin özel sayısında, "uzmanlar arasında terapötik değişimde ilişkinin önemli olduğuna dair güçlü bir uzlaşı olduğunu gördüklerini" ve "spesifik olarak davranışçı terapilerin de bile, terapistini sıcak/ilgili, empatik bulan danışanların tedavileriyle daha fazla ilgilendiklerini ve sonuç olarak daha iyi bir netice alacaklarını" belirtmiştir (1994, s. 26).

Danışan merkezli, psikodinamik, yapısal veya çözüm odaklı yaklaşımların, bilişsel davranışçı veya diğer klinik yaklaşımlardan daha etkili olduğunu iddia etmiyoruz. Aslında, kontrollü araştırmalar bilişsel ve davranışçı terapilerin en az psikodinamik ve danışan merkezli yaklaşımlar kadar, belki de onlardan daha çok etkili olduğunu göstermektedir (Beutel, Dippel, Szczepanski, Thiede, & Wiltink, 2006; Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Seligman, 1995; Smith, Glass, & Miller, 1980). Bunun yerine, diğer bazı araştırmacılar gibi (Goldfried, 2007; Hardy, Cahill, & Barkham, 2007; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Norcross, 2002; Shattell, Starr, & Thomas, 2007), yönlendirici olmayan görüşme becerileri geliştirmenin, pozitif bir tedavi ilişkisi kurmak, ileri düzey aktif/direktif psikoterapi stratejilerini ve tekniklerini öğrenmek açısından mükemmel bir temel oluşturacağını iddia ediyoruz. Birçok önemli bulgu, bu iddiayı desteklemektedir (bkz. Uygulamaya Geçirme 1.1).

## KLİNİK GÖRÜŞMECİLER İÇİN TEMEL GEREKLİLİKLER

Etkili bir görüşmeci olmak için belirli beceri ve geniş bir bilgi birikimini edinmeniz şarttır. Elbette, bu zamanla, deneyimle, süpervizyonla, ekstra okumayla ve tabii ki sabırla olacaktır! Bir parça yıldırıcı gibi görünse de aşağıdaki gereklilikler size bu yolda fayda sağlayacaktır:

1. Klinik görüşmeyle alakalı teknik bilgiye tam anlamıyla sahip olmalısınız. Bu, görüşmedeki davranışlar ve bunların danışanlar üzerindeki olası etkilerini bilmeniz gerektiği anlamına gelir. Örneğin, görüşmecilerin sorabileceği farklı tarzda soruları, danışanların bunlara nasıl tepki vereceğini ve cevaplayacağını öngörmeniz gerekir. Görüşme koşullarının ne zaman yapılandırılmış veya daha az yönlendirici bir bilgi toplama yaklaşımı gerektireceğini öngörebilmelisiniz. Profesyonel klinik görüşme ile ilgili etik kuralları bilmelisiniz. Başka bir deyişle, temel araçlar konusunda entelektüel ilgiye ve kavrayışa sahip olmanız gerekir.
2. Kendinizin farkında olmalısınız. Diğer insanları nasıl etkilediğinizi ve onların, yani hem sizin kültürel ve sosyo-ekonomik sınıfınızdaki insanların hem de sizin aşina olduğunuz çevre dışındakilerin, sizi nasıl etkilediğini bilmeniz gerekir. Sesinizin tonunun ve çeşitliliğinin, vücudunuzun ve fiziksel görünüşünüzün, algılanan kişiler arası çekicilik seviyenizin, göz temasının ve kişiler arası mesafenin genel örüntüsünün farkında olmanız şarttır çünkü bu değişkenlerin tümü danışanlarınızı etkilemektedir. Dahası, kişisel, sosyal geçmişinizden dolayı sahip olabileceğiniz kör noktaları ve yetersizlikleri giderecek biçimde sürekli öğrenmeye ve gelişmeye açık, istekli olmalısınız.

Kültürel yapınızın ve sosyal sınıfınızın, kişisel değerlerinizi ve davranış tarzınızı nasıl şekillendirdiğinin farkında olmanız da önemlidir. Kültürüler yapınızın dışında, sizinkilerden farklı değerlere ve davranışlara sahip insanlar bulunduğunun farkında olmalısınız. Danışan ile aranızdaki doğru iletişimi etkileyen veya tehlikeye atan kültür, sınıf ve cinsiyet farklılıklarına gereken özeni göstermek görüşmeci olarak sizin açınızdan çok büyük önem arz etmektedir. Kültürel yapıya duyarsız bir klinik görüşmeci olmak, meslek kurallarına aykırıdır ve hiç etik değildir (Fouad & Arredondo, 2007; Paniagua, 2000; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007).

**Uygulamaya Geçirme1.1**

**Neden Yönlendirici Olmuyorsunuz?**

Karen Horney, Aaron Beck, Albert Ellis, Fritz Perls, Carl Rogers ve Nancy Chodorow gibi pek çok ünlü psikoterapist, kuramlarını geliştirmeye psikanalitik yönelimle başladı. Bu saygın kuramcılar ve terapistler, sıkıntılı insanları yönlendirici olmayan bir yaklaşımla yıllarca dinledikten sonra kendilerine özgü yaklaşımlarını geliştirdi. Bu kitabın temel felsefesi, yeni başlayan görüşmecilerin sıkıntılı bireyleri yönlendirmeci olmadan dinleyerek işe başlamalarını sağlamaktır. Yeni başlayan görüşmecilerin, danışanlarına yardımcı olmak konusunda kendilerini sabırsız ve hevesli hissetmeleri doğal olsa da onlar için en güvenli ve büyük olasılıkla en yararlı davranış

**Uygulamaya Geçirme1.1 (devamı)**

etkili dinlemedir. Strupp ve Binder'in (1984) belirttiği gibi "eski bir Maine* atasözünü hatırlayın: Başı belada olan biri girdiği yola nadiren dikkat eder" (s. 44). Yönlendirici olmayan görüşmelerin bazı avantajları şunlardır:

1. Görüşmeye yönlendirici olmayan bir yaklaşımla başlamak ve sonra daha yönlendirici yaklaşıma geçmek, tersini yapmaktan çok daha kolaydır.
2. Danışanları belirli bir yönde etkileyecek, gerekli stratejileri kullanabilmesi için görüşmecilerin, bu stratejinin danışanların değişimine sağlayacağı katkılar ve söz konusu psikopatoloji hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Yeni başlayan görüşmecilerin çoğunun temel psikopatoloji eğitimi yeterli düzeyde değildir ve daha yönlendirici terapötik stratejiler uygulamak konusunda süpervizyon gerektiren psikoterapi deneyimine ihtiyaçları vardır.
3. Yönlendirici olmayan görüşmeler, yeni başlayan görüşmecilere kendileri hakkında bilgi edinmesi ve kendilerine yönelik farkındalık kazanması açısından etkin bir araçtır (Sommers-Flanagan & Means, 1987). Kendilerine yönelik farkındalık sayesinde yeni başlayan görüşmeciler, belli bir kuramsal yönelime ve etkin klinik müdahalelere karar verme yeteneği kazanır.
4. Yönlendirmeci olmayan dinleme yaklaşımı, düzgün bir şekilde uygulandığında, yeni başlayan görüşmecilerin ilk danışanlarıyla aralarında uygulama, yardım etme ve bir şey ispatlamaya çalışma gibi konularda hissettikleri gerginliği azaltmaya yardımcı olur. Kısacası, yönlendirmeci olmayan yaklaşım, yeni başlayan görüşmecilerin, "bir şey yap ve onu da doğru yap" dürtüsüyle etkili bir şekilde başa çıkmasında yardımcı olur.
5. Yönlendirmeci olmayan yaklaşımlar, ilk danışanlarla ilişkilerde daha az sorun yaratma veya hedefi kaçırma ihtimaline sahiptir (Meier ve Davis, 2008). Klinik görüşmeciler, genellikle gönüllü danışanlarla veya rol yapma/canlandırma gibi egzersizler sırasında danışan rolü oynayan insanlarla görüşme deneyimi kazanmaya başlar ancak orada bile ister gerçek ister rol icabı olsun, danışmaya gelen insanlar gerekçeleri olan insanlardır. Yönlendirmeci olmayan görüşmeciler, yani önce sadece dinlemek için orada olanlar, danışanlara daha fazla sorumluluk yükler ve böylece yanlış bir şey sorma veya yardımcı olmayacak bir davranışı önerme korkularını (hem de bunun gerçekleşme olasılığını) azaltır. Ayrıca, yeni başlayan görüşmeciler, danışanlarına karşı aşırı sorumluluk hissetme eğilimindedir; yönlendirmeci olma-

* Maine: ABD eyaleti. —çn

**Uygulamaya Geçirme1.1 (devamı)**

yan yaklaşım görüşmecilerin aşırı sorumluluk hissetmesini engeller.

6. Yönlendirmeci olmayan dinleme tutumu, danışanlara kendi kendini yönetmesi/yönlendirmesi açısından bağımsızlık, özgürlük sağlar. Bu tutum, danışanın kişisel tavrına, davranışlarına ve seçimlerine saygıyı getirir. Bu tür bir saygının gösterildiğine nadiren şahit olunur ancak görülmesi hem memnuniyet vericidir hem de muhtemelen geliştiricidir (Miller & Rolllnick, 2002).

Görüşmecilerin yönlendirici olmayan dinleme ile uygulamaya başlamalarının gerektiği, Patterson ve Watkins'in (1996, s. 509; Lao Tzu'ya atıfta bulunarak) aşağıdaki alıntılarında açıkça belirtilmektedir: "MÖ beşinci yüzyılda yaşayan Çinli bir filozof olan Lao Tzu, *Lider* isimli bir şiir yazmıştır; *lider* kelimesi *terapist* ile, *insan* kelimesi de *danışan* ile değiştirilirse şiirin içeriği görüşme sürecine uyarlanabilir."

Lider (Terapist)

Bir lider, insanlar onun var olduğunu bilmediğinde en iyi liderdir;
İnsanlar ona uyduğunda ve onu övdüğünde o kadar da iyi olmaz;
Onu hor gördüklerinde ise en kötü olur.
Ama az konuşan bir lider iyidir,
İşi bittiğinde, amacı gerçekleşmiştir,
Derler ki, "Bunu biz kendimiz yaptık."
Lider ne kadar az yapıp az söylerse,
İnsanları da o kadar mutlu olur;
Lider ne kadar övünürse,
İnsanları da o kadar mutsuz olur.
[Bu nedenle] duyarlı bir adam der ki:
İnsanlara karışmaktan kendimi alıkoyarsam, kendilerine bakarlar.
İnsanlara öğüt vermekten kendimi alıkoyarsam, kendilerini geliştirirler.
İnsanları etkilemekten kendimi alıkoyarsam, kendileri olurlar.

3. Klinik görüşme, ("başkalarına yönelik farkındalığı" kazanmak için) gözlem ve değerlendirme becerilerine sahip olmayı gerektirir. Bu becerilere sahip olmak, çeşitli bireysel, kültürel değerleri, davranışları, normları bildiğiniz ve bunlara duyarlı olduğunuz anlamına gelir. Ayrıca başkalarının bakış açılarının farkına varabilmeniz ve onları takdir etmeniz de gerekir; bu beceri "var olmanın empatik yolu" olarak da bilinir (Rogers, 1961).

Başkalarının farkında olmak, değerlendirme görüşmesinin altında yatan temel ilkedir. Klinik görüşmeciler, danışanlarının davranışlarını nesnel olarak gözlemlemeli ve psikopatoloji açısından değerlendirmelidir. Ölçme ve de-

gerlendirme süreci mental durum muayenesi, intihar değerlendirmeleri ve tanısal görüşme gibi oldukça yapılandırılmış prosedürleri içerebilir. Klinik görüşmeciler sadece danışanın kültürel altyapısının değil, psikolojik, davranışsal, gelişimsel ve tanısal durumunun da farkında olmalıdır (Matthews ve Walker, 1997; Mezzich ve Shea, 1990).

4. Etkili bir klinik görüşmeci olmak için uygulamaya ve deneyime gereksinim vardır. Klinik görüşme ve diğer insanları nasıl etkilediğiniz hakkında bilgi sahibi olmaya başladığınızda, görüşme uygulamalarına başlayabilirsiniz. Bu uygulamalar sınıf arkadaşlarınızın, gönüllülerin veya tanımadığınız insanların rol aldığı görüşme egzersizleri olabilir (Balleweg, 1990; Sommers-Flanagan ve Means, 1987). Görüşme egzersizleri, görüşmeciyi gerçek uygulamalara yani gerçek bir klinik görüşmeye hazırlayacak şekilde hazırlanır. Endişenizi azaltmak ve yetkinliğinizi artırmak için gerçek görüşme veya danışmanlık seanslarına başlamadan önce yeterince süpervizyon almalısınız. Temel becerileri geliştirdikten sonra etnik, kültürel, cinsel, fiziksel ve sosyoekonomik açıdan sizden farklı insanlar hakkında da bilgi sahibi olmalısınız (Arrendondo & Arciniega, 2001; Sue & Sue, 2008; ayırca bkz. *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma* 1.1 ve 1.2).

   Farklı görüşme ve süpervizyon deneyimleri edindikçe danışanlarınızı anlamak için ihtiyacınız olan geniş empatik bakış açısını geliştirme fırsatı da bulacaksınız (Constantine, 2001; Hakim –Larson, Kamoo, Nassar– McMillan, & Porcerelli, 2007; Rivera, Phan, Hadduv, Wilbur, & Arredondo, 2006).

**Mükemmel Görüşmeci**

Mükemmel bir görüşmeci olabilseydiniz ne olurdu? Elbette, bu imkânsız. Ama mükemmel bir görüşmeci olabilseydiniz, görüşmede herhangi bir noktada durabilir ve (a) ne yaptığınızı (teknik uzmanlığınız açısından), (b) neden onu yaptığınızı (teknik bilgi birikimi, değerlendirme bilgileri açısından), (c) herhangi bir kişisel durumun veya önyargınızın görüşmeyi etkileyip etkilemediğini (kendine yönelik farkındalık temelinde) ve belki de en önemlisi, (d) yaşı, cinsiyeti veya kültürü ne olursa olsun, danışanınızın görüşmeye nasıl tepki verdiğini (başkalarına yönelik farkındalık temelinde) görebilirdiniz.

Bir başka ifadeyle mükemmel bir görüşmeci olsaydınız her danışanınızın kişisel dünyasını tamamen "kavrayabileyecek" bir moda/duruma geçebilirdiniz; bu durum, odada duyduğu melodiye karşılık vererek eşlik eden duyarlı bir kemancı gibi danışanınıza da yansırdı (Hays, 2008; Negy, 2004). Her görüşmenin gidişatını belirlemek için bu yansımayı kullanabilirdiniz (Bazı danışanlara yönelik potansiyel yanlılığınızı incelemek için *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma* 1.2.'ye bakınız).

Ayrıca her danışanın ihtiyaçlarını ve durumunu değerlendirir, bunlara hitap eden uygun terapötik işlemleri uygulardınız; klinik görüşme boyunca bir intihar değerlendirmesinden tutun da sorunlu bir alışkanlığa yönelik davranış analizine kadar her şeyi yapardınız. Klinik görüşmecinin mükemmelliğe erişmesi için gerekli becerinin ve bilgeliğin derinliği ancak hayal edilebilir.

Mükemmelliğin ulaşılmaz olduğunu açıkça kabul ettik. Ancak klinik görüşme yeterli bir zamandan beri devam eden ve bilimsel araştırmaya dayalı süpervizyonla desteklenen, profesyonel bir girişimdir (Hill, 2004). Sonuç olarak deneyimli bir danışmanın/süpervizörün söylediği gibi bir görüşme seansında "acemilikten dolayı sadece sezgi ve içgüdülerine dayanmak" uygunsuzdur ve meslek ahlakına aykırıdır (P. H. Bornstein, kişisel görüşme, Ocak 1982).

Netücede, bir insan ve kusurlu bir görüşmeci olarak her ayrıntıyı, her eylemi ve tepkiyi klinik bağlamda açıklayamayabilirsiniz. Tam farkında olmayabilirsiniz, ama klinik görüşme esnasında davranışlarınız kuramsal ilkelerle mesleki etikle ve terapötik etkinlikle ilgili temel bilimsel veri tarafından yönlendirilecektir. Ayrıca psikolojik kuram, mesleki etik ve görgül/özgün bilimsel araştırmalar doğrultusunda hareket etmeye bir kez başladıktan sonra repertuvarınıza klinik sezgilerinizi ve spontanlığı eklemeniz daha kolay olacaktır.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 1.1**

**Yönlendirici olmamanın zorlukları**

Çoğu kılıç, iki yönlüdür. Yönlendirici olmayan dinleme de buna benzer. Açık olmak gerekirse bazı insanlar/danışanlar yönlendirmesiz dinlemeden adeta nefret eder. Örneğin, yönlendirmeci olmayan dinleme tekniklerini aileniz ve arkadaşlarınız üzerinde çok fazla uygularsanız çok çabuk rahatsız olurlar. Kısmen de sizi deneyimsiz biri gibi algıladıkları için rahatsız olurlar. Ayrıca yönlendirmeci olmayan dinlemenin uygun kaçmadığı sosyal ve kültürel ortamlar da vardır.

Bölüm 13'te ele alındığı gibi bazı kültürel gruplar, sağlık ve ruh sağlığı uzmanlarının çoğunlukla yönlendirici olmasını tercih ederler. Bu, söz konusu kültürel gruplara dahil insanları asla yönlendirici olacak biçimde dinlememeniz gerektiği anlamına gelmez. Bu, daha çok sizden yardım istemeye gelen farklı kişilerle çalışırken farklı tekniklerin ilişki kurmanıza yardım edebileceği, farklı tekniklerin de buna engel olabileceği anlamına gelir. Yönlendirici olmamanın gizli tehlikeleri şunlardır:

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 1.1 (devamı)**

1. Danışanlar, yönlendirmesiz görüşmecileri çıkarcı ya da baştan savmacı gibi algılayabilir.
2. Çok fazla yönlendirmeci olmayan tepki, danışanların kılavuzsuz bir şekilde kaybolduğu ve sürüklendiği hissine kapılmasına neden olabilir.
3. Danışanlar terapiye bir uzman önerisi alma beklentisiyle geldiyse ısrarla bir şey yapmayıp/söylemeyip sadece yönlendirmeci olmayan biçimde dinlemeniz onları hayal kırıklığına uğratabilir.
4. Hiçbir profesyonel görüş sunmazsanız sizin amatör, cahil ya da yetersiz olduğunuzu düşünebilirler.

Danışanlarla görüşme yapmaya gelince, genellikle herhangi bir tepkide ya da teknikte aşırıya kaçmak her zaman sakıncalıdır. Bu bölümde yönlendirmeci olmayan dinleme becerileri sıkça vurgulanmasına rağmen bu durum da ayrıca önemlidir. Amerikan kültürünün dışındaki danışanlarla görüşmeler söz konusu olduğunda çok fazla yönlendirici olmamanın da çok fazla yönlendirici olmak kadar sorun yaratabileceği ihtimali göz önünde tutulmalıdır.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 1.2**

**Kimi Görüyorsunuz?**

Varoluşçu terapistler, kişisel ve dış dünyaya dair farkındalığı artırmak için bazen provakatif teknikler kullanır, uygulamalar yapar. Bunlardan biri şöyledir: İnsanlar ikili gruplar halinde oturtarak birkaç kez aynı soruyu tekrarlar. Temel kural, bir soruya aynı cevabın iki kere verilmemesidir. Bu örnekte birçok farklı soru kullanılabilir (örneğin, "Ne istiyorsun?" veya "Kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?") ancak başlangıç aşamasındaki görüşmeciler için bu bağlamda en iyi soru "Kimsiniz?" olacaktır.

"Kimsiniz?" sorusu, aslında kimlik kavramına odaklanmaktadır ve birçoğumuz bu soruya, kişisel roller, mesleki aktiviteler, ırk, etnik köken, kültür, din veya cinsiyetimiz ile ilgili cevaplar veririz. Örneğin kitabın yazarı olan John bu soruya, "Babayım", "Evliyim", "Psikoterapistim", "Montana Üniversitesi'nde öğretim üyesiyim", "Erkeğim" vb. cevaplar verecektir. Kişisel deneyimimize göre, beyaz ırk dışındaki insanlar, beyazlardan daha hızlı biçimde cinsiyet ve ırk veya kültürel kimliklerini tanımlayan kelimeler kullanmaktadır (örneğin, "Kadınım" veya "Latin Amerikalıyım" gibi). Yakın-

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 1.2 (devamı)**

larda benzer bir uygulama yaptığımız bir grupta, genç Kızılderili Amerikalı bir kadın net şekilde "Amerikan yerlisiyim" ve "Navaho ve Salish kabilesindenim" demiştir.

Çok çeşitli kültürlerin barındığı bir bağlam söz konusu olduğunda (dünyamız gibi) bu sorunun enteresan bir versiyonu da "Ne görüyorsun? sorusu olacaktır. Yeni bir danışanla henüz tanıştığınızı hayal edin. Karşınızdaki sandalyede birinin olduğunu hayal edin ve kendinize, "Kimi görüyorum?" diye sorun. Büyük olasılıkla ilk cevabınız, "Bir danışan görüyorum" olacaktır. Aynı soruyu tekrar sorun ama unutmayın aynı cevabı veremezsiniz. Beraber olduğunuz kişiyi tanımlamak için ne tür kimlik etiketleri kullandığınızı daha iyi irdelemek için cevaplarınız tek boyutlu olsun. Başka deyişle tanımlayıcı sıfatlarla çeşitlendirmeyin (örneğin, ilk cevabınız "Bir adam görüyorum" ise bir sonraki cevabınız "Esmer bir adam görüyorum" olmasın.

Birçok durumda, öncelikle diğer kişinin bize ne ölçüde benzeyip benzemediğine dikkat ederiz. Bu doğal, insani bir tutumdur. Ancak varoluşçular ve çokkültürlülüğü vurgulayanlar, bunun doğuştan gelen bir eğilim olup olmadığını sorgular ve bunu nasıl geliştirdiğimize dair farkındalık kazanmamızın önemli olduğunu ileri sürer.

Yeni biriyle çalışmaya başladığınızda bu egzersizi aklınızda tutmaya çalışın. Özellikle görüşmenin başında, kendinize, "Kimi görüyorum?" diye sormak için zaman bulamayacaksınız ancak zamanla bunun için fırsat yaratabilirsiniz. Görüşme esnasında veya sonrasında peş peşe 5 veya 10 defa bu soruyu sorun ve cevaplarınızı yazın. Cevaplarınızı gözden geçirin ve hangi etiket ve tanımlamaların ortaya çıktığına dikkat edin. Sizi engelleyen bir ön yargı veya farklılık gözünüze çarptı mı? Eğer öyleyse bunu anlatmak için hangi tanımlamaları kullandınız? Tanımlamalar genel, sıkça kullanılan ifadeler mi? Olumlu? Olumsuz? Nötr? Ne olursa olsun, kendinize kötü veya önyargılı davranmayın.

Hepimiz yargılarda bulunuruz. Hepimiz ırkçı, cinsiyetçi ve belki de homofobik değer ve inançlardan kalıntılar barındırabiliriz. Hepimizin yanlılıkları ve haksız yargıları olabilir. Yanlılıklarınız dini inançlarla veya sizi engelleyen ön yargınızla ilgili olabilir. Tacizkâr ortaokul beden eğitimi öğretmeninizle yaşadıklarınızdan dolayı, orta yaşlı ve saçları dökülmeye yüz tutmuş Ted isimli bir adama karşı olumsuz tepki ve yargılarınız olabilir. Belki de tam tersi, karşılaştığınız kişilere yönelik önyargılı bir yaklaşımınız ve tutumunuz yoktur ve herkese tam bir nesnellik ve saygıyla yaklaşıyorsunuzdur, gerçi bu pek mümkün değil ama belki bu da bizim önyargımızdır, kim bilir!

## KİTABIN AMAÇLARI VE HEDEFLERİ

Bu kitabın temel hedefleri şunlardır:

1. Daha önce açıklanan öğretim yaklaşımına dayalı bir eğitim ve öğretim deneyimi ile size rehberlik etmek.
2. Klinik görüşme hakkında teknik bilgi sağlamak.
3. Görüşmecinin kişisel farkındalığı, kültürel farkındalığı ve kişisel gelişimi açısından gerekli yöntemleri tanıtmak.
4. Danışanın değerlendirilmesine ilişkin yöntemleri tanıtmak (yani tanıya yönelik değerlendirme becerisi kazanımını kolaylaştırmak).
5. Kültürel olarak farklı danışanlarla ve özel gruplarla görüşme yapabilme prosedürlerini tanımlamak.
6. Görüşmecinin gelişmesine yönelik deneyimsel etkinlik önerileri sunmak.

## ÖZET

Bu kitabın temel yaklaşımı, yetkin bir klinik görüşme yapabilmektir. Özellikle öğrenciler yönlendirici olmayan bir bakış açısıyla görüşme becerileri öğrenmeye başlamalı; dinlemenin temel kurallarını iyice öğrendikten sonra, yönlendirici becerileri eklemelidir. Yeni başlayan görüşmeciler şunlara odaklanmalıdır: (a) kendini durdurup danışanları dinlemek, (b) danışanlarla uyumlu ve olumlu terapötik ilişki geliştirmek ve (c) tanıya ve değerlendirmeye yönelik bilgi edinmek.

Görüşmeciler, geniş bir yelpazede eğitim ve deneyim edinmelidir. Özellikle farklı kuramsal yönelimlerle danışan odaklı, psikanalitik, davranışçı, bilişsel, feminist ve çözüm odaklı yaklaşımları içeren bakış açılarıyla görüşmeler yapabilmek çok önemlidir. Farklı deneyimler, danışanın kendine özgü problemlerini, önyargılarını, kültürel geçmişini ve cinsiyetini dikkate almasını sağlayarak görüşmecilerin kişisel tepkilerinin, kendini ifade etme tarzlarının, kültürel geçmişlerinin ve cinsiyetlerinin danışanları nasıl etkilediği hakkında bilgi edinmesine yardımcı olur. Her ne kadar mükemmellik mümkün olmasa da davranışlarını geçerli kuramsal ilkelere, meslek etiğine ve bilimsel araştırmaya dayandırırlarsa görüşmeciler yetkin ve yeterli birer ruh sağlığı uzmanı olabilir.

Bu kitap, yeni başlayan klinik görüşmecinin en uygun becerileri geliştirmesi için tasarlanmış dört kısımdan oluşmaktadır. Görüşme becerilerinin gelişmesi için gerçek uygulamaların yapılması gerektiğinden, her kısım okuyuculara kişisel farkındalıkta, kültürel duyarlılıkta ve tekniklerde uzmanlık sağlayacak deneyimsel aktiviteler önermektedir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Klinik görüşme sürecinden evvel, kişilik kuramı ve psikopatoloji bilgisini artırmak sürece katkıda bulunacaktır. Tabii ki kişilik kuramı ve psikopatoloji her görüşme ve danışmanlık dersinin önkoşulu değildir. Bu konularda eksiği olanlar için aşağıda önerdiğimiz ders kitapları, makaleler, kişilik kuramları hakkında eğlenceli okumalar, danışmanlık, psikoterapi, psikopatoloji kuram ve yaklaşımlarına ilişkin metinler mesleki beceri gelişimi sağlamak açısından değerli bir zemin oluşturabilir.

Goldfried, M. (Ed.). (2001). *How therapists change: Personal and professional recollections*. Washington, DC: American Psychological Association. Bu kitap, uzmanların nasıl bir kişisel değişim ve yüke sahip olduğunu anlamak için içeriden bir görüş sunacaktır. Danışmanlığın ve psikoterapinin kişisel olarak sizi nasıl etkileyeceğini anlamanıza yardımcı olacaktır.

Hays, P.A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. Pamela Hays, klinik uygulamalarda kültürel konulara ilişkin farkındalık sağlayacaktır. "Başka Birinin Dünyasına Girmek: Danışanları Anlamak" başlıklı bölüm, Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 1.2'ye ilham vermiştir.

Hill, C.E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. Clara Hill, çok birikimli bir araştırmacıdır. Bu kitap, temel yardım etme becerilerini anlamak ve öğrenmek için çok önemli bir kaynaktır.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What Works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. Menninger Writing Award ödülü alan bu kitap, danışmanlık ve psikoterapide olumlu değişimle ilgili ortak faktörlere odaklanmaktadır. Uygulamanıza bu faktörleri eklemek açısından faydalı olacaktır

Ivey, A.E., D'Andrea, M., Ivey, M. B. ve Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (Ed.). Boston: Allyn & Bacon. Ivey ve meslektaşları, geleneksel danışmanlık ve psikoterapi kuramlarına çokkültürlü bir bakış açısından yaklaşmıştır.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). *The transtheoretical approach*. New York: Oxford University Press. Önemli avantaj ve dezavantajlarına rağmen, bu alandaki uzmanların kavraması gereken bir değişim modeli sunmaktadır. Prochaska ve DiClemente, birçok kuramsal yaklaşımı tek bir modelde birleştirerek terapide müdahalelerin ne zaman ve nasıl kullanılması gerektiğini ele almaktadır.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1989). A categorization of pitfalls common to beginning interviewers. *The Journal of Training and Practice in*

*Professional Psychology, 3,* 58–71. Birçok teori, bu kitapta bir arada sunulmaktadır.

Yalom, I. (2002). *The gift of therapy.* New York: Harper Collins. Kitapta Irvin Yalom, psikoterapide kritik role sahip 85 klinik noktayı tanımlamaktadır. Her biri kendi başına ayrı ve kısa birer bölümde verilmiştir.

BÖLÜM 2

# *TEMEL KONULAR VE HAZIRLIK*

*Belki de hayatta fark ettiğim en önemli şey: elinden geldiğince, her şekilde ve biçimde hazırlıklı olursan daha iyi bir yaşam için önüne çıkan fırsatları değerlendirebilirsin. Hazırlık olmadan, hiçbir şey yapamazsın...*

Eleanor Roosevelt, *Eleanor Roosevelt'in Otobiyografisi*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Bir ev inşa ederken öncelikle *ev* derken ne demek istediğinizi açıkça belirlemelisiniz. Bunun yanı sıra kaynaklarınızı, çizim planlarınızı ve araç-gereçlerinizi hazırlamalısınız. Bu bölümde, klinik görüşme derken ne kastettiğimizi ve kendinizi danışanlarla görüşmeye nasıl hazırlayacağınızı ele alacağız. Bu bölümü okuduktan sonra, şunlar hakkında bilgi sahibi olacaksınız:

- Klinik görüşmelerin kapsamlı tanımı
- Görüşmeci ve danışan arasındaki profesyonel ilişkinin niteliği
- Danışanların profesyonel destek aramadaki ortak gerekçeleri
- Öz-farkındalığın artmasıyla kendinizi nasıl, ne zaman daha etkin ve huzurlu hissedeceğiniz
- Başlangıç seviyesindeki görüşmecilere özgü beklentiler ve yanlış fikirler
- Klinik görüşmelerin yedi farklı meslek grubunun faaliyetleri açısından incelenmesi
- Görüşmenin, oturma düzeni, not alma, kamera kaydı ve ses kaydı gibi temel fiziksel gerekliliklerinin organize edilmesi
- Kendinizi danışana nasıl sunacağınız, zaman yönetimi, görüşmenin gizliliği ve bilgilendirilmiş onay, dokümantasyon işlemleri, bireysel stres yönetimi gibi profesyonel ve etik konuların ele alınmasına yönelik pratik yaklaşımlar

Mezuniyetinin ardından, eski öğrencilerimizden biri şunu söylemişti:

> Muhtemelen pratik ve uygulama eksikliği nedeniyle yaptığım ilk görüşmeyle ilgili en çok aklımda yer eden şey hissettiğim korku oldu. Danışanı hatırlamıyorum. Danışanın problemlerini, görüşmenin nasıl sona erdiğini ya da sonrasındaki tedavi planını hatırlamıyorum. Tek hatırladığım, derin nefes alışlarım ve kendimi sakinleştirmek için yaptığım, oldukça ciddi, içsel konuşmalarım. En belirgin anım, destek aramaya gelen kişiyle, yani danışanla değil kendimle ilgili. Ne ironik, değil mi?

İlk terapi görüşmesinde, çok fazla endişe duymanız anlaşılabilir. Ancak bu kitabı okuduğunuzda, düşünerek (ve derin nefes alarak) ve içtenlikle sizinle çalışmak isteyen biriyle uygulama yapmaya, yukarıdaki öğrencinin de ifade ettiği gibi kendinize yöneldiğiniz bu aşamayı sorunsuzca geçmeye, danışanınıza ve görüşmeye odaklanabilmeniz önemli.

Resmi formattaki bir görüşme ve gündelik sosyal ilişkiler arasındaki farkları bir çırpıda ayırt etmek oldukça zor olabilir. Bununla birlikte, klinik görüşmeler günlük hayattaki görüşmelerimizden daha farklıdır. Kitabın bu bölümünde işte bu farklar üzerinde durulacak, görüşmenin yapıldığı fiziksel ortam ve ilk görüşmenizi hazırlarken dikkate almanız gereken profesyonel ve etik konular tanımlanacaktır.

## KLİNİK GÖRÜŞMELERİN TANIMINA DOĞRU

Bugüne kadar klinik görüşme, pek çok farklı biçimde tanımlanmıştır. Kimi yazarlar sınırlı kimileri ise açık/net tanımları tercih etmiştir:

> Görüşme, bir kişinin –görüşmeci– diğer bir kişiye –cevap veren/danışan– bir dizi soru sorduğu kontrollü bir durumdur (Keats, 2000, s. 1).

Bazı tanımlar daha belirsizdir:

> Görüşme en az iki kişi arasındaki etkileşimdir. Her katılımcı, bu sürece katkıda bulunur ve her biri diğerinin vereceği cevapları etkiler. Yine de bu tanımlama, süreci betimleme konusunda yetersiz kalmaktadır. Günlük konuşmalar da etkileşim içerir fakat klinik görüşme bunun daha da ötesine geçmektedir (Trull ve Phares, 2001).

Bazıları daha açık ifadeleri belirsiz olanlarla birleştirmişlerdir:

> Görüşme, davranışların iletişim tarzını karşılıklı olarak etkilediği, kendine özgü bir etkileşim örüntüsü ortaya çıkaran iki kişi arasındaki sözel ve sözel olmayan diyalogları temsil eder. Kendisini "görüşmeci" olarak tanımlayan kişi, görüşmede belirli amaçlara ulaşmaya çalışır; bu süreçte diğer katılımcının, genellikle "soruları cevaplama" rolünü üstlendiği varsayılır (Shea, 1998, s. 6–7).

Diğerleri ise klinik görüşmeyi tanımlarken olumlu ve etkili bir görüşme ilişkisine vurgu yapar:

Klinik görüşme dendiğinde akla, karşılıklı saygı, eşzamanlılık, ilgi, yakınlık, güç ve potansiyelin belirgin özellikler olduğu bir konuşma örüntüsü geliyor. Klinik görüşme ilişkisel bir süreç olduğu için *nelerin, nasıl* söylendiğine yönelik devam eden bir özeni ve dikkati çağrıştırıyor. Klinik görüşme ilişkinin öne çıktığı, "farklı türde bir konuşma"örüntüsüdür (Murhpy & Dillon, 2008, s.3)

Bizim bakış açımıza göre ise klinik görüşmenin en uygun tanımı aşağıda belirtilen özellikleri içermelidir:

1. Görüşmeci ve danışan arasında profesyonel bir ilişki vardır.
2. Danışan, görüşmeci ile iletişime geçerek, asgari düzeyde de olsa, bir sonuç elde etme motivasyonuna sahiptir.
3. Bu profesyonel ilişkide, görüşmeci danışanı değerlendirmek, anlamak ve amaçlarına ulaşmasına yardım etmek için aktif dinleme becerileri ve çeşitli psikolojik teknikler uygular. Bu esnada görüşmeci ve danışan arasında sözel ve sözel olmayan unsurların yer aldığı bir etkileşim söz konusudur.
4. Görüşmeci ve danışan arasındaki ilişkinin niteliği ve niceliği, görüşmeci ve danışanının kişilik özellikleri, tutumları ve ortak hedefleri gibi pek çok faktörden etkilenmektedir.

### Profesyonel İlişkinin Doğası

Profesyonel ilişki, bir tarafın diğer tarafa ya da diğer kişiye, hizmet sunmasına yönelik açık/net onay alınmasını gerektirir. Bu ilk bakışta kulağa tuhaf gelebilir ancak profesyonel bir ilişkinin taraflar arasında bir görüş birliği gerektirdiği hiçbir zaman unutmamalıdır. Danışmada ya da psikoterapide, görüş birliği genellikle *bilgilendirilmiş onama* karşılık gelmektedir (Pomerantz & Handelsman, 2004). En temel haliyle bilgilendirilmiş onam, görüşme esnasında sunulan hizmet konusunda danışana tüm önemli bilgilerin verilmesidir. Ayrıca, bilgilendirilmiş onam, danışanının özgür iradesiyle tedaviye onay verdiğini göstermektedir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007; Welfel, 2006). Bilgilendirilmiş onam, ilerleyen bölümlerde yeniden tartışılacaktır.

Profesyonel ilişki, aynı zamanda, verilen hizmetin karşılığının ücrete tabi olduğu bir süreç olarak da nitelendirilebilir (Kielbasa, Pomerantz, Krohn & Sullivan, 2004). Bu, terapistin doğrudan (örneğin özel muayenehane gibi) ya da dolaylı olarak (örneğin ödemenin ruh sağlığı merkezi, sigorta ya da diğer kurumlar tarafından yapılmasında olduğu gibi) ücret aldığı durumlar için geçerlidir. Profesyonel

görüşme, desteğe ihtiyacı olan birine gerekli hizmeti sağlar –ki bu hizmet, danışanın verdiği paraya karşılık gelir.

Bazıları için profesyonel ilişkiler duygusal bir mesafenin ve nesnelliğin olduğu durumlar olarak görülür. Aslında, Thesaurus'ta* *profesyonel* kelimesinin karşılığına baktığınızda listelenen kavramlar arasında ilk olarak "uzman" kelimesini göreceksiniz. Dahası, *klinik* kelimesine baktığınızda ise "bilimsel" ve "tarafsız, bağımsız" gibi kelimeleri bulacaksınız. Bu tanımlara bakıldığında, söz konusu profesyonel ilişkinin steril ve duygusuz bir klinik görüşmeci tarafından kurulduğunu düşünebilirsiniz. Ancak Murphy ve Dillon'ın (2008) *klinik görüşme* tanımına tekrar baktığınızda "karşılıklı saygı", "ilgi" ve "yakınlık" kavramlarını görürsünüz. Bu da sizde "Nasıl oluyor da bir klinik görüşmeci hem uzmanlık ve nesnellik temelli hem de aynı zamanda saygılı ve ilgi içeren bir ilişki kurabiliyor?" sorusunu aklınıza getirebilir. Aslında bu soruya cevap "evet öyle"dir, tabii bu mümkün ama kolay değil. Klinik görüşmeci saygı, ilgi, yakınlık ve işbirliği sunmada uzman olmanın yanı sıra profesyonel mesafesini korumalı ve nesnel olmalıdır. Bu dengeyi kurma ve sürdürmenin zor olduğunu vurgularken bunda başarılı olmanın oldukça tatmin edici olduğunu söylemeliyiz.

Bazı yazarlar, alaycı bir şekilde, psikoterapiyi, *arkadaşlığın parayla satılması* olarak tanımlamıştır (Korchin, 1976, s. 285). Ancak terapide kurulan ilişki ve arkadaşlık arasında pek çok fark vardır. Arkadaşlarınız, sizinle ofiste buluşmak için randevu almaz, beraber geçirdiğiniz sürede kendilerini ifade etmeye, kişisel gelişimlerine ve kendi problemlerine çözüm bulmaya odaklanmaz (eğer öyleyse, bunu alternatif/farklı bir arkadaşlık olarak değerlendirmeye başlayabilirsiniz). Arkadaşlar, arkadaşınız olmak için size sorumluluk/sadakat güvencesi vermez. Arkadaşlığın pek çok faydası olsa da bu faydalar akademik makalelerde tartışılan ya da lisansüstü eğitim programlarında öğretilen sonuç ve etki analizine dahil edilmez.

Profesyonel ilişkilerin sosyal ve arkadaşça tarafları olsa da profesyonel görüşmeciler arkadaşça yaklaşımlarını kontrol altında tutar. Yetkin bir uzman olmak, bir yandan samimi, etkileşime ve danışana karşı açık olmayı, diğer yandan da profesyonel ilişki sınırları içinde kalmayı öğrenmeyi gerektirir (Bkz. Uygulamaya Geçirme 2.1).

* İngilizce sözlük. —*çn*

## Uygulamaya Geçirme 2.1

### İlişkilerdeki Sınırları Belirlemek

Aklımıza kolaylıkla gelmese de pek çok ilişkinin doğası, sınırlarıyla belirlenir. Var olan bu sınırların ihlali ise çoğunlukla etik sonuçlar doğurur. Üstlendiğiniz rolle ilgili beklentilere, sorumluluklara ve sınırlılıklara dair farkındalığınız, iyi bir görüşmeci olmak açısından önemlidir. Aşağıda sunulan profesyonel ilişkilerde sınır "ihlalleri" üzerinde düşünmelisiniz. Her birinin ne derece ciddi olduğunu değerlendirin. Verilen örnekler önemsiz, kısmen önemli ya da oldukça önemli sınır ihlalleri mi, ne düşünürsünüz?

- Görüşme sonrasında, danışanla kafede bir bardak kahve içmek.
- Danışanınızdan arabanızı tamirciden almak için sizi bir yere götürmesini istemek.
- Ara sıra danışanınızla birlikte akşam yemeğine gitmeyi önermek.
- Danışanınızın birlikte konsere gitme önerisini kabul etmek.
- Matematik öğretmeni olan danışanınızdan çocuğunuzun ödevlerine yardım etmesini istemek.
- Danışanınızdan borç para almak.
- Danışanınızla ikinizin de tanıdığı biri hakkındaki küçük bir dedikoduyu paylaşmak.
- Bir danışanınızla diğer bir danışanınız hakkında sohbet etmek.
- Danışanınızla ilgili cinsel fantezi kurmak.
- Danışanınızın, bütün bir hafta sonunu hiçbir şey yemeden geçirdiğini bildiğinizden ona cep harçlığı vermek.
- Danışanınızı kilise, sinagog ya da camiye davet etmek.
- Danışanınızın verdiği tüyo doğrultusunda borsada hisse senedi almak.
- Danışanınızla flört etmek.
- Danışanınızın ismini gönüllü kuruluşlara vermek.
- Danışanınızın iş başvurusu için referans mektubu yazmak.
- Danışanınızın başvurduğunuz bir iş için size referans mektubu yazması.

### Danışanların Gerekçeleri

Pek çok danışan, profesyonel yardım almaya aşağıda verilen sebeplerden biri nedeniyle gelir:

- Sıkıntı, tatminsizlik, bireysel ve sosyal sorunlar yaşamaları.
- Eş ya da gözetim memuru (şartlı tahliye durumunda) gibi başka birinin, danışanın tedavi alması konusunda ısrar etmesi. Genellikle bu durum, danışanın uygun davranışlar sergilememesi, kanunları ihlal etmesi ya da başkalarını rahatsız etmesi anlamı taşımaktadır.
- Kişisel gelişime yönelik arayışlar.

Terapiye, kişisel sıkıntı ve başa çıkma sorunları nedeniyle gelenler, sorunlarını kendi başlarına çözemedikleri için kendilerini genellikle yenilmiş ve çaresiz hisseder (Frank & Frank, 1991, 1996). Aynı zamanda, bu kişiler problemlerinin sıkıntısını ya da sorumluluğunu üzerlerinde taşır; ciddi bir depresyon sürecinde değillerse bu tip sorunlarla gelen danışanların, terapiye karşı motivasyonları yüksek olabilir. Onların bu güçlü motivasyonları işbirliği, genel iyimserlik ve terapistin söylediklerine yönelik önemli ölçüde hassasiyeti beraberinde getirebilir.

Diğer yandan, bazen danışanlar terapistin ofisine oldukça düşük motivasyonla gelir. Bu kişiler terapiye katılmak konusunda başkaları tarafından ikna edilmiş ya da zorlanmış olabilir. Bu gibi durumlarda, danışanın birincil motivasyonu terapiyi bitirmek ya da terapist tarafından "iyi" olduğunun söylenmesidir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1997, 2007b). Açıkçası, danışan terapiye katılmak konusunda isteksizse profesyonel bir danışan-terapist ilişkisi kurmak ve devamlılığını sağlamak görüşmeci açısından zor bir durumdur.

Kişisel gelişim için terapiye gelen danışanlar terapiye katılım konusunda genellikle yüksek motivasyona sahiptirler. Kendi seçimleri doğrultusunda ve olumlu sonuçlar elde etmek amacıyla geldiklerinden, özellikle bu danışanların terapi konusunda istekli ve terapist için çalışılması kolay kişiler olduğu söylenebilir.

Çözüm odaklı terapistler, danışanın gerekçelerini değerlendirirken üçlü bir sınıflandırma kullanmaktadır:

Tedaviye gelenler: Bu danışanlar zorunda kaldıkları zaman terapiye gelir. Net olarak değişime yönelik kişisel ilgi ve motivasyonları yoktur.

Şikâyetçiler: Bu danışanlar terapiye, kişisel sıkıntı ve bir başkasının ısrarının birleşimi ile gelir. Değişime yönelik hafif düzeyde ilgi ve motivasyonları vardır.

Değişime açık olanlar: Bu danışanlar, değişimle yakından ilişkili belirtilerin azalması veya kişisel gelişim amacıyla ilgilidir.

Bölüm 11'de sadece terapi için değil, aynı zamanda önemli yaşam değişimleri

için de danışanın gerekçeleriyle daha ayrıntılı bilgiler vereceğiz. Birçok araştırmacı ve klinisyen, değişime hazırlık, değişim evreleri ve motivasyonun terapötik yaklaşımlarla olan etkileşimi ile ilgili yazılar yazmıştır (Berg & Shafer, 2004; Prochaska & DiClemente, 2005).

### Ortak Hedefleri Belirleme

Danışanla birlikte ortak terapi hedeflerini belirlemek için terapist ölçme ve değerlendirme yöntemlerini kullanmalıdır. Bunun anlamı, danışanı ölçme ve değerlendirme sürecine dahil etmek ya da danışanın kendi kendini değerlendirmesini sağlamaktır. Görüşme saatinin başlangıcında, terapist danışanla etkileşime girerek, danışanın hatalı düşüncelerini ve terapi sürecine destek olabilecek düşüncelerini tespit edebilmesine yardım etmelidir. Danışan ve terapist, danışanın sorunları konusunda fikir birliğine varabilirse, terapi hedeflerini belirlemek daha kolay ve sorunsuz olacaktır.

Diğer yandan, bazen, danışan ve terapist terapide ele alınacak konularla ilgili fikir ayrılığına düşebilir. Fikir ayrılıkları, (a) danışanın düşük motivasyonu ve içgörüsü (b) terapistin düşük motivasyonu ve içgörüsü gibi nedenlerin yanı sıra bunlarla sınırlı olmayan, farklı nedenlerden de kaynaklanabilir. Tarihsel olarak, psikoterapideki yönlendirici (direktif) yaklaşımlar (örneğin psikoanaliz ve davranışçı yaklaşım) danışanın motivasyonu ile iç-görüsünü sınırlı ve şüpheli olarak değerlendirirken, terapistin motivasyonu ile iç-görüsünün daha güvenilir olduğunu ileri sürer. Daha yakın zamanda, muhtemelen bilgilendirilmiş onam ve terapistin (hesap verme) sorumluluğu gibi etik hassasiyetler nedeniyle pek çok terapi yaklaşımı, geçmişe göre, danışanın bakış açısına daha fazla değer vermektedir.

Popüler kitap ve filmler, belki de çelişkiyi ve heyecanı artırmak amacıyla sıklıkla terapist ve danışanın farklı (ve bazen birbiriyle bağdaşmayan) terapi hedeflerinin olduğu portreler çizmektedir. Gerçekte ise danışanlar genellikle belirli bir düzeyde içgörü ile gelirken terapistler de ciddi düzeydeki bir esneklik ile seansa girer. Görüşmeci olarak, belirlediğiniz uygun hedefler ve stratejiler konusunda profesyonel görüşünüzü sunarken danışanın bakış açısına değer vermeniz de oldukça önemlidir. Bu dengeyi sağlamak, duyarlılık, derinlik ve etkin iletişim becerileri gerektirmektedir.

### *Bir Uzman Olarak Görüşmeci*

Klinik görüşmeciler ruh sağlığı alanında uzman kişiler olarak bilinir; bu nedenle tedaviye başlamadan önce danışanı profesyonelce değerlendirme sorumluluğu taşır. Danışanı değerlendirmedeki amaç, müdahale ve yardım sürecini kolaylaştırmaktır. İlk seanstaki ilk değerlendirme girişimi, danışanın problemini sunuş şekline dikkat ederek terapiden beklentilerini, terapi hedeflerini incelemek ve prob-

lemi çözmek için daha önceki girişimlerini ya da onu terapiye getiren problemleri gözden geçirerek yapılabilir. İlk değerlendirme terapist ve danışanın hedeflerinin bağdaşmadığını gösteriyorsa terapistin yükümlülüğü danışana farklı bir terapistle çalışma seçeneği sunmaktır.

Eksik değerlendirme sebebiyle erken müdahaleler, terapide olumsuz sonuçlara yol açar (Hadley ve Strupp, 1976; Lynn, Martin, ve Frauman, 1996). Gerekli değerlendirme yapılmadan ve ortak terapi hedefleri ortaya konmadan erken müdahale önerilirse birtakım olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Aşağıda bazı örnekler verilmektedir:

- Görüşmeci danışana zarar verebilecek uygun olamayan bir terapi yaklaşımını ya da tekniğini seçebilir (örneğin kaygısını azaltmak yerine artırabilir).
- Problem, uzman birinin bile anlayabileceğinden daha ciddiyse ya da görüşmeci yeterince yetkin değilse danışan kendini yanlış anlaşılmış ve aceleye getirilmiş hissedebilir.
- Danışan terapistin yanlış ve uygun olmayan yönlendirmelerini takip edebilir ve sonucunda hayal kırıklığı yaşayabilir. Neticede danışan, takip eden terapi sürecindeki müdahalelerle ve terapistle ilgili düşüncelerini dürüstçe ortaya koymayabilir.
- Terapist, danışanın problemi çözmek için daha önceden uygulamış olduğu stratejileri dinlemeyi zaman kaybı olarak görebilir. Bunun sonucunda, danışanın daha önceden denediği ancak başarısızlıkla sonuçlanan tedavilerden birini önerebilir. Bu da terapistin güvenilirliğini azaltır.

Klinik görüşmeler olumlu biçimde sonuçlanmayabilir. Olumsuz sonuçlar genellikle danışana yardım etmek amacıyla uygulanan yanlış, uygunsuz ya da erken müdahaleler sonucunda ortaya çıkar. Bu nedenle, strateji değişikliklerini uygulamadan önce görüşmeci, danışanı dikkatle dinlemeli ve değerlendirmeli, makul ve ortak tedavi hedefleri belirlemelidir.

### *Bir Uzman Olarak Danışman*

Bir sonraki konumuz, ilk okunduğunda kulağa tuhaf gelebilir. Klinik görüşme esnasında iki insan bir odada otururken, kendi hakkında en iyi uzman tartışmasız şekilde tabii ki danışandır. Bu gerçeği kabullenmek ilk başta tuhaf gelebilir ancak maalesef ki birçok nedenden ötürü, görüşmeciler uzmanlık statüsüne kendini kaptırırsa istemli veya istemsiz olarak danışanın kişisel otoritesini gasp etme görüntüsü verebilir.

Görüşmeciler bunu birçok yolla yapabilir. Çok yakın bir zaman önce, John (kitabın yazarlarından biri) bir danışanı "bipolar" olmadığı yönünde ikna etmeye

çalışıyordu. Tüm iyi niyetine rağmen (John, genç bir kadının bipolar etiketi olmadan daha mutlu olacağını varsaymıştı!), danışan için bu tanının olumlu bir etkisi vardı. Elbette, "psikoloji alanında uzman biri" olarak John bunun komik olduğunu düşünmüştü; böyle bir tanı veya etiket birçok anlamda sıkıntı yaratabilirdi. Dolayısıyla, John elinden gelenin en iyisini yaparak düşüncesini danışanın inanç sistemine farkında olmadan empoze etmeye çalıştı. Yine de bu çaba başarısızlıkla sonuçlanmıştı.

Önceki örnekte net olan, genel olarak ruh sağlığı konusundaki uzmanlığımıza rağmen, danışanların dünya görüşüne saygılı olmak için elimizden geleni yapmalıyız. Son yıllarda farklı yönelimlere sahip birçok uygulamacı, danışanın kişisel yaşam deneyimi ve yorumu için uzman terapistin bir adım geri adım atması gerektiğinde hemfikirdir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004). Artık danışanın uzmanlığını tanımak ve kabul etmek görüşmeciler için kaçınılmaz şekilde önem arz eder hale gelmiştir. Bu kısmen danışanların kendileri ve dünya hakkında farklı çeşitlilikte bir algı ve bakış açısına sahip olduğuna yönelik artan farkındalığımızdan (ruh sağlığı uzmanları ve savunucuları) kaynaklanmaktadır.

Nihayetinde, ben kimim ki danışana bipolar etiketinin iyi bir şey olmadığını söyleyeceğim! Ya eğer bu etiket, bir şekilde onun için bir teselli ise veya başka bir işleve sahipse? Belki de, bu etiketi bırakmaya henüz hazır değil. Burada üç olumlu olası sonuçtan söz etmek mümkün. İlk olarak, onu bipolar olmadığı yönünde ikna edebilirim ve sonuç olarak bu negatif etkiden kurtulabilir. İkincisi, belki de kendini bipolar olduğu yönünde inandırdı ve benim böyle bir etiketin kötü etkisine dair inancıma rağmen, yine de öyle ya da böyle mutlu olacak. Üçüncüsü, belki de zamanla terapiyle hazır olduğunda, danışan kendiliğinden bundan vazgeçecek.

Kuramsal yöneliminiz ne olursa olsun, etkin bir görüşmeci danışanın kişisel uzmanlığına saygı göstermelidir. Bu yaklaşıma ihtiyacımız var. Aslında danışan kişisel uzmanlığını bizimle paylaşmak istemiyorsa nihayetinde iyileştirici yetkinliğimizi veya yardım etme rolümüzü kaybedebiliriz.

### Etkin Dinleme Becerilerinin ve Psikolojik Tekniklerin Uygulanması

Ölçme/Değerlendirme ve Müdahale/Yardım süreçlerinin temelindeki ortak unsur, hassas ve etkin dinlemedir. Amaç sadece değerlendirme veya müdahale bile olsa danışana (danışanın ebeveynlerine, ailesine veya destek sistemine) iyi bir dinleyici olduğunuzu göstermelisiniz.

Genellikle danışanı dinlemenin en iyi yolunun ustaca sorular sormak olduğu varsayılır ancak bu, tüm varsayımlar gibi yanlıştır. Unutmayın, iyi sorular sormak görüşme için oldukça önemlidir fakat bu yönlendirici bir eylemdir ve her zaman danışanın kendini özgürce ifade etmesine imkân *vermez*. Danışanla görüşmede hemen tanısal veya klinik moda geçmek, saygısızlıktır çünkü sorular yönlendirir ve

danışanın sözel ifadelerini sınırlar; bu yöntemle ortaya çıkan, görüşmecinin istediği biçimdeki danışan tepkileridir. Elde edilen materyal ise danışanın aslında size gerçekten anlatmak isteği şey olmayabilir. Gerçekte danışanınız sizin yönlendirici sorularınızın vurguladığından çok daha farklı bir şeyi söylemek istiyor olabilir.

Birçok açıdan, yeterince (ve yargılamadan) danışanın yaklaşımını dinlemeden, spesifik psikolojik teknikler kullanmaktan kendimizi alıkoymalıyız... Bu nedenle şu kural faydalı olabilir: Ne kadar alakasız ve engelleyici görünürse görünsün, aktif biçimde danışanınıza yardım etme veya onu yönlendirme dürtüsüne direnin. Onun yerine, daha önce dinlediğinizden çok daha derin, tamamıyla kendinizi vererek ve dikkatlice dinleyin. Bunu yapmak, muhtemelen, danışanınıza gerçek anlamda yardım etmeye çalışmanızdan daha fazla işe yarayacaktır (Miller & Rollnick, 2002; Rogers, 1961).

### VAKA ÖRNEĞİ

*Portland-Oregon'da, sokakta yaşayan gençlerle çalışan terapist Jerry Fest, benzer durumdaki vakalarla çalışmak üzere hazırlanan kılavuzda şu deneyimini paylaşmış: Jerry Fest, danışma hizmeti veren bir merkezde çalışıyordu. Bir gece, telaşlı ve sıkıntılı olduğu açıkça görülen bir kadın geldi. "Merhaba, beni dinleyecek birine ihtiyacım var" dedi. Jerry ona ofisi gösterdi ve birkaç dakika, kadının akıl almaz derecede çetin zorluklarla dolu hikâyesini dinledi. Sonra onu anladığını göstermek ve ona yardım etmek için uygun olduğunu düşündüğü bir cümle kurdu. Genç kadın aniden konuşmayı bıraktı. Yeniden konuşmaya başladığında, kendisini dinleyecek birine ihtiyacı olduğunu söyledi. Aynı olaylar yeniden yaşandı ve sonuç değişmedi. Kadın tekrar konuşmasına ara verip yeniden konuşmaya başladığında, Jerry bu sefer sadece onu dinlemeye karar verdi, takip eden 90 dakika boyunca sessizce oturdu. Kadın içini döktü, duruldu ve tekrar kontrolü ele aldı. Çıkmaya hazırlanırken Jerry'ye baktı ve "Seninle ilgili hoşuma giden şu ki Jerry, ilk seferinde doğruyu bulamamış olsan da yakaladın" dedi.*

*Jerry, bu deneyimden önemli bir şey öğrendi. Genç kadının ihtiyacı sadece sözü kesilmeden, dinlenmekti. Bu hikâyeden alınacak ders ise oldukça açık: Bazen aktif dinleme de bir müdahaledir.*

## Görüşmeci ve Danışan Arasındaki Özel Etkileşim

Klinik görüşmelerin karmaşık olmasının nedenlerinden biri, iki (ya da daha fazla) kişinin etkileşiminde yer alan belirli bir orandaki öngörülmezliktir. Her danışan ve her görüşmeci ortama farklı kişisel özelliklerin, tutumların ve beklentilerin yer aldığı yeni bir DNA karışımı getirir. Bu da klinik görüşmenin kusursuz tanımını imkânsız hale getirir. Görüşmede her durumla ilgili bir formül yoktur.

Ancak her görüşme, en az üç farklı değişken içerir: Danışan, görüşmeci ve ikisinin etkileşimi. Pek çok kitap gibi bu kitap da danışan ve danışan-görüşmeci etkileşimine odaklanmaktadır ancak takip eden kısımda görüşmeci ve görüşmecinin sürece yaptığı özgün katkıya yoğunlaşacaktır.

## ÖZFARKINDALIK

> Aynada bize bakan suretimizin, herhangi birinin suretinden çok daha farklı bir çe kiciliği ve enerjisi vardır. Biraz utanarak ama heyecanla ve yoğun bir ilgiyle bu görüntüye adeta kapılırız. Birinin size kendi fotoğrafınızı gösterdiği ya da kendinizi bir videoda izlediğiniz en son zamanı hatırlıyor musunuz? O anda aniden duygularınızın yükseldiğini ve başkalarına nasıl göründüğünüzle ilgili derin bir meraka kapıldığınızı hissetmediniz mi?
>
> —Seymour Fisher, *Body Consciousness: You Are What You Feel*

Bize, büyük bir coşkuyla beyzbol topuna vurmanın ne kadar zor olduğundan bahseden beyzbol hocamızı sevgiyle hatırlıyoruz. O, beyzbol sopasını yuvarlak topa isabet ettirebilmenin yanlış bir hesaplamaya asla yer bırakmadığından bahsederdi; ona göre beyzbol, oyuncunun vücudunu küçük, yuvarlak ve yüksek hızla dönen nesneye sürekli olarak tepki veren ve uyum gösteren bir araç olarak kullanmasını gerektirirdi.

Beyzbolda iyi bir vurucu olmak bilgi, uygulama, kişisel duruşuna dair farkındalığı ve iyi el-göz koordinasyonu gerektirir. Benzer şekilde, klinik görüşmeler de bilgi, uygulama ve özfarkındalık gerektirir (el-ayak koordinasyonu tercihe bağlıdır).

Analojiyi biraz daha ileri götürürsek profesyonel bir görüşmeci olarak devamlı, daha önce hiç tanımadığınız kişilerle psikolojik, sosyal ve duygusal temas içinde olmalısınız. Genellikle de bunu, 50 dakika gibi kısa bir sürede başarmalısınız. Temas kurabilmeniz için kişilerin sahip olduğu pek çok farklı davranış tarzına karşı duyarlı ve hoşgörülü olduğunuz kadar, kendi fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, duygusal varlığınızın da farkında olmalı ve bu konuda da duyarlı olmalısınız. (Hangi süreç daha zorlu gözüküyor, beyzbol topuna vurmak mı klinik görüşme yapmak mı? Bir umut ışığı: Belirli bir yaştan sonra beyzbol topuna etkili vurma becerisi kaybediliyor ancak etkin görüşmede durum böyle değil.)

Özellikle klinik görüşmeciler için özfarkındalık (sadece kendinle ilgilenme ile karıştırılmamalı) olumlu bir özelliktir. Özfarkındalık görüşmecilere, kişisel önyargılarının ve duygusal durumlarının danışanlarını değerlendirirken nasıl etkili olabileceğini, görüşlerini potansiyel olarak nasıl çarpıtabileceğini anlamaları konusunda yardım eder. Buna ek olarak, danışanlar size karşı duygusal tepkiler gösterebilir (Örneğin kaygı, depresyon veya öfori). Danışanlara karşı duygusal tepkilerinizi hızlıca tanıyabilmek, iyi bir avantajdır. İyi görüşmeciler, görüşmeci-

danışan ilişkisine girmeden kendini ve kendi ilişkilerini anlamaya çalışır (Macaskill ve Macaskill, 1992; Norcross, 2000). Başarılı sporcuların, etkin performans göstermek için iyi bir beden farkındalığına sahip olması gerekiyorsa aynı şekilde, görüşmecilerin de ideal performans göstermek için iyi düzeyde psikolojik, duygusal ve sosyal farkındalığa sahip olması gerekir.

### Objektif Özfarkındalık

Ses ve video kaydı aracılığıyla sesinizi ve konuşma kalıplarınızı dinlemek; yüz ifadelerinizi, fiziksel hal-tavırlarınızı izlemek, kendinizi farklı bir bakış açısıyla görmenize yardım eder. Bu, hem kişisel hem de profesyonel olarak farkındalığınızın artması açısından önemlidir ayrıca kişisel ve profesyonel olarak da sancılı bir deneyimdir!

Ne yazık ki özfarkındalık aynı zamanda rahatsızlık verici ve paralize edicidir. Literatürde bu kavram *objektif özfarkındalık* olarak adlandırılır ancak birçoğumuz için bu durum kendimize dair bilinç/farkındalık olarak bilinir (Damsteegt & Christoffersen, 1982; Davis & Franzoi, 1999). Asıl mesele, özfarkındalığın çok fazla rahatsızlık yaratmadan ve kendine odaklanmadan nasıl geliştirilebileceğidir. Bu ikilemin en iyi çözümü ise kendini tanımak ve bunu klinik becerilerin artırılması yönünde olumlu bir adım olarak görmektir (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975; Bkz. Uygulamaya Geçirme 2.2). Başka deyişle ne kadar sancılı görülürse görülsün, kendi video kaydınızı sıkça izlemek iyi olacaktır.

Rahatsız edici olsa da kendinize dair farkındalığa sahip olmanız, mesleki hayatımız için önemli bir uygulamadır. Bunu yakın zamanda genç danışanlarla yaptığınız görüşmeleri eğitim amacıyla video ile kaydettiğim için kişisel deneyimlerimizden de biliyoruz. Görünümümüzün her ayrıntısı, her yüz ifademiz ve söylemeye çalıştığımız veya söyleyemediğimiz her şey, bir ıstıraba dönüşebiliyor. Onca görüşme ve eğitime rağmen, farkındalığın bu etkisini üzerimizden atmak hâlâ çok güç olabiliyor.

### Özfarkındalık Türleri

Özfarkındalık, birçok biçimde olabilir. İçerisinde fiziksel özfarkındalığı, psikososyal özfarkındalığı, gelişimsel özfarkındalığı, kültürel özfarkındalığı ve görüşmeyle ilgili beklentiler ile yanlış kanılarla ilgili farkındalığı barındırır. Bir sonraki bölümde bunlar üzerinde duracağız.

#### *Fiziksel Özfarkındalık*

Fiziksel özfarkındalık, ses özellikleri, beden dili, beden ölçüsü ve kişinin diğer fiziksel özellikleriyle ilgili farkındalığını kapsar. Bu –fiziksel açıdan– diğer insanla-

rı nasıl etkilediğinizle ilgili farkındalık kazanmanız bakımından özellikle önemlidir. Bazı kişilerin sesleri yumuşak, sıcak ve rahatlatıcıdır, bazıları ise daha otoriter bir izlenim yaratır. Kendi ses kaydınızı dinlemeyi ya da başkalarından bu kaydı dinlemelerini ve size geribildirimde bulunmalarını istemeyi deneyin.

Bazen görüşmecinin cinsiyeti de danışanların görüşmecilerle ilgili algılarını etkileyebilir. Örneğin, erkek görüşmecilerin, genel olarak daha mantıklı ve otoriter, kadın görüşmecilerin ise daha sıcak ve şefkatli oldukları ifade edilebilir (Basow, 1980). Bu kalıp yargılar doğru olabileceği gibi görüşmecinin o andaki tavrından çok danışanın veya görüşmecinin kadın-erkek ilişkileriyle ilgili deneyimleriyle de ilgili olabilir (Witt, 1997); her şekilde fiziksel özfarkındalığınızı etkileyen faktörleri dikkate almalısınız.

Deri rengi, sosyal ortamlarda, terapide veya görüşme kitaplarında direct olarak nadiren tartışılır. Tummala-Nara'nın (2007) vurguladığı gibi: "Deri rengi ile ilgili bir konuşmaya başlamak hem danışan hem de terapist için zor ve rahatsız edici olabilir çünkü bu konuşma çok çeşitli ve karmaşık anlamlara çekilebilir ve bazen de utanç duygusu taşır," (s. 267-268).

Bu rahatsız edicidir, çünkü araştırmalar insanların, koyu tenli insanlar için sıklıkla bilinçdışı veya farkında olmadıkları olumsuz çağrışımları olduğunu göstermiştir (Nosek, Greenwald & Banaji, 2005). Ancak bu çağrışımları ele alarak yanlılıkların ve ırkçılığın etkilerinin üstesinden gelebiliriz (Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 2.1'e bakınız)

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 2.1**

**Deri Rengi ile İlgili Konuşma**

12 yaşından büyük tanıdığımız hiçbir kimse deri rengi ile ilgili konuşurken kendini rahat hissetmiyor. Yine de araştırmalar birçok insanın bu konuda farkında olmadığı yanlılığı olduğunu gösterdiğinden, bu duygu yüklü konu ile ilgili konuşmanın, lisansüstü eğitim bağlamında yer alması gerektiğini düşünüyoruz. Bu nedenle aşağıda yer alan aktiviteleri öneriyoruz:

"http://implicit.harvard.edu/implicit" adresini tıklayın ve Açık Olmayan Çağrışımlar Testi'ni (Implicit Association Test) doldurun. Bu test, farklı renkteki insanlara dair farkında olmadığınız tutumunuzu değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Testi doldurmanızı ve sonuçları sınıftaki diğer arkadaşlarınızla tartışmanızı öneriyoruz.

Toleransı Öğretme Organizasyonu'nun (Teaching Tolerance.org) çokkültürlülük üzerine çok faydalı bir internet sitesi bulunmaktadır. Bu sitenin "Küçük Yaştan Başlayalım (Starting Small)" alt başlıklı bölümünde çeşit-

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 2.1 (devamı)**

li deri rengindeki ve farklı etnik kökene sahip çocuklar gösterilmektedir (http://www.tolerance.org/teach/resources/starting_small.jsp). Bu videoyu izlemek ve deri rengi aktivitesi için küçük bir grup oluşturarak bu konuyu tartışmak, yetişkinler için iyi bir egzersiz olacaktır.

Deri rengi, etnik köken ve diğer kültürel konuları doğrudan danışanlarla konuşabilmenin önemli olduğunu düşünsek de bu konuda dikkatli olunması gerektiğini de hatırlatmalıyız. Deri rengi, siyahi bir danışanla çalışan beyaz bir terapist tarafından doğrudan gündeme getirilirken dikkat gerektirir, çünkü terapist danışanlarla bunu konuşmadan önce kendisi bu konudaki sorgulamasını iyi yapmalıdır. Başlangıç düzeyindeki görüşmeciler için deri rengi, kültür, ırk ve etnik köken konuları önce sınıfta tartışılmalıdır ki seans esnasında bu konular rahatlıkla dile getirilebilsin.

**Uygulamaya Geçirme 2.2**

**Duyarsızlaştırma ve Objektif Özfarkındalık**

Objektif özfarkındalık, araştırmacıların ses ya da video kaydında kendinizi dinlemenin ve izlemenin getirdiği rahatsızlığı tanımlamak için ürettiği bir terimdir (Fenigstein, 1979). Bu rahatsızlık fiziksel özelliklerinizi (örneğin ses özellikleri, fiziksel görünüm, size özgü hal ve tavırlar) incelemeyle ilgilidir. Kendinizi dinlemek ya da izlemek, benlik bilincini ve ketlenmeyi de artıran yüksek özfarkındalığa yol açar. Görüşme kayıtlarınızı geri sarıp tekrar gözden geçirirken orta düzeyde bir rahatsızlık yaşamaya hazırlıklı olmalısınız. Açıkça söylemek gerekirse pek çoğumuz kendimizi –özellikle de ilk seferinde– videoda izlemekten nefret ederiz.

Kayıtta kendinizi gözlemlemek için her fırsattan yararlanın. Kendinizi tekrar tekrar izlemek, kendinizi izlerkenki rahatsızlığınızla başa çıkmanıza yardım edecektir. Hatta sonunda kayıtta çekici yönlerinizi bile tespit etmeniz mümkün olabilir. Aşağıda verilen öneriler objektif özfarkındalıkla ilgili çalışırken size yardımcı olabilir:

1. Görüşme seanslarınızda olabildiğince sık ses ve görüntü kaydı alın.
2. İsterseniz kayıtları önce kendi kendinize dinleyin ya da izleyin. Bu, çalışmalarınızı sınıfa sunarken daha rahat (ya da ne yazık ki daha rahatsız) hissetmenize yol açacaktır.
3. Kaydettiğiniz seansı izleyecek olan kişiye, belki de tüm sınıfa, kendinizi rahatsız hissettiğinizi itiraf edin. Grubun çoğu aynı durumda yaşadığı

**Uygulamaya Geçirme 2.2 (devamı)**

rahatsızlığı dile getirecek ve video kaydınızı sınıfa sunmak konusunda sizi yüreklendirecektir. Ayrıca güvendiğiniz kişilerle bu konudaki duygularınızı anlatmak da iyi bir başa çıkma stratejisi olacaktır.

4. Başkalarından gelecek olumlu ve olumsuz geribildirimlere açık olun fakat geribildirim istemiyorsanız bunu söylemek konusunda kendinizi rahat hissedin.
5. Birinin size verdiği geribildirimi tam olarak anlamadıysanız yeniden açıklamasını isteyin.
6. İnsanların verdiği geri bildirimlerin bazılarından hoşlanmasanız da, bu geribildirimlere katılmasanız da, onlara mutlaka teşekkür edin. Başkalarına nasıl göründüğümüzle ilgili doğrudan geri bildirim alabilmek oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. Kişisel gelişiminiz için bu fırsattan yararlanın.
7. Rogers (1961) ve Maslow'un (1970) önerdiği gibi, kendini gerçekleştiren veya tam işlevsellik gösteren kişi (Rogers, 1961, s. 173) "yeni deneyimlere açıktır". İyi görüşmeciler, benzer niteliklere sahiptir. Savunmacı olmanın, kazandıracağı hiçbir şey yoktur. Geribildirimlere karşı açık bir tutum benimseyin. Bu çok zor gelirse güvendiğiniz insanlardan destek alın.
8. Sınıfta güvenebileceğiniz birini belirleyemediyseniz birkaç seçeneğiniz var. İlk seçenek, denemeye devam edin. Bazen ısrar sonuç verir ve sınıf arkadaşlarınıza güvenmeye başlarsınız. Nihai hedefiniz kendi sınıfınızdan birini belirlemek olsa da grup dışından (arkadaş, meslektaş ya da terapist) güvenebileceğiniz birini bulmak da bir yöntemdir. Üçüncü seçenek, güvendiğiniz yeni bir grup veya birini bulmaktır. Bazı gruplar veya sınıflar, üyelerine empatiyle yaklaşmaz ve destek olmaz. Durumun böyle olduğundan eminseniz daha sağlıklı ortamlara yönelin. Diğer yandan gruptan ayrılmadan önce her zaman kendinizi gözlemleyin. Kendi tutumlarınızı değiştirebilmeniz ve grupta kalmanız mümkün olabilir.
9. Bir rahatlama tekniği öğrenin. Özfarkındalıkla birlikte gelen stresle ve kaygıyla baş etmek konusunda pek çok fiziksel ve zihinsel rahatlama yöntemi size yardımcı olabilir (Bkz. Davis, McKay, ve Eshelman, 2000; Kabat-Zinn, 1995).

*Psikososyal Özfarkındalık*

Psikososyal özfarkındalık başkalarının gözünden kendinizi nasıl gördüğünüzdür. Bennett'in bahsettiği gibi (1984), bu anlaşılması zor bir kavramdır: "Sosyal benliğin... tanımı zordur. Kişiler arası ilişkileri inceleyebileceğimiz bir ayna yoktur. Geribildirimlerin ve kişisel algılarımızın çoğu başkalarından gelir" (s. 276).

Psikososyal özfarkındalık, sadece başkalarının bizi nasıl gördüğü ile ilgili geribildirimlerle ve algılarla ilişkili değildir; bizim psikolojik, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarımızla ve başkalarının bizim hayatımızı nasıl etkilediği ile de ilişkilidir.

Maslow'un (1970) sıkça alıntılanan ihtiyaçlar hiyerarşisinde Maslow, tüm insanların temel fizyolojik ihtiyaçlarından bahseder: Güvenlik ihtiyaçları, özgüven ihtiyaçları, kendini gerçekleştirme ihtiyacı ve sevgi, kabul, aidiyet ihtiyaçları. İyi bir klinik görüşmeci öznel, psikolojik ve kişiler arası ihtiyaçların görüşmelerini, danışmanlık davranışlarını nasıl etkileyebileceğinin farkındadır. Psikososyal özfarkındalığı artırmanın bir yolu, bunu hayatınıza ve kariyer hedeflerinize bilinçli olarak yansıtmaktır. Kendinize şunları sorun:

- Benim için en önemli değerler neler?
- Yaşam hedeflerim neler? Hayattan gerçekten ne istiyorum ve neden? Günlük davranışlarım beni yaşam hedeflerime yaklaştırıyor mu?
- Kariyer hedeflerim neler? Danışman veya psikoterapist olmak istiyorsam bu amaca nasıl ulaşacağım? Neden danışman veya psikoterapist olmak istiyorum?
- Kendimi sadece birkaç kelime ile nasıl tarif ederim? Kendimi yabancı birine nasıl tarif ederim? Kendimle ilgili özellikle neleri beğeniyorum ve nelerden hoşlanmıyorum?

Güvendiğiniz arkadaşlarınızdan ve iş arkadaşlarınızdan başkalarında nasıl bir izlenim bıraktığınızla ilgili düzenli geribildirimler almak da özellikle önemlidir. Başkalarının sizi nasıl algıladıklarının bilincinde olmak, danışanın dış görünüşünüze bakarak yanlış değerlendirmelerde bulunmasını önlemenize yardımcı olacaktır.

## VAKA ÖRNEĞİ

*Danışan, belirli aralıklarla terapistini çok duygusuz olmakla suçlamaktaydı: "Hiçbir zaman bir duygunuz varmış gibi görünmüyorsunuz. Burada size içimi dökü yorum ve siz tahta gibi donuksunuz. Ben hiç mi umurunuzda değilim?" Sosyal-duygusal kimliğinden emin olmak için terapist, meslektaşlarından geribildirim aldı; meslektaşları ona nazik ve ilgili olduğu konusunda güvence verdi. Ayrıca, bu terapist, aynı dönemde, anlattıkları karşısında aşırı tepki vermesinden şikâyetçi olup onu sürekli "çok duygusal olmakla" suçlayan başka bir kadın danışanla da görüşmekteydi. Bu danışanların ikisi de ciddi düzeyde sorun yaşıyordu (başka deyişle psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalardı) ve algıları, kendi sorunları nedeniyle çarpıtılmıştı. Ancak daha az sorunlu danışanların da sizin fiziksel, sosyal ve duygusal benlik sunumunuzla ilgili algıları çarpık olabilir; iş arkadaşlarınızdan ve süpervizörlerinizden kişiler arası iletişiminizle ilgili geribildirim almadıysanız bu durum gerçekten can sıkıcı olabilir. Aktarım ya da parataksik çarpıtma olarak da bilinen bu süreci beşinci bölümde ele alacağız.*

Psikososyal benliğinizi değerlendirmenin diğer bir yolu da geleneksel psikolo-

jik testlerdir. Danışmanlık, sosyal çalışma ve psikolojideki birçok lisansüstü eğitim programında, bireysel veya psikolojik değerlendirme ile ilgili dersler mevcuttur. Bu dersleri aldığınızda kendinizi daha iyi keşfetmek için bu testleri uygulamanızı öneriyoruz. Testlerdeki performansınız hem ilginç hem de kaygı yaratan bir deneyim olabilir ama faydalı olacaktır.

*Gelişimsel Özfarkındalık*

Gelişimsel özfarkındalık, psikososyal özfarkındalık ile çok yakından ilişkili olsa da bu konunun ayrıca tartışılması gerekmektedir. Gelişimsel özfarkındalık, kişinin kişisel geçmişi ve kişisel gelişimini önemli ölçüde etkileyen belirli olaylara yönelik farkındalığı anlamına gelir. Herkesin benliğinin çok özel yönlerini tanımlayan en az birkaç canlı anısı vardır. Genellikle bu anılar, özellikle gelişimsel geçişlerde (örneğin ergenlik) yaşanan kişisel mücadeleleri, zaferleri ya da travmaları içeriyor olabilir.

Geleneksel psikanaliz yaklaşımında, kişiler arası ilişkilerle ilgili şahsi tarihinizi, çocukluğunuzdan başlayarak keşfetmeniz faydalı olabilir. Başkalarıyla ilişkilerinizdeki davranış örüntülerini gözden geçirmek ya da belki bu örüntülerdeki belirli tutarlılıkları açığa çıkarmak danışanlarınıza nasıl tepki vereceğinize ilişkin içgörü sağlayabilir. Sessizce oturup bugün bulunduğunuz yere gelmenizde önemli rolü olan kişileri (ve olayları) anımsayarak işe başlayabilirsiniz. Her kişiyi ve senaryoyu olabildiğince ayrıntılı bir şekilde kafanızda canlandırarak gidebildiğiniz kadar geriye gidin. Hatta şahsi tarihinizi kronolojik olarak listelemeyi ve psikososyal gelişim haritanızı oluşturmayı bile deneyebilirsiniz. Gelişimsel tarihinizi keşfetmenin bir diğer yolu da kişisel psikoterapidir (Greenberg ve Staller, 1981; Norcross, 2000).

*Kültürel Özfarkındalık*

Kendi kabilesinin diğer kabileler karşısında ya da kendi milletinin/ırkının başka millet ve ırklar karşısında doğuştan üstün olduğuna dair inanış, muhtemelen insanlık tarihi kadar eskidir (Zuckerman, 1990). Coğrafi izolasyon ve sonucunda gelişen soy içi üreme, halk arasında ırk özellikleri olarak tanımlanan, çeşitli insan gruplarının üyeleri arasındaki benzerliklerle sonuçlanmıştır. Zuckerman, bu özelliklerin süreklilik arz ettiğini ve türlerin ayrımı açısından sadece yüzeysel farklılıklara karşılık geldiğini ileri sürmektedir. Nasıl ki kültürler arasındaki benzerlikler farklılıklardan çoksa ırklar arası benzerlikler de farklılıklardan çok daha ağır basar (Sue & Sue, 2008).

O zaman neden farklı özgeçmişleri olan kişilerle çalıştığınızda dikkatli olmanız gerektiği savunulur? Kendinizi kültürel olarak tanımanız gerektiğine yönelik bu öğüt neden? Etkili görüşmeci ve terapistlerin, çokkültürlü olmayı istiyorsa diğer

kültürlerle ve geçmişleriyle ilgili bilgi sahibi olması gerektiğine duyulan inanç neden? Neyin uygun neyin uygunsuz, neyin doğru neyin yanlış –hatta neyin normal neyin anormal– olduğuna ilişkin fikirlerimizin bizim kültürel, dini, politik, cinsiyetçi yetiştirilme tarzımızdan oldukça etkilendiği gerçeğiyle yavaş yavaş yüzleşiyoruz. İki kişinin birbirini anlayıp anlayamayacağı, ırksal ya da kültürel geçmişlerinden çok, her birinin kendisine tanıdık gelen şeylerin doğruluğuna ve hatta üstünlüğüne ne kadar güçlü bir şekilde inandığıyla ilişkilidir. Başka kültürden gelen birini gerçekten anlamak, farklılıkları insan olmanın normal, ilginç boyutları olarak görmekle başlar ki bu, *kültürel görecelik* perspektifi ile oldukça tutarlıdır (Chipeniuk, 1995; Evanoff, 2004; Jameson, 2005).

Sosyal bilimciler, bizim *kalıp yargı (stereotyping)* dediğimiz kavramı birçok farklı açıdan incelemiştir. Önemli bulgulardan biri, kalıp yargıların kişinin diğer grupların üyeleriyle olan temasıyla ve deneyimleriyle ters yönde ilişkili olmasıdır. Sadece maruz kalmak bile kalıp yargıları tamamen ortadan kaldırmaya yetmese de farklı etnik kökenlerden gelen kişiler arasındaki kaygıyı azaltabilir ve daha olumlu tutumlar geliştirilmesini sağlayabilir (Stephan, Diaz-Loving ve Duran, 2000; Bkz. Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 2.2).

Çokkültürlülük, psikoloji ve danışmanlık alanında çok tartışılan bir konu olmaya devam etmektedir. Ayrıca, çokkültürlülük teorisine ve uygulamasına yönelik tartışmaların ateşli bir tartışmayla sonuçlanması da sık karşılaşılan bir durumdur. Son dönemde Stoll ve meslektaşları, Richard Stuart'ın çokkültürlü yetkinlikle ilgili bir makalesini el almış (Stolle, Hutz & Sommers-Flanagan, 2005; Stuart, 2005) ve Stuart'ın vurguladığı çokkültürlü yetkinlik yaklaşımının da ırksal ve kültürel yanlılığa kurban gittiğini ileri sürmüştür. Amerikan Danışmanlık Derneği ve Amerikan Psikologlar Derneği'nin çokkültürlü yetkinlik yaklaşımını desteklesek de bu kavramın yanlış anlaşılabileceğini düşünüyoruz. Uygulamacıların bu tür bir yetkinliğe tam anlamıyla ulaşılabileceğini varsaymalarından endişe ediyoruz.

Bu konuda Vargas (2004) ile aynı fikirdeyiz:

> Kültürel yetkinlik kavramı beni endişelendiriyor. Danışanlarıma kültürel olarak duyarlı davranmak için elimden geleni yapabilirim. Ancak kendime tam olarak "kültürel olarak yetkinim" diyebilir miyim? Kesinlikle hayır! Tüm çabama rağmen, hâlâ "Bir Çinli'nin dükkânındaki boğa" gibiyim (s. 428).

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 2.2**

**Kişisel Önyargılarınızı Keşfetme**

Kültürel, dini ve politik önyargılarınızı gözden geçirmek için zaman ayırın. Bunları, sınıfta kendi aranızda keşfetmeniz oldukça faydalı olacaktır. Sınıfta, kaçınız erkeksi özelliklerine atıfta bulunulan bir Tanrı'ya inandırılarak yetiştirildi? Kaçınız erdemli ve onurlu bir yaşam için fakirlere yardım edilmesi gerektiğine inandırılarak yetiştirildi? Kaçınız büyürken dakik olmanın ve sırada beklemenin zayıflık belirtileri olduğuna inandırıldı? Farklılaşan inançlar ve değerler listesi sonsuzdur. Konuyu daha da karmaşıklaştıran, sadece yetiştirilme tarzımızı, hatta şu anda neye inandığımızı değil, kültürel inançlarımızın başka birinin inancıyla etkileşimini de keşfetmemizin gerekmesidir. Nasıl olgunlaştık? Bizim bir zamanlar inandıklarımıza inananlara şu anda nasıl tepki veriyoruz? Kültürel özfarkındalık kazanmanın kolay bir yolu yok, fakat maruz kalma, içe bakış, tartışma, okuma ve hatta terapiyle önyargılarınızı ve kör noktalarınızı açığa çıkararak farklı kültürlerden gelen kişilerle daha etkin, daha hassas bir şekilde çalışabilirsiniz (Paniagua, 1998; Sue & Sue, 1987; Sue ve Sue, 2008).

*Görüşme Beklentileri ve Yanılgılarına Yönelik Farkındalık*

Görüşme yapmaya başlamadan önce, beklentilerinizi biraz daha derinlemesine keşfedin. Özellikle, bir klinik görüşmeci olarak kendinizden beklentileriniz hakkında düşünün. Kolaylıkla etkin ve başarılı olacağınızı mı düşünüyorsunuz, yoksa zorlanacağınızı ve hatta başarısız olacağınızı mı hayal ediyorsunuz? İlk defa biriyle görüşme yaptığınızı hayal ettiğinizde hangi görüntüler ve düşünceler aklınıza geliyor? Görüşmede nasıl davranacağınızla ilgili ne gibi yerleşmiş fikirleriniz var? İyi bir klinisyen şu tipte bir kişi olmalıdır gibi bir inancınız var mı? Bu meseleğe başlamakla ilgili duygularınızı, düşüncelerinizi ve beklentilerinizi bir kenara yazın.

## FİZİKSEL ORTAM

*Çevre yalnızca teşvik etmez ya da kışkırtmaz, aynı zamanda seçer. Çevrenin rolü, doğal seçilime/ayıklanmaya benzer şekilde, çok faklı zamanlarda ve benzer nedenlerle görmezden gelinmiştir. Çevrenin organizmaya sadece tepki vermeden önce değil o tepki verdikten sonra da ne yaptığını dikkate almalıyız. Davranış, sonuçları tarafından şekillenir ve sürdürülür. Bir kez bu durum kabul edildikten sonra organizma ve çevre arasındaki etkileşimi daha kapsamlı formüle edebiliriz.*

–B. F. Skinner, *Walden Two*

Görüşmeci ve danışan konuşmak için karşı karşıya geldiğinde, birçok çevresel faktör davranışlarını etkiler. Danışanı etkileyen en önemli uyaran görüşmec olsa da diğer fiziksel, dışsal faktörler de görüşme sürecini ve sonucunu etkiler Görüşmeciler bu değişkenlerin etkisiyle ilgili bilinçli olmalı ve klinik görüşmeler yapmadan önce bunların üzerinde dikkatlice düşünmelidir.

## Oda

Ne tür bir oda klinik görüşme için en uygundur?

Tabii ki sizin kontrolünüz dışındaki şartlar da görüşme için ne tür bir oda kullanacağınızı belirleyebilir. Birçok lisans programının ve bazı yüksek lisans programlarının özel görüşme odalarının yer aldığı tedavi klinikleri/merkezleri yoktur. Aslında, bazı görüşmecilerin odası bile yoktur; ünlü danışan-merkezli terapist Alfred Benjamin (1981), görüşmeleri çöldeki bir çadırda yaptığını söylemiştir. Bu kitabı okuyan birçok okuyucunun daha iyi imkânlara sahip olduğunu umuyoruz ancak koşullar ne olursa olsun, bazı konular özel dikkat gerektirmektedir.

Genellikle danışmanlık ve psikoterapi görüşmeleri bir odada yapılır ama bazı istisnalar vardır. Bazen davranış terapistleri (Fones, Manfro ve Pollack, 1998; Wells, 1997), kaygı azaltma veya tepki önleme tekniklerini uygulamak için danışanları kaygı yaratan doğal bir ortama sokabilir. Diğer bazı danışmanlık ve psikoterapi aktivitelerinin, danışan ile görüşmecinin dışarıda koşu yaparken, yürürken, dans ederken ya da rahat bir ortamda, mesela güzel bir günde bir ağacın altında otururken yapıldığı rapor edilmiştir (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Long, Granit & Barney, 2002; Malchiodi, 2005).

Biz ise klinik eğitimi alan öğrenciler için oldukça geleneksel ve muhafazakâr bir yaklaşımı benimsiyoruz. Özellikle başlangıç seviyesindeki görüşmeciler için görüşme odasını gerekli görüyoruz.

Oda için asgari şart, mahremiyettir. Profesyonel bir dekorasyon bir ölçüde önemlidir. İnsanlar, kişisel sırlarını veya en derin duygu-düşüncelerini kantinde kahve içerken dile getirmeyi tercih etmez, en azından bugüne kadar tanıdığımız danışanlar tercih etmedi. Öte yandan, kendinizi profesyonel olarak sunmaya çalışırken kalın perdeli bir pencere önündeki kocaman bir ofis masasının arkasına saklanmanız da gereksiz olacaktır. Görüşmeyle ve ofis seçimiyle ilgili birçok faktör etkili olsa da oda seçiminde profesyonel bir resmiyet ve gündelik konfor arasında bir denge kurmak en iyisidir. Odayı profesyonel kimliğinizin bir parçası olarak düşünmelisiniz. İlk görüşmede en temel amacınız, danışana *güven* ve *umut* aşılamak, olumlu/uyumlu bir ilişki kurmak ve danışanınızın rahat konuşmasını sağlamaktır. Odanız bu amaca hizmet etmeli.

Görüşmenin meydana geldiği atmosferi yaratmaktaki ve planlamadaki temel mesele kontroldür (Bkz. Uygulamaya Geçirme 2.3). Görüşmeci, danışana sandal-

ye seçimi gibi konularda seçenekler sunabilir ama genel olarak ortamın kontrolü görüşmecide olmalıdır.

Klinik görüşmeleri günlük karşılaşmalardan ayıran pek çok unsur vardır. Bu ayrımlardan biri, görüşmeye ayrılan zamanın belirli olması ve görüşmenin amaca uygun yapılmasıdır. İş görüşmeleri ya da günlük konuşmalarda kesintilerin olması hoş görülebilir ve hatta hoş karşılanabilir ancak danışmanlık ve psikoterapi açısından bu doğru değildir. Böyle kesintiler neredeyse kabul edilemez. Eğitim kliniklerinde, görüşmecilerin seanstayken rahatsız edilemeyeceğini temizlik görevlilerinden süpervizörlere kadar herkes bilir. Sekreter seans sırasında odaya girmeyi düşünmez bile; aslında hem öğrenciye hem de danışana duyduğu saygıyla öğrencilerin danışanlık yaptığı saatleri gözetir.

Klinik görüşmelerin yer ve zaman ayarlaması önceden düzenlenmelidir. Mahremiyetin sağlandığı ortamı temin edemiyorsanız rahatsız edilme ihtimalini azaltmak için kapıya "Rahatsız Etmeyin" ya da "Seans Devam Ediyor" yazan bir not koymalısınız. Ek olarak telefonun sesi veya telesekreter kapatılmalıdır; böylece danışanınız çok kişisel bir konuyu paylaştığı sırada, telesekreter, "Merhaba, aradığınız kişi..." diyerek haykırmayacaktır.

Sırada başka önemli bir uyarı daha var: Görüşmeci, görüşmenin bölünmeyeceğinden emin olmak için her türlü makul önlemi almalıdır ancak kapıyı kilitlemesi kesinlikle önerilmez. Kapıyı kilitlemekten uzak durulmasının pek çok nedeni vardır. Örneğin, dürtü kontrolü zayıf olan ve çabuk sinirlenen biriyle mülakat yaparken doğrudan çıkış yolunun olması ve bu yolun açık bırakılması en iyi seçenektir. Böyle bir çıkışı kullanmaya ihtiyaç duymamanızı umuyoruz fakat böyle bir çıkışın var olduğunu bilmek kendinizi daha iyi hissettirecektir. Ayrıca kilitli kapı, bir nevi yakın ilişkiyi ima ettiğinden bazı kişilerin hiç beklemediğiniz anlamlar yüklemesine sebep olabilir. Özetlemek gerekirse sakin, rahat, korumalı mı? Evet. Kilitli mi? Hayır.

**Uygulamaya Geçirme 2.3**

**Görüşme Ortamını Kontrol Altında Tutma**

Şu senaryo ile karşı karşıya kaldığınızı düşünün: Görüşme yapacak öğrenci, gönüllü danışanı arar:

"Merhaba, Sally Sampson'la mı görüşüyorum?"

"Evet, benim."

"Sally, benim adım Beth McNettle ve ben 443 kodlu Görüşme dersini alıyorum. Psikoloji 101 dersinde bu görüşmeye katılarak ek not almak için kayıt yaptırmışsın. Bu nedenle görüşmeye davet ederek zamanını belirlemek için aradım."

**Uygulamaya Geçirme 2.3 (devamı)**

*"Tabii ki. Sorun değil. Ama neredeyse final haftası başlıyor ve ben* çok *meşgulüm."*

"Ah, evet. Ben bunu bu dönem içinde olabildiğince erken yapmak istiyordum ama... Hımm, evet, zaman bulup bulamayacağımıza bir bakalım."

Oldukça uğraştıktan sonra ikisi için de uygun olan bir zaman bulur.

Ne yazık ki Beth odanın zaman çizelgesini kontrol etmeyi unutmuştur ve karar verdikleri zaman için uygun bir oda yoktur. Sally'yi tekrar arar:

"Sally, yine Beth McNettle. Üzgünüm ama belirlediğimiz zaman için uygun bir oda yok."

Sally biraz sinirlenmiştir ve bu sesinden belli olur. Beth kendini üzgün, borçlu ve biraz da umutsuz hissetmektedir. Dönemin bitmesine sadece bir hafta vardır. Diğer seçeneklerle ilgili konuşurlar. Beth, "Belki başka birini aramalıyım," önerisinde bulunur.

Sally buna karşı çıkar:

*"Hey, bak, ben bunu gerçekten yapmak istiyorum. Bu ek puana ihtiyacım var. Neden odama gelmiyorsun? Ben burada kampüsteki yurtta kalıyorum."*

Beth kuralları ihlal ettiğini bilerek isteksizce Sally'nin yurdunda görüşme yapmaya razı olur. Sonuçta, bu sadece bir ödevdir, değil mi? Görüşmeyi güzel, sessiz yurt odasında yapmakta ne gibi bir sorun olabilir? Mülakatı nerede yaptığını kim, nereden bilecektir? Ayrıca, Sally'yi evine davet etmekten daha iyidir, değil mi? Beth kendileri için bir oda olacağından emin olmak amacıyla Sally'yi arar. Sally, rahatsız bir sesle, "Sorun yok" der.

Ertesi gün, Beth gelir. Akşama doğrudur. Görüşme için belirlenen saat yurt sakinlerinin sessiz çalışma saatlerinin dışında ve final stresini üzerlerinden atmak için oldukça fazla gürültü yaptıkları zamana ayarlanmıştır. Grateful Dead, Madonna ve Pearl Jam müziklerinin havada uçuştuğu ortamda yer bulabilmek için adeta yarış vardır. Kokusu dışında pek bir sorun teşkil etmese de Sally'nin aynı koridorda kalan arkadaşı saçlarına perma yaptırmaktadır ve her nasılsa Sally'nin dijital saati perma zamanını ayarlamak için kullanılmaktadır. Aslında Beth ve Sally dışında odada kimse yoktur fakat çok sayıda kesinti vardır ve ikisi Sally'ye olmak üzere toplam altı kez telefon çalar.

Ne yazık ki bu gerçek bir hikâye. Beth, kural ihlalini ve yaşadığı "korkunç" deneyimi rapor etme cesaretini göstermiştir. O, Sally ile anlamlı bir iletişim kurmadaki üzücü başarısızlığını süpervizörü ile paylaşmış ve kontrolü kaybettiğini hissettiğini kabul etmiştir. Aşırı bir örnek olsa da görüşme ortamıyla ilgili düzenlemelerin önemini göstermektedir. Kontrol kaybı kolaylıkla deneyimlenebilir.

Bazen tüm çabamıza rağmen kesintiler olabilir. Esasen, üç çeşit kesinti vardır. İlki, kasıtsız ve kısa kesintilerdir. Örneğin, yeni bir ofis yöneticisi veya eğitim almamış bir personel kapıyı çalabilir veya mahremiyetin önemini bilmeden içeriye girebilir. Bu gibi durumlarda, görüşmeci davetsiz misafire toplantının özel olduğunu kibarca bildirmelidir.

İkincisi, birkaç dakikanızı alacak ilgilenilmesi gereken meşru kesintilerdir. Örneğin, yedi yaşındaki kızınızın okulunun sekreteri, çocuğunuzun hasta olduğunu ve okuldan alınması gerektiğini söylemek için ofisinizi arayabilir. Bu kesinti, görüşmecinin çocuğu alabilecek bir arkadaşıyla veya aile üyesiyle iletişime geçmesi için beş dakika gerektirir. Bu durumda, görüşmeci, danışanı oturum, kısa bir mola vermeleri gerektiği konusunda bilgilendirmeli, danışandan özür dilemeli ve ardından telefon görüşmelerini yapmalıdır. Oturuma döndüğünde, görüşmeci tekrar özür dilemeli, oturumda kaybettikleri zamanı telafi etmeyi önermeli (örneğin, "Bugün fazladan bir beş/on dakika kalabilir misiniz?" ya da "Kaybettiğimiz beş dakikayı sonraki oturumda tamamlamamız sizin için uygun mu?" diye danışana sorulmalıdır) ve görüşmeye kaldığı yerden, olabildiğince rahat bir şekilde devam etmeye çalışmalıdır.

Üçüncü kesinti türü, başka bir yerde bulunmanızı gerektiren, kişisel veya mesleki açıdan acil bir durumla ilgili haber gelmesidir. Böyle bir durum olursa görüşmeci görüşmeyi sonlandırdığı için özür dilemeli, hiçbir ücret almadan yeniden planlamalıdır (veya yarıda kesilen oturum için parayı iade etmelidir). Kişinin kuramsal yönelimine bağlı olarak danışana bu acil durumla ilgili açıklama yapmak gerekli ve uygun olabilir ya da olmayabilir.

Genellikle sakin, açıklayıcı şu ifade yerinde olacaktır:

> "Özür dilerim ama ertelenemeyecek, acil bir durum sebebiyle ayrılmam gerekiyor. Beni anlayışla karşılayacağınızı umuyorum. Yeniden görüşme için bir plan yapalım. Bu çok olağandışı bir durum, verdiğim rahatsızlık sebebiyle de son derece çok üzgünüm."

Ayrılışınızla ilgili genel bilgi vermek, danışanlarınızın merakını ve endişesini genellikle yatıştırır.

Genel olarak kesintilerle baş etmek konusunda kritik özellikler şunlardır (a) soğukkanlı bir duruş ve problem çözme yeteneği, (b) kesinti için özür dileme ve (c) danışanın görüşmede kesinti nedeniyle kaybedilen zamanını telafi etme. Kesinti meydana geldiğinde görüşmeci not alıyorsa ayrılmadan önce o notların güvenli bir dosyaya yerleştirildiğinden veya ofis yöneticisine verildiğinden emin olmalıdır.

## Oturma Düzeni

Görüşmelerle ilgili eğitim verirken öğrencilere her zaman, görüşme sırasında iki kişinin nasıl oturması gerektiğini soruyoruz. Öğrencilerin bu soruya verdiği cevapların çeşitliliği ise şaşırtıcı. Bazı öğrenciler yüz yüze oturma düzenini öneriyor, bazıları kendileri ve danışan arasında bir masa olmasını istiyor bazıları ise danışan ve görüşmecinin rahatsızlık duymadan bakışlarını uzağa çevirebilmeleri için 90-120 derecelik bir açıyla oturmayı tercih ediyor. Birkaç öğrenci ise, bazı psikanalitik yönelimli psikoterapistlerin hâlâ danışanı kanepeye yerleştirerek terapistin danışanın görüş açısı dışında ve arkasında oturduğuna işaret ediyor.

Bazı eğitim kliniklerinde oturma düzeni zaten önceden belirlenmiş olabiliyor. Örneğin, eski kliniğimizde iki veya üç tane görece sade ahşap sandalye ve tek bir yumuşak, yarı yatar koltuk vardı. Teorik olarak, yumuşak yarı yatar koltuk danışanların kendilerini özgürce ifade edebileceği, rahat ve dinlendirici bir alan sağlar. Yarı yatar koltuk ayrıca gevşeme tekniklerini öğretmek, hipnotik uygulamalarda kullanmak ve serbest çağrışım açısından da mükemmel bir koltuk olabilir. Ne yazık ki danışanlara tahsis edilen böyle bir koltuk özellikle ilk seanslarda rahatsızlık yaratabilir. Böyle bir düzenlemeyi kullanan eğitim kurumunda, tahmin edilebileceği gibi danışanlar seçilen koltuktan kaçınırlar veya tahtaya oturuyormuş gibi hissettiklerinden yakınabilir.

Bazı faktörler oturma düzeniyle ilgili seçimleri belirler. Görüşmecinin kuramsal yönelimi, bu faktörlerden biridir. Psikanalistler genellikle kanepeleri, davranışçılar genellikle yarı yatar koltukları seçer; kişi-merkezli terapistler ise genellikle statü ve konfor bakımından eşit olmanın önemini vurgular. Daha önce söz edilen oturma düzeni ile ilgili eğitim verdiğimiz sınıflarda, öğrencilerin oturma düzeniyle ilgili önerileri ve kişilik özellikleri arasında istikrarlı bir bağ olduğunu fark ettik. Girişken öğrenciler, karşılıklı oturma düzenini daha çok tercih ederken kontrol odaklı öğrenciler sıklıkla kanepe veya oturma koltuklarını yeğlemekteydi. Hangisinin en iyi hissettirdiğiyle ilgili fikir sahibi olabilmek için farklı oturma düzenlerini deneyebilirsiniz. Ama bu, her zaman sizin en iyi hissettiğiniz oturma düzenini *seçmeniz* gerektiği anlamına gelmez; yine de tercihlerinizi keşfetmek hususunda oldukça aydınlatıcı olabilir. Danışanlarınızın tercihlerine karşı her zaman duyarlı olmalısınız; ikinizi de daha iyi ya da daha kötü hissettiren oturma düzenleri olabilir.

Genellikle ilk görüşmelerde, görüşmeci ve danışan birbirleriyle 90 ile 150 derece arasında bir açı olacak şekilde oturmalıdır. Benjamin (1981), böyle bir oturma düzeninin gerekçesini oldukça güzel bir şekilde ifade etmektedir:

> Birbirlerine yakın, 90 derecelik bir açıyla yerleştirilmiş, yakınında küçük bir masa ve eşit derecede rahat olan iki sandalyeyi tercih ederim. Bu düzen benim için en

iyisidir. Danışan bana bakmak istediğinde bunu yapabilir ve diğer zamanlarda ben onun bakış açısına girmeden, tam karşıya bakabilir. Ben de aynı şekilde engellenmemiş olurum. Yakındaki masa, normal işlevini yerine getirir, kullanılmadığında ise hiç kimseyi rahatsız etmez (s. 3).

90 derece açılı oturma düzeni güvenli ve gelenekseldir. Genellikle kimseyi rahatsız etmez. Bununla birlikte, birçok görüşmeci (ve danışanlar) daha geniş bir açıyı tercih eder (120 derecelik bir açı olabilir); böylece danışana yüz yüze olmasa da daha doğrudan bakabilir.

Bazı durumlarda, danışanlar sandalyeyi farklı bir konuma taşıyarak önceden oluşturduğunuz oturma düzenini bozabilir. Genellikle görüşmecilere herhangi bir oturma düzeni üzerinde ısrar *etmemesi* önerilir. Danışan, planlanmamış veya olağandışı bir oturma düzeninde rahat görünüyorsa danışanın bu seçimi yapmasına izin verin, bu davranışı bir kenara not alın ve görüşmeye devam edin. Bir danışan (genellikle çocuk veya ergen), ofiste uygun ya da iletişime açık bir konumda oturmayı pervasızca reddediyorsa genel kurallarda bir istisna yapılabilir.

Bu genel kurala istisnalar olabilir, özellikle danışan (genelde çocuk veya ergen) ısrarcı biçimde odada uygun veya öngörülen bir pozisyonda oturmak istemediğinde, nazik şekilde danışana 2 veya 3 sandalyeden birini seçmesinde ısrar edilebilir. Bu konuya ilerleyen bölümlerde tekrar döneceğiz.

### Ofisteki Dağınıklık ve Düzen

Her yere peşimizden taşıdığımız eşyalarımız olabilir. Bazıları derli topluyken bunlardan bazıları dağınık şekildedir. Bazıları göze hoş, enteresan gelebilir.

Yazalardan biri (John) sıklıkla kendini, bir sonraki terapi seansına hazırlanırken, başlamadan hemen once ofisinin tamamen karman çorman bulurken hayal ediyor. Giysiler, CD'ler, kâğıtlar etrafa yayılmış... Son dakikada, danışan gelmeden hemen önce odayı düzenlemeye çalışıyor, kâğıtları ve giysileri masanın altına atıveriyor. Ne yazık ki temizleme ve düzenleme işi tam anlamıyla hiçbir zaman bitmez ve danışan odaya geldiğinde, ortada açıklanması gereken evrak ya da eşyalar olur.

Bu tür hayalleri duyan bazılarınız, John'un bu durumunu, terapi esnasında ortaya çıkan psikolojik bir yükün olduğu ve ele alınması gerektiği şeklinde yorumlayabilir. Bu yaklaşım doğru bile olsa John'un ofisini tertipli ve düzenli tutmanın ötesinde daha önemli konuları olduğu da doğru olabilir (her ne kadar John kirli eşyalarını ofiste tuttuğunu ciddi biçimde inkâr etse de). Buradaki en önemli nokta, ofisteki düzenin istemli biçimde sürdürülmesidir.

Ofisinizin kişiliğiniz ve değerlerinizi yansıttığını unutmayın. Bilinçli olarak ofisinizi tasarlayabilirsiniz. Birçok insanın kendini rahat hissedeceği bir ofisi hayal

edebilirsiniz. Örneğin, yerli Amerikalı danışanlarla çalışan terapistler, ofislerine bazı dikkate değer dekor malzemeleri yerleştirmeyi isteyebilir; her ne kadar dikkate değer ve çokkültürlülüğe duyarlı sanat eserleri, gerçek bir çokkültürlü yetkinlik, maruz kalma, eğitim, deneyim ve süpervizyon yerine geçmese de.

### Not Alma

Birçok terapist ve yazar not alma konusu üzerinde tartışmaktadır (Benjamin, 1987; Levine, 2007; Pipes ve Davenport, 1999; Shea, 1998). Bazı uzmanlar görüşmecilerin sadece oturum sona erdikten sonra not almasını önerse de bazı uzmanlar görüşmecilerin mükemmel hafızalarının olamayacağına işaret etmektedir. Yine de oturumun kayda alınması önerilebilir (Benjamin, 1987; Shea, 1998). Asıl önemli olan, bazı durumlarda not alma eylemi danışanı rahatsız ederken bazı durumlarda, bu eylemin uyumu ve görüşmecinin güvenilirliğini artırabilmesidir (Hickling, Sison ve Radetsky, 1984). Danışanların not almaya karşı tepkileri, genellikle onların iç psişik meselelerinin, kişiler arası dinamiklerin, not alma davranışıyla ve not alırken görüşmecinin yöntemiyle ilgili daha önceki deneyimlerinin ürünüdür. Danışanın not almaya karşı tepkisini önceden tahmin edemeyeceğinizden, seans sırasında not almaya başlarken bir açıklama yapmalısınız. Shea (1998), şu yaklaşımı önermektedir:

> Görüşme bir ivme kazanmadan not defterini genelde elime almam. Yazmaya başladığımda, saygımın bir göstergesi olarak danışana, "Her şeyi doğru hatırladığımdan emin olmak için bazı notlar alacağım. Sizin için sakıncası var mı?" diye sorarım. Danışanlar nezaketin basit bir göstergesi olan bu işarete oldukça hoş bir biçimde karşılık verir gibi gözükür. Ayrıca amacın açıkça belirtilmesi, bazen danışanların not alırken klinisyenlerin onların her düşüncesini ve hareketini delice analiz ettiği öngörüsüyle ilgili paranoyalarını da azaltabilmektedir (s. 180).

Görüşmecilerin, kibar bir şekilde not alacağını söyledikten sonra nazik ve anlayışlı bir şekilde görüşmeye devam etmesi gerektiği fikri yerinde görünmektedir. (görüşmeci, her zaman, danışanı not almaktan daha fazla önemsemelidir). Fakat görüşmelerinizi not alarak ve not almadan, iki farklı biçimde yaparak kendinizi sınayabilirsiniz. Seans sırasında, not aldığınızda ve almadığınızda kendinizi nasıl hissettiğinizi keşfetmeniz önemlidir.

#### *Not Alma Kuralları*

Aşağıdaki liste genel not alma kurallarını özetlemektedir.

- Not almanın, görüşmenin akışını veya uyumunu etkilemesine asla izin ver-

meyin. Her zaman danışanınıza, notlarınıza gösterdiğiniz ilgiden daha fazlasını gösterin.

- Danışanlarınıza not alma amacınızı açıklayın. Mükemmel bir belleğe sahip olmamakla ilgili bir yorum, genellikle yeterli olacaktır. Diğer yandan, bazı danışanlar not almadığınızda hayal kırıklığına uğrar; onlara neden not almamayı tercih ettiğinizi açıklayın.
- Notlarınızı asla gizlemeyin, kapatmayın, danışanlarınıza notlarınızın onlar için erişilemez olduğunu ya da olması gerektiğini ima edebilecek şekilde davranmayın.
- Not defterinize danışanınızın okumasını istemeyeceğiniz şeyler yazmayın. Bunun anlamı, olaylara bağlı kalmanız gerektiğidir. Kendinize saklamak istediğiniz kişisel gözlemlerinizi yazarsanız, emin olun, danışanınız ne yazdığınızı okumak isteyecektir. Paranoid özelliklere sahip danışanlar yazdıklarınızla ilgili çok şüpheci olacaktır ve notlarınızı okumanızı isteyebilir; daha aşırı durumlarda ise basitçe ayağa kalkıp notlarınızı elinizden kapabilir (ya da not defterinize göz atmaya çalışabilir).
- Danışanlarınız yazdıklarınızı görmek isterse onların endişelerini sorgulayın ve onlara yazdıklarınızı okuma önerisini sunun. Sadece çok ender durumlarda danışanlar böyle bir teklifi kabul eder. Ancak danışan bunu yaparsa bir önceki kurala uyduğunuz için memnun olacaksınız.

### Ses ve Video Kaydı Kuralları

Video veya ses kayıt cihazları ile seansı kayıt altına alacaksanız bunu olabildiğince sessiz sedasız yapmanız gerekir. Genel olarak ne kadar rahatsanız ve kayıt aletleriyle ilgili siz ne kadar rahat konuşursanız danışanlar da kayıt edilmek konusunda o kadar rahat hissedecektir. Bunu söylemek, yapmaktan daha kolaydır çünkü görüşmeci olarak siz de kaydın yeniden gözden geçirilmesi sürecinde daha yakından gözlemleneceksiniz; bu nedenle siz kayda alınma konusunda danışanınızdan daha kaygılı olabilirsiniz. Danışanınızı (kendinizi değil) rahatlatmak için şunu söyleyebilirsiniz:

> "Bu oturumu kaydetmek zorunda olmamızın temel nedeni, süpervizörümün beni çalışırken gözlemleyebilmesi. Bu, sizin mümkün en iyi hizmeti aldığınıza ve benim danışmanlık becerilerimi etkili bir şekilde kullandığıma dair bilgi sahibi olmamıza yardım edecek."

Seansı ses veya video kaydına almayı planlarken kayıt cihazını açmadan önce, danışanınızın iznini almalısınız. Genellikle bu izin, yazılı bir onam formu ile alınır. Bu form, birçok açıdan önem taşır. Danışanın bilgisi dışında kayıt almak mah-

remiyetin ihlalidir ve ayrıca danışanın güvenini sarsar. Bu kaydın gelecekteki olas kullanımları, nasıl saklanacağı ve sonunda nasıl imha edileceği ile ilgili etik v yasal nedenleri açıklamak da önemlidir.

### VAKA ÖRNEĞİ

*Yeni bir danışan almak üzere olan öğrenci, danışan görüşme odasına girmeden video kayıt cihazını çalıştırmaya karar verdi. İlk önemli materyali kaydettikten sonra danışanla kayıt konusunu konuşabileceğini düşündü. Beklendiği gibi danışan kayda alındığını öğrendiğinde mahremiyetinin ihlal edilmesiyle ilgili çok öfkelendi ve görüşmeye devam etmeyi reddetti. Dahası danışan, hiçbir savunmaya yer bırakmayan, cezalandırıcı bir nutuk çekti (ve tabii ki görüşmeci, kendisine çekilen bu nutku da rahatlıkla kaydetmişti). Bu öğrenci farkında olmadan görüşmenin başında güveni ve uyumu yok edecek en iyi yöntemi uygulamıştı. Görüşmeyi kayda almakla ilgili onamı almadığı için tabii ki başarısız oldu.*

Kayda almakla ilgili son bir gözlem daha: Şu ana kadar yaptığınız en iyi gö rüşmeyi kaydederken kaçınılmaz olarak cihazda ufak bir problem olduğunu v bu nedenle düzgün bir şekilde kaydedilmediğini ya da hiç kaydedilmediğini fa edebilirsiniz. Diğer yandan, unutmak isteyeceğiniz bir görüşme yaparken cih mükemmel bir şekilde çalışacaktır ve bu, süpervizörünüzün yakından inceleme isteyeceği bir seans da olabilir. Murphy Kanunları'ndan dolayı, siz siz olun, tü seanslardan önce kayıt cihazını kontrol edin.

## PROFESYONEL VE ETİK KONULAR

Gerçek ya da örnek görüşmeleri yapmadan önce, görüşmeci, çok sayıda me leki ve etik konuya dikkat etmelidir. Acemi görüşmeciler, genellikle, profesyon giyim, kendini ve görüşme konusundaki yetkinliğini (veya bunun yokluğunu) r hatça ortaya koyma, zaman sınırlamasıyla baş etme, gizlilik gibi konularla ilg tartışma mücadelesi verir. Bu bölümün geri kalanı, mesleki ve etik sorunlarla etk bir şekilde nasıl baş edilebileceğine odaklanacaktır.

### Kendini Sunma

Başarılı bir mülakat için siz birincil araçsınız. Görünümünüz ve danışanları za kendinizi sunuş şekliniz, profesyonel klinik görüşmenin önemli bileşenleri dendir.

#### *Kişisel Bakım ve Kıyafet*

İlk klinik görüşmenizde nasıl giyineceğinize karar vermeniz zor olabilir. B

öğrenciler bu konuyu görmezden gelir; bazıları doğru kıyafeti giymeyi takıntı haline getirir. Nasıl giyineceğiniz sorusu daha büyük bir gelişimsel meselenin göstergesi olabilir: Kendinizi bir profesyonel olarak ne kadar ciddiye alıyorsunuz? Ergenlik dönemi kıyafetlerinden kurtulma zamanı mı yoksa bir mürebbiye gibi giyinmek mi istiyorsunuz? Ailenizin ya da arkadaşlarınızın da size önereceği gibi üç parçalı, ağır takım elbisenizi giyinip kuşanıp olgun bir gerçeklikle mücadeleye soyunma vakti mi? Endişelenmeyin. Size nasıl giyinmeniz gerektiğini anlatmakla ilgilenmiyoruz. Üzerinde duracağımız nokta özfarkındalık. Sadece kıyafetlerinizin başkalarını nasıl etkileyebileceğinin farkında olun. Siz bu konuyu önemsemeseniz bile danışanınız –ve umarız– süpervizörünüz önemseyecektir. Kıyafet seçiminiz ve kişisel bakımınız, danışanınızla iletişim kurma şeklinizin ve süpervizörünüzle aranızdaki çatışmanın kaynağı olabilir.

Kısacık ve rengârenk saçları, zamanla kulak memesini uzatma ihtimali yüksek, büyük küpeleri ve tuhaf eşarpları, yelekleri, kazakları, koşucu taytları ve sandaletleriyle kendine özgü stili olan bir öğrencimiz vardı. Kalabalıkta hemen göze çarpıyordu. Onun, depresyon sebebiyle kliniğe gelen orta yaşlı bir çiftçi, disiplinle ilgili sorunları olan bir anne-oğul, belediye başkanının oğlu ya da kızı üzerindeki etkisini düşünün. Nasıl olursa olsun, önemli nokta şu ki bir etkisi muhakkak olacaktır. Giyim nötr olamaz; neredeyse her zaman bir tepki uyandırır. Görüşmecinin alışılmadık kıyafet seçimlerinin etkisi bir şekilde azalabilir fakat bu kritik konulara ayrılacak zaman ve enerjiden çalabilir (Bkz. Uygulamaya Geçirme 2.4).

İnsanların hızlıca ilk izlenim edinmelerine ve bu ilk izlenimlerin genelde doğru olmaması ihtimaline rağmen, danışanlarınız yine de, nasıl göründüğünüze ve ne giydiğinize göre sizi değerlendireceklerdir (Dacy & Brodsky, 1992; Gladwell, 2005; King & Pate, 2003; Lennon ve Davis, 1990). İlk tepkiler, çoğunlukla olumlu ya da olumsuz duygusal reaksiyonlar şeklinde olabilir.

Klinik görüşmeci olarak amacınız, ilk izlenimin avantajından yararlanacak şekilde kendinizi sunmaktır. Danışanınız açısından, kıyafetiniz ve kişisel bakımınız aranızdaki uyum, güven ve yetkinliği besleyen, yararlı bir bilgi kaynağı olacaktır. Daha geleneksel bir tutumla en azından, kendinizi sunma şeklinizin karşınızdaki kişi üzerinde etkisi olduğuna yönelik anlayışın bilincine varmalısınız.

**Uygulamaya Geçirme 2.4**

**Başarı İçin Giyim**

Moda söz konusu olduğunda, herkesin bir görüşü ve (neredeyse) herkesin kendine özgü beğenileri vardır. Ne yazık ki klinik görüşme, sizin eşsiz moda zevkinizi serbestçe göstereceğiniz en uygun yer olmayabilir.

Eğitmeniniz veya süpervizörünüz, profesyonel bir görüşme sırasında

**Uygulamaya Geçirme 2.4 (devamı)**

ne giymenin uygun olduğu ve olmadığı konusunu gündeme getirmiyorsa sadece eğlence için bile olsa bunu siz gündeme getirin. İşte eğitmeninizle/süpervizörünüzle ya da sınıf arkadaşlarınızla tartışmanızı hararetlendirebilecek birkaç soru:

- Erkek görüşmeci için küpe veya atkuyruğu saç kabul edilebilir mi?
- Erkekler ne zaman kravat takmalıdır?
- Şort, terapi için uygun bir kıyafet olabilir mi?
- Pantolon giymek, kadın görüşmeci için sorun yaratır mı?
- Konu etek uzunluğu ve kadın görüşmeci olduğunda, ne kadar kısa olmalıdır?
- Peki, kadınların bluz ve üst giyimlerinde ne kadar açık bir yaka uygundur ve Erin Brockovich makul bir standart mıdır?

*Referansları Sunma*

Özellikle öğrenciler, danışanlarına kendilerini tanıtmakla ilgili zorluklar yaşar. Kendinizi öğrenci olarak tanıtmak, görüşmede gündeme gelen ya da en azından akıldan geçen, "Yani ben, sizin kobayınız mıyım?" gibi olumsuz soruları ve yorumları beraberinde getirebilir. Öğrencilere en iyi tavsiye, isimlerini, soyisimlerini, eğitim durumlarını danışanlarına açık ve net bir şekilde belirtmeleridir. Örneğin, "Adım Holly Johnson ve klinik psikoloji alanında lisansüstü eğitim programının dayım" ya da "Master programında öğrenciyim" ya da "İleri görüşme teknikleri konusunda eğitim alıyorum" gibi. Bu girişten sonra biraz durmalısınız ve danışanınıza referanslarınızla ilgili soru sorma imkânı vermelisiniz. Danışan bir soru sorarsa lafı dolandırmadan ve savunmaya geçmeden ona cevap verin. Görüştüğünüz kişiler, ister rol yapan gönüllüler ister gerçek danışanlar olsun fark etmez, siz her zaman statünüzü açık ve dürüst bir şekilde danışanınıza bildirin. Referanslarınızı abartarak kendinizi yanlış tanıtmanız, etik bir ihlaldir. Kendinizi içten içe ne kadar deneyimsiz ve yetersiz hissederseniz hissedin, yalan beyan ile bunu telafi etmeye çalışmayın.

Klinik görüşmenin basit olabilecek başlangıç bölümleriyle ilgili pratik yapmak önemlidir. Konu hakkında daha fazla okumadan önce, klinik ortamda kendinizi tam olarak nasıl tanıtmak istediğinizi belirleyin. Bir giriş yazısı yazabilir veya ses kayıt cihazına konuşmayı deneyebilirsiniz. Ayrıca, diğer öğrencilerle rol çalışmalarını yaparken giriş bölümlerini de uygulamalı çalışmanız önerilebilir. Giriş bölümü için uygulama yapmanız sizin, "Şey, ben sadece öğrenciyim Eee..., Klinik görüşme dersi alıyorum ve ben ...Eee... Uygulama yapmak zorundayım da, bu nedenle... şey, işte, buradayız," gibi cümleler kurmanızı önleyecektir.

Öğrenci olmanın yanlış bir tarafı yoktur ve deneyimsiz olmak özür dilercesine davranmayı gerektirmez. Özür dileme eylemi veya tutumu, güvenilirliğinize ve danışanla aranızdaki olumlu ilişkiye tahmin ettiğinizden daha hızlı zarar verebilir. Görüşme becerileriniz konusunda "deneyimsiz olmakla" ilgili kendinizi suçlu hissetme eğiliminiz varsa düşük dozdaki şu bilişsel tekniği uygulamayı deneyin: İnsanların genellikle kendileriyle ilgili konuşmaktan hoşlandıklarını hatırlayın. Birinin, başka birini yüzde 100 dikkatle dinlemesi oldukça nadir karşılaşılan bir durumdur. İyi dinleyerek danışanınızın olumlu bir deneyim yaşamasını sağlarken siz de görüşme ile ilgili daha fazla şey öğrenirsiniz.

Öğrenci görüşmeciler genellikle süpervizyon alır. Bunu, referanslarınızı sunarken belirtmelisiniz. Şunun gibi bir şey söyleyebilirsiniz:

"Bahsettiğim gibi henüz eğitimimi tamamlamadım; bu nedenle klinikteki çalışmam Dr. Walters tarafından süpervize ediliyor. Bunun anlamı, sizin yüksek kalitede profesyonel hizmet aldığınızdan emin olmak için konuştuklarımızı, benim Dr. Walters'la gözden geçirecek olmam. Dr. Walters lisanslı bir klinik psikolog; dolayısıyla tıpkı benim gibi o da görüşmenizin mahremiyetini koruyacak."

### Zaman

Genellikle söylendiği gibi zaman hayati önem taşır. Bu, klinik görüşmeler için de kesinlikle geçerlidir. Danışan bir ücret ödüyorsa bu, ona ayırdığınız zaman içindir. Her ne kadar zengin, derin ve karmaşık bir süreç olsa da klinik görüşmede verdiğiniz hizmetin ölçüsü zamandır. Bu nedenle, zaman sınırlarına daima dikkat etmeli ve saygı göstermelisiniz.

Klinik görüşmeler genellikle 50 dakika sürer. Bu zaman dilimi, kısmen keyfi belirlenmiş görünse de süre olarak uygundur; bu süre görüşmecinin, her görüşmenin başında ve sonunda not almaya ve dosyaları incelemeye ayırdığı zamanı da içerecek şekilde ayarlanmıştır. Genel ve alışılmış süre bu olsa da, bazı durumlarda görüşmelerin daha kısa süreli olması konusunda anlaşmaya varılabilir, bazı durumlar ise daha uzun süreli seanslar gerektirebilir. Örneğin, ilk görüşme ya da değerlendirme görüşmeleri, geleneksel psikoterapi saatinden daha uzun sürebilir çünkü vakayı kavramak ve tedavi amaçlarını belirlemek için gereken bütün bilgileri almak zordur. İlk görüşme için duruma bağlı olarak, doksan dakika ya da iki saatlik bir süre ayrılabilir. Diğer yandan kriz durumlarında daha esnek davranmak gerekebilir.

#### *Seansa Zamanında Başlayın*

Seansa başlamak için yol gösterici ilke, dakikliktir. Geç kalırsanız danışanınızdan özür dileyin ve seansı uzatmayı ya da kaybedilen zamanı bir şekilde telafi

etmeyi önerin. Şöyle bir şey söyleyebilirsiniz: "Geç kaldığım için özür dilerim; planlanandan daha uzun süren bir işim çıktı. Seansımıza 10 dakika geciktiğim için bu seansımızı uzatabiliriz ya da gelecek seansa 10 dakika ekleyebiliriz."

Öğrencilerin çoğu görüşme için ücret almazlar fakat profesyonellerin tercih ettiği bir başka seçenek de kaybedilen sürenin danışana geri ödenebilmesi için gecikme sonrasında kalan görüşme saatine göre ücretin yeniden hesaplanmasıdır.

Görüşmeye erken başlamaktan da kaçınmalısınız; bazı durumlarda danışan planlanandan erken gelebilir ve siz başka biriyle yapacağınız görüşmeye odaklanamayabilirsiniz. Pipes ve Davenport (1999), bu durumu kısaca şöyle ifade eder: "*Danışanlar erken gelebilir ve size uygun olup olmadığınızı sorabilir. Bir kriz durumu yoksa, cevap hayırdır*" (s. 18).

Dakiklik, danışana saygınızı gösterir. Danışanlar seanslara zamanında başlayan uzmanlara müteşekkir olur. Çoğu zaman derslerde, konu dakiklik olduğunda, psikoterapistlerin ve hekimlerin (psikiyatrlar hariç) tutumları arasındaki farklılık gündeme gelir. Hekimler hasta randevularına genellikle geç kalır ve bu tür bir gecikme hekim-hasta ilişkilerinin doğasıyla ilgili açık bir mesaj verir (Siegel, 1986). Sınıfta, bir öğrenci, bu durum için şu yorumu yapmıştı: "Hekimlerin geç kalarak sizi rahatsız etmesi bir önem taşımaz çünkü daha sonra bu konuyu sizinle konuşmak için zaman ayırmayacaklardır" (V. Hayes, kişisel görüşme, Nisan 1990). Bu yorum, iyi terapistlerin sahip olması gereken önemli bir değere işaret eder: Danışanların zamanına ve duygularına saygı.

Danışan bir seansa geç kaldığında, görüşmeci seansın süresini uzatma ya da seansı tamamen iptal etme gibi dürtülere sahip olabilir. İki olasılık da istenir bir durum değildir. Danışanlar gecikmelerinden sorumludur ve bunun doğal sonucu olarak kalan seans süresiyle yetinmelidir. Danışan, gecikmesiyle ilgili, çok içten bir şekilde pişmanlık duyabilir ve ek süre isteyebilir. Bu durumda şöyle bir şey söyleyebilirsiniz:

> "Bu görüşmeyi kısa yapmak zorunda olduğumuz için ben de üzgünüm fakat planlanan randevu saatlerine sadık kalmak bizim açımızdan gerçekten önemli. Gelecek hafta tam bir seans yapabileceğimizi umuyorum."

Gecikme durumunda danışanınız krizde değilse sırada planlanmış başka bir randevunuzun olup olmaması önemli değildir; zaman sınırlarına uyun. Önemli nokta, danışanın gecikmesiyle ilgili sorumluluğu taşımasıdır (benzer şekilde, görüşmeci de gecikmesiyle ilgili sorumluluğu taşımalıdır).

Profesyonel görüşmecilerin danışanın geç kalması durumunda tercih edebileceği bir seçenek de hafta içinde ek seans önermektir. Böylece danışan, terapi ve değerlendirme açısından geride kaldıklarını ya da aldatıldığını hissetmeyecektir. Örneğin, şunu önerebilirsiniz: "*Bugün kaybettiğimiz zamanı telafi etmek istiyorsa*

*nız bu hafta başka bir randevu ayarlayabiliriz.*" Fakat şunu aklınızda tutun: (Kaybedilen zamanı telafi etmek için) Ek bir seans önerdiğinizde danışanlar, bazen telafi görüşmelerinde de "gelmeyerek" problemi daha da karmaşıklaştırabilir.

Görüşmecilerin, seansa geç kalan ya da seansı kaçıran danışanlara karşı öfkeli ya da huzursuz hissetmesi alışıldık bir durumdur. Danışanınıza karşı olan pek çok duygusal tepkinizi fark etmeli ve yansıtmalısınız ancak kesinlikle bu duygulara göre hareket etmekten kaçınmalısınız. Örneğin, umutsuzca, sürekli geciken danışanınızı sadece 10 dakika bekledikten sonra ofisten ayrılmak isteyebilirsiniz fakat bu isteğinize göre hareket etmeyin. Bunun yerine, geç kalma konusundaki politikanızı netleştirin (örneğin, "Geç kaldığınızda, yaklaşık 20 dakika bekleyeceğim ve sonra ofisten ayrılacağım" veya "Seans yapılmamış sayılacaktır," diyebilirsiniz). Danışanınız randevuyu tamamen kaçırırsa yeniden buluşmak için arayıp aramayacağınıza, terapiye devam etmeyi isteyip istemediğini soran bir mektup gönderip göndermeyeceğinize ya da danışanın aramasını bekleyip beklemeyeceğinize karar vermelisiniz. Süpervizörünüzle bu durumun nasıl üstesinden geleceğinizle ilgili mutlaka tartışın.

Bazı durumlarda kurumunuz, danışanlar 24 saat önceden görüşmeyi iptal etmediği takdirde, tüm ücreti alma politikası uygulayabilir. Danışanınızı bu durum hakkında önceden haberdar etmelisiniz. Benzer şekilde, gönüllü danışanları da planlanan görüşmeye gelmemeleri durumunda karşılaşacakları sonuçlarla ilgili bilgilendirmelisiniz (ekstra kredi /not/puan kaybı gibi).

*Oturumu Bitirme*

Klinik görüşmeler zamanında bitmelidir. Klinisyenlerin, bilinçli bir şekilde, seansı uzatmak konusunda mükemmel bahaneleri olabilir ancak bunlar planlanan süreyle ilgili önceden yapılmış anlaşmayı ihlal etmek açısından pek de geçerli sayılmaz. Öğrencilerden (ve kişisel deneyimlerimizden) edindiğimiz bazı bahaneler şunlardır:

- Bir dönüm noktasının eşiğindeydik.
- Gitmesine sadece beş dakika kala klinik açıdan önemli konuları gündeme getirdi.
- Saatin sonunda konuşmaya başladı ve ben konuşmasını kesmek istemedim (yani, biraz daha konuşmak istiyor gibi görünüyordu).
- Seans boyunca çok etkili olabildiğimi hissetmedim ve danışanın daha fazla zamanı hak ettiğini düşündüm.
- Saatimi unuttum ve sandalyemden saati göremiyordum.

Bahsi geçen durumların çoğunda, görüşmeci sakince ve incelikle o gün için planlanan sürenin sona erdiğini belirtmelidir, fakat danışan isterse bir sonraki seans benzer çizgide devam edebilir. Ayrıca, saati doğrudan görmenizi sağlayan bir pozisyonda oturmalısınız. Sürekli olarak saate göz atmak ya da omzunuzun üzerinden saate bakmak rahatsız edici ve kaba bir davranıştır.

Görüşme süresini uzatmanın kabul edilebilir olduğu birkaç istisna vardır. Örneğin bir meslektaşımız, danışanlarının birinin ısrarlı talebi üzerine –silah zoruyla– seansı 40 dakika uzattı (her ne kadar görüşme yapan arkadaşımız, "Eh, süremiz dolmuş gibi görünüyor," dediğinde, danışanının masanın üzerine koyduğu silahı alıp ofisten çıkmayı aklından geçirdiğini bilsek de). Bu gibi durumlarda, elbette zaman sınırlarının bir önemi yoktur.

Bazen tüm iyi niyetimize rağmen, zaman sınırlarını korumakta başarısız oluruz. Bir meslektaşımızın duvardaki saati açıkça görecek şekilde oturduğu ve zamanın o gün çok yavaş geçtiğini düşündüğü bir seansı hatırlatalım. Sonunda meslektaşımızın baktığı saatin gerçekten yavaşladığı ortaya çıktı. Biten pili nedeniyle saati dursa da gerçekte zaman ilerlemeye devam ediyordu. Arkadaşımızın iyi niyetine rağmen bu seans 73 dakika sürmüştü.

### Gizlilik

Klinik görüşmelerin önemli bir bölümünü, danışanın özel ve kişisel konularda konuşabilmesi oluşturur. Bu çok zor bir görev olmasının yanı sıra (kişiler genellikle az tanıdıkları biriyle kişisel bilgilerini paylaşırken kendilerini rahatsız hissederler) ağır da bir yüktür. Danışanlar, görüşmecilere, bazılarını hiç kimseyle paylaşmadığı, özel tecrübelerini aktarır. Tabii ki danışmanlıkta ve psikoterapide taahhüt edilen, paylaşılan her şeyin gizli tutulacağıdır.

Gizlilikle ilgili yasal ve etik sınırlar vardır. Bazı bilgiler, gizli tutulmamalıdır. Örneğin danışan diyebilir ki:

> "Ben çok hastayım, depresif hissediyorum ve yaşamaktan yoruldum. Ailemi de sürüklediğim bu sefil hayata bir son vermeye karar verdim. Bu yüzden kendimi öldüreceğim. Evde silah ve kurşun var, bu hafta sonu uzaklara uçmayı planlıyorum."

Bu durumda, hem yasal hem etik olarak gizlilik ilkelerini bozmak zorundasınız ve gerekli makamlara (polis, ilçe ruh sağlığı uzmanı veya hastanelerin psikiyatri bölümleri gibi), belki de aile üyelerine danışanınızın intihar planlarını rapor etmelisiniz. Bu konudaki evrensel ve yerel etik standartları gözden gerçimekte fayda vardır. Hukuk ve etik kurallar zamanla değişebilir. Güncel ve net olmak her zaman gereklidir.

Welfel (2002), gizlilik kavramını şöyle özetlemiştir:

"Gizlilik kavramı, danışanın kimliğini ve açıklamalarını gizli tutmakla ilgili etik bir görevdir. Bu etik kodlarda da yer alan ahlaki bir yükümlülüktür" (s. 74).

Ne yazık ki çeşitli mesleki kodlardaki gizlilikle ilgili maddeler yoruma açıktır. Uygulamaya Geçirme 2.7, profesyonel terapistlerin gizliliği ihlal etmek zorunda olduğu durumlarla ilgili örnekler sunmaktadır.

Gizlilik profesyonel görüşmelerde etik, yasal ve klinik bir meseledir. Bu önemli konuyla ilgili ek tartışmalara kitapta zaman zaman yer verilecektir.

Mesleğinizde gizlilikle ilgili standartları ve aşağıdaki bilgileri gözden geçirdikten sonra, sınıfta gizliliği ihlal edeceğiniz olası durumlarda neler yapabileceğinizle ilgili beyin fırtınası yapın. Spesifik etik ikilemler için Amerikan Psikologlar Derneği (202-336 59 30), Amerikan Danışmanlık Derneği (1-800-347 66 47) veya Amerikan Sosyal Çalışmacılar Derneği'ni (1-800-638 87 99) arayabilirsiniz.

**Tablo 2.1. Amerikan Psikologlar Derneği'nin Gizliliğe İlişkin Etik Maddeleri (2002)**

4. Mahremiyet ve Gizlilik
Bu standartlar psikologların tüm mesleki ve bilimsel etkinliklerinde uygulanır.

4.02 Gizlilik Sınırlarının Tartışılması
a. Psikologlar bilimsel ve profesyonel ilişki kurduğu kişiler ve kuruluşlarla (mümkün olduğu ölçüde, en alt seviyedekileri ve onların yasal temsilcilerini de dahil edecek şekilde) (1) grup, evlilik ve aile terapisi ya da kurumsal danışmanlıklarda uygulanacak gizlilikle ilgili sınırlılıklar ve (2) kendi hizmetleri aracılığıyla üretilen bilgilerin öngörülebilir kullanımı ile ilgili bilgi verir.
b. Sakıncalı bir durum yoksa ve mümkünse gizlilikle ilgili konuşma genellikle ilişkinin başında ya da yeni bir olay sonucunda ortaya çıkması durumunda yapılır.
c. Görüşmelerin elektronik kayıtları için gerekli izin, danışandan ve hastalardan alınır.

4.05 Gizliliği Bozma
a. Psikologlar sadece (1) hastaya ya da bireye ya da kuruma gerekli profesyonel hizmeti sağlamak (2) uygun profesyonel danışmanlıktan yararlanmak (3) hastaya, danışana ya da başkalarına zarar gelmesini önlemek ya da (4) verdiği hizmet için ödeme yapılmasını sağlamak gibi bilginin asgari düzeyde açığa vurulmasının amaca ulaşmak için gerekli olduğu, yasaların zorunlu kıldığı ya da geçerli bir sebeple izin verdiği durumlarda, izni olmaksızın bireylerin gizli bilgilerini açıklayabilir.
b. Yasalar tarafından yasaklanmadığı sürece psikologlar hastadan, danışandan

ya da kurumdan (ya da hastadan veya danışandan yasal olarak sorumlu kişilerden) alınan uygun bir izinle gizli bilgileri açıklayabilir. APA'nın gizliliğin devamı, mahremiyet ihlallerinin en aza indirilmesi, kayıtların tutulması, danışma, veri tabanlarındaki bilgilerin gizliliği ve diğer konularla ilgili ayrıca düzenlemeleri de vardır.

Bu tablo, Amerikan Psikologlar Derneği'nin izni ile APD, Psikologlar ve Davranış Kuralları için Etik Maddeler tablosundan alınarak basılmıştır. Amerikan Psikologlar Derneği'nin izni olmadan çoğaltılamaz.

Görüşmenin başında danışanınızı gizliliğin yasal sınırları ile ilgili bilgilendirmelisiniz. Bu, hem sözlü hem de yazılı olarak yapılmalıdır. Danışanın, profesyonel yardımın en temel kuralını açıkça anlaması açısından bu önemlidir.

Başlangıçta gizliliğin yasal sınırlarıyla ilgili bilgilendirilmemiş danışanının intihar girişiminde bulunduğunu düşünelim. Bu noktada, görüşmecinin, danışanın intihar düşüncelerinin gizlilik ihlali gerektirecek kadar ciddi olup olmadığını değerlendirmesi gerekir. Sonuç olarak, görüşmeci aniden danışanı gizlilik ihlali ile ilgili bilgilendirme zorunluluğu (haklı olarak) hissedebilir. Fakat intiharla ilgili konuşmaya başladıktan *sonra* danışana bu bilginin gizli tutulmayacağı hakkında bilgi vermek, oyun başladıktan sonra kuralları değiştirmeye benzer. Danışanın, aranızdaki ilişkiyi düzenleyen kuralları ve etik ilkeleri önceden bilmeye hakkı vardır. Danışanları gizlilik sınırları ile ilgili bilgilendirmek, onların açıklayacağı şeyler konusunda daha seçici olmalarına yol açabilir. Bu gizliliğin yasal ve etik sınırlarının doğal bir yan etkisidir.

**Tablo 2.2. Amerikan Danışmanlık Derneği'nin Gizliliğe İlişkin Etik İlkeleri**

B.1. Mahremiyet Hakkı

a. Mahremiyete Saygı
Danışmanlar danışanların mahremiyet hakkına saygı duymalıdır; gizli bilgilerin yasadışı ve haksız biçimde ifşasından uzak durmalıdır.

b. Danışan Feragati
Danışanlar veya onların yasal temsilcileri mahremiyet hakkından vazgeçebilir.

c. İstisnalar
Danışmanların bilgileri gizli tutmasına yönelik genel şart ve yasal yükümlülükler, gizli bilgilerin danışanlara ve başkalarına yönelik açık ve yakın bir tehlikeyi engellemesi söz konusuysa geçerli değildir.
Danışmanlar, istisnalara ilişkin şüpheye düştüğünde diğer profesyonellere danışmalıdır.

d. Bulaşıcı, Ölümcül Hastalıklar
Danışman danışanın bulaşıcı ve ölümcül bir hastalığı olduğuna dair doğrulayıcı/kesin bir bilgi alırsa bu bilgiyi hastalığa yakalanma riski olan, danışanın ilişkide olduğu üçüncü bir kişiyle paylaşma hakkına sahiptir. Bu bilgiyi ifşa

etmeden önce, danışanın hastalığı ile ilgili bu kişiyi bilgilendirmediğinden ve bu kişiyi yakın gelecekte bilgilendirmeyi planlamadığından emin olmalıdır.

e. Mahkeme Bilgilendirme Emri
Mahkeme, bir danışanın gizli bilgilerinin danışanın bilgisi dışında ifşa edilmesini isterse danışman, danışana ve danışmanlık ilişkisine gelecek olası zarardan ötürü bu açıklamanın gerekli olmadığına dair talepte bulunur.

f. Asgari Açığa Vurma
Durumlar gizli bilgilerin açığa vurulmasını gerektirirse sadece gerekli bilgiler ortaya konulur. Gizli bilgiler açığa vurulmadan önce, mümkün olduğu ölçüde danışanlar bilgilendirilir.

g. Sınırların Açıklanması
Danışmanlık başladığında ve danışmanlık süreci boyunca, danışmanlar danışanları gizlilik sınırları ile ilgili bilgilendirmeli ve danışanlara gizliliğin ihlal edilmek zorunda olduğu olası durumları açıklamalıdır.

h. Astlar
Danışmanlar, danışanın mahremiyetinin ve gizliliğinin çalışanlar, süpervizyon alan öğrenciler, ofis görevlileri ve gönüllüler tarafından korunduğundan emin olmak için her tür çabayı göstermelidir.

i. Tedavi Ekibi
Danışanın tedavisi, bir tedavi ekibinin düzenli değerlendirmesini içeriyorsa danışan bu ekibin varlığıyla ve yapısıyla ilgili bilgilendirilmelidir.
ADD'nin ayrıca grup ve aile çalışmaları, yaşı küçük ve yetersiz danışanlarla görüşmeler, kayıt tutma, araştırma, eğitim ve danışmanlıkla ilgili de ek gizlilik kuralları vardır.

---

Bu tablo, Amerikan Danışmanlık Derneği'nin izni ile ADD Uygulama Etiği ve Standartları Yönetmeliği, s. 19'da yer alan tablodan alınarak basılmıştır. Amerikan Danışmanlık Derneği'nin izni olmadan çoğaltılamaz.

Kuşkusuz, gizlilikle ilgili etik veya yasal sorumluluklarınızın belirli olmadığı durumlar da ortaya çıkabilir. Bu durumlarda, profesyonel ya da mesleki danışmanlık desteği arayabilirsiniz. Örneğin, durum çocuk istismarının rapor edilip edilmemesiyle ilgiliyse ve siz yasal ya da etik sorumluluklarınız konusunda emin değilseniz, rehberlik için süpervizörünüze danışın. Süpervizörünüz de ne yapılması gerektiği ile ilgili kararsızsa yasal ve etik yükümlülüklerinizle ilgili özel kimlik bilgisi vermeksizin aile hizmetleri ve çocuk koruma servislerinin yerel departmanlarıyla iletişime geçebilirsiniz. Özellikle karmaşık ve zor durumlarda, hukuki danışmanlık yapacak bir avukatla görüşebilirsiniz. Bunların yanı sıra çoğu mesleki kurumun (AAMFT, ACA, APA NASW gibi) danışmanlık alabileceğiniz etik komiteleri veya yasal uzmanları vardır (Bakınız Tablo 2.1 ve 2.2).

## Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam, görünürde basit ve oldukça açık bir kavramdır. Danışanları alacakları tedavinin doğasıyla ilgili bilgilendirmeye yönelik etik ve bazen de yasal koşulları içerir. Danışanlar alacağı tedaviyle ilgili bilgilendirildikten sonra, tedaviyi kabul edebilir veya reddedebilir.

Ayrıntılı düşünüldüğünde, gerçek bir bilgilendirilmiş onam sunmanın çok zor olduğu açıktır. Öncelikle, pek çok insani, tıbbi ve ruhsal sağlık hizmet sağlayıcısı için danışanın problemi ile mevcut tedavi yöntemlerini net ve anlaşılır bir şekilde tanımlamak oldukça zor olabilir. Bizler, çoğunlukla, mesleki terminoloji kullanarak konuşuruz (örneğin, "Fobinizle ilgili bazı sistematik duyarsızlaştırma yöntemlerini uygulamak gerekiyor gibi görünüyor"). Danışanlar ise genellikle fiziksel veya psikolojik sıkıntı içindedir. Yöntemleri tam olarak anlamasa bile bir uzmanın onu iyileştireceğini söylediği her şeye onay verebilir.

Ruh sağlığı uzmanı olarak sizlerin, danışanlarınızı, teorik yöneliminiz, eğitiminiz, teknikleriniz ve tedavinin olası sonuçlarıyla ilgili bilgilendirme yükümlülüğünüz vardır. Oldukça sade bir dil kullanmalı, daha çok zamana ve açıklamaya ihtiyacı olan danışanınızın sorularını nezaketle karşılamalısınız. Danışanla sadece bir ya da iki görüşme yapmayı planlasanız bile bu görüşme, danışana katılımı kabul etme ya da reddetme olanağı sağlayacak şekilde açıklayıcı olmalıdır. Uzun süreli tedavilerde, bilgilendirilmiş onam danışmanlık devam ettiği müddetçe sürekli yeniden gözden geçirilir.

Onamda kişisel özgeçmişinizi, kuramsal yaklaşımınızı, eğitiminizi ve kullanacağınız teknikle ilgili gerekçeleri içeren en az iki üç paragraf olmalıdır. Teşhis, aile üyelerinin olası katılımı (özellikle evlilik terapilerinde ve ergin olmayan kişilerle yürütülen terapilerde), danışma ve süpervizyon uygulamaları, kaçırılan randevularla ilgili kurallar ve acil durumlarda sizinle nasıl iletişime geçilebileceği bilgisi de onama eklenmelidir. Birçok profesyonel ayrıca, danışma süreci ve bu sürece eşlik edecek duygusal deneyimlerle ilgili de bir ya da iki cümle yazabilmektedir (Sommers&Flanagan-Sommers-Flanagan, 2007).

Bir tek yazılı belge, bilgilendirmiş onamın ruhunu tam olarak yansıtamaz fakat iyi bir başlangıçtır. Yazılı bilgilendirilmiş onam, danışana terapi ilişkisinde hakları olduğu mesajını verir. Bu, danışanı terapi süreciyle ilgili de eğitir –genel olarak danışmanlık etkinliği üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir– (Luborsky, 1984). Son olarak, yapılan araştırmalar iyi yazılmış, okunabilir ve düzgün formatlı onam formlarının, danışanın terapistin uzmanlığı ve çekiciliği ile ilgili olumlu izlenimlerini artırdığını göstermektedir (Wagner, Davis ve Handelsman, 1998).

## Belgelendirme İşlemleri

Çoğumuz şunu duymuşuzdur: "Yazılı bir belge yoksa, kâğıda dökülmediyse, o olay hiç olmamıştır" (önemli noktayı gerçekten yakalamak için bir ağızdan bu

sloganı söyleyen, koca bir oda dolusu asık suratlı avukat hayal edin). Not tutma ve belge hazırlama kimse açısından çok zevkli kavramlar değildir. Diğer yandan, yazıya veya kâğıda dökmemenin olumsuz sonuçları olabilir. Özellikle mesleği, duygusal sorunlar yaşayan kişilerle konuşmak onlara yardım etmek olan kişilerin, olan biteni açıkça ve dikkatle kaydetmesi gerekir. Not almanın pek çok olumlu etkisi vardır. Açıkçası, söylenen ve planlanan şeylerle ilgili detayları daha kolay hatırlarsınız. Bunun yanı sıra başka bir meslektaşınız notlarınızı göndermenizi rica ederse ya da danışanınız notlarınıza göz atmak isterse notlarınız okunabilecek şekilde hazırdır. Danışanınızla iletişiminizde beklenmedik bir durum yaşanırsa notlarınıza geri dönebilir ve belki de daha önceden kaçırdığınız bir noktayı yakalayabilirsiniz. Son olarak olumsuz bir husus olsa da danışanınızla anlaşmazlık yaşarsanız ve görevi kötüye kullanmakla suçlanırsanız notlarınız savunmanızın önemli bir parçasını oluşturacaktır.

### Uygulamaya Geçirme 2.5

### Gizlilik ve Gizlilik Sınırları

Klinik görüşmecilerin, etikle ve gizlilikle ilgili yasaların pratik uygulamalarını anlamaları çok önemlidir. Aşağıdaki kurallara muhakkak uyulmalıdır:

1. Danışanınızla iletişiminizin özel, şahsi ve gizli doğasına saygı göstermelisiniz. Bunun anlamı, izni olmaksızın, danışanınızla ilgili kişisel bilgileri paylaşmamanız gerektiğidir. Örneğin, biri arayıp John Smith ile çalışıp çalışmadığınızı sorarsa basitçe şunu söylemelisiniz: "Üzgünüm, kurallarımız gereği bizden o isimde birinin hizmet alıp almadığını söylemem mümkün değil." Kişi ısrar ederse kibarca, "Herhangi bir kişinin buradan hizmet alıp almadığını öğrenmek istiyorsanız etik ve yasal olarak bu bilgiyi size sağlayabileceğimi gösteren imzalı, resmi bir izin belgenizin olması gerekir. Bu belge olmadan, John Smith adını duyup duymadığımı bile size söyleyemem." Ayrıca danışanınızın gizlilikle ilgili haklarını korumak, danışanınızla ilgili kayıtları güvenli bir yerde saklamanızı da gerektirir.
2. Aşağıdaki durumlarda gizlilik kurallarını ihlal edebilirsiniz:
   a. Danışanınızın (ya da yasal temsilcisinin) izni varsa.
   b. Danışan intihara eğilimliyse veya belirgin bir risk olduğunu düşünürseniz.
   c. Danışanınızın başkaları açısından risk teşkil edecek ölümcül ya da tehlikeli davranışlar gösterme olasılığı varsa. Örneğin, danışanınız

**Uygulamaya Geçirme 2.5 (devamı)**

yerel nükleer santralleri kundaklamakla ilgili planının ayrıntılarını anlatıyorsa ve siz, bu aktivitenin başkalarının hayatı açısından önemli bir tehlike oluşturduğunu düşünürseniz.

d. Danışan bir çocuksa ve elinizde onun cinsel ya da fiziksel istismara uğradığı veya ihmal edildiğiyle ile ilgili kanıtlar varsa.

e. Danışanınızın yaşça küçük birini cinsel ya da fiziksel olarak istismar ettiğini gösteren kanıtınız varsa.

f. Yaşlı istismarı ile ilgili kanıtlarınız varsa (yaşlı bir danışanınız istismara uğruyorsa ya da danışanınız size yaşlı birini istismar ettiği bilgisini verdiyse).

g. Mahkeme tarafından danışanla ilgili bilgileri vermeniz istendiyse.

3. Lütfen, ilk oturumun başında gizliliğin yasal sınırları hakkında danışanınızı bilgilendirdiğinizden emin olun.

Çok deneyimli görüşmecilerin gözde not alma teknikleri vardır. Pek çoğu İngilizce kısaltması S-O-A-P/ÖNDP* olan Öznel (subjective), Nesnel (objective), Değerlendirme (assessment) ve Plan (plan) başlıklarını gözeterek not tutar. Bu başlıklar, not alan kişiyi şöyle yönlendirir:

Ö: Danışanının sorunuyla ilgili öznel (Subjective) değerlendirme.

N: Görüşmecinin danışanın kıyafeti, kendini tanıtışı ve diğer konularla ilgili nesnel (Objective) gözlemi.

D: Görüşmecinin değişime yönelik değerlendirmeleri (Assessment).

P: Bir sonraki buluşmanın planlanması (Plan) ya da genel tedavi planıyla ilgili yorumlar.

Klinisyenin not tutma tarzı, düzenli ve tarafsız olmak kadar önemli değildir. Seans boyunca tartışılan her şey, doğal olarak, danışanın dosyasında belgelendirilemez. Görüşmeciler, her seansta alınan önemli ve gerekli bilgileri ayırt edebilmeli, bunları hakaret ya da belirsizlik içermeyecek şekilde öz ve profesyonelce kaydetmelidir. Bir meslektaşımız belgelendirme konusunda şu üç noktaya dikkat edilmesini önermiştir: Doğru, Özet, Net (D.G. Scherer, kişisel görüşme Ekim, 1998).

Belgelendirme yapıldıktan sonra, sorumlulukla saklanmalıdır. En azından ortama girip çıkan meraklı gözlerden koruyacak kilitli bir dolapta ya da kilitli bir büroda saklanmalıdır. Bu kayıtların ne kadar süreyle saklanacağı amacınıza ve çalışma ortamınıza bağlıdır. Örneğin, profesyonel uygulamalarda, materyallerin yedi ve 12

* *Soap, Türkçe sabun anlamına gelmektedir;* Türkçe'de *bu kısaltma* ÖNDP'dir. —*çn*

yıl arasında saklanması önerilir. Dosya, daha sonra, bir sayfa halinde özetlenebilir. (ADD, 1995; APD, 1995). Okullarda yapılan danışman ve öğrenci görüşmelerinin belgeleri, okulun değil danışmanın zimmetindedir. Kurumunuzun belgelendirme, saklama ve belgeye erişimle ilgili kurallarını işlemlerini bilmelisiniz.

Tablo 2.3 ÖNDP Not Alma Örneği

Ö: (Subjective) Öznel

Joyce, başını vurduğunu, burnunun tıkalı ve rahatsız hissetmesinin sebebinin bu olduğunu söylüyordu. Şöyle söyledi: "Rusça öğretmenlerimizle çok geç saate kadar dans etmeseydim böyle bitkin ve huysuz olmazdım. Ben sadece hayır diyemiyorum. Eve gitmek istiyordum fakat ortam eğlenceliydi ve onlar da çok sevimliydi. Bu, benim her zamanki halim."

N: (Objective) Nesnel

Joyce, zamanında geldi fakat yorgun ve dalgın görünüyordu. Her zamanki pantolonunu ve kazağını giymişti ama tüm seans boyunca boynunda sarılı bir eşarpla oturdu. Hapşırdı ve burnunu sildi. Her zamanki dileği olan huzur ve sükûnet isteğinden, suçlu hissetmeden herhangi bir sınır koyamadığından bahsetti. Hem yorgunluğu hem de sınır koymayla ilgili beceriksizliği nedeniyle sıkıntılı görünüyordu. Sözleri ve tavırları içtendi.

D: (Assessment) Değerlendirme

Seans sırasında Joyce, başkalarının taleplerine çok kolay cevap vermesinin nedenleriyle ilgili daha fazla içgörü kazandı. Kendisine iki günde bir boş zaman sağlayacak bir program yapmaya başlayabildi. Başkalarını memnun etme ihtiyacı ve başkalarına bağımlılık gösterme eğilimleriyle süren mücadelesi belirgindi fakat bu konuda içgörü kazanmak ve değişiklikler yapmak konusunda kararlı görünüyordu.

P: (Plan) Plan

Joyce, dizüstü bilgisayarına aldığı notlarla zamanı nasıl kullandığını gözlemleyecek. Zaman kullanımını analiz edecek ve dahası dengeyi yakalamaya yönelik hedeflerini açıklığa kavuşturacak. En azından bir sosyal isteğe hayır demeyi ve bunu gelecek hafta rapor etmeyi kendisi için hedef belirledi. Sigortasının karşılayacağı önümüzdeki iki terapi seansından sonra, terapinin sona ereceğinden bahsettik.

## Klinik Görüşmeciler için Stres Yönetimi

Tüm ruh sağlığı çalışanları yüksek düzeyde strese maruz kalır ve özellikle öğrenci görüşmecilerde stres düzeyi (Norcross, 2000; Pearlman ve Mac-Ian, 1995; Rodolfa, Kraft ve Reilley, 1988) daha yüksektir. Öğrencilerde hata yapma ve danışana zarar verme konusundaki korkular, özellikle yaygındır. Ne yazık ki bu korkuların gerçekçi bir temeli vardır. Hatalar yapabilirsiniz –herkes yapar– ve bu hatalar danışanın stres yaşamasına neden olabilir veya onun stresini artırabilir (Lambert

ve Bergin, 1994). Mesele hataları düzeltebilmek, onları öğrenme ve gelişim için kullanabilmektir. Bazen, görüşmecinin hatası süreci daha insani kılabilir, çünkü danışan, görüşmecinin bile mükemmel olmadığını görür.

Ünlü psikiyatrist ve çalışma grubu lideri, Shea (1998), görüşmeler sırasındaki hataları şöyle yorumlar:

> Hata yapılabilir, ben görüşme yaparken her zaman hata yaparım. Görüşmeler ve insanlar çok karmaşıktır, bu nedenle hata yapmamak imkânsız... Ama her hatamdan ders çıkarmaya çalışırım (s. 694).

Yüksek kaygı yaşadığında parmaklarının etrafındaki deriyi yeme eğilimi olan bir öğrenci vardı. İlk seansı sırasında, parmağını nemli hissedene kadar parmak derilerini kopardı ve bu durum, parmaklarının terlediğini düşünmesine neden oldu. Sonunda ellerine baktı ve büyük bir korkuyla parmaklarından birinin kanamaya başladığını fark etti. Seansın kalanı, kanı saklamak ve danışanın kanayan parmağı görüp görmediğini merak etmekle geçti. Bu örnek çok aşırı olsa da kaygı ve gerginliğin görüşmeyi nasıl engelleyebileceğini göstermektedir. Stresle baş etmek ve böylece görüşmeyi etkilemesini engellemek önemli bir mesleki meseledir.

Görüşmeciler görüşme öncesinde, görüşme sırasında ya da görüşme sonrasında stresten etkilenebilirler. Stres reaksiyonları fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ya da ruhsal semptomlarla sonuçlanabilir. Neticede, aşırı stres yaşıyorsanız, stresle baş etme kaynakları aramanız mantıklı olacaktır. Stres yönetimiyle ilgili okumalar, bu bölümün sonundaki okuma ve kaynak önerileri ayrımında verilmiştir.

## ÖZET

Klinik görüşme, normal sosyal etkileşimin sistematik bakımından değiştirilmiş bir şeklidir. Görüşmeci ve danışan arasındaki ilişki, her ne kadar arkadaşlık üzerine kurulmuş görünse de arkadaşlıktan oldukça farklıdır. Klinik görüşmelerin iki önemli işlevi vardır: Danışanı değerlendirmek ve ona yardımcı olmak.

Farklı yazarlar klinik görüşmeleri farklı şekillerde tanımlamıştır. Bizim tanımımız şu bileşenleri içermektedir: (a) danışan ve görüşmeci arasında profesyonel bir ilişki kurulur (b) en azından bir dereceye kadar, danışan, görüşmeciyle zaman geçirerek bir şeye ulaşmaya motivedir (c) görüşmeci ile danışan karşılıklı kabul ettikleri hedefler oluşturmak ve onlara ulaşmak için çalışır (d) bu profesyonel ilişki bağlamında, görüşmeci danışanı değerlendirmek, anlamak ve hedeflerine ulaşmasına yardım etmek için çeşitli aktif dinleme becerileri ve psikolojik teknikler uygularken görüşmeci ile danışan hem sözel hem de sözel olmayan etkileşim içindedir (e) görüşmeci ile danışanın etkileşiminin niceliği ve niteliği, kişilik özel-

likleri ve karşılıklı kabul edilen görüşme hedefleri de dahil olmak üzere çok çeşitli faktörlerden etkilenir.

Klinik görüşmecilerin yüksek düzeyde özfarkındalık ve içgörü sahibi olması önemlidir. Öz-farkındalığın fiziksel, psikososyal, gelişimsel ve kültürel olmak üzere birçok türü vardır. Görüşmeciler, görüşme süreci sırasında kendileri ve başkaları hakkındaki yerleşik önyargılarının ve inançlarının farkında olmalıdır.

Klinik görüşmecilerin dikkate alması gereken pek çok pratik, mesleki ve etik husus vardır. Uygulamaya yönelik faktörler oda, oturma düzeni, not alma, ses ve video kaydını içerir. Mesleki ve etik konular görüşmecinin benlik sunumu, zaman sınırlarını koruma, gizlilik, bilgilendirilmiş onam, belgelendirme, görüşmecinin stres yönetimi gibi konuları içerir. Bu konular görüşmelerin temel dayanağıdır ve netlik kazanmaları halinde görüşmenin yapısı zarar görebilir veya tamamen bozulabilir.

Hem başlangıç seviyesindekiler hem de deneyimli klinisyenler açısından klinik görüşme çok stresli bir faaliyettir. Strese karşı olumsuz reaksiyon gösteren görüşmeciler, stresle daha etkin başa çıkmalarına yardım edecek stres yönetimi yöntemlerine başvurmalıdır. Bu bölümün sonunda önerilen okumalar, klinik görüşmecilere stres yönetimi konusunda oldukça faydalı bilgiler sağlayacaktır.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Benjamin, A. (1987). *The helping interview* (3. Baskı). Boston: Houghton Mifflin Co. Bu klasik eser, 1. Bölümdeki oda teması gibi fiziksel ortam düzenlemesiyle ve dördüncü bölümdeki görüşmelerin kaydedilmesiyle ilgili bilgiler içermektedir.

Hagedorn, W. B. (2005). *Counselor self –awareness and self– exploration of religious and spiritual beliefs: Know thyself.* Alexandria, VA: American Counseling Association. Bu kitap, dini veya manevi inançlarınıza dair kişisel farkındalığınız ve bunların sizi nasıl etkilediğine dair kendinizi sorgulamanız için güzel bir kaynak olabilir.

Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* NewYork: Hyperion. Farkındalık meditasyonu, danışanlar ve danışmanlar için harika bir stres yönetimi tekniğidir. Kabat-Zinn, kitabı okumayı rahatlatıcı kılan, hazmı kolay bir tarzda yazmıştır.

Sommers-Flanagan, R., & Sommers-Flanagan, J. (2007). *Becoming an ethical helping professional: Cultural and philosophical foundations.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. Etik üzerine daha önce ders almadıysanız, bu kaynağı gözden geçirebilirsiniz.

Zeer, D. (2000). *Office yoga: Simple stretches for busy people.* San Francisco: Chronicle Books. Bu kısa kitap, yoğun uzmanların ofiste yapabileceği temel esneme hareketlerini içerir. Kitapta resimler ve uygulanması kolay, stresi azaltan esneme egzersizleri yer alır.

İKİNCİ KISIM

# DİNLEME VE İLİŞKİ GELİŞTİRME

BÖLÜM 3

# TEMEL İZLEME, DİNLEME VE EYLEM BECERİLERİ

*Annemin hikâyesini anlatırken Meryt yüzüme bakarak hareketsiz bir biçimde beni dinledi... Arkadaşım hiç kımıldamadı, bir şey de söylemedi ama yüzü kalbinden geçenleri açığa vuruyordu; bana korkuyu, öfkeyi, acımayı ve şefkati gösterdi.*

–Anita Diament, *The Red Tent*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Karşılaştığımız kişinin iyi bir dinleyici olup olmadığını genellikle hemen anlarız. Ancak iyi dinleyicilerin, diğer insanları açıkça ve rahat biçimde konuşturmak için ne yaptıklarını tam olarak anlamak o kadar kolay değil. Bu bölüm etkili takip/izleme (attending) ve dinleme yeteneklerinin mekaniğini analiz etmektedir. Bu bölümü okuduktan sonra;

- Pozitif ve negatif takip/izleme davranışı arasındaki farkı,
- Etnik ve kültürel altyapı ile çeşitliliğin, izleme ve dinleme davranışını nasıl etkilediğini,
- Görüşmecilerin sessizliği, başka sözcüklerle açıklamayı, açıklık getirmeyi, duygu yansıtmayı ve özetlemeyi içeren bir dizi yönlendirici olmayan dinleme tepkisini nasıl ve neden kullandığını,
- Görüşmecilerin danışanlarına güven vermek konusunda duyduğu doğal istek,
- Görüşmecilerin yorumlayıcı duygu yansıtma, yorumlama, doğrulanma hissi ile çatışmayı içeren bir dizi yönlendirici dinleme tepkisini nasıl ve neden kullandığını görmüş olacaksınız:

İnsan iletişimi söz konusu olduğunda, genellikle iki olası rol düşünürüz: Mesajı gönderen ve mesajı alan. Birisi sizinle konuşurken göreviniz iyi bir dinleyici olmaktır. Bu kadar basit. Gerçekte ise insanlar arasındaki iletişim konusunda çok az şey basittir. İşiniz sadece dinleyici olmaksa bile aynı zamanda hem mesajı alan hem de mesajı gönderen rollerini üstlenebilirsiniz. İnsan iletişimini bu denli karmaşık kılan işte bu durumdur. İletişim alanında uzman profesörler, eski bir özdeyişi aktararak bu karmaşıklığı ifade ediyor: İletişim *kuramazsınız*.

Düşünün. Ne derseniz deyin (hatta hiçbir şey demeseniz bile) bir şekilde iletişim kuruyorsunuz. Arkadaşınızla telefonda konuştuğunuz bir anı hatırlayın. Belki bir şey söylediniz ve sonra kısa bir sessizlik, bir duraksama oldu. Arkadaşınızın hiçbir şey söylemediği bu duraksamayı, bir şey anlatmaya çalıştığını düşünüp buna göre yorumladığınız oldu mu?

Bu bölümün başındaki alıntı da başka bir örnektir. Dinleyici kımıldamıyor ya da bir şey söylemiyor ancak yine de anlayış ve empati gösterdiği varsayılıyor (ya da en azından konuşan, dinleyenin yüz ifadesini empatik olarak yorumluyor).

Danışanınızın sizinle ilgili ilk izlenimi, çoğunlukla o konuştukça karşısında ne gözlemlediğine dayanır. Sizin danışanınızla ilgilenmeniz, ona bir mesaj verir. Bu mesaj, ideal durumda, açık ve özgür bir şekilde konuşma daveti olarak yorumlanır. Bu bölüm, öncelikle, iyi bir dinleyici gibi bakma, konuşma ve davranma şekilleri üzerinde duracaktır.

İyi bir dinleyici olmanız için size uygulama pratiği yapmanızı önermek, samimi görünmeyebilir. Yine de iyi görüşmeciler, bilinçli ve kasıtlı olarak danışanların ilgi ve alaka işareti olarak yorumladığı belirli davranışlarda bulunur. Bu davranışlara görüşme ve danışmanlık literatüründe izleme davranışı adı verilir (Ivey ve Ivey, 1999, s. 27).

İdeal olarak görüşmeciler, danışanlarının sorunlarıyla ve esenlikleriyle *samimi* olarak ilgilidir. Gerçekte ise en iyi görüşmecilerin bile sıkılıp dikkatinin dağıldığı ve geçici olarak danışanlarıyla ilgilenmediği zamanlar, en azından bazı anlar olmuştur. Görüşmecilerin neden danışanlarına karşı ilgisizleştikleri ve bu hisleriyle nasıl başa çıkmaları gerektiğini bilmeleri önemlidir ancak buna daha sonra değineceğiz (Beşinci bölümdeki uyum ve karşıt-aktarım ayrımlarına bakınız). Şimdi, izleme davranışı hakkındaki tartışmamıza odaklanalım.

## İZLEME DAVRANIŞI

Ivey ve Ivey (1999), izleme davranışının, görüşmenin temeli olduğunu düşünür. İzleme davranışını, "kültürel ve bireysel olarak uygun... göz teması, vücut dili, ses niteliği ve sözel takip" şeklinde tanımlarlar (s. 15). Bunu başarmak için görüşmecilerin danışanlarına kültürel ve bireysel bakımdan uygun şekillerde dikkat etmeleri gerekir. Bakma, konuşma ve dikkatle izleme konusunda başarısız

görüşmecilerin çok fazla danışanları olmaz. Görüşmecilerin onları dinlemediğini düşünen çoğu danışanı, danışmanlık almayı bırakabilir.

Psikoloji ve danışmanlıkta hemen hemen herkesin hemfikir olduğu somut bir prensip edinmek rahatlatıcı olur. İzleme davranışının ve iyi dinlemenin önemi, dikkat çekici bir biçimde tartışmasız kabul görür (Akhtar, 2007a; Cormier ve Nurius, 2003; Wright ve Davis, 1994). Beden dilinin önemini görmezden gelen profesyonel danışmanlar, belki de sadece psikoterapide kanepe kullanmaya devam eden sadık psikanalistlerdir. Gerçi, psikanalistler bile kendi ses tonuna, danışanlarının sözel davranışlarını takip etmeye ve iyi dinleme ilkesine çok dikkat eder (Geller ve Gould, 1996; Pulver, 2007).

İzleme davranışı öncelikli olarak sözsüzdür. Edward T. Hall, iletişimin yüzde 10'unun söz, yüzde 90'ınınsa "gizli bir kültürel dilbilgisi" olduğunu ileri sürmüştür (1966, s. 12). Başka yazarlar ise bir mesajın anlamının yüzde 65'inin veya daha fazlasının sözsüz aktarıldığını belirtmiştir (Birdwhistell, 1970). Görüşme ve danışmanlıkta sözel olan ve sözel olmayan mesajlar birbiriyle çelişkili olduğunda, danışan genellikle sözel olmayan mesajları dikkate almaktadır. Bu nedenle danışanlarınızla görüşürken sözel olmayan iletişim kanallarının farkında olmanız ve etkin biçimde kullanmanız gerekir.

### Olumlu İzleme Davranışı

Olumlu izleme davranışları, iletişimi başlatır ve insanların kendini özgür bir şekilde ifade etmesini teşvik eder. Öte yandan, olumsuz izleme davranışları ise kendini ifade etmeyi engeller. Olumlu ve olumsuz izleme davranışlarının belirlenmesi söz konusu olduğunda evrensellikten söz etmek pek mümkün değildir çünkü kültürel altyapı ve önceki deneyimler, danışanın bir izleme davranışını olumlu veya olumsuz olarak nitelemesini etkileyecektir. Temel olan bazı davranışlar olsa da bir danışanda etkili olan davranış, başka bir danışanda etkili olmayabilir. Dolayısıyla danışanlarınızla ilgilenme biçiminiz, her bir danışanın bireysel ihtiyaçlarına, kişiliğine, ailesel ve kültürel geçmişine göre bir dereceye kadar değişiklik göstermelidir. Bazı durumlarda oldukça özenli olmalı, duruma bağlı olarak diğerlerinde ise dikkati azaltabilmelisiniz.

Ivey ve Ivey (1999), bir dereceye kadar kültürler arası tutarlılık gösteren izleme davranışını dört ayrı boyutta tanımlar:

- Göz teması
- Beden dili
- Ses niteliği
- Sözlü izleme

*Göz Teması*

Gözler kalbin aynasıdır derler. Uygun göz temasının ne olduğu hakkında kültürler oldukça farklılık göstermektedir. Göz temasında, çok sayıda bireysel farklılıklar da olabilir. Bazı görüşmeciler açısından, görüşme esnasında göz temasını sürdürmek doğaldır. Bazıları açısından, bu zor olabilir; utangaçlık nedeniyle danışanın göz seviyesinin altına ya da uzağa bakma eğilimi olabilir. Aynı şey danışanlar için de geçerlidir; bazıları biraz daha yoğun ve doğrudan göz teması tercih ederken bazıları yere, duvara ya da gözlerinizden başka herhangi bir yere bakmayı tercih eder.

Avrupa kökenli Amerikalı danışanlar söz konusu olduğunda göz teması çoğu zaman sürekli olmalıdır. Kızılderili, Afrika kökenli Amerikalı ve Asyalı danışanlar ise aksine, genellikle daha az göz teması tercih eder. Ayrıca, bazı görüşmeciler doğal bir biçimde danışanların gözlerine bakmaktansa ağzına ya da yüzüne bakar; danışanlarınızla göz teması kurma tarzınızı belirlemek için kendinizi gözlemlemek isteyebilirsiniz (daha fazla bilgi için bkz. Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 3.1).

Çoğu kişi için, danışan konuştuğu zaman daha fazla göz temasını kurmak ve siz konuşurken daha az göz teması kurmak uygundur. Bazı araştırmalar, danışanların duygusal açıdan hassas ve ilgili olduğu zaman gözbebeklerinin büyüdüğünü ve sıkıldıkları ya da rahatsız olduğu zamansa küçüldüğünü göstermektedir (Hess, 1975; Ivey & Ivey, 1999). Ancak çoğu insan için göz teması, sadece başka biriyle kişisel iletişim kurma yöntemidir; gözbebeklerinin büyüklüğüne dikkat etmeyi gerektirmez.

*Beden Dili*

Çoğu insanın 'beden dili'* olarak tanımladığı iletişim, teknik açıdan *sözel olmayan iletişim* olarak bilinir (Hall, 1966; Knapp, 1972). *Sözel olmayan iletişim*, fiziksel özelliklerle ve vücudun göz, yüz, baş, eller, bacaklar, omuzlar gibi herhangi bir parçasının fiziksel hareketi ile ilişkili değişkenleri ifade eder. *Sosyal alan dili* ise kişisel alan ve iki insan arasındaki mesafe gibi çevresel değişkenleri ifade eder. Çoğu insanın kişisel deneyimlerinden bildiği gibi pek çok iletişim basit, bazen üstü kapalı hareketlerle kurulur. İkinci bölümde danışan-görüşmeci oturma planını ele alınırken, sözel olmayan iletişim değişkenlerini ve görüşme üzerindeki olası etkilerini incelemiştik.

Görüşmecinin olumlu beden dili aşağıda sıralanan özellikleri kapsamaktadır (Walters'tan alınmıştır, 1980). Bu olumlu beden dili örnekleri, temel kültürel normlara dayanmaktadır. Uygulama sırasında, bu davranışların hem bireysel hem de kültürel farklılıkları olduğunu göreceksiniz:

* Kinesics-vücut dilini inceleyen bilim dalının temel konusu) ve *sosyal alan dili* (proxemics). —çn

- Danışana doğru hafifçe eğilmek.
- Rahat ama temkinli duruşu korumak.
- Ayaklarınızı ve bacaklarınızı dikkat çekmeyecek bir pozisyonda yerleştirmek,
- El hareketlerinizin dikkat çekmeyecek şekilde ve yumuşak olmasını sağlamak.
- Diğer hareketlerin sayısını en aza indirmek.
- Yüz ifadelerinizi, kendi hislerinizle ya da danışanın hisleriyle paralel hale getirmek.
- Danışandan yaklaşık bir kol boyu uzakta oturmak.
- Mobilyaların düzenini, danışanla aranıza bariyer kuracak biçimde değil, danışanı ve sizi bir arada tutacak şekilde ayarlamak.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 3.1**

**Kültürel Alt Yapı ve Kişisel Alan**

Göz teması, beden dili, ses niteliği ve sözlü izleme gibi konularda kültürel farklılıklara duyarlı olmalısınız. Kuzey Amerika'da yaşayan pek çok çoğu Avrupa kökenli Amerikalı göz temasını olumlu bir ilginin işareti olarak yorumlamasına rağmen, başka kültürlere mensup insanlar (örneğin, Asyalılar ve Amerika yerlileri) doğrudan göz teması kurmayı daha az tercih etme eğilimindedir, hatta aşırı göz temasını saygısızlık ve müdahaleci olmak şeklinde değerlendirebilir.

Avrupa ve Kuzey Afrika ziyaretimiz sırasında, beden dilindeki kültürel farklılıkların ciddi bir biçimde farkına vardık. Diğer dilleri konuşma yeteneğimiz sınırlıydı; dolayısıyla çokkültürlülüğe ilişkin deneyimimiz daha çok sözel olmayan algılarımıza dayanıyordu. Almanya ve Kuzey İsviçre'de, bu kültürler ile baskın Kuzey Amerika kültürü arasında neredeyse hiç beden dili farklılığı olmadığını fark etmeye başladık. Ancak, İsviçre ve İtalya'nın güneyine doğru ilerledikçe insanlar arasındaki ortalama kişisel alan ve mesafelerin küçüldüğü dikkatimizi çekti: Çok daha az kişisel alanın olduğu iletişim. Ayrıca, el hareketleri daha canlıydı ve empatikti.

Tren istasyonlarında bilet almak için beklediğimiz sırada, enteresan bir ana şahit olduk. Almanya'da ve İsviçre'de, sıralar düzenliydi ve bekleyenler birbirlerine karşı nazikti; aralarında çok az etkileşim veya sohbet vardı. Aksine, Güney İtalya ve Tunus'taki sıralarda, birbirine yakın duran kalabalık insan kitleleri vardı. Neticede, Güney Avrupa ve Kuzey Afrika kültürlerinde sırada sabırla beklemenin pasiflik addedildiğini ve alt sınıftan insanlara

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 3.1 (devamı)**

özgü bir eylem olarak görüldüğünü anladık. Insanların, genel Kuzey Amerika kültüründen bakıldığında, aceleci ve saldırgan diye tanımlayabileceğimiz tarzda davranmaları kabul görüyordu.

Başka kültürlerden gelen danışanların, sizden farklı sosyal alışkanlıklarının olacağını varsaymak genellikle doğru bir yaklaşımdır fakat bu, her seferinde ille de farklı görüşme yöntemlerinin ve izleme davranışlarının gerektiği anlamına gelmez (Hays, 2008). O nedenle gerekirse izleme davranışları açısından neyin rahatsız edici olduğunu danışanlarla doğrudan konuşmak daha uygun olacaktır. Bu konuyu tartışmak yerine, sizin değerlerinizi ve normlarınızı kabul ettiklerini varsaymak danışanları rencide edebilir. Mümkünse farklı kaynakları inceleyin, başka kültürlerde yaşayın ve çokkültürlülük konusunda duyarlılığınızı artırın.

Başka bir beden dili boyutu olan *aynalama (mirroring)*, görüşmeci ile danışan arasında beden dili açısından eşzamanlılık ve tutarlılık sağlamak demektir.

Aynalama oluştuğunda, görüşmecinin fiziksel hareketleri ve sözel davranışları danışanla "eşzamanlı" olacaktır. Aynalama, görece olumlu bir ilişki kurma ve empatiyi artırma olanağı sunan sözsüz bir tekniktir ancak kötü yapıldığında kötü sonuçları olabilir (Banaka, 1971; Maurer ve Tindall, 1983; Rand, 2006). Özellikle aynalamanın çok bariz olduğu durumlarda, danışanlar terapistin kendilerini taklit ettiğini ya da onlarla alay ettiğini düşünebilir. Dolayısıyla aynalama yöntemi ölçülü kullanılmalıdır. Aynalama, olumlu iletişim kurmakta etkin nedensel bir faktör olarak değil, daha ziyade olumlu ilişkinin ve etkili iletişimin ürünü olarak görülmelidir.

*Sesin Niteliği*

Bölüm 2'de, sınıf arkadaşlarınızdan sizi dinlemesini ve sesinizi tarif etmesini istemenizi önermiştik. Bu tavsiyeye uyduysanız arkadaşlarınız size sesinizin niteliği veya paralinguistik hakkında geribildirimde bulunmuştur. *Paralinguistik*, sesin yüksekliğine, perdesine, hızına ve akıcılığına karşılık gelmektedir. Bu ses değişkenlerinin danışanları nasıl etkileyebileceğini düşünün. Kişiler arası etkileşim, genellikle, *ne* söylediğinizle değil, onu *nasıl* söylediğinizle belirlenir.

Etkili görüşmeciler olumlu ilişki kurmak, ilgi ve empatiyi aktarmak, özel konuları ve çatışmaları vurgulamak için ses niteliklerini kullanır. Görüşmecilerin sesi hem duyarlılığı hem de gücü ifade edecek şekilde yumuşak ama güçlü olmalıdır. Beden dilinde olduğu gibi danışanın yönlendirmesini takip etmek, onun sesine benzer bir seste ve tonda konuşmak faydalı olabilir. Meier ve Davis (2008), bu durumu "hızını danışana göre ayarlamak" şeklinde tanımlamaktadır (s. 9). Öte

yandan, görüşmeciler, bütün görüşmeci tepkilerinde ve yönergelerinde olduğu gibi ses tonunu, danışanları belirli bir duruma ve duyguya yönlendirecek şekilde kullanabilir. Örneğin, yumuşak ve anlayışlı bir ses tonuyla konuşmak, danışanları duygularını daha derinlemesine keşfetmeye teşvik ederken yüksek ve gür sesle konuşmak, güvenilirliğinize ya da uzmanlığınıza inanmalarını sağlamaya yardımcı olabilir (Ekman, 2001).

Her ne kadar insanların duygularını duyu organlarıyla algıladıklarına dair göstergeler olsa da bazı araştırmalar insanların duyguları ayrıştırmak hususunda görsel bilgiden çok işitsel bilgileri kullandığını göstermiştir. (Snyder, 1974). Bu bulgu, duygu ifadesi ve algısında, ses özelliklerinin altını çizmektedir. Oyuncular çeşitli duygusal durumları canlandırırken seslerinin yanı sıra bütün vücudunu kullanır. Görüşmeci olarak sesinizin niteliği, danışmanınızın duygularını ifade ediş tarzını etkilemektedir.

*Sözel İzleme*

Görüşmecilerin, danışanın ne söylediğini takip etmesi çok önemlidir. Her göz teması, beden dili ve ses niteliği önemli olsa da tek başına bunlar etkili dinlemeyi temsil etmez. Görüşmeciler, ara sıra anahtar kelimeleri ve ifadeleri tekrarlayarak danışanlarının konuşmalarının içeriğini izleyebilme yeteneği gösterir. Çoğu durumda, danışanlar, sözel olarak açık ve net biçim dile getirmedikçe söylediklerimizin anlaşıldığını kesin şekilde bilemez.

Meier ve Davis'in (2008) terminolojisini yeniden kullanacak olursak sözlü izleme danışanın konuşma içeriğine dikkatle odaklanarak (daha önce belirtilen konuşma sesinin ve tonunun yanı sıra) danışanın kendini ifade etmesini kolaylaştırıp hızlandırmaya karşılık gelir. Sözlü izleme sadece danışanın söylediklerini yeniden ifade etmeyi ya da özetlemeyi gerektirir, anlatılanlarla ilgili kişisel ya da mesleki görüşlerinizi açıklamayı değil.

Sözlü izlemenin doğru yapılmasını vurgulamak, onu doğru yapmaktan daha kolaydır. Bazen, danışanlar pek çok konu hakkında konuşur. Bu durumda onları tutarlı biçimde izlemek zor olabilir. Bazen de danışanın söylediklerine ilgili dikkatiniz dağılabilir ve kendi düşüncelerinize dalabilirsiniz. Örneğin, danışan New York, kürtaj, uyuşturucu, AIDS, boşanma gibi kişisel ve duygusal görüşlerinizin, tepkilerinizin olduğu bir dizi farklı konudan bahsedebilir. Etkili bir sözel izleme için kişisel tepkilerinizi en aza indirgemeli, odak noktasının siz değil danışan olduğunu aklınızdan çıkarmamalısınız. Açıklama, başka sözcüklerle ifade etme ve özetleme gibi daha ileri sözlü izleme teknikleri söz konusu olduğunda bu kural kritik bir önem kazanır.

### Olumsuz İzleme Davranışı

Samimiyetin saygısızlığa neden olduğu söylenir. Söz konusu, izleme becerilerini aşırı kullanmanın saygısızlığa neden olduğunu söylemek ise daha doğru olur. Birinin sizi çok yoğun biçimde dinlemesi can sıkıcı olabilir. Olumlu izleme davranışlarının aşırı kullanılması, uygunsuz bir durum olacaktır. Görüşmeci şu davranışları sergilerken aşırıya kaçmamaya özen göstermelidir:

- *Kafa sallamak.* Aşırı sıklıkta kafa sallamak rahatsız edici olabilir. Bir süre sonra, danışanlar sırf görüşmecilerin kafalarını aşağı yukarı sallamadıklarını görmemek için uzağa bakabilirler. Bir çocuk danışan, "Sanki başı boynuna değil de titrek bir yaya bağlıymış gibi görünüyordu," demişti.
- *"Hı hı" demek.* Bu da aşırıya kaçılan bir izleme davranışıdır. Hem deneyimsizler hem de profesyoneller bu kalıbı sıkça tekrarlayabilir. İki dakikalık dinleme süresi boyunca, yirmi kez "hı hı" denilebilir. Aşırı sıklıktaki "hı hı"lara verilebilecek tepki (ve birçok danışanın tepkisi), kişiyi "hı hı" dışında bir şey söylemeye zorlamak amacıyla konuşmayı kesmektir.
- *Göz teması.* Çok fazla göz teması kişinin dikkatle incelendiği veya taciz edildiği hissine kapılmasına neden olur. Kişisel bir konu hakkında konuşuyorken ya da ağlarken terapistin durmak bilmeden gözlerini dikip size baktığını düşünün. Göz teması çok önemlidir, ama fazlası bunaltıcı olabilir.
- *Danışanın son söylediğini tekrar etmek.* Bazı görüşmeciler tek bir anahtar kelimeyi, ki genelde bu en son kelime olur, tekrar içeren bir sözlü izleme tekniği kullanırlar. Bu kalıbı aşırı kullanmak –30 veya 60 saniyelik bir konuşmayı tek kelimelik bir cevaba indirgediklerinde olduğu gibi– danışanların yine fazlasıyla incelendiklerini veya analiz edildiklerini hissetmelerine neden olabilir.
- *Aynalama.* Aşırı veya uygunsuz aynalama girişimleri zarar verici olabilir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda bu tekniği kullanan bir psikiyatrist, bazen şaşırtıcı derecede başarılı olduğunu, bazen de hastaların kendileriyle alay edildiğini düşünerek sinirlendiklerini ve saldırganlaştıklarını söylemiştir. Benzer şekilde, danışanlar bazen üzerlerinde gizli bir teknik uygulandığını düşünerek endişelenebilirler. Onlarınkine benzer fiziksel tepkiler vermeye çalıştığınızı fark edip onları yönlendirmenizi sağlayan psikolojik bir oyun oynayıp oynamadığınızı merak edebilirler. Sonuçta, genellikle dirençle ve sorunlarla karşılaşılır. Danışan yeni bir eylemde bulunur, görüşmeci bunu fark eder eşzamanlılığı sağlayabilmek için pozisyon değiştirir, danışan yeniden yer değiştirir. Böyle bir oturumu videoya çekerseniz oynatıcıdaki hızlı ileri-geri düğmesini kullanarak izlemek oldukça eğlenceli olabilir.

Öte yandan, araştırmalar, danışanların aşağıdaki görüşmeci davranışlarını olumsuz algıladıklarını göstermektedir (Cormier ve Nurius, 2003; Smith-Hanen, 1977):

- Nadiren göz teması kurmak.
- Bedeninizi, danışandan 45 derece veya daha fazla uzağa bakacak şekilde konumlandırmak.
- Bel yüksekliğini korumadan eğilmek.
- Danışandan uzak yönde, bacak bacak üstüne atmak.
- Kolları göğüs üzerinde birleştirmek.

Bir önceki bölümde önerildiği gibi başkaları üzerinde nasıl bir etki bıraktığınızı bilmeniz genellikle zordur. Sonuçta, sizin ve meslektaşlarınızın etkin bir şekilde olumsuz izleme davranışlarına öncelik vermek yerine, olumlu izleme davranışlarını sergilediğinizden emin olmanız ve bu konuda, birbirinize yapıcı geribildirim verip almalısınız (bkz. Uygulamaya Geçirme 3.1).

**Uygulamaya Geçirme 3.1**

**Yapıcı Geribildirim Verme**

İzleme ve dinleme yeteneklerine ilişkin geribildirim alıp vermek, görüşmecinin gelişimi açısından önemlidir. Göz teması, beden dili, ses kalitesi ve sözlü izleme hakkında özel, açık geribildirimler sınıf içi uygulamalarla, canlandırmayla, rol-yapmayla ve işitsel/görsel kayıtlarla edinilebilir. Örneğin, "Danışanınızdan gözlerinizi sadece iki veya üç kez ayırıp bir süre kaleminizle oynasanız da bu, görüşmeye müdahale etmiş gibi görünmüyor" gibi pozitif geribildirimler net ve yardımcıdır. Genel ve pozitif yorumlar ("Mükemmel iş!" gibi) hoş ve cesaret vericidir ancak daha özel geribildirimlerle birleştirilerek değerlendirilmelidir; işiniz hakkında neyin iyi olduğunu bilmeniz önemlidir.

Sınıf içi uygulamalar veya canlandırmalar sırasında, bazen işler iyi gitmez ve olumsuz geribildirim gelir. Olumsuz geribildirimi, yapıcı veya düzeltici şekilde verin (Bu demek oluyor ki bu geribildirim sadece neyin kötü yapıldığını belirtmemeli, alternatifi olan doğru becerinin sergilenebilmesi için neler yapılabileceği de belirtmeli). Örneğin, yapıcı ve düzeltici bir olumsuz geribildirim şöyle olabilir: "Çoğu zaman yere baktın. Yukarıya baktığın ve göz teması kurduğun zaman danışan canlanmış görünüyordu, görüşmeye daha fazla katılım gösterdi. Dolayısıyla gelecek sefer göz temasını daha uzun süre korumaya çalışmalısın."

Olumsuz geribildirim almak hassas bir konudur çünkü duymak can

**Uygulamaya Geçirme 3.1 (devamı)**

sıkıcı olabilir. Genel olumlu geribildirimin aksine, "korkunç," gibi genel olumsuz yorumlardan her zaman kaçınılmalıdır. Yapıcı olmak için olumsuz geribildirimin de özel ve somut olması gerekir. Olumsuz geribildirim vermeye ilişkin diğer kurallar şunlar olabilir:

- Unutmayın, bir görüşme dersinde ve sınıfında olmanızın sebebi, görüşme becerilerinizi geliştirmektir. Her ne kadar duymak zor olsa da yapıcı bir olumsuz geribildirim almak beceri gelişimi için yararlıdır.
- Geribildirim, asla sadece olumsuz olmamalı. Herkes olumlu ve olumsuz izleme davranışlarında bulunur. Sadece yanlış şeyleri gören ama övme konusunda sorun yaşayan biriyseniz şu kuralı aklınızda tutun: Görüşmecinin performansı hakkında söyleyecek olumlu bir şey düşünemiyorsanız hiçbir şey söylemeyin.
- Olumsuz geribildirimi, olumlu bir şekilde verme uygulamaları yapmak yardımcı olabilir. Örneğin, "Vücudun, tahta gibi sertti," demek yerine, "Kollarını ve omuzlarını biraz gevşetirsen daha etkili olursun," demeye çalışın.
- Rol yapanlar öncelikle kendilerini değerlendirmelidir.
- Sınıftaki bir görüşme uygulamasının ardından öğrencilere geribildirim isteyip istemedikleri sorulmalıdır. İstemiyorlarsa herhangi bir geribildirim verilmemelidir.
- Aşırı derecede olumsuz geribildirim, eğitmenin sorumluluğundadır ve özel, bireysel süpervizyon oturumu sırasında verilmelidir.
- Eğitmenler ve profesörler de dahil olmak üzere hiç kimsenin mükemmel performans göstermediği gerçeğini hatırlayın.

### Bireysel ve Kültürel Farklılıklar

Birçok bireysel ve kültürel farklılık, görüşmeyi etkileyebilmektedir. Bunlarla sınırlı olmasa da söz konusu farklılıklar şunlardır: (a) cinsiyet, (b) sosyal sınıf, (c) etnik köken, (d) cinsel yönelim, (e) yaş ve (g) fiziksel sakatlık (Gandy, Martin ve Hardy, 1999; Susser ve Patterson, 2000). Her danışan kendine özgü davranış kalıpları ve sosyal normlar içeren farklı bir alt kültürün parçasıdır (Hays, 2008). Açıkçası, genç çete üyelerinde etkili olan izleme davranışları, geriatri hastalarında kullanılan izleme davranışlarından farklıdır. Çok kapsamlı, güncel bir sosyal ve kültürel norm bilgisine sahip olması görüşmecilerin daha etkin izleme sergilemelerine yardımcı olacaktır (bkz. Bireysel ve Kültürel Aydınlanma, 3.1).

### Bireysel Farklılıklar

Ofisinize çağırdığınız 20 kişiyle tek tek görüşseniz her birinin farklı türde göz teması, kişisel alan, aynalama ve diğer izleme davranışlarından hoşnut olacağını görürdünüz. Daha önce ele alınan öneriler, doğal olarak ortalamalara ve olasılıklara dayanmaktadır. Örneğin, İtalyan kökenli Amerikalı danışanlarla görüşme yaparsanız İskandinav kökenli danışanların istediğinden daha yakın bir oturma düzenini tercih ettiklerini fark edersiniz. Ancak bu hikâyenin devamı var.

Sıradışı bir İtalyan kökenli Amerikalı'nın sıradışı bir İskandinav'a göre kişiler arası mesafenin daha fazla olmasını tercih ettiği zamanlar da olacaktır. Tüm İtalyan kökenli Amerikalıların, tüm İskandinavların, tüm Afrika kökenli Amerikalıların, tüm kadınların ve benzerinin aynı olmasını bekliyorsanız insanları kategorileştiriyorsunuz demektir. Bireyler arasındaki farklar, belirli kültürel ya da farklı alt gruplar arasındaki ortalama farktan da fazladır. Bu nedenle çeşitli grupların üyeleri arasındaki olası farklılıklardan haberdar olmalı, bu konuda her biri için ayrı ayrı gözlem yapmalı veya bu konuları doğrudan danışanla tartıştıktan sonra karar verip uygulamalısınız.

### Kültürel Farklılıklar

Bireysel farklılıklar önemli olsa da, izleme davranışı açısından kültürel farklılıklara da özen göstermek gereklidir. Dahası, kültürel farklılıklar söz konusu olduğunda kadınlar, erkekler ve çocukların kendi aralarında veya birbirleriyle iletişiminde çeşitlilikler olduğu gözlenebilir. Etkin görüşmeciler, kültürel sinyal ve işaretlere dikkat etmelidir.

Bazen kültürel farklılıklar ve tercihler çok belirgindir. Afrika kökenli Amerikalı bir görüşmecinin, Çinli bir göçmenden farklı bir kültürel altyapısı olduğunu bilmesi için muhteşem bir öngörü veya önseziye sahip olması gereksizdir. İster örtük ister açık olsun, kültürel farklılıkların olduğunu görmek sadece bir başlangıçtır. Etkin görüşmeci, izleme davranışlarını hem farklı kültürlere dair bilgisine hem de danışanın izleme davranışlarına yönelik verdiği tepkilere göre ayarlaması gereklidir. Örneğin, Kızılderili, Çinli, Japon vb. göçmenlerle görüşme yaparken oturma düzeninin daha az göz teması kuracak şekilde düzenlenmesi beklenen bir durumdur (Mednikov, 2007). Elbette tüm kültürel gerekleri ve alışkanlıkları öğrenmek mümkün değildir; yine de en iyi yöntem, sizi yönlendirmesi için samimi şekilde danışanınıza sormaktır. Ancak diğer kültürler hakkında bilgi sahibi olmak için zaman harcamak, duruma uygun şekilde izleme davranışını biçimlendirmek oldukça önemlidir. Bu konu Bölüm14'te daha ayrıntılı ele alınacaktır.

## İZLEMENİN ÖTESİNE GEÇMEK

Size, görüşme esnasında hangi tepkinin ne zaman kullanılması gerektiğini anlatan, tamamen yapılandırılmış, olası tüm görüşmeci tepkilerini içeren ve güvenilir bir kılavuz sunmak isterdik. Ne yazık ki ya da neyse ki danışan ve görüşmeci arasındaki benzersiz ilişki –ve görüşme sürecinin kendisi– formülleştirilemeyecek kadar karmaşıktır. Danışanlar arasındaki farklılıklar, çeşitli görüşme tepkilerine vereceği karşılığı tam anlamıyla öngörmeyi imkânsız kılmaktadır. Bazı danışanlar, yetersiz veya garip bulunan tepkilere olumlu karşılık verebilir; diğerleri ise mükemmel olarak değerlendirilebilecek şeylere olumsuz karşılık verebilir. Bu bölüm yönlendirici olmayan görüşme tepkilerini, ne zaman ve nasıl kullanacağımıza ilişkin genel prensipler sunmaktadır. Ayrıca görüşme tepkilerini farklı kategoriler ayrıntı bir şekilde incelemektedir. Belirli bir görüşme tepkisini etkili bir biçimde uygulamak, görüşmenin duyarlılık ve deneyim gerektiren, hiçbir kitapta okuyup uygulayamayacağınız sanatsal yönünü oluşturmaktadır. Başlangıçta bu, kötü bir haber gibi görünebilir ama bu durum sanatın gerçek doğasını yansıtmaktadır.

Ne söyleyeceğini ya da ne zaman söyleyeceğini bilmemek, yeni başlayan görüşmeciler için endişe verici olabilir. Dürüst olmak gerekirse herkes her zaman doğru şeyler yapar diye bir gerçek yok. Çoğunlukla deneyimli görüşmeciler uzun duraklamalarla –ki ne söyleyeceğini ya da sonraki adımda ne yapacağını bilmemekten kaynaklanabilir– rahatlar. Meier ve Davis (2008), "ne söyleyeceğinizi bilmiyorsanız hiçbir şey söylemeyin" (s. 11) demektedir. Luborsky (1984) ise bu durumu daha da ayrıntılandırmaktadır: *"Açık bir yaklaşımla danışanın ne söylediğini dinleyin. Ne yapacağından ve bir sonraki tepkinizin ne olması gerektiğinden emin değilseniz daha fazla dinleyin, cevap size kendiliğinden gelecektir"* (s. 91). Başka bir deyişle ne söyleyeceğinizi bilmediğiniz durumlarda, temel izleme ve dinleme becerilerinizi kullanmaya devam edin.

Claire Brody'in (1984) *Kadınlarla Çalışan Kadın Terapistler* kitabında yer alan, Margaret Gibbs'a ait "Taklitçi Terapist" adlı bölümde, birçok yeni görüşmecinin yaşayacağı sıkıntı şöyle tarif edilmiştir:

> Terapist olarak çalışmaya başlar başlamaz ... şüphe duymaya ... başladım. Süpervizörlerim yaptıklarımı onaylıyor gibiydi ve hastalarım başkalarının hastaları kadar değişmişti. Ama aslında tam olarak ne yapmam gerekiyordu? Danışan odaklı davranış kuramlarını biliyordum fakat sorularıma yanıt bulmak için okumaya ve araştırmaya devam ettim. Başkalarına yemek tarifi verirken aşçıların yemeğin önemli bir malzemesini sır gibi sakladığı söylenir; ben de eğitmenlerimin bana söylemeyi ihmal ettiği/söylemediği ama mutlaka bilmem gereken bir şey olduğunu hissediyordum (s. 22).

Gibbs'in aradığı eksik malzeme, deneyim olabilir. Gariptir ki deneyim, görüş-

mecilerin doğru şeyi söyleyeceğinden emin olmalarını sağlamaz. Onun yerine, ne söyleyeceğini bilmemekle ilişkili paniğin etkisini azaltmaya yardımcı olur. Deneyim, görüşmecilere beklemek için gerekli olan güvenli bir zemin sunar; deneyimle önünde sonunda söyleyecek faydalı bir şey çıkacağını bilirler. Ayrıca deneyim, kendilerine daha fazla güvenmelerini sağlar. Dürüst bir profesyonel olmanın önemli bir parçası da bazen ne söyleyeceğinizi bilmediğiniz gerçeğini kabul etmek ve kendinizi hoş görmektir. Gibbs, bölümünü şu cümlelerle bitirir:

> Stratejiler klinik kararların ve müdahalelerin belirsizliklerini ört bas edebilir, azaltabilir ancak çözemez. Şüphelerin, başka bir yerde olduğu gibi sınıfta da baskılanması değil paylaşılması gerekir. Klinik çıkarımlarımızın doğruluğuna dair hissettiğimiz belirsizlik ve şüphe, doğruluğu artırmaya yarayan bir cihaz gibi işlev gösterir. Şahsen bu düşünceyi son derece rahatlatıcı buluyorum (s. 32).

Ne söyleyeceğini, onu ne zaman söyleyeceğini ve ne zaman susacağını bilmek klinik görüşme sürecinin temelidir. Öğrencilerin dile getirdiği ortak endişe, "yanlış bir şey" söylemektir.

Sonraki bölümde Robinson'un (1950) yaklaşımı izlenmiştir. Ekseriyetle yönlendirici olmayan tepkilerle işe başlayıp yavaş yavaş yönlendirmeci ve terapist merkezli tepkilerle yola devam edeceğiz. Görüşmeci tepkileri üç grupta sınıflandırılabilir:

1. Yönlendirici olmayan dinleme tepkileri (örneğin sessizlik; bkz. Tablo 3.1).
2. Yönlendirici dinleme tepkileri (örneğin yorumlama; bkz. Tablo 3.2).
3. Yönlendirici eylem tepkileri (örneğin tavsiye; bkz. Tablo 4.2).

## YÖNLENDİRİCİ OLMAYAN DİNLEME TEPKİLERİ

Yönlendirici olmayan dinleme tepkileri, danışanları istedikleri her şey hakkında özgürce ve açıkça konuşmaya teşvik etmek amacıyla kullanılır. İzleme davranışlarına benzer şekilde, bu teknikler de danışanları açıkça yönlendirmez veya onlara yol göstermez. Bunun yerine, izlemecilerin daha önce söylediklerini geri yansıtarak danışanların asıl söylediklerini takip eder.

Yönlendirici olmayan tepkiler, danışanları belirli konular hakkında konuşturmak için de kullanılabilir. Bunun, en az iki nedeni vardır: Birincisi, danışanlar belirli konular hakkında konuşurken görüşmeciler yanlışlıkla ya da kasıtlı olarak onlara daha fazla dikkat eder. Diyelim ki görüşmeci danışanın annesiyle olan ilişkisini konuşmak istiyor. Danışan annesinden her bahsettiğinde görüşmeci göz temasını, baş sallamayı ve pozitif yüz ifadelerini kullanarak danışanı "anne konuşmasına" yönlendirebilir. Danışan konuyu değiştirdiğinde veya annesinden başka

bir konuyu anlattığında görüşmeci, ilgisiz durabilir. Teknik olarak böyle bir görüşmeci danışanın sözel davranışlarını etkilemek için sosyal pekiştirici kullanmaktadır. Bu seçici dikkat, klinik ortamlarda sıkça olur. Sonuçta, psikanalitik görüşmeciler anne ile ilişkilerle, danışan merkezli görüşmeciler duygularla, davranışçılar ise, somut davranış ve konuşmalarla daha fazla ilgilenir.

İkincisi, danışanlar o kadar farklı ve kapsamlı konular hakkında konuşur ki onun her bahsettiği konuya eşit ölçüde dikkat vermek imkânsızdır. Bir ölçüde seçim yapmak gereklidir. Örneğin, genç kadının bir oturuma şunları söyleyerek başladığı bir vakayı hayal edin:

> "Çocukken çok paramız yoktu ve sanırım bu babamı sinirlendiriyordu. Beş çocuğuna da sürekli fiziksel şiddet gösteriyordu. Artık büyüdüm ve kendi çocuklarım var; iyiyim ama bazen çocuklarımın daha fazla disipline ihtiyacı olduğunu hissediyorum. Daha sert... Demek istediğimi anlıyor musunuz?

Bu vakada görüşmeci olduğunuzu varsayın. Bu kadının bahsettiği birçok konu arasında hangisine odaklanmayı seçerdiniz? Tüm bunlar –baba tarafından dövülmek, fakir olmak, artık iyi olmak, çocukları daha ciddi bir biçimde disiplinle yetiştirmeyi istemek– oturumun ilk 20 saniyesinde ifade edildiğini unutmayın.

Hangi konuya odaklanırdınız? Şahsi değerleriniz doğrultusunda bir fikir belirtmek bir yana, verilen mesajın tek bir yönü üzerinde durmak, onu açıklamak hatta başınızı sallamak için bile tek bir konuyu seçmek, yönlendirici bir dinleme tepkisidir. Gerçekten yönlendirici olmayan dinleme için görüşmecilerin mesajın her bir parçasına eşit tepki vermesi gerekir. Bu nedenle danışanların konuşacakları konuyu seçmelerinde yönlendirici olmayan tepkilerin bile ne kadar güçlü bir etkisinin olduğunu bilmelisiniz.

### Sessizlik

Bazı açılardan, sessizlik, dinleme tepkilerinin en yönlendirici olmayanıdır. Basitliğine ve yönlendirici olmamasına rağmen sessizlik, güçlü bir görüşmeci tepkisidir. Edgar Allan Poe'nun "Sessizlik: Bir Masal" adlı şiirinde geçen şu alıntıda da ifade edildiği gibi bazen sessizlik korkutucu olabilir:

> ...Hemen başını kaldırdı ve sınırsız çölde hiç ses yoktu ve kayanın üstünde sessizlik yayıyordu. Ve adam titredi ve başını çevirdi ve kaçıp uzaklara gitti ve onu bir daha görmedim...

Sessizlik görüşmeciyi de, danışanı da korkutabilir. Çoğu insan sosyal ortamlarda sessizlik olunca kendini garip hisseder ve konuşmayı canlı tutmaya çalışır. Lewis Thomas'ın (1974) *Hücrelerin Hayatları* adlı kitabında yazdığı gibi "Doğa, uzun sessizliklerden nefret eder" (s. 22).

Öte yandan, uygun biçimde kullanıldığı zaman, sessizlik yatıştırıcı olabilir. Lao

Tzu'nun *Tao Te Ching* adlı metinde belirttiği gibi: *"Dinginlik ve sakinlik evrendeki akışı düzenler."* Çoğu şey sükûnet ve sessizlik içinde yapılabilir. Görüşmeci tepkisi olarak sessizliğin birincil işlevi danışanı konuşmaya teşvik etmek olmasına rağmen sessizlik, danışanlara, az önce anlattıkları şeylerin etkilerini anlatmalarına yardımcı olabileceği gibi, bu konu üzerine derinlemesine düşünmelerine olanak da sağlayabilir. (Hill, 2004). Ayrıca, sessizlik, hemen bir tepki vermek yerine, biraz düşünmek ve bilinçli bir tepki seçmek için gereken zamanı sağlar. Bununla birlikte, dikkat: Oturumlara sessizliğin amacını açıklamadan susarak başlayan ve sessizliği özgürce kullanmaya devam eden görüşmecilerin, danışanları korkutma riski vardır. Bunun nedeni, görüşmecinin sessizliğinin danışan üzerinde ciddi bir konuşma baskısı yaratması ve bunun da danışanın kaygısını artırmasıdır.

Sessizlik, psikanalitik terapistlerin serbest çağrışımı kolaylaştırmak için kullandığı önemli bir araçtır. Ancak etkili psikanalitik terapistler, bu serbest çağrışım kavramını kullanmadan önce danışanlarına açıklama yapar. Psikanalitik terapinin öncelikli olarak danışanın serbest çağrışımına odaklandığını, görüşmelerin terapistin zaman zaman yaptığı değerlendirmelerle ve yorumlarla sürdürdüğü belirtilir. Terapi ve görüşme yöntemlerini danışanlara açıklamak her zaman önemlidir ama görüşmecinin sessizlik gibi kaygı uyandırma olasılığı olan teknikleri kullanması halinde bu açıklama özellikle önem kazanır (Luborsky, 1984; Meier & Davis, 2001).

Yeni başlayan bir görüşmeci olarak sessizliği deneyimlemeye çalışın (bkz. Uygulamaya Geçirme 3.2). Buna ek olarak aşağıdaki yönergeleri dikkate alın:

- Bir şeyler anlattıktan veya sizin yorumlarınızı dinledikten sonra duraklayan danışanla hemen sözel etkileşime geçmek yerine birkaç saniye bekleyin. Fırsat verildiğinde, danışanlar yönerge veya zorlama olmadan, doğal bir şekilde, çok önemli konuları anlatmaya başlayabilir.
- Siz sessizce otururken danışanınızın konuşmaya devam etmesini bekliyorsanız bu görüşmenin kendinizi kanıtlamanız için değil, danışanın kendini ifade etmesi için yapıldığını hatırlamanız faydalı olabilir.
- Sessizliği kullanmaya duyduğunuz hevesi yitirmemeye çalışın. Sessizliğin ardından bazen, danışanın konuşmasını bekleyin bazen de bu sessizliği siz bozun.
- Danışanın kafasının karıştığını, akut bir duygusal kriz veya psikoz yaşadığını düşünüyorsanız sessizliği kullanmaktan kaçının. Aşırı sessizlik ve bunun yarattığı kaygı koşulları ağırlaştırabilir.
- Sessizlikten rahatsız oluyorsanız gevşemeye çalışın. İzleme becerilerinizi kullanın. Bu tutum, konuşma sırasının danışanlarda olduğunu anlatmaya yardımcı olur.

- Danışanlar sessizlikten rahatsız görünüyorsa serbest çağrışıma yol açacak talimatlar verebilirsiniz (örneğin "Aklınıza ne gelirse söyleyin," deyin) ya da empatik bir yansıtma kullanmak isteyebilirsiniz (örneğin "bundan sonra ne söyleyeceğinize karar vermek zor, gibi").
- Unutmayın, bazen en iyi terapötik tepki sessizliktir.
- Bu bölümün ilerleyen sayfalarında yer alan, Carl Rogers tarafından makale haline getirilmiş mülakatı okuyun (Meador ve Rogers, 1984). Danışan merkezli bakış açısıyla yazılan metin, sessizlikle nasıl başa çıkılabileceği hakkında mükemmel örnekler içermektedir.
- Sessizken vücudunuzun ve yüzünüzün hareketini denetlemeyi unutmayın. Soğuk bir sessizlik ile kabullenici, sıcak bir sessizlik arasında çok büyük fark vardır. Bu farkın çoğu beden dilinden kaynaklanır.

**Uygulamaya Geçirme 3.2**

**Sessizlikten Rahatsız Olmamak**

Görüşme esnasında sessizlikle başa çıkmak rahatsız edici olabilir. Sessizlik anlarına alışmaya yardımcı olması için aşağıdaki faaliyetlerin bazılarını deneyin:

- Bir görüşmeyi izlerken veya dinlerken (ister canlı ister kayıttan) yaşanan her sessizliğin uzunluğunu takip edin. Sessizliği kimin bozduğuna dikkat edin. En önemlisi, bu sessizliklerin danışanın, önemli bir şey hakkında konuşmayı sürdürmesine ya da daha derin bir mevzuya girmesine yardım edip etmediğini, bu sessizliklerin bir şekilde zarar verici olup olmadığını belirlemeye çalışın.
- Görüşme esnasında sessizlik yaşandığı zaman kendi düşüncelerinize ve duygularınıza dikkat edin. Sessizliği memnuniyetle mi karşıladınız, sessizlikten korktunuz mu yoksa sessizlik hakkında nötr mü hissettiniz?
- Arkadaşlarınızla, ailenizle veya romantik partnerinizle, sohbetleriniz sırasında gelişen sessiz anlarda kendilerini nasıl hissettikleri hakkında konuşun. İnsanların sessizlik hakkında çok farklı görüşleri olduğunu keşfedebilirsiniz. Amacınız, başkalarının sessizliği nasıl gördüğünü anlamaktır.

**Başka Sözcüklerle Açıklama veya İçeriğin Yansıtılması**

Başka sözcüklerle açıklama (paraphrase) bir sözel izleme becerisi olup etkili iletişimin de temel bileşenidir. Birincil amacı, danışanlara ilettikleri mesajların asıl anlamını gerçekten duyduğunuzu bildirmektir. İkinci olarak başka sözcüklerle açıklama, danışanlara başkalarının onları nasıl algıladığını duyma olanağı sağlar (açıklama işlevi), ki bu da daha fazla dışavurumcu olmalarını kolaylaştırabilir.

*Başka sözcüklerle açıklama,* "yeniden ifade etme veya tekrarlama eylemi ve sürecidir". Başka sözcüklerle açıklama yapmak bazen içeriğin yansıması olarak anılır (bu da başka sözcüklerle açıklamanın süreci ya da duyguları değil, danışanın sözlerinin içeriğini yansıttığı gerçeğini ifade eder). İçeriğin başka sözcüklerle açıklanması veya yansıtılması, danışanın daha önce söylediklerini doğru şekilde yansıtan veya tekrar ifade eden açıklama olarak da adlandırılabilir. Başka sözcüklerle açıklama, danışanın mesajını değiştirmez, düzeltmez veya danışanın mesajına eklemeler yapmaz. İyi bir açıklama doğrudur ve kısadır.

Görüşmeciler ilk defa başka sözcüklerle açıklama yaparken genelde kendilerini garip hisseder; sanki bariz olan bir şeyi yeniden söylüyormuş gibi gelebilir. Sıklıkla danışanların az önce söylediklerini sert, yapmacık ve bazen kırıcı bir biçimde papağan gibi tekrar ederler. Bu tavır, uygun biçimde kullanıldığında ilişkinin olumlu seyrini sağlayan, empatiyi artıran esnek ve yaratıcı bir tekniğin yanlış kullanılmasıdır. Miller ve Rollnick'in de (1991) vurguladığı gibi yönlendirici olmayan dinleme biçimi olarak açıklama yapmak, göründüğünden daha zordur.

Bir terapist, empatik dinlemede uzman olsa da, bunu başta sözcüklerle aşıklama ve yansıtmayla birlikte yapması oldukça zor olabilir. Danışanın her sözüne dikkat kesilmeyi bir dikkat ve bu sözün anlamına dair sürekli hipotez üretmeyi gerektirir. Açıkça ifade edilmiş sözlere, bu sözlerin anlamına ilişkin ürettiğiniz en iyi tahminle birleştirerek danışanına yansıtırsınız. Danışan size cevap verir ve tüm süreç baştan başlar. Yansıtıcı dinlemeyi taklit etmek veya kötü yapmak kolaydır ama iyi yapmak oldukça zorlayıcı olabilir (s. 26).

Aşağıdaki ayrımda başka sözcüklerle açıklamanın çeşitli biçimleri ele alınmıştır.

*Genel Anlamda Başka Sözcüklerle Açıklama*

Genel anlamda başka sözcüklerle açıklamada, basitçe danışanın az önce söylediklerini başka bir şekilde ifade edilir, tekrarlanır ve yansıtılır.

Bazı örnekler:

**Danışan 1:** "Dün boş günümdü. Hiçbir şey yapmadan evde oturdum. Yapılacak bazı ufak işlerim vardı ama kendimi kanepeden kaldıracak, onları yapacak gücü bulamadım."

Görüşmeci 1: "Yani boş gününüzü geçirme konusunda sıkıntı yaşadınız."

Danışan 2: "Her ödevimde bunu yapıyorum. Son dakikaya kadar bekliyorum ve sonra ödevi hızla yapıyorum. Son dakikacılar gibiyim. Sonucun da o kadar iyi olduğunu düşünmüyorum."

Görüşmeci 2: "Bunu kendinize dair bir örüntü olarak görüyorsunuz ve ertelemenizin, ödevlerinizi istediğiniz kadar iyi yapmamanıza yol açtığını düşünüyorsunuz."

Genel anlamda başka sözcüklerle açıklamaya dair bu örneklerin, her biri basit ve anlaşılır olabilir. Genel anlamda başka sözcüklerle açıklama, başlangıçta söylenen her şeyi birebir karşılamaz; danışanın mesajının özünü başka bir şekilde ifade etmektir. Görüşmecinin olumlu ya da olumsuz görüşünü, tepkilerini veya yorumlarını içermeyecek biçimde yapılır.

*Duyusal Temelli Başka Sözcüklerle Açıklama*

Danışmanlıktaki nörolinguistik programlama hareketi (NLP), temsili sistem denilen kavramın yaygınlaşmasıyla popülerlik kazanmıştır (Bandler ve Grinder, 1975; Grinder ve Bandler, 1976). Temsili sistem, genellikle, danışanın dünyayı deneyimlemek için tercih ettiği görsel, işitsel veya kinestetik duyusal sisteme karşılık gelmektedir.

Danışanınızın sözlerini dikkatle dinlerseniz bazı danışanların söylemlerinin öncelikli olarak görsel odaklı kelimelere ("görüyorum" ya da "öyle görünüyor gibi"), bazılarının işitsel odaklı kelimelere ("duyuyorum" ya da "kulağa öyle geliyor gibi") veya hareket odaklı kelimelere ("hissediyorum" ya da "beni harekete geçirdi gibi") dayandığını fark edersiniz. NLP araştırmalarına göre görüşmeciler danışanların temsili sistemlerine benzer şekilde konuştuğunda danışanlarda empati, güven ve görüşmeciyi tekrar görme isteği artmaktadır (Hammer, 1983; Sharpley, 1984).

Danışanların duyularla ilgili kelimelerini irdeleyerek dinlemek, duyusal temelli başka sözcüklerle açıklamayı kullanmak açısından kritiktir. Kendinizi üç temsili sistemlere duyarlı hale getirmek için üretebileceğiniz kadar görsel, işitsel ve kinestetik kelime üreteceğiniz bireysel ya da sınıf içi uygulamalar yapabilirsiniz (Bazı danışanlar ara sıra koklama ve tatma deneyimlerinden bahsetseler de bunları nadiren öncelikli temsili sistem olarak kullanır). Aşağıdaki örneklerde duyusal kelimeler italik verilmiştir:

Danışan 1: "Terapideki amacım kendimi daha iyi tanımak. Terapinin, güçlü

ve zayıf yanlarımı daha *net görebileceğim* bir tür *ayna* olduğunu düşünüyorum."

Görüşmeci 1: "Kendinizi daha *net görmek* istediğiniz ve terapinin buna yardım edeceğini düşündüğünüz için buradasınız."

Danışan 2: "İşimden yeni *kovuldum* ve ne yapacağımı bilmiyorum. İşim benim için çok önemli. Kaybolmuş gibi *hissediyorum*."

Görüşmeci 2: "İşiniz sizin için çok önemli, onsuz rüzgâra kapılmış gibi *hissediyorsunuz*."

Danışanın duyu kelimelerini kendiliğinden kullanma şeklini analiz etmek, temsili sistemini değerlendirmede en güvenilir yöntem olarak görülmektedir (Sharpley, 1984).

*Mecazi Olarak (Metaforik) Başka Sözcüklerle Açıklama*

Danışan ile iletişimde aktarılan temel mesajı yakalayabilmek için görüşmeciler, mecazi ifadeler ya da benzetmeler kullanabilir. Danışanlar kişisel gelişim sağlamak için veya problem çözümünde kendilerini çıkmazda hissettikleri an görüşmeye gelir. Böyle bir durumda, görüşmeci, "Sanki patinaj yapıyormuş gibi görünüyorsunuz" veya "Bununla uğraşmak gerçek anlamda yokuş yukarı koşmak gibi olmuş," diyerek tepki verebilir. Metaforik başka sözcüklerle açıklama, en çok kinestetik/hareket yönelimli danışanlar için uygunmuş gibi görünse de muhtemelen bu yöntem sayesinde az kelimeyle çok şey anlatılabildiğinden birçok danışan buna iyi tepki verebilir. Aşağıda bazı örnekleri bulabilirsiniz:

Danışan 1: "Kız kardeşim çok titiz. Aynı odayı paylaşıyoruz. Eşyalarımı toplamam, şifoniyerimi düzenlemem ve hemen her şey hakkında beni uyarıyor. Her hareketimi yakından izliyor ve bulduğu her fırsatta beni eleştiriyor."

Görüşmeci 1: "Sanki bir ordudasınız, o da sizin eğitim çavuşunuzmuş gibi."

Danışan 2: "Aksiliklerle karşılaşacağımı biliyorum."

Görüşmeci 2: "Çarşaf gibi bir denize gireceğinizi düşünmüyorsunuz" (Rogers, 1961, s. 102).

*İstemli ve Yönlendirici Biçimde Başka Sözcüklerle Açıklama*

Çözüm odaklı ve yapısal terapistler istemli olarak başka sözcüklerle açıklamayı farklı bir şekilde kullanır. Örneğin, William O'Hanlon (1988), "Carl Rogers'la Dans" adını verdiği başka sözcüklerle açıklamanın bir versiyonunu tanımlamaktadır. Bu tekniği, empati ve yakınlık göstermek aracı olarak görür ve geçmiş ile ilgili olumsuz veya travmatik duyguların ötesine geçerek danışana yardım etme yöntemi olarak açıklar.

**Danışan:** Kendimi doğranmış, parçalara ayrılmış gibi hissediyorum

**Terapist:** Kendini doğranmış, parçalara ayrılmış gibi hissettin (O'Hanlon, 1998, s. 47). [Bu örnekte görüşmeci, danışanı doğrularken geçmiş zaman kipini kullanıyor.]

**Danışan:** Her zaman geçmişle ilgili anlar geliyor gözümün önüne.

**Terapist:** Öyleyse çoğu zaman geçmişle ilgili anlar geliyor gözünün önüne. [Bu örnekte terapist, danışanın sözel ifadesini genelden özele ve kısmi bir algıya çevirme girişiminde bulunuyor.]

**Danışan:** Cinsel istismara uğradığım için kötü, işe yaramaz biriyim ben.

**Terapist:** Öyleyse cinsel istismara uğradığın için kötü, işe yaramaz biri olduğun düşüncesine kapıldın. [Bu örnekte terapist, danışanın ifadesini kurgusal bir nitelikten algısal bir niteliğe dönüştürüyor (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004).]

Çözüm odaklı terapi ile tanınan Insoo Kim Berg, danışanın küçük olumlu bir cümlesine odaklanıp onu abartarak başka sözcüklerle açıklamadaki ünü ile bilinir. Cümle olumsuz bir anlamı barındırsa da (Berg & DeJong, 2005; DeJong & Berg, 1998) Insoo Kim Berg için danışana neyin başka sözcüklerle açıklanacağına dair karar her zaman oldukça basittir çünkü tüm görüşmecilerin danışanlarını yönlendirebildiği ve dolayısıyla görüşmecilerin farkında olarak danışanı olumluya yönlendirebilecekleri felsefesine inanmaktadır.

Berg'in felsefesi, yapısal/çözüm odaklı yaklaşımdaki diğer önemli isimlere ait aşağıdaki iki alıntıyla örneklendirilebilir:

Tek bir kişi iletişim kuramaz, aynı tek bir kişinin kimseyi etkileyemeyeceği gibi (Weakland, 993, s.143).

Yönlendirmeden kaçamayacağınız için, o zaman kritik soru şudur: "Danışanlarımızı nereye yönlendireceğiz?" (Weiner&Davis, 1993, s. 156).

Şimdi yönlendirici olmayan dinleme örneğimize dönersek ve Berg'in olumluya yönlendirme felsefesini buna uygularsak, önceki örneğimiz şöyle olacaktır:

Küçükken çok paramız yoktu ve sanırım babamı hayal kırıklığına uğrattım. Babam her zaman bizi, yani beş çocuğunu döverdi. Şimdi öldü, yok ama bugün bile annem disipline ihtiyacımız olduğunu söylüyor. Bundan nefret ediyorum ve onun gibi olmamak için yemin ettim. Şimdi büyüdüm ve kendi çocuklarım var. İdare ediyorum ama bazen çocuklarımın daha çok disipline ihtiyacı olduğunu düşünüyorum... Ne demek istediğimi anlıyor musunuz?

Şimdi Berg'in bu ifadede hangi olumlu yönü başka sözcüklerle açıklayacağını tahmin etmeye çalışın.

Berg, bu durumda muhtemelen şöyle bir şey derdi: "Şimdi büyüdünüz ve kendi çocuklarınız var, kendinizi idare ediyor olarak görüyorsunuz!" veya "Öyleyse

onun gibi olmayacağınıza yemin ettiniz ve açıkça görülüyor ki öyle değilsiniz!"

Yapısal veya çözüm odaklı yaklaşım açısından Berg'in tekniği, istisnalara odaklanma ve pozitif yönde başka sözcüklerle açıklama veya anı olumlama olarak adlandırılabilir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004).

### Açıklık Getirme

Her türlü açıklık getirmenin amacı aynıdır: Söylenenlerin doğasına kendiniz ve danışanınız açısından uygun bir açıklık getirmek. Açıklık getirmenin birinci türü, farklı sırada da olsa danışanın söylediğinin yeniden ifade edilmesinden ve kapalı uçlu bir sorudan oluşur. Rogers, bunu çok uygun biçimde açıklamıştır:

Doğru anlıyorsam... En can yakanı, size işe yaramaz olduğunuzu söylemesi, kahretsin ki siz de böyle hissediyorsunuz. Söylediklerinizin anlamı bu mu? (Meador & Rogers, 1984, s. 167)

Açıklık getirmenin ikinci türü ise söylenenlerin ikili soru biçiminde yeniden ifade edilmesidir. İkili soru, iki veya daha fazla seçenek barındıran, "O mu bu mu?" tarzında bir sorudur. Örneğin:

- "Arkadaşlarınızın yanında, sınıfta olması mı sizi rahatsız ediyor yoksa başka bir şey mi?"
- "Kocanızla filme görmeden önce mi yoksa gittikten sonra mı tartıştınız?"

İkili sorularla açıklık getirme tekniğini kullanmak görüşmecilere, danışanın görüşmede söylediklerini daha fazla kontrol etme/anlama imkânı sağlar. Bir bakıma, görüşmeciler çoktan seçmeli test formatına benzer şekilde, olası seçenekleri sunarak danışanın yanıtını tahmin etmeye çalışır.

Açıklık getirmenin üçüncü türü en temel olanıdır. Danışanın ne söylediğini iyi duymadığınızda ve söylediklerini teyit etmeniz gerektiğinde kullanılabilir.

- Üzgünüm, söylediğinizi iyi duymadım. Tekrar eder misiniz?
- Tam olarak anlayamadım. Seanstan sonra eve gideceğinizi mi söylediniz?

Görüşme esnasında danışanın ne söylediğini anlamadığınız zamanlar da olabilir. Benzer şekilde danışanların da ne söylediklerinden ve bunu neden söylediklerinden emin olmadıkları zamanlar vardır. Şüphesiz, en kötü senaryo iki tarafın da söylenenlerden bir anlam çıkaramamasıdır. Bazen bu durumlarda en uygun tepki, beklemektir. Yine de danışanın ne söylediğini tam olarak açıklamak gerekebilir. Benzer şekilde danışanlar da sizin söylediklerinizi açıklama gereği duyar.

Brammer (1979) açıklık getirme konusunda iki genel ilkeden söz eder. İlki, danışanın sözleriyle kafanızın karışabileceğini kabul etmektedir. İkincisi ise şöyle

ifade edilmiştir: "*Yeniden ifade etmeyi deneyin ya da açıklamasını, tekrarlamasını veya örneklendirmesini isteyin*" (s. 73). Somut örnek istemek, özellikle yararlı olabilir çünkü soyut ve muğlak olmaktansa somut ve özel olmaya teşvik eder.

Görüşmeci açısından bakıldığında, açıklama kullanılıp kullanılmayacağına karar verirken düşünülmesi gereken iki ana faktör vardır. İlki, bilgilerin önemsiz ve terapötik konularla alakasız göründüğü durumlarda sadece durup danışanın daha üretken bir alana geçmesini beklemek en iyisidir. Görüşme hedefleri ile dolaylı ilgisi olan küçük ayrıntıları netleştirmek zaman kaybı olabilir. Danışanınızın, "Üvey kızımın dedesi annemle ve babamla, hiç görüşmez," dediğini düşünün. Bu danışanı sessizce dinlemek en iyi seçenektir. Açıklama girişimine teşebbüs etmek, uzak aile ilişkilerine dair derin ve gereksiz olabilecek bir konuşmaya yol açabilir. Uzak aile ilişkileri hakkındaki alakasız konuşmalar, genellikle danışanın daha önemli kişisel sorunlardan kaçtığının işaretidir. Bu durumda bir açıklama ya da dinleme tekniği kullanmayın, çünkü bunları yapmak kaçınma tepkisini güçlendirebilir.

İkincisi, aktardığı konu önemli görünmesine rağmen danışanınız kendini açık biçimde ifade edemiyorsa iki seçeneğiniz var: Danışanın kendini daha net ifade edip edemeyeceğini görmek için kısa bir süre bekleyin ya da hemen bir açıklama yapın. Danışan şunu söyleyebilir:

> "Bilmiyorum, o çok farklı. Diğer kadınlara göre bana farklı bakıyor. Diğerlerinde eksik bir şeyler var... Şey, bilirsiniz, gözler... Bir kadının size nasıl baktığını genelde anlarsınız, değil mi? Aslında belki de başka bir şey, benimle ilgili, bugün değil de sonra anlayacağım bir şey."

Görüşmeciye uygun açıklama getirme yaklaşımı şöyle olabilir: "O size farklı görünüyor. Size bakışından, yaklaşımından etkilenmiş olabilirsiniz veya sizinle ilgili şu an tanımlayamadığınız bir şeyden... Söylemek istediğiniz bu mu?"

### Yönlendirici Olmayan Duygu Yansıtması

Duyguların yönlendirici olmayan biçimde yansıtılmasının birincil amacı, duygusal yönelimli başka sözcüklerle açıklama yoluyla danışanlarınızın duygu durumuna duyarlı olduğunuzu anlamalarını sağlamaktır. Yönlendirici olmayan duygu yansıtmaları, duygusal ifadeyi teşvik eder. 15 yaşındaki erkek danışanın öğretmeni hakkında konuştuğu örneği düşünün:

**Danışan:** "Saatini çalmakla suçladığı zaman beni fena halde kızdırmıştı. Ona bir tane vurmak istedim."
**Görüşmeci:** "Bu yüzden oldukça kızgın görünüyorsun."
**Danışan:** "Lanet olsun, kesinlikle haklısınız."

Bu örnekte, görüşmecinin duygu yansıtması sadece danışanın açıkça ifade ettiğine odaklanıyor. Bu yaklaşım tarzı, yönlendirici olmayan duygu yansıtmaları için temel kuraldır: Sadece danışanın söylediğini açıkça duyduğunuz şeyleri yeniden ifade edin veya yansıtın. İrdelemeyin, yorumlamayın veya spekülasyon yapmayın. Çocuğun öfkesinin altında yatan duyguları tahmin edebilseк de yönlendirici olmayan yansıtma bu tahminleri dikkate almaz.

Duygular, doğaları gereği kişiseldir. Duyguları yansıtma girişimi, yakınlık veya samimiyeti artırma girişimidir. Danışmanlık ilişkisinde yakınlık istemeyen bazı danışanlar, duygu yansıtmalarına daha uzak ve daha sessiz tepkiler verebilirler. Bazıları ise duygularını inkâr edebilir. Belirsiz biçimde yönlendirici olmayan yansıtmalar kullanarak olumsuz tepki potansiyelini en aza indirirsiniz.

Görüşmeci, duygu yansıtması sırasında duygunun içeriğini ve yoğunluğunu doğru yansıtmalıdır. Danışanın duygusunun ne olduğundan emin değilseniz geçici yansıtma kullanabilirsiniz. Rogers (1951, 1961), uygun olup olmadığını görmek için duygu yansıtması verdikten sonra danışanı kontrol etme yöntemini kullanırdı. Duygular kişiseldir; görüşmeciler bir duygunun var olduğunu iddia ettiğinde danışanlar genellikle buna olumsuz tepki verebilir. Duygu yansıtmalarınız belirsiz olursa danışanınız sizi hızlıca düzeltebilir. Örneğin:

**Danışan:** "Saatini çalmakla suçladığı zaman beni fena halde kızdırmıştı. Ona bir tane vurmak istedim."
**Görüşmeci:** "Bu konuda biraz sıkıntılı gibisin. Bu doğru mu?"
**Danışan:** "Sıkıntı mı? Evet, lanet olsun, çok kızdım."

Bu örnekte, güçlü bir duygusal tanımlayıcı kullanmak (kızmak) daha uygun görünüyor çünkü danışan, hislerinin rahatsızlıktan öte olduğunu açıkça belirtiyor. Görüşmeci danışanın duygularının yoğunluğunu azalttığı için empati olumsuz yönde etki etmiş olabilir. Öte yandan, olumsuz etki azaltılabilir, çünkü görüşmeci yansıtmayı belirsiz ifade etmiştir (danışanlarınıza verdiğiniz duygusal tepkileriniz hakkında uygulama yapmak için Bkz. Uygulamaya Geçirmek 3.3).

**Uygulamaya Geçirme 3.3**

**Duygu Kapasitenizi ve Kelime Haznenizi Geliştirme**

Duygu kapasitenizi ve kelime haznenizi keşfederek geliştirmenin birçok yolu vardır. Carkhuff (1987), şu alıştırmayı önerir: Öfke, korku veya üzüntü gibi temel bir duygu belirledikten sonra bu duyguyu, ona karşılık gelen başka duygularla ilişkilendirmeye başlayın. Örneğin "Üzgün hissettiğim za-

**Uygulamaya Geçirme 3.3 (devamı)**

man..." deyin ve bu duyguyu diğer duygularla ilişkilendirerek ifade edin. Örneğin "...aldatılmış hissediyorum."

Mutlu olduğum zaman, doyuma ulaştığımı hissediyorum. Doyuma ulaştığım zaman, memnun olduğumu hissediyorum Memnun olduğum zaman, huzurlu olduğumu hissediyorum. Huzurlu olduğum zaman, güvende olduğumu hissediyorum. Güvende olduğum zaman, sakin olduğumu hissediyorum. Sakin olduğum zaman, rahatladığımı hissediyorum.

Bu duygu ilişkilendirme süreci, duygusal yaşamınızı daha fazla keşfetmenize ve çok çeşitli duygu kelimeleri bulmanıza yardımcı olabilir. Izard'ın (1977, 1982) belirlediği 10 temel duyguyu kullanarak bu alıştırmayı her bir duygu için ayrı ayrı ya da ikili şekilde yapın.

| | |
|---|---|
| İlgi-heyecan | Tiksinme |
| Mutluluk | Küçümsemek |
| Şaşkınlık | Korku |
| Sıkıntı | Utanmak |
| Kızgınlık | Suçluluk |

### Özetleme

Özetleme doğru dinlemeye işaret eder. Danışanı geliştirirken görüşmeciye ana temaları hatırlatır. Danışanların önemli konulara odaklanmasını sağlar ve danışan mesajlarının ardındaki anlamları açığa çıkarır veya düzeltir.

Danışanı 20 veya 30 dakika dinledikten sonra, hatta bütün bir oturumun sonunda tartışılanları özetlemek uygun ve faydalı olacaktır. Örneğin:

**Görüşmeci:** "Bu ilk 15 dakikada birçok şey söylediniz; endişelerinizi anladığımdan emin olmam gerektiğini düşünüyorum. Ailenizle aranızdaki çatışmalarla ilgili olarak sizi ihmal etmelerine ne kadar çok kızdığınızdan, koruyucu aileye verilmenin sizi rahatlattığından, ancak bunun başlı başına ayrı ve önemli bir uyum süreci olduğundan bahsettiniz. Bunlar o ana kadar konuştuklarımızın temel noktalarını içeriyor mu?"

**Danışan:** "Evet. Bunlar konuştuklarımı içeriyor."

Özetleme, kavramsal açıdan basit bir şeymiş gibi gözükse de söylenenleri özet haline getirmek zor olabilir. Söylenenler hızla unutulabilir, danışanın her söylediğini tam olarak aklınızda tutamayabilirsiniz. Bazen, özetleme yaparken titiz ve

doğru olma arzusuyla görüşmeciler başlarından büyük bir işe kalkışabilir. Örnek verecek olursak:

> "Şimdi bugün söz ettiğiniz dört ana konuyu özetlemek istiyorum. Öncelikle babanızın otoriter tarzı nedeniyle çocukluğunuzun zor geçtiğini söylediniz. İkincisi şimdiki evliliğinizde, karınızın ebeveynliğini oldukça eleştirdiğinizi fark ediyorsunuz. Üçüncüsü, kendinizi kontrolcü ve mükemmeliyetçi olarak tanımlıyorsunuz ve evliliğinizde süregelen çatışmalara da bunun neden olduğunu düşünüyorsunuz. Dördüncüsü, hımm, dördüncüsü (uzun bir sessizlik)... Dördüncünün ne olduğunu unuttum ama eminim aklıma gelecek."

Bu örnek, bizi özetlemenin ikinci güçlüğüyle karşılaştırıyor. Genellikle görüşmeler çeşitli konularla ve temalarla dolu olur. Özetlemeye uygun, açık ve net bir örüntü olmayabilir. Bu, özellikle tedavinin başlangıcında geçerlidir. Aşırı gereksiz şeyleri söylemeden veya kritik bir bölümü dışarıda bırakmadan, söylenenlerin özünü kapsayan kısa bir özet vermek zordur. Bu nedenle özetleme konusunda ortak çalışmaya dayalı bir yaklaşım faydalı olabilir.

Gayri resmi, etkileşimli ve destekleyici özetleme yapmanın çeşitli avantajları vardır. Öncelikle, bu yaklaşım, hafızanızın üzerindeki baskıyı ortadan kaldıracaktır. İkincisi, danışanlara önemli olduğunu düşündükleri şeyleri belirtmesi için daha çok sorumluluk yükler. Bu, danışanların söylediklerini hatırlamasına ve onların önemli olduğunu düşündükleri şeyleri fark etmesine yardımcı olur. Üçüncüsü, etkileşimli yaklaşım, ortak çalışmaya dayalı bir ilişki biçimlendirir. Terapide, başarıdan sorumlu kişi sadece görüşmeci değildir. Danışanların neyin önemli olduğuna karar vermelerine izin vermek, ekip çalışması yapmayı gerektirir.

*Özetleme için Yönergeler*

Gayri resmi, etkileşimli ve destekleyici özetlemeler aşağıda açıklanmıştır:

**Gayri Resmi**

- "Burada söylediklerinizin özeti şu" gibi bir şey demek yerine, "Bahsettiğiniz temel konuları izleyebildiğimden emin olalım" gibi şeyler söyleyebilirsiniz.
- Bahsedeceğiniz hususları tek tek numaralandırmak yerine, her birini ayrıca belirtin. Böylece bir hususu unuttunuz diye mahcup olmazsınız.

**Etkileşimli**

- Özetlerken duraklayın. Böylece danışanınız aynı fikirde olduğunu ya da olmadığını belirtebilir veya ayrıntılara inebilir.
- Özetin sonunda, söylediklerinizin doğru olup olmadığını sorun.

- Siz özetlemeden önce danışanınıza önemli olduğunu hissettiği şeyleri özetlettirin. Böylece, danışanınızı kendi fikirlerinizle boğmadan şahsi görüşlerini direkt edinebilirsiniz. Önemli olduğunu düşündüğünüz hususları daha sonra her zaman özete ekleyebilirsiniz.

### Destekleyici

- Bazı durumlar karşısında, danışanınızın sizinle bilgi paylaştığını açıkça kabul edin. "Pek çok şey söylediniz" veya "Kısa zamanda epey konuya değindiniz" ifadeleri danışanların anlattığı şeyler konusunda kendisini iyi hissetmesine yardımcı olacak güven verici ve destekleyici ifadelerdir. Tabii ki samimi olmalısınız ve bu destekleyici ifadeleri sadece gerçek düşünceniz öyleyse kullanmalısınız.
- Danışandan özetleme isteme tarzınız destekleyici olmalıdır. "Bugün bahsettikleriniz arasında sizin için en önemli olanla ilgileniyorum" veya "Konuştuklarınız arasında önemli bulduğunuz hususları nasıl özetlerdiniz?"

**Tablo 3.1. Yönlendirici Olmayan Dinleme Tepkileri ve Genel Etkileri**

| Yönlendirici olmayan dinleme tepkisi | Tanım | Birincil amaç/Etki |
|---|---|---|
| İzleme davranışı | Göz teması, öne doğru eğilmek, kafa sallamak, yüz ifadeleri ve benzeri. | Danışanın konuşmasını kolaylaştırır. |
| Sessizlik | Sözel aktivite olmaması. | Danışanlara konuşmaları konusunda baskı yapar. "Yatışma süresi" sağlar. Danışanın vereceği karşılığı düşünmesine olanak sağlar. |
| Açıklık getirme | Danışanın mesajını yeniden ifade etmenin denenmesi, kapalı uçlu bir sorudan önce veya sonra gelir (Bu hakkım var mı? gibi). | Danışanın belirsiz ifadelerine açıklık getirir ve görüşmecinin duyduklarının doğruluğunu destekler. |

Tablo 3.1. Yönlendirici Olmayan Dinleme Tepkileri ve Genel Etkileri (devamı)

| | | |
|---|---|---|
| Başka Sözcüklerle açıklama | Danışanın anlattığı şeylerin içeriğinin yansıtılması veya yeniden ifade edilmesi. | Danışanların doğru duyduğunuzu anlamalarını ve kendi söylediklerini duymalarını sağlar. |
| Duyusal temelli başka sözcüklerle açıklama | Danışanın açıkça ifade ettiği duyusal araçları öne çıkaracak şekilde başka sözcüklerle açıklamak. | İlişkiyi olumlu yönde etkiler ve empatiyi artırır. |
| Yönlendirici olmayan duygu yansıtması | Açıkça belirtilmiş duygunun yeniden söylenmesi veya başka bir şekilde ifade edilmesi. | Danışanın empati deneyimini artırır ve onu, duygularını daha fazla ifade etmeye teşvik eder. |
| Özetleme | Bir görüşmede bahsedilen konuları kısaca gözden geçirmek. | İçeriği pekiştirir ve görüşmede bahsedilen konuları ilişkilendirir veya bütünleştirir. |

Bu bölümü okuduktan sonra, olası bir özetleme türünden söz etmediğimizi fark edebilirsiniz. Nihayetinde, özellikle çözüm odaklı veya yapısal terapistler bunu düşünebilir. Çözüm odaklı veya yapısal perspektifindeki bir görüşmede, özetlemeleriniz sadece gayri resmi, etkileşimli ve destekleyici olmaz, aynı zamanda olumlu da olur. Aslında bazı çözüm odaklı terapistler herhangi olumsuz bir şeyi danışanlarına özetlemez.

Olumluya odaklanmak aslında bir tür yönelim ile ilgili bir konudur. Tahmin edebileceğiniz gibi psikanaliz yönelimli terapistler, erken çocukluk dönemine ve o dönemdeki çatışmalara odaklı özetlemeler yapar. Halbuki, bilişsel terapistler yanlı, işlevsel olmayan düşünce örüntülerine, çözüm odaklılar ise olumluya odaklanır. Bu bölümü okudukça, kendinizi nereye yakın hissettiğinize odaklanın. Özetlemeye geldiğinizde doğal eğiliminiz hangi yönde? Olumlu mu olumsuz mu veya danışanın hayatında giden kötü şeylere mi odaklanacaksınız? Belki de bir denge sağlamaya çalışarak hangisi uygunsa onu deneyeceksiniz, kim bilir?..

## GÜVENCE VERME ÇABASI

İzleme davranışları ve yönlendirici olmayan dinleme teknikleri birlikte ele alındığında "hoş" davranışlar olarak değerlendirilebilir. Başka bir insanı kibarca dinlemek, ona ilgi göstermeyi, onun hislerine duyarlı olmayı ve çok sayıda yardımsever davranışı içerir. İlaveten, iyi bir dinleyici iseniz karşılıksız, güven verici, olumlu şeyler söyleme arzusu da duyabilirsiniz. Ancak övmenin, iltifat etmenin

veya güvence vermenin yönlendirici olmayan dinlemeyle aynı şey olmadığını bilmek önemlidir.

Birini övmek, bir tür kendini açma eylemidir. *Kendi* bakışınızı ve *kendi* onayınızı ifade edersiniz. Kendini açmak, klinik görüşmecilerin kullandığı bir *tekniktir* ve uygun biçimde, uygun yerde kullanılmalıdır (Farber, 2006; Zur, 2007). Güvence verme de bir tekniktir. Danışanlar güvence vermeniz için yalvarıyormuş gibi davranabilir. İyi bir ebeveyn olup olmadıklarını, doğru şeyi yapıp yapmadıklarını, üzüntülerinin sona erip ermeyeceğini ve benzeri şeyleri bilmek isterler. Benzer şekilde, siz de onlara güvence verme ve onlara gayet iyi gittiklerini söyleme baskısı hissedersiniz.

Danışanlara, zamanından önce veya kapsamlı güvenceler verilmemelidir. Güvence verdiğiniz zaman, bu, bir durumu ve kişinin başa çıkma yeteneklerini değerlendirdiğiniz ve koşulların iyileşeceğini, daha iyi sonuçlanacağını açıkladığınız anlamına gelir. Ayrıca, empati kurmak ve güvence vermek aynı şey değildir. Görüşmeciler, düzenli olarak empatik açıklamalar yapmalıdır; halbuki dikkatle ve pek az güvence verilmelidir.

## YÖNLENDİRİCİ DİNLEME TEPKİLERİ

Yönlendirici dinleme ve eylem tepkilerine, yönlendirici denmesinin sebebi görüşmecileri yönetici veya uzman yerine koymasıdır. Yönlendirmelerin etkin kullanılabilmesi, kişiler arası ve klinik duyarlılık ile birlikte psikopatoloji ve tanı becerilerine de sahip olmayı gerektirir.

Yönlendirici tepkiler bazı açılardan çok etkili olduğu için onları ilerleyen sayfalarda ele almak ve ardından; ayrıntılı bir görüşme değerlendirmesini irdelemek daha doğru olur. O halde, değerlendirme tekniklerini tartışmadan önce neden yorumlama, yüzleşme ve öğüt verme gibi tepkilerin tanımlarını yapmıyoruz?

Dahası değerlendirme görüşmeleri yapmak için birçok tepki türünü bilmeniz gerekir. Değerlendirme görüşmeleri, hem yönlendirici hem de yönlendirici olmayan tepkileri içerir. Tüm tepkilere hâkim değilseniz gelişmiş yönlendirici tepkileri uygunsuz bir şekilde kullanabilirsiniz. Buradaki bilgileri yönlendirici ve ileri seviye psikopatoloji becerilerinde uzmanlaşmanızdan ziyade daha fazla eğitim almaya heveslenmeniz için sizlerle paylaşacağız.

Yönlendirici dinleme tepkileri, öncelikli olarak danışan merkezli veya görüşmeci merkezli olabilir ancak bu tepkiler her zaman görüşmeyi belirli bir tema ya da değerlendirme konusuna odaklamak için kullanılır. Temelde, yönlendirici dinleme tepkileri, danışanların terapistlerinden rehberlik almaya ya da yönlendirilmeye ihtiyaç duyduğu varsayımına dayanır.

**Duyguyu Doğrulama**

Duyguların yansıtılması, *duyguyu doğrulama* olarak adlandırılan teknikle karıştırılır. Giriş niteliğindeki ders kitapları, bu iki farklı tepkiyi çoğunlukla ayırmaz (Ivey ve Ivey, 1999; Meier ve Davis, 2008). Duyguyu doğrulama, görüşmecinin danışanın anlattığı duyguların doğruluğunu görüp onları onaylamasıyla gerçekleşir.

Duyguyu doğrulamanın amacı, danışanların, hissettiği duyguların insan olmanın doğal ve normal bir parçası olduğunu kabul etmesine yardımcı olmaktır. Duyguyu doğrulama, danışanların egosunu okşayabilir. Danışanlar görüşmecinin onaylayıcı yorumları nedeniyle kendilerini desteklenmiş ve daha normal hisseder. Ancak bu tartışmalı bir konudur çünkü bazı kuramcılara göre, duyguyu doğrulama gibi yönlendirici ve destekleyici teknikler, terapiste bağlı olarak, danışanın öz saygısını yalnızca geçici olarak artırır, danışanda gerçek ve kalıcı bir değişiklik yaratmaz. Ayrıca, bu tekniği özgürce kullanan terapistler, bazen, danışanlarda bağımlılık geliştirebilir. Danışanda olumlu duygular uyandıran bir terapötik teknik olarak duyguyu doğrulama, onay ve güvence vermeyi de kapsar. Belki de bu yüzden arkadaşlar veya romantik partnerler birbirine sıkça bu tekniği uyguluyormuş gibi davranır.

Duygu doğrulamaya yönelik tüm girişimler, danışana aynı mesajı verir: "Duygularınız makul anlaşılabilir ve bunları hissetmeye hakkınız var." Aslına bakılırsa bazen duyguyu doğrulamak, danışanlara belirli duygularının yaşanması *gerektiği* mesajını da verebilir.

**Danışan:** "Annem öldüğünden beri çok üzgünüm. Kendimi ağlamaktan alıkoyamıyorum" (Danışan ağlamaya başlar).
**Görüşmeci:** "Annenizi kaybettiğiniz için üzgün olmanız gayet olağan. Bu kesinlikle normal. Ağlamak istiyorsanız ağlayın."

Bu örnekte, görüşmecinin duygu yansıtmasından öte duygu doğrulaması yaptığına dikkat edin. Üzgün olmanın sorun olmadığını açıkça belirterek görüşmeci uzman rolünü üstleniyor ve danışanın duygularının uygunluğuna karar veriyor.

Duyguyu doğrulama tekniğinin bir başka örneği de kendini açmadır:

**Danışan:** "Sınavlardan önce inanılmayacak düzeyde endişeleniyorum. Aklıma gelen sadece, sınavda donup kalacağım ve her şeyi unutacağım. Sınava girip kâğıda baktığımda, her şey aklımdan uçup gidiyor."
**Görüşmeci:**"Biliyor musunuz? Ben de bazen sınavlarda aynı şeyleri hissediyordum."
Bu örnekte, görüşmeci kendisinin de aynı endişeyi hissettiğini belirtmek ama-

cıyla kendini açma tekniğini kullanıyor. Kendini açma tekniğinin duyguyu doğrulamak için kullanılması güven verici olsa da bir o kadar risklidir. Bu örnekte, danışan özellikle bu danışmanın (kendisinin de endişelendiğini kabul eden) onun endişesini yenmesine yardım edip edemeyeceğini merak edebilir, görüşmeciye duyduğu güven azalabilir.

Görüşmeciler, Yalom'un ve Leszcz'nin (2005) *evrensellik* dediği bir kavramla da danışanları doğrulayabilir veya onlara güven verebilir.

Danışan: "Kendimi hep başkalarıyla kıyaslıyorum ve genellikle de yetersiz görüyorum. Bir gün gerçekten kendimden tam anlamıyla emin olacak mıyım, merak ediyorum?"

Görüşmeci: "Kendinize çok haksızlık ediyorsunuz. Herkesin kendisiyle ilgili şüpheleri vardır. Kendine tam anlamıyla güvenen hiç kimseyi tanımıyorum."

Burada görüldüğü gibi danışanlar neredeyse dünyadaki (veya evrendeki) herkesin onlarla aynı hisleri taşıdıklarını öğrenince doğrulanmış olur. Yalom (Yalom & Leszcz, 2005) başka bir örnek daha vermektedir:

> Bir keresinde, bir hasta ile yaptığı 600 saatlik görüşmeyi gözden geçirirken analiste terapide aklında kalan en önemli olayı sorduğumda, danışanın annesine karşı hislerinden duyduğu rahatsızlıkla ilgili bir olayı hatırladı. Duyguları güçlü ve olumlu olsa da danışanın, yüklü bir miras alabilmek için annesinin ölmesini istediği bir anı aktardı. Analist durumu, "Bu aramızda gelişen terapi ilişkine benziyor," diyerek yorumlamıştı. Bu basit açıklama, danışanda çok büyük bir rahatlama sağlamıştı ve kendi duygu karmaşasının derinliklerini keşfetmesine imkân vermişti (s. 7).

Duyguyu doğrulama yaklaşımı, görüşmelerde ve danışmanlıkta oldukça yaygın kullanılır. Bunun nedeni, kısmen danışanların duygularının doğrulanmasından kısmen de terapistin danışanların duygularını doğrulamaktan hoşlanmasındandır. Bazı durumlarda, danışanlar terapiye sadece normal olduklarını bilmek için gelebilir. Bazı kuramcılar, duyguyu doğrulama şeklinde verilen açık desteğin danışanların kendilerine dair daha önemli konuları irdeleme (danışan terapisti öyle diyor diye iyi olması gerektiğini düşünebilir) ve terapistten bağımsız, kendi kendilerine olumlu bir tutum geliştirme olasılıklarını azalttığını iddia eder. Duyguyu doğrulamanın olası etkileri şunlar olabilir:

- Olumlu/uyumlu bir ilişki geliştirme.
- Danışanın sorununu ya da duygularını irdeleme eğiliminin artması veya azalması.
- Geçici de olsa danışanın kaygı düzeyinde azalma.
- Danışanın özsaygısında artma ve kendisinin normal olduğuna dair hisle rinde gelişme (muhtemelen geçici de olsa).

- Danışan-görüşmeci bağımlılığın artması ihtimali.
- Danışan açısından kritik konulara odaklanma eğiliminin azalması.

**Duyguların Yorumlanarak Yansıtılması**

Duyguların yorumlanarak yansıtılması, danışanın açık duygusal ifadelerini aşan, duygu temelli açıklamalardır. Duyguların yorumlanarak yansıtılmasının amacı, danışanların sadece kısmen farkında oldukları duygularını ortaya çıkarmaktır. Bu yaklaşım, bir içgörüye yol açabilir (danışan daha önce bilinçdışında olan ya da kısmen bilinç düzeyinde olan şeylerin farkına varmaya başlar).

Öğretmenine oldukça kızgın olan 15 yaşında erkek danışan örneğini hatırlayalım.

**Danışan:** "Saatini çalmakla suçladığı zaman beni fena halde kızdırmıştı. Ona bir tane vurmak istedim."

**Görüşmeci:** "Dolayısıyla hayli öfkelendin" (Yönlendirici olmayan duygu yansıtması).

**Danışan:** "Lanet olsun, kesinlikle haklısınız."

**Görüşmeci:** "Biliyor musun? Öğretmeninin yaptıklarıyla ilgili başka duygularının olduğunu da düşünüyorum. Belki de seni inciten, sana güvenmemesidir" (Duyguların yorumlanarak yansıtılması).

Burada görüşmecinin ikinci ifadesi, danışanın açık bir şekilde ifade edemeyeceği derin duyguları irdeliyor. Duyguların yorumlanarak yansıtılması, danışanlar açısından tehditkâr olabilir çünkü bu tür yansıtmalar ifade edilen duyguları değil, daha derinlerde saklı duyguları keşfetmeye yöneliktir. Duyguların yorumlanarak yansıtılması danışan-görüşmeci arasındaki iyi ilişkiyi ve görüşmeci güvenirliğini de güçlendirir.

Duyguların yorumlanarak yansıtılmasının yönlendirici olarak kabul edilmesinin nedenini, bu yöntemin aslında danışanın farkında olmadığı, daha derinde saklı bir duygusal malzemeye bağlı olmasıdır. Görüşmeciler daha derindeki duygu ve gerekçelere yönelik anlamlı öngörüler yapmak için danışanın cümlelerini, beden duruşunu, ses tonunu ve diğer ilişkili şeyleri kullandığında, yansıtmaktan çok yorumlar. Dahası, George ve Cristiani'nin (1994) vurguladığı gibi yorumlama bir yana yönlendirici olmayan duygu yansıtması bile bu etkiye neden olabilir: "Danışan merkezli klasik duygu yansıtma tekniği, bir yorumlama gibi görülebilir" (s. 162).

Duyguların yorumlanarak yansıtılması, terapötik iyileştirmeyi teşvik edebilecek güçlü bir tekniktir. Yansıtmalar, danışan savunmasını da uyarabilir. Psikanalitik yönelimli klinisyenlerin vurguladığı gibi etkili yorumlamalar söz konusu ol-

duğunda, zamanlama son derece önemlidir (Freud, 1940/1949; Weiner, 1998). Bu nedenle önceki örnekte, görüşmeci ilk olarak yönlendirici olmayan duygu yansıtmasını kullanmış ve bu yansıtma onaylandıktan hemen sonra, daha derin bir yorumlayıcı tepkiye yönelmiştir. Duyguların yorumlanarak yansıtılması tekniğinin etkin olması için görüşmecinin danışan hakkında yeterli ön bilgiye sahip olması ve aralarında iyi bir ilişki kurmuş olması gereklidir. Ayrıca duyguları yorumlayarak danışana yansıtırken kesinlikten uzak, esnek ifadeler kullanmalıdır.

### Yorumlama

Yorumlamanın amacı, danışana içgörü ve daha doğru bir gerçeklik algısı kazandırmaktır. Fenichel'in (1945) belirttiği gibi "Yorumlama, ortaya çıkmaya hazır bir durumu söze dökerek bilinçdışında olanın bilinç düzeyine ulaşmasına yardım etme sürecidir" (s. 25). Görüşmeci yorum yaptığında aslında danışana, "Seni ve içinde bulunduğun durumu görüş biçimim bu," demek ister.

#### *Psikanalitik veya "Klasik" Yorumlamalar*

Psikanalitik geleneğe göre yorumlama, bilinçdışı süreçlerin kişinin davranışını etkilediğine değinen kuramsal varsayıma dayanmaktadır. Bilinçdışı çatışmalara ve yapılara dikkat çekerek terapistler, danışanların daha fazla öz farkındalık geliştirmesine ve işlevsel açıdan daha iyi bir düzeye ulaşmasına katkıda bulunur. Ama bu, tek başına içgörünün bir davranış değişikliğine yol açtığı anlamına gelmez. Aslında içgörü danışanlarda daha işlevsel duygular düşünceler ve davranışlar gelişmesine yol açabilir.

Klasik yorumlamanın birçok şekli vardır ancak ileri düzey bir beceri olduğundan, tekniği burada kısaca ele alacağız. Öğretmenine oldukça kızgın olan 15 yaşındaki erkek danışanı son kez hatırlayalım.

**Danışan:** "Saatini çalmakla suçladığı zaman beni fena halde kızdırmıştı. Ona bir tane vurmak istedim."

**Görüşmeci:** "Bu yüzden ona hayli öfkelendin" (Yönlendirici olmayan duygu yansıtma).

**Danışan:** "Lanet olsun, kesinlikle haklısınız."

**Görüşmeci:** "Biliyor musun? Öğretmeninin yaptıklarıyla ilgili başka duygularının da olduğunu düşünüyorum. Belki de seni inciten, sana güvenmemesidir" (Duyguların yorumlanarak yansıtılması).

**Danışan:** (Duraklar.) "Evet, bu çok aptalca aslında... Ama artık bu beni üzmüyor... Kimse size güvenmeyince yapmadığım bir şey için suçlanmak büyük bir şaşkınlık yaratmıyor."

**Görüşmeci:** "Yani öğretmeninin sana duyduğu güvensizlikten dolayı öfkeyle

verdiğin tepki, geçmişte annenin ve babanın sana güvenmediğini söylediği zaman vermiş olduğun tepkiye benziyordu." (Yorumlama.)

Bu diyalogda, danışan duyguların yorumlanarak yansıtılması girişimine dolaylı bir onay veriyor. Yansıtmayı önce küçümsüyor ve sonra "artık acımıyor" sözleriyle bunu doğruluyor. Bu cümlede danışanın görüşmeciye geçmişteki travmatik deneyimlerini sorgulama sinyali verdiğine dikkat edin (*artık* kelimesi geçmişle ilişkilidir.) Bu çok da şaşırtıcı değil. Doğru yansıtma, sıklıkla, "kalıtımsal" bir materyali ortaya çıkarır (geçmişteki olaylar gibi). Dolayısıyla örnekte görüşmeci, danışanın sinyalini algılıyor ve daha klasik bir yorumlamayla seans sürdürüyor.

Klasik yorumlamalar, danışan ile danışanın geçmiş ve mevcut ilişkisi hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir. Bir önceki örnekte, görüşmeci danışanla yaptığı eski görüşmelerden, bir suçu olmadığı halde zaman zaman annesinin ve babasının onu cezalandırdığını biliyor. Görüşmeci, bu yorumlamayı çocuğun ilk açıklamasından sonra da yapabilirdi ancak çocuk ilk iki girişime olumlu tepki verene kadar bekledi. İşte bu durum, yorum yapma zamanlamasının önemine işaret etmektedir. Fenichel'in (1945) belirttiği gibi "Hazırlıksız danışan, terapistin söyledikleriyle kendi duygularını hiçbir zaman bağdaştırmaz. Böyle bir 'yorumlama' girişimi, hiçbir şeyi yorumlayamaz" (s. 25).

Daha önce belirtildiği gibi yorumlama, ileri düzey bir görüşme tekniğidir. Psikanalitik yorumlamanın teknik yönleriyle neyin, ne zaman ve nasıl yorumlanacağıyla ilgili çok metin yazılmıştır (Fenichel, 1945, 1967; Greenson, 1965, 1967; Weiner, 1998). En azından temel düzeydeki psikanalitik yönelimli ders kitaplarını okumak, psikanalitik terapi derslerini ve süpervizyonunu almak, klasik yorumlamayı uygun biçimde yapmanın önkoşulları olarak önerilebilir. Duyguları yorumlayarak yansıtma gibi zamanlaması kötü olan yorumlamalar da danışanda direnç ve savunma yaratır.

*Farklı Bir Bakış Açısı Geliştirme (Reframing)*

Birçok kurama göre, yorumlamanın etkinliği sadece bilinçdışı süreçlere dayalı değildir. Aslında yorumlama, danışanların sorunlarını veya sıkıntılarını başka açılardan görmelerine yardım eden bir müdahale gibi de düşünülebilir. Bu yaklaşım aile sistemleri, çözüm yönelimli ve bilişsel yönelimli psikoterapistler tarafından *farklı bir bakış açısı geliştirme* olarak adlandırılmıştır (de Shazer, 1985; Morse, 1997; Watzlawick, Weakland ve Fisch, 1974).

Farklı bakış açısı geliştirme, öncelikli olarak görüşmeciler danışanların dünyayı yanlı veya işlevsiz bir şekilde gördüğünü düşündüğü zaman kullanılır. Suça yönelimli gençler ile yapılan grup çalışmasına katılan iki üye ve danışman arasındaki konuşmayı ele alalım:

Peg: "Beni hep rahatsız ediyor. Bana hakaret ediyor. Onun bir pislik olduğunu düşünüyorum. Didişmemek için bir anlaşma yapmak istiyorum ama buna uymayacağından eminim."

**Dan:** "Esas sorun onda. Hep haklı olduğunu düşünüyor. Asla geri adım atmıyor. Onunla hiçbir şekilde bir anlaşma yapmayacağım. Zaten o yine bildiğini okuyacak."

**Danışman:** "İkinizin bugün de yan yana oturduğunuzu fark ettim."

**Peg:** "Ne olmuş? Yanında olmamayı isterdim."

**Danışman:** "Bence ikiniz de bundan hoşlanıyorsunuz. Hep yan yana oturuyorsunuz. Hep tartışıyorsunuz. Gerçekten, belki de yan yana olmaktan kaçınmanız gerek."

**Diğerleri:** "Vay canına! İşte budur. Tabii tabii biz de öyle düşünmüştük."

Bu örnekte, iki ergen birbirlerini sürekli rahatsız ediyor. Görüşmeci, bu iki ergenin karşılıklı olarak birbirini sürekli rahatsız etmesinin ve sinirlendirmesinin aslında aralarındaki çekimden kaynaklandığını ileri sürüyor. Bu ergenler, söz konusu farklı bakış açısı geliştirme girişimini inkâr etse de gruptaki diğer üyeler bunun mümkün olduğunu kabul edebilir ve terapinin ileriki seanslarında bundan bahsedebilir.

Etkili bir farklı bakış açısı geliştirme, makul bir alternatif varsayıma dayanmalıdır. Diğer örnekler şunlar olabilir:

- Depresyondaki bir danışana: "Bir hata yaptığınızda, bunu başarısızlığınızın kanıtı gibi görme eğilimindesiniz ancak bunu olası başarınıza yönelik çabanızın ve gelişiminizin bir kanıtı olarak da görebilirsiniz; neticede en başarılı insanlar bir işi başarmadan önce birçok başarısızlık ve olumsuzluk yaşayanlardır.
- Muhalif bir genç kıza: "Annene ve babana hoş, övgü dolu sözler söylemenin yalakalık olduğunu düşünüyorsun. Annene ya da babana söylediğin olumlu sözler, sadece dürüst ve samimi bir geribildirim de olabilir" (J. Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1997).
- Sosyal kaygısı olan bir danışana: "İnsanlar size selam vermediğinden reddedildiğinizi düşünüyorsunuz ama belki de sadece kötü bir gün geçiriyorlardır veya o an zihinleri başka bir şeyle meşguldür."

Farklı bakış açıları geliştirme girişimleri, ilk başlarda inkârla karşılanabilir ancak danışanlara etkileşimlerini ya da problemlerini farklı bir açıdan göstermek endişelerini, öfkelerini ya da mutsuzluklarını azaltabilir. Farklı bir açıdan bakmak, eylemlerin algılanmasında veya yorumlanmasındaki esnekliği artırır.

*Yüzleştirme*

Yüzleştirmenin amacı, danışanların kendilerini ve gerçekliği daha açık şekilde algılamalarına yardım etmektir. Danışanların başkaları, dünya ve kendileri hakkındaki görüşleri genel, taraflı olabilir. Bu çarpıklık ve yanlılıklar, uyumsuzluklar veya tutarsızlıklar şeklinde ortaya çıkar. Örneğin, yumruğunu sıkmış, sert ve öfkeli bir sesle şunları söyleyen bir danışan düşünün: "Keşke eski eşimden bahsetmeseydiniz. Size daha önce de söyledim, bitti! Ona karşı hiçbir şey hissetmiyorum. Köprünün altından çok sular geçti." Oysa belli ki durum tam tersi, danışanın eski eşine karşı hâlâ güçlü duyguları var. İlişkileri belki bitti ve danışan onu geçmişte bırakmak istiyor ancak sözel olmayan iletişim öğeleri –ses tonu, vücudunun duruşu, yüz ifadeleri– görüşmeciye danışanın hâlâ eski eşiyle duygusal bir bağı olduğunu söylüyor.

Yüzleştirme, danışanla ilişki düzeyiniz gayet iyiyse ve duygusal, davranışsal bir tutarsızlığı veya çelişkiyi gösterecek kanıtlarınız varsa etkili olacaktır. Danışanın eski karısı hakkında çözümlenmemiş duyguları olduğunu gösteren ekstra kanıtlarınız yoksa yüzleştirme kullanmanızı öneremeyiz. Destekleyici bir kanıtınız varsa şöyle bir yüzleştirme uygun olabilir:

> "Geçen hafta, ne zaman eski eşiniz ve ilişkiniz aklınıza gelse ondan intikam almak istediğinizden söz ettiniz. Ancak bugün, ona karşı duygularınızın olmadığını söylüyorsunuz. Yumruğunuzu sıkmanıza, ses tonunuza ve geçen hafta onun 'sizi aldattığı' hakkında söylediklerinizi dikkate alınca, ona karşı hâlâ oldukça güçlü duygularınız olduğu izlenimi ediniyorum. Belki de bu duygularınızın yok olmasını istiyorsunuz, ancak net bir şekilde görülüyor ki hâlâ varlıklarını sürdürüyorlar."

Görüşmecinin yüzleştirmeyi destekleyecek delilleri nasıl sunduğuna dikkat edin. Bu vakada, görüşmeci, danışanın eski karısına yönelik çözümlenmemiş hislerini kabul etmesinin ve bunlarla ilgilenmesinin daha iyi olacağına karar vermiş durumda. Danışanın bu sorunu görebilmesi için yüzleştirme tekniğini kullanıyor. Danışanın sözel olmayan davranışları ve içsel duyguları arasındaki çelişkiyi kabul etme ihtimalini artırmak için hafif şiddetli bir yüzleştirme yapılıyor ve ayrıca kanıtlarla destekleniyor.

Yüzleştirmeler yüzeyselden keskin/sert olanlara kadar çeşitlilik gösterir. Yeni evlenmiş genç bir adamın danışanınız olduğunu düşünün; seansın 35. dakikasında hâlâ karısından bahsetmediğini varsayalım (karısı iki gün önce eğitim için 3.200 km uzaktaki okula gitmesine rağmen). Genç adam, hissettiği kızgınlık ve gerginlik düzeyinde genel bir artış olduğundan söz ederken onu gözlemleyen terapisti tarafından yüzeysel olarak yüzleştiriliyor: "Eşinizin gidişiyle ilgili hiçbir şey söylemediğinizi görüyorum."

Bu örnekte, danışanı hafif düzeyde yüzleştirmek amacıyla terapist, içeriğin (ya

da içerikte yer almayışının) yansıtılması tekniğini kullanıyor. Burada terapistin amacı, danışanın içinde bulunduğu olumsuz ruh hali ile eşinin kısa bir süre önce gitmiş olması arasındaki olası bağlantıyı fark etmesini ve kabul etmesini sağlamaktır. Bazen, daha sert yüzleştirmeler faydalı olabilir. Ancak terapist bu tip yüzleştirme teknikleri kullandığında, danışanda direnç gelişmesine neden olma tehlikesini göze almalıdır (Miller ve Rollnick, 2002). Madde kötüye kullanımı olan bir danışanla yapılan sert bir yüzleştirme örneğine bakalım:

**Danışan:** "Bu çok önemli bir sorun değil. İçmek istediğim zaman içiyorum ama bu hayatımın geri kalanını fazla etkilemiyor. Fazla içmeyi seviyorum. Hafta sonları bazı şeyleri göz ardı etmeyi, unutmayı seviyorum, herkes sevmez mi?"

**Görüşmeci:** "Tamam, fazla içmeyi seviyor gibi görünüyorsunuz. Ancak iki kez alkollü araç kullanırken yakalanmışsınız, üç iş değiştirmişsiniz ve geçtiğimiz yıl içinde de en az altı veya yedi tane kavga olayına karışmışsınız. Aslında alkolle ilgili büyük bir sorununuz var gibi geliyor bana. Bunu kabul etmez ve bir şeyler yapmaya başlamazsanız kanunlarla, işinizle ve ilişkilerinizle ilgili sorunlar yaşamaya devam edebilirsiniz. Gerçekten bunun bir sorun olduğunu düşünmüyor musunuz?"

Ne yazık ki çoğu insan, etkili olması için sert biçimde yüzleştirme yapılması gerektiğine inanır. Halk arasında özellikle madde kötüye kullanımı alanında yüzleştirmelerin *yüzüne tokat gibi vurmak* yaklaşımında olması gerektiğine dair kuvvetli bir inanış hâkim. Ancak bu tamamen yanlış bir strateji.

> Aslında sert ve saldırgan yüzleştirme tekniğinin, bağımlılık davranışları ve benzeri sorunların tedavisinde daha etkin ya da tercih edilen bir strateji olmasını kenara bırakın, faydalı olduğu konusunda bile ciddi kanıtlar yoktur (Miller ve Rollnick, 1991, s. 7).

Güçlü ve sert yüzleştirmelerin yapılması gerektiğinde terapistlerin yüzeysel yüzleştirmelerle işe başlayıp zamanla sertleşen bir tutum izlemeleri terapötik açıdan daha etkili olacaktır ve bu yaklaşım, danışanda daha az direnç yaratacaktır.

Yüzleştirmeye ilişkin başka bir örnekte, 41 yaşındaki evli bir erkeğin, internette tanıştığı 20 yaşındaki bir kızla arkadaşlık kurduğunu anlattığını düşünelim. Bu diyalogda, danışanın açıklamalarını, görüşmecinin her biri gittikçe daha yüzleştirici olan olası farklı tepkileri takip etmektedir:

**Danışan:** "Aslında bu kızla bir sohbet odasında tanıştım. Evliliğim zaten 10 yıldır sönük geçiyor; bu nedenle kendim için bir şeyler yapmaya ihtiyacım

vardı. Daha 20 yaşında ama gelecek hafta Dallas'ta buluşmak üzere randevulaştık. Oldukça tedirginim. Bunu anlattığım bir arkadaşım, çılgın olduğumu söyledi ama ben sadece hayatımda bir hareketlilik istiyorum. **Görüşmeci-1:** "Evliliğinizdeki sorunlar hakkında eşinizle konuşmaktansa genç bir kadınla randevulaşmanın kendinizi daha iyi hissettireceğini düşünüyorsunuz."

**Görüşmeci-2:** "Açıkçası planınız biraz riskli görünüyor. Hiç karşılaşmadığınız ve tanımadığınız biriyle yaşayabileceğiniz cinselliğe, 20 yıllık evliliğinizden daha fazla değer veriyorsunuz. Doğru anlamış mıyım?"

**Görüşmeci-3:** "Bir orta yaş fantezisi yaşadığınızı söylemem gerek. Bu kadını hiç görmediniz, gerçekten 20 yaşında olup olmadığını, AIDS veya başka bir hastalığının bulunup bulunmadığını ya da sizi soyup soğana çevirip çevirmeyeceğini bilmiyorsunuz. Birlikte olmanızın sizi daha iyi hissettireceğini düşünüyorsunuz ama sadece kendi sorunlarınızdan kaçtığınız görülüyor. Er ya da geç, onunla birlikte olmak sadece kendinizi daha kötü hissettirecek."

Bir yüzleştirmenin etkinliği, danışanınızın tepkilerini inceleyerek anlaşılabilir. Örneğin, danışan yüzleştirmenin doğruluğunu açıkça inkâr edebilir, kısmen ya da tamamen doğru ve önemli olduğunu kabul edebilir.

Değişim sağlayacak doğru yüzleştirmenin, açık bir reçetesi yoktur. Doğru yüzleştirmede, bir eylemin gerekli olduğu ima edilir (ama açıkça söylenmez veya tavsiyede bulunulmaz). Bir sonraki bölümde, açıkça eylem öneren veya tavsiye eden teknikleri inceleyeceğiz. Tablo 3.2 yönlendirici dinleme tepkilerini özetlerken bir sonraki bölümde yer alan Tablo 4.1 yönlendirici eylem tepkilerini içermektedir.

**Tablo 3.2 Yönlendirici Dinleme Tepkileri ve Genel Etkilerinin Özeti**

| Yönlendirici Dinleme Tepkisi | Tanım | Öncelikli Amaç/Etki |
|---|---|---|
| Duyguları yorumlayarak yansıtma | Görüşmecinin, danışanın duygularının ve davranışlarının ardında ne olduğuna dair inancını belirten ifadeler. | Empatiyi güçlendirir; duygusal keşfi ve içgörüyü teşvik eder. |
| Yorumlama | Görüşmecinin, danışanın duygularının ne anlama geldiğine dair inancını belirten ifadeler. Sıklıkla geçmiş deneyimlere yapılan atıfları içerir. | Yansıtmaya ve danışanı kendi duygularını, düşüncelerini, davranışlarını gözlemlemeye teşvik eder. Danışan içgörüsünü güçlendirir. |

Tablo 3.2 Yönlendirici Dinleme Tepkileri ve Genel Etkilerinin Özeti (devamı)

| | | |
|---|---|---|
| Soru sorma | Danışandan doğrudan bilgi almayı sağlayan sorgulamadır. Birçok soru sorma şekli vardır. | Bilgi alır. Görüşmecinin kontrolünü güçlendirir. Danışanların konuşmasına yardımcı olur veya duygularını yansıtmalarını teşvik eder. |
| Duyguları doğrulama | Danışanların açık bir şekilde ifade ettiği duyguları destekleyen, tasdik eden ve doğrulayan ifadeler. | Olumlu ilişkiyi güçlendirir. Geçici olarak kaygıyı azaltır. Görüşmecinin, bir uzman gibi görülmesine neden olabilir. |
| Yüzleştirme | Danışanın tutarsızlığını veya çelişkisini belirleyen, buna dikkat çeken ifadeler. Yüzeyselden çok serte doğru değişebilir. | Danışanları kendilerine odaklanmaya düşünmeye, hissetmeye ve davranış yapılarını incelemeye teşvik eder. Kişisel değişim ve gelişimle sonuçlanabilir. |

## ÖZET

İzleme davranışı öncelikle sözsüz uygulanır, kültürel açıdan uygun göz temasından, beden dilinden ses kalitesinden ve sözel izlemeden oluşur. Olumlu izleme davranışı, danışanın konuşmasını kolaylaştırırken olumsuz izleme davranışı danışan iletişimini sonlandırır.

Olumsuz izleme davranışı, aşırı derecede sergilenen olumlu izleme davranışı da dahil olmak üzere, çok sayıda rahatsız edici davranış içermektedir. Danışanların göz teması, beden dili, ses kalitesi ile sözel izleme türlerinin ve düzeylerinin uygunluğu konusunda hatırı sayılır derecede kültürel ve bireysel farklılıklar vardır. İletişimi ve izleme becerilerini geliştirmek için başlangıç aşamasındaki görüşmecilerin, arkadaşlarından ve süpervizörlerinden geribildirim istemeleri gerekir.

İzleme davranışlarının ötesinde, görüşmeciler –sessizlik, açıklama, başka sözcüklerle açıklama, yönlendirici olmayan türde duygu yansıtma ve özetlemeyi de içeren– birçok yönlendirici olmayan dinleme tepkisi kullanır. Yönlendirici olmayan dinleme tepkilerinin her biri, danışanın kendisini ifade etmesini kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Ancak yönlendirici olmayan dinleme tepkileri de danışanların bir konu hakkında daha fazla konuşmasına neden olabilir veya buna yönlendirebilir.

Yönlendirici görüşmeci tepkileri, görüşmecinin bakış açısını gündeme getiren tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Görüşmeciler, danışanlara iletişim üzerinde hiç kontrolleri olmadığını hissettirebilecek kadar yönlendirici olabileceği gibi danışan-

larda kayboldukları hissine ya da görüşmecinin cevap vermekten kaçındığı izlenimine yol açacak tepkiler de sergileyebilir. Yönlendirici görüşme tepkileri, genellikle, danışanları düşünce, duygu veya davranış biçimlerini değiştirmeye teşvik eden, ileri düzeyde tekniklerdir. Bu nedenle yönlendirme, yeterli klinik değerlendirme yapıldıktan sonra kullanılmalıdır.

Yönlendirici dinleme tepkileri, yönlendirmeci olmayan duyguyu yansıtma, yorumlama, soru sorma, doğrulama ve yüzleştirmeyi içerir. Bu teknikler, terapistin danışanların seansta anlattığı belirli konulara odaklanmasına yardımcı olur ya da dikkat etmesini sağlar.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Aşağıdaki kitapların çoğu hem izleme davranışlar hakkında hem de farklı kuramsal yönelimlerde terapötik tekniklere yönelik ek bilgiler ve uygulamalar sunmaktadır. Ayrıca bu kitaplardan bazıları çeşitli sosyal ve kültürel gruplarla ilgili bilginizi ve duyarlılığınızı da geliştirebilir.

Cormier, S. & Nurius, P. (2003). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (5. baskı.). Monterey, CA: Brooks/Cole. Bu kitabın dördüncü bölümü sözel olmayan davranış hakkında geniş ve kapsamlı bilgi sunmaktadır.

Gibbs, M.A. (1984). The therapist as imposter. C. M. Brody içinde (Ed.), *Women therapists working with women: New theory and process of feminist therapy.* New York: Springer. Bu bölümün, terapistlerin güvensizliklerini ve yetersizliklerini kabul etmelerinde önemli bir katkısı olabilir. Deneyimli görüşmecilerin kendilerini neden yetersiz hissedebilecekleri ve ne hissettikleri hakkında içgörü sağlayabilir.

Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (1. cilt). New York: International Universities Press. Bu klasik çalışma, yorumlamanın kullanımına ilişkin kapsamlı gerekçeler sunmaktadır.

Hill, C.E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. Hill'in kitabının on dördüncü bölümü, özellikle yorumlamaya odaklanıyor.

Meador, B. & Rogers, C. R. (1984). Person-centered therapy. R. J. Corsini içinde (Ed.), *Current psychotherapies* (3. baskı). Itasca, IL: Peacock. Bu bölüm, Rogers'ın "sessiz genç adam"la yaptığı klasik görüşmelerinden alıntılar içermektedir.

Messer, S.B., & McWilliams, N. (2007). *Insight in psychodynamic therapy: Theory and assessment.* Washington, DC: American Psychological Association. Bu kitap ayrıca, yorumlama ile içgörü geliştirmeye dair ekstra bilgi sunmaktadır.

Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2. Baskı). Boston: Bea-

con Press. Bu kitap, kadınlar (ve erkekler) ile çağdaş toplumda başa çıkmak zorunda kaldıkları konular hakkındadır. Kadın olmanın bazı geleneksel zorluklarının açıkça ifade edilmesine yardımcı olmaktadır.

O'Donohue, W., Cummings, N.A., & Cummings, J.L. (Eds.). (2006). *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist.* Amsterdam, Netherlands: Elsevier. Bu kitap, çeşitli konuları ele almak için kullanılabilecek birçok strateji ve tekniği içermektedir.

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin. Bu metin, Rogers'ın duygu yansıtması tartışmasının orijinal halini içermektedir (Bölüm 4).

4. BÖLÜM

# *YÖNLENDİRME: SORULAR VE EYLEM BECERİLERİ*

*Yetişkinlere yeni bir arkadaş edindiğinizi söylediğinizde, asla ayrıntılarla ilgili sorular sormazlar. "Ses tonu nasıl? En çok hangi oyunları seviyor? Kelebek koleksiyonu yapıyor mu?" gibi sorular gelmez. Bunun yerine: "Kaç yaşında? Kaç tane erkek kardeşi var? Kaç kilo? Babası ne kadar para kazanıyormuş?" gibi sorular sorarlar. Bu genel sorularla onun hakkında bir şeyler öğrendiklerini düşünürler.*

—Antoine de Saint-Exupéry, *Küçük Prens*

BÖLÜM AMAÇLARI

Klinik görüşme yapanlar, dinlemenin ötesine geçmeli ve danışanla ilgili değerlendirme yapabilmek için sorularını ustalıkla sormalıdır. Görüşme bir tür soruşturma değildir ancak zaman zaman görüşmeciler dedektif rolünü üstlenebilir. Ayrıca, bazen danışanların özel eylemlerde –görüşmecinin işlevsel ve sağlıklı olduğunu düşündüğü eylemlerde– bulunmasını teşvik ederler. Bu bölümde, klinik görüşmeciler tarafından sıklıkla kullanılan çeşitli soruları ve yönlendirici eylem tepkilerini inceleyeceğiz. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Görüşmecilerin kullandığı çeşitli sorular, bunların nasıl kullanılacakları ve genel etkileri (ve yan etkileri).
- Soru sormanın faydaları ve sorumlulukları.
- Ne tür sorular uygun değildir ve etik olmayan sorular nelerdir?
- Görüşmede soru sormak için gerekli genel yönergeler.
- Klinik görüşme yapanların açıklama, öneride bulunma, anlaşma ve anlaşmazlık, teşvik etme, onay ve onaylanmama gibi çeşitli yönlendirici eylem tepkilerini nasıl ve neden kullandığı.

Kazma olmadan kuyu kazmayı veya çekiç olmadan ev inşa etmeyi düşünün. Çoğu görüşmeci için uygun soruları kullanmadan bir görüşme yapmak benzer bir soruna yol açar: Görüşmenin en temel aracını kullanmadan, görevi tamamlamanız nasıl beklenebilir ki?

Görüşmedeki kritik rolüne rağmen bu bölüme kadar sorulardan hiç söz etmedik. Amacımız yaratıcılığınızı tetikleyerek diğer dinleme ve iletişim araçlarının da niteliğini, içeriğini uygulama şeklini anlamanıza yardımcı olmak. Böylece görüşme yaparken sorulara çok fazla bağımlı olmanızın önüne geçilebilir.

Sorular inanılmayacak kadar çeşitli ve esnek görüşmeci araçlarıdır; danışanın konuşmasını teşvik etmek, sınırlamak, danışanla olumlu ilişkiyi kolaylaştırmak, ona ilgi veya ilgisizlik göstermek, hakkında bilgi toplamak, ona baskı yapmak ve onun bakış açısını görmezden gelmek için kullanılabilir. Soruları ve yönlendirici eylem tepkilerini uygun şekilde kullanmaya ayrılan bu bölümü okurken bugüne kadar özgür ve rahat bir şekilde soru sormanın nasıl hissettirdiği hakkında derinlemesine düşünmelisiniz.

## SORU SORMA

Herhangi bir ortamda bir soru sorduğunuzda aslında o konuşmanın kontrolünü ele alırsınız. Sorular, doğası gereği, yönlendiricidir ve insan iletişiminin gerekli bir parçasıdır. Klinik görüşme ortamında sorular bir teknik olarak kullanılır ve doğal olarak incelenmeyi gerektirir. Bilhassa özel bir bilgiyle ilgileniyorsanız soru sorma dürtüsüne karşı koymak oldukça zor olabilir. Ne yazık ki *Küçük Prens* vakasındaki gibi sorduğunuz soruların (ve bunlara verilen cevapların) sorgulanan kişiyle ilgili olmasının garantisi yoktur.

### Genel Soru Türleri

Görüşmecilerin emrine amade pek çok soru türü vardır. Bunlar arasında bir ayrım yapmak önemlidir çünkü farklı soru tipleri, farklı danışan tepkilerine ve tepki örüntülerine yol açar. Görüşmecilerin en yaygın kullandıkları, açık, kapalı, rahatlatıcı-açıcı, dolaylı ya da ima edilen ve yansıtmalı sorulardır.

#### *Açık Sorular*

Açık sorular, sözel çıktıyı kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Tanım gereği, açık sorular, tek kelimelik yanıtlardan daha fazlasını gerektirir; sadece evet veya hayırla cevaplanamaz. Genelde, açık sorular, "Nasıl" ya da "Ne" kelimesi ile başlar. Yazarlar bazen "Nerede", "Ne Zaman", "Nasıl" veya "Kim" ile başlayan soruları da açık sorular olarak sınıflandırır ancak bu sorular sadece kısmen açıktır çünkü konuşmayı "Nasıl" ve "Ne" soruları kadar kolaylaştırmaz (Cormier ve Nurius, 2003). Aşağıdaki diyalog, açık sorulara ilişkin örnekler içermektedir:

**Görüşmeci:** "İlk panik atağınız ne zaman başladı?"

**Danışan:** "Sanırım 1996'da."

**Görüşmeci:** "İlk panik atağınızı geçirdiğinizde neredeydiniz?"

**Danışan:** "New York'ta, metroya binmek üzereydim."

**Görüşmeci:** "Ne oldu?"

**Danışan:** "Metroya adım attığım an kalbim çarpmaya başladı. Öleceğimi zannettim. Koltuğumun yanındaki metal direği tüm gücümle sımsıkı tuttum çünkü yuvarlanıp düşmekten ve mahcup olmaktan korkuyordum. Başım döndü ve kusacağımı hissettim. Sonra ineceğim durağa geldik. Trenden indim ve bir daha asla metroya binmedim."

**Görüşmeci:** "Yanınızda kim vardı?"

**Danışan:** "Hiç kimse."

**Görüşmeci:** "Neden bir daha metroya binmeyi denemediniz?"

**Danışan:** "Yine panik atak geçiririm diye korktum."

**Görüşmeci:** "Peki, bu atakların yaşamınızı kısıtlayan etkileriyle nasıl başa çıktınız?"

**Danışan:** "Şey, açıkçası, çok iyi başa çıktığım söylenemez. Dışarı çıkmaktan giderek daha fazla korkmaya başladım. Yakında evimden çıkmaktan bile korkacağım diye endişeleniyorum."

Gördüğünüz gibi açık soruların açıklık dereceleri değişir. Konuşmanın daha derin ve ayrıntılı olmasını eşit oranda sağlamaz. "Ne" ve "Nasıl" ile başlayan sorular, danışanlardan daha ayrıntılı cevaplar alınmasına neden olsa da bu her zaman böyle olmak zorunda değildir. Belli başlı "Ne" ve "Nasıl" sorularının ifade ediliş şekli, sıklıkla çok spesifik ve çeşitli danışan cevaplarına yol açabilir. Örneğin, "Eve ne zaman gittin?" ve "Nasıl hissediyorsun?" sorularının yanıtları genellikle kısa olur. Sorunun açıklığı, öncelikle verilen cevaba göre değerlendirilmelidir. "Neden" ile başlayan sorular, genellikle savunmacı açıklamalara yol açan, benzersiz sorulardır. Meier ve Davis (2008) "*Sorular ve de* özellikle *'neden' soruları, danışanlarda savunmayı tetikleyerek davranışlarını gerekçelendirmelerine ve açıklamalarına neden olur*" (s. 23) der. *Neden* soruları sıklıkla iki cevap türünden, birini doğurur. Birincisi, bazı danışanlar cevap vermeye, *"Çünkü!"* diye başlar ve sonra bazen oldukça detaylı ve düşünsel cevaplarla neden belirli bir biçimde düşündüklerini, hissettiklerini, davrandıklarını açıklamaya geçer. İkincisi, bazı danışanlar kendilerini, *"Neden olmasın?"* diye savunur ya da soruyu bir saldırı gibi algıladığı için "*Bunda yanlış bir şey mi var?*" diyerek kendilerini rahatlatmaya çabalar. Bu durum görüşmecilerin bu tür soruları neden en aza indirdiklerini örneklendiriyor – çünkü savunmayı ve entelektüelleştirmeyi artırarak olumlu/uyumlu ilişkiye zarar veriyor. Öte yandan, olumlu/uyumlu ilişkinin kurulduğu ve yaşamındaki belirli bir şeyi

düşünmesini istediğiniz özel durumlarda danışana yöneltilen "Neden" soruları, danışanın belirli örüntülere ve gerekçelere daha yakından, daha kapsamlı bir şekilde ve derinlemesine odaklanmasına yardım edebilir.

*Kapalı Sorular*

Kapalı sorular ise evet ya da hayır yanıtıyla karşılık bulur. Bazı kişiler bunları da açık soru sınıfına dahil etse de "Kim", "Nerede" ve "Ne Zaman"la başlayan sorular danışanları çok daha özel bir bilgi vermeye yönlendirir; bu nedenle bunların genellikle kapalı soru olduklarının düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz. (Bkz. Uygulamaya Geçirme 4.1).

Kapalı sorular, açık soruların aksine sözel ifadeyi sınırlandırır ve danışanları daha özel yanıtlar vermeye yönlendirir. Danışanların konuşmalarını kontrol etme ya da sınırlandırma tekniği olarak da faydası dokunabilir. Özellikle konuşkan danışanlarla görüşme yaparken sözel çıktının sınırlanması yararlı olabilir. Ayrıca danışanların deneyimlerini belirli bir şekilde tanımlamaları, tanıya yönelik görüşme yaparken de görüşmeciye yardımcı olabilir (New York metrosunda panik atak yaşayan danışan örneğinde, tanıya yönelik görüşme yapan terapist panik atakla ilişkili belirtilerin olup olmadığını anlamak için, "Sersemleme veya baş dönmesi hissettiniz mi?"diye sorabilir.)

Bazen görüşmeciler ilave bir soru sorarak açık soruyu, yanlışlıkla veya kasten kapalı soruya dönüştürebilir. Örneğin, görüşme sırasında öğrenciler sık sık şöyle sorular sorabilir: *"Bunca yıldan sonra babanızla karşılaşmak sizin için nasıldı; sevindirici miydi?"*

Gördüğünüz gibi açık soruları kapalı sorulara dönüştürmeniz, danışanın yanıt verirken sunacağı ayrıntıyı oldukça sınırlandırır. Bu tür bir soruyla karşılaşan danışan, çoğunlukla babasıyla yüzleştiğinde sadece ve sadece hoşnutluk hissedip hissetmediğine odaklanır; bu soruyu duyduktan sonra, karşılaşma anında hissettiği korku, rahatlama, kızgınlık ve benzeri duygulardan bahsetmeyebilir bile.

Kapalı sorular, genellikle, yapar mısınız, yapar mı, yaptınız mı, öyle miydi böyle miydi gibi ifadeler içerir. Belirli bir bilginin peşindeyseniz bu bilgiyi edinmek açısından oldukça kullanışlıdır. Geleneksel olarak kapalı sorular, olumlu/uyumlu ilişki sağlandıktan sonra, görüşmenin sonuna doğru, sürenin kısıtlı olduğu ve kısa cevaplara gereksinim duyulduğu zamanlarda daha çok kullanılır (Morrison, 2007).

Görüşmeye yönlendirici olmayan olağan tepkilerle başladıktan sonra daha özel bilgiler almak amacıyla kapalı sorulara yönelerek tarzınızı değiştirirseniz, danışanı bu strateji değişikliği hakkında bilgilendirmeniz mantıklı olabilir. Şöyle söyleyebilirsiniz:

> "Evet, neredeyse 15 dakikamız kaldı ve bilgi almak istediğim birkaç konu daha var; bu nedenle şimdi size daha özel sorular soracağım."

**Uygulamaya Geçirme 4.1**

**Açık ve Kapalı Sorular**

Aşağıdaki dört soru seti, aynı konu hakkında bilgi edinmek üzere hazırlanmıştır. Bu sorulara nasıl cevap vereceğinizi düşünün ve sonra, cevapları karşılaştırın.

1. (*Açık*) "Psikoterapiye gelme konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?"
   (*Kapalı*) "Psikoterapiye gelmeyle ilgili kendinizi iyi hissediyor musunuz?"
2. (*Açık*) "Metroya doğru yürürken kalbiniz hızla çarpmaya başladıktan sonra ne oldu?"
   (*Kapalı*) "Metroya doğru yürürken sersemleme veya baş dönmesi hissettiniz mi?"
3. (*Açık*) "Uzun yıllar boyunca kızgın olduğunuz babanızla karşılaşmak sizin için nasıldı?"
   (*Kapalı*) "Uzun yıllar boyunca kızgın olduğunuz babanızla karşılaşmak nasıl bir histi?"
4. (*Açık*) "Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?"
   (*Kapalı*) "Kendinizi kızgın hissediyor musunuz?"

Açık ve kapalı soruların, sizi (ve danışanları) etkileme şekli arasındaki farklara odaklanın ve bunları sınıf arkadaşlarınızla tartışın.

*Rahatlatıcı Sorular*

Rahatlatıcı sorulara evet veya hayır cevapları verilebilir, ama bu sorular duyguların, düşüncelerin veya ele alınan konuların daha ayrıntılı tartışılmasını sağlayacak şekilde tasarlanmıştır (Shea, 1998). Bir bakıma, rahatlatıcı sorular, danışanın soruya cevap vermek isteyip istemediğini araştırır. Bu tür sorular "*–ebilir misiniz?*" türündeki soru kalıplarını içerir. Örneğin:

"AIDS olduğunuzu öğrendiğiniz ilk anların nasıl olduğu hakkında bilgi verebilir misiniz?"
"Homoseksüel olduğunuzu öğrendiğinde ailenizin nasıl tepki vereceğini düşünüyorsunuz, tarif edebilir misiniz?"

"Bu konu hakkında bana biraz daha ayrıntı verebilir misiniz?"
"Dün gece kocanızla aranızda geçen tartışmada neler oldu bana anlatabilir misiniz?"

Ivey (1993), rahatlatıcı soru türlerinin, diğerleri arasındaki en açık/net soru türü olduğunu belirtir: *"'-ebilir misiniz' türündeki soruların, danışanların, 'Hayır, bunun hakkında konuşmak istemiyorum,' demekte* özgür *olduğu kapalı sorular karşısında son derece açık bazı avantajları vardır. '-ebilir misiniz' soruları, diğerlerine göre daha az kontrol ve yönlendirme yansıtır"* (s. 56).

Rahatlatıcı soruların etkin biçimde işlev gösterebilmesi için iki temel kurala dikkat etmelisiniz. Birincisi, yeterli olumlu/uyumlu ilişki sağlanmadıkça bu tür soruları kullanmaktan kaçınmaktır (Shea, 1998). Yeterli olumlu/uyumlu ilişki kurulmadıysa rahatlatıcı sorular geri tepebilir ve kapalı bir soru işlevi gösterebilir (danışan utangaç veya dirençliyse sadece *evet ya da hayır* yanıtı verir ve ilişki zarar görebilir). İkincisi, çocukların ve ergenlerin çoğuyla çalışırken rahatlatıcı soruları kullanmaktan kaçının. Bunun nedeni, çocukların ve ergenlerin rahatlatıcı soruları sıklıkla somut olarak yorumlama ve muhalif yanıt verme eğiliminde olmasıdır (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b). Örneğin, genç danışana, "Baban gittiğinde nasıl hissettiğini bana söylemek ister misin?" diye sorduğunuzda hiçbir işinize yaramayacak şekilde sadece *"Hayır!"* cevabını verebilir.

*Dolaylı ya da İmalı Sorular*

Dolaylı ya da imalı sorular, genellikle, *Merak ediyorum* ya da *Olmalı* benzeri ifadeler içerir (Benjamin, 1981). Görüşmecinin, danışanın ne düşündüğünü ve kendini nasıl hissettiğini merak ettiği ancak onu cevap vermeye zorlamak istemediği durumlarda kullanılır. Dolaylı ya da imalı sorular için şu örnekler verilebilir:

"Yaklaşan düğününüz hakkında kendinizi nasıl hissettiğinizi *merak ediyorum.*"
"Mezun olduktan sonraki planlarınızı *merak ediyorum.*"
"Yeni iş arama konusunda ne düşündüğünüzü *merak ediyorum.*"
"Ebeveynlerinizin boşanmasıyla ilgili bazı duyguların ve düşüncelerin *olmalı.*"
"Sağlık sorunlarıyla başa çıkmak sizin için zor *olmalı.*"

Bu tür sorular aşırı kullanıldığında görüşmecinin yaklaşımı sinsi ve çıkarcı olarak algılanabilir. Bu sorular ara sıra ve genellikle de yeterli olumlu/uyumlu ilişki geliştirildiği zaman kullanılmalıdır.

*Yansıtmalı Sorular*

Yansıtmalı sorular danışanların bilinç ve bilinçdışı düzeydeki çatışmalarını, değerlerini, düşüncelerini, duygularını tespit etmesine, bunları açık bir şekilde belirtmesine ve açıklamasına yardımcı olur. Yansıtmalı sorular *"farz edelim"* soru-

suna benzer biçimde başlar ve danışanın varsayımda bulunmasına yol açar. Yansıtmalı sorular, sıklıkla, mental imgeleri tetiklemek, danışanların olası bir durumda akıllarından geçecek düşünceleri, duyguları ve davranışları keşfetmelerine yardım etmek için kullanılabilir. Örneğin:

> Size kayıtsız şartsız bir milyon lira verilseydi, ne yapardınız?"
> "Üç dileğiniz olsaydı ne dilerdiniz?
> "Yardıma ihtiyacınız olsaydı gerçekten korkmuş olsaydınız ya da hiç paranız kalmasaydı ve borç almak isteseydiniz kimi ararsınız?" (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1998, s. 193).
> "Zaman makineniz olduğunu ve o partideki davranışlarınızı değiştirebileceğinizi (ya da başka bir önemli olayı) farz edelim, neyi farklı yapardınız?"

Yansıtmalı sorular, danışanın değerlerini ve yargılarını gözden geçirmek amacıyla da kullanılabilir. Örneğin, görüşmeci danışanın değerlerini ve oto kontrolünü dolaylı olarak anlamak için "Bir milyon lira ile ne yapardınız?" sorusuna verdiği cevabı inceleyebilir. Milyon lira sorusu, danışanın karar alma sürecini ve yargısını değerlendirmek için de kullanılabilir. Yansıtmalı sorular mental durum muayenelerinde sıklıkla kullanılır (bkz. Bölüm 7).

### Terapötik Sorular

Farklı soru türlerini temel terapötik soru tekniği olarak kullanan bazı terapi yaklaşımları vardır. Bu yaklaşımlar, yönlendirici nitelikte sorular ile danışanı düşünmeye, hissetmeye veya belirli yönde davranmaya teşvik eder – bunlar terapist tarafından terapötik ve sağlıklı olarak algılanır. Bu yaklaşımlar arasında en dikkat çekicileri-belki de neredeyse tamamen buna odaklanan – yapısal ve çözüm odaklı terapi yaklaşımlarıdır (De Jong & Berg, 2008). Çözüm odaklı yaklaşımın uygulamalarda ve terapide sorulara verdiği önem Shazer ve Dolan (2007) tarafından özellikle dile getirilmiştir:

ÇOKT (Çözüm Odaklı Kısa Terapi) yönelimli terapistler soruları birincil iletişim aracı olarak kullanır ve müdahalede de durum böyledir. ÇOKT terapistleri, yorumda bulunmaz ve nadiren yüzleştirir veya danışanı zorlar. ÇOKT terapistlerinin sorduğu sorular her zaman bugüne ve geleceğe odaklıdır. Bu da terapideki, problemlerin geçmişine veya kökenine odaklanmak yerine, hali hazırda neler oluyor, danışan hayatının nasıl olmasını istiyor gibi konulara odaklanarak çözülebileceğine dair inancı desteklemektedir (De Shazer & Dolan, 2007, s. 4-5).

Bölüm 3'te vurgulandığı gibi çözüm odaklı ve yapısal yönelimli terapistler, tüm görüşmecilerin istemli veya istemsiz olarak danışanlarını yönlendirdiklerine inandığından, istemli olarak olumlu düşünce, duygu ve davranışlara yönlendirmeleri

gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca yapısal ve çözüm odaklı görüşmeciler için değerlendirme ve müdahale arasındaki sınırın çok keskin olmadığını söylemeliyiz. Dolayısıyla devam eden bölümde göreceğiniz terapötik soru çeşitleri hem değerlendirme hem de müdahale niteliği taşımaktadır. Bu tür sorulardaki ortak nokta, danışanın olumlu, umut vaat eden ve yapıcı konulara odaklanmasını sağlamak için tasarlanmıştır ve bu amaçla kullanılır.

*Tedavi Öncesi Değişim Soruları*

Tedaviye başlayan danışanların sıklıkla randevu alma zamanı ile ilk seans için geldiği zaman arasında değişim gösterdiklerine dair bazı araştırma bulguları vardır (Beyebach ve ark., 1996; De Vega & Beyebach, 2004). Dolayısıyla çözüm odaklı terapistler için danışanların, bu kendiliğinden başlayan harekete ve değişime yönlendirmeleri önemlidir. Hemen her danışana ilk görüşmede aşağıdaki soruya benzer bir soru sorulur:

> İlk seans için telefon ile aradığınızdan beri hayatınızda ne gibi değişimler oldu veya olmaya başladı? (De Shazer & Dolan, 2007, s. 5).

Eğer danışan herhangi bir belirgin değişimden söz etmezse terapist seansı şöyle bir soruyla sürdürür: "Zamanımızın sizin açınızdan verimli ve anlamlı geçmesi için ne olmasını isterdiniz?" veya danışan bir değişiklik olmadığını söylerse terapsit, "Bir şeylerin daha kötüye gitmemesi için ne yapmayı isterdiniz?"

Ancak danışan hiçbir şeyin olumlu yönde gitmediğini söylerse (örneğin "Evet aradıktan sonra eski bir arkadaşımla buluşmaya karar verdim ve iyi zaman geçirdik" gibi) terapist, eski bir arkadaşı görmenin hangi açıdan olumlu ve iyi olduğunu ve böyle olumlu bir şey yapmak için ne tür bir motivasyona ihtiyacı olduğunu sorgular ve bu böyle devam eder. Bu şekilde, görüşmeci danışanın olumlu bir değişim için kişisel becerisini öne çıkarır ve vurgular –terapinin yardımı bile olmadan–. Bu strateji, danışanın "çözüm konuşması" sürecini başlatması için kullanılabilir (De Shazer & Dolan, 2007).

*Derecelendirme Soruları*

Çözüm odaklı görüşmeciler için derecelendirme soruları, danışanın potansiyel değişimini daha net biçimde ortaya koymaları için önemli bir stratejidir.

**Görüşmeci:** 1'den 10'a kadar değişen bir derecelendirmede, 1 "en kötü olasılık" ve 10 "en iyi olasılık" olsun, geçen hafta öfkeniz ile ne kadar iyi şekilde baş ettiniz?

**Danışan:** Bilmiyorum, sanırım 4 civarı.

**Görüşmeci:** Peki, diyelim ki gelecek hafta bunu 5'e çıkardınız. Öfkenizle baş etme düzeyinizin 5 düzeyinde olduğunu söylemeniz için bu haftadan farklı olarak ne olurdu?

**Danışan:** Sanırım en önemli fark, bu kadar çok bağırmazdım.

**Görüşmeci:** Peki, bu nasıl bir şey olurdu? Yani derecelendirmede 5 demeniz için tam olarak ne kadar daha az bağırmanız gerekirdi?

Bu örnekten görebildiğiniz gibi derecelendirme soruları, tekrarlı biçimde soru sormakla karakterize bir terapi stratejisidir. Sorgulama, danışan için fark edilebilir düzeydeki değişime odaklanmalarını sağlayan bir tekniktir. Kuramsal olarak yapısal yönelim açısından, görüşmeciler danışanlarını değişime odaklanmaya yönelik ne kadar çok yardımcı olursa olumlu değişimin olma olasılığı o kadar artar.

*Yüzdelik Soruları*

Yüzdelik soruları derecelendirme sorularına benzer. Danışanı değişimi hissetmesi veya tanımlaması için düşünmeye yönlendirir.

**Görüşmeci:** Kendinizi çok depresif hissettiğinizden söz ediyorsunuz. Ancak merak ediyorum, kendinizi şimdikinden yüzde 1 bile daha az depresif hissettiğinizde, hayatınız şimdikinden ne kadar farklı olurdu?

**Danışan:** Sabahları yataktan kalkabilirdim.

**Görüşmeci:** Harika. Öyleyse sabahları yataktan kalkabilmek sizin için yüzde 1'lik bir değişime karşılık geliyor. Peki, kendinizi yüzde 10 daha az depresif hissettiğinizi varsayalım. Hayatınız nasıl olurdu?

**Danışan:** Sanırım, sadece sabahları yataktan kalmakla kalmaz, aynı zamanda dışarı çıkıp iş aramaya başlayabilirdim.

**Görüşmeci:** Güzel. Peki, kendinizi yüzde 50 daha az depresif hissettiğinizde, hayatınız nasıl olurdu?

**Danışan:** Oldukça güzel olurdu.

**Görüşmeci:** Tamam ama tam olarak nasıl olurdu, tanımlar mısınız?

Belki de bir önceki örnekte gözlenebilecke en önemli şey, görüşmecinin sistematik olarak ve de ısrarcı biçimde danışanını değişimi ima eden duruma odaklayıp tanımlamaya yönlendirmesidir.

*Sonuca Özel veya Yeniden Tanımlama Soruları*

Sonuca özel veya yeniden tanımlama soruları, öyküsel terapist olarak bilinen Michael White'ın (1988) ilk olarak tanımladığı soru tipidir. Bu sorular, danışanının bazı şeyleri başarıyla tamamlaması için kendisine özel yöntemleri belirlemesi amacıyla tasarlanır. Winslade ve Monk (2007), görüşmeci için bu tür soruları şöy-

le tanımlar:

Danışman, danışan için ne kadar önemsiz ve sıradan görünürse görünsün, problemden farklı herhangi bir deneyime dikkat çeker. Bu deneyimler, yeni bir öykünün kurgulanabileceği hammaddelerdir. Aslında bu "kişiye özel sonuçlara" dair sorular sorarak danışman, danışanın problem üzerindeki etkisini sorgular (s. 10).

Sonuca özel ve yeniden tanımlama sorulara örnekler şunlar olabilir:
"Korkunuzu yenerek alışverişe nasıl gittiniz?"
"Sakin kalmayı nasıl başardınız?"
"Depresyonunuza rağmen, yataktan çıkarak bu randevuya gelmek için ne yaptınız?"
"Geçen hafta hiç alkol almadınız, vayy! Bunu nasıl başardınız?"
"Kendinzi geçen aydan biraz daha iyi hissetmek için kendinize ne söylediniz?" (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004, s. 382).

Sonuca özel ve yeniden tanımlama soruları, ne kadar ufak görünürse görünsün, danışan bireysel başarı veya değişikliklerden söz ettiği anda kullanılabilir (yapısal kuramcılara göre bu noktada kullanılmalıdır da). Bu soru-temelli müdahale, danışanı klasik probleme odaklı sorularla analiz etmeye yönlendiren geleneksel problem odaklı yaklaşımlardan farklı bir yöne çevirir. "Panik atak geçirirken aklınızdan ne geçti?" veya "Ailenizde kavga ve uyumsuzluğa genellikle ne neden olur?" gibi sorular yerine, bu tür sorular başarının derinlemesine analiz edilmesi için olumlulara ve başarıya odaklanır: "Kaygınıza rağmen sakin kalıp onunla baş ettiğinizde aklınızdan neler geçiyor?" veya "Sizi ve ailenizi sakinleştiren ve uyumlu olmanızı sağlayan şeyler nelerdir?"

*Varsayım Soruları*

Varsayım soruları, olumlu bir değişim zaten olmuş gibi bu değişimi ayrıntılı biçimde tanımlamaya yönelik sorulardır. Tedavide, yapısal görüşmeciler bireysel hedef belirlemeyle birlikte varsayım sorularını kullanırlar. Derecelendirme ve yüzdelik sorulara benzer şekilde, varsayım soruları danışanı, başarı veya hedef odaklı bir vizyona doğru yönlendirir. Varsayım sorularına örnekler şunlar olabilir:

"Notlarınız yükseldiğinde buna en çok şaşıracak aile üyesi kim olurdu? En az kim şaşırır?" (Winslade & Monk, 2007, s. 58).
"Diğer öğrenciler seni çıldırtmak için uğraştığında, sen oldukça sakin olursan ne gibi bir değişiklik olur?"
"Farz edelimki iki yıl sonra alkol bağımlılığından tamamen kurtulmuş olarak yaşamını sürdürüyorsun. Bu durumda sakin kalmak ve kendini meşgul etmek için her gün neler yapardın?"

*Mucize Sorular*

Mucize sorular, büyük ihtimalle en ünlü çözüm odaklı görüşme sorusudur. Birçok yapısal ve çözüm odaklı soru gibi danışanın gelecek için olumlu bir bakış açısı geliştirmesi, bunu sürdürmesi ve olumlu bir geleceğe yönelik katkıda bulunabilecek faktörleri analiz edebilmesine yardımcı olur. Bir danışanı tamamen ümitsiz bir durumdayken kendisini ancak bir mucize kurtaracağını söylediğinde Insoo Kim Berg'in kazara bu tür bir soru sormuştur (De Jong & Berg, 1998). Sonrasında, mucize sorular Berg'in meslektaşları Stephen ve Shazer (1988) tarafından şöyle örneklendirilmiştir:

"Farz edin, bu akşam eve gittiniz ve siz uyuyakaldığınızda bir mucize gerçekleşti ve bu sorun çözüldü. Mucizenin olduğunu nereden anlardınız? Tam olarak ne farklı olurdu?" (s. 5).

Mucize soruların daha ayrıntılı bir versiyonu Berg ve Dolan (2001) tarafından şöyle tanımlanmıştır:

Size tuhaf bir soru soracağım (görüşmeci duraksar). Bu tuhaf soru, şu (duraksar). Biz konuştuktan sonra, eve (okula, işe) döndünüz ve günün geri kalanında ne yapmanız gerekiyorsa onu yaptınız, mesela çocuklarla ilgilenmek, akşam yemeği yapmak, TV izlemek, çocuklarınıza banyo yaptırmak vb. Yatma zamanı geldi. Evinizdeki herkes yattı ve siz de sakin bir şekilde uyuyorsunuz. Gecenin bir yarısı, bir mucize oldu ve bana söz ettiğiniz sorun çözülüverdi! Ama bu siz uyurken olduğu için gece yarısı bir mucize olduğunu bilmenize imkân yok (duraksar). Sabah uyandığınızda, kendinize "Vayy, bir şey olmuş, sorunum tamamen ortadan kayboldu!" demeniz için ne gibi bir değişim olması lazım? (Berg & Dolan, 2001, s. 7).

Birçok terapist ve yazar, farklı amaçlar için veya farklı gruplarda kullanmak üzere mucize sorularını geliştirmiş veya gözden geçirerek kendilerine uyarlamıştır. Örneğin Bertolino (1999) gençlerle çalışırken "mucize" yerine "enteresan" kelimesini kullanmayı tavsiye eder. Benzer şekilde, Tohn ve Oshlag (1996) zorunlu olarak görüşmeye gelen danışanlarla biraz daha farklı bir mucize soru türü kullanmayı önermektedir.

*Dışsallama Soruları*

Geleneksel tanıya yönelik görüşmelerde, belirli psikiyatrik belirtilerin varlığı veya yokluğunu belirleme ve incelemeye yönelik bir dizi soru bulunmaktadır. Bu belirtiler, sıklıkla tanıyı ve sonrasında tedaviyi belirlemek ve karar vermek amacıyla kullanılır. Kuram derslerinden bildiğiniz gibi psikolojik sıkıntıların kökeni, etkileri ve sürdürülmesinde farklı görüşler olabilir. Yapısal bakış açısından, psikiyatrik durumlar bireysel, sosyal ve kültürel olarak yapılandırılır. Yapısala yakın olan öyküsel terapi perspektifinden ise danışanların sorunlarına dair kendilerine söyledikleri şeyler, büyük önem taşır. Yaşam problemlerini veya sıkıntılarını içsel

sorunlar ve başarısızlıklar olarak görürlerse bu problemler aslında içselleştirilir ve kök salar. Yapısal kuramcılar, genellikle belirtilerin birer tıbbi rahatsızlık gibi içselleştirilmesine karşı çıkar ve bunun yerine, psikiyatrik belirtilerin, gerçeğin içsel olarak yapılandırıldığı ve ayrıca sosyal ve kültürel faktörlerden büyük ölçüde etkilendiği görüşünü benimser.

Yapısal kuram ile ilişkili olarak öyküsel ve çözüm odaklı danışmanlar, danışanlara belirtilerle ilgili sorular sorarken geleneksel olmayan bir yaklaşım sergiler. Bu yaklaşım geleneksel tanıya yönelik görüşmeden radikal biçimde farklı olarak, dışsallaştırmayı, psikiyatrik belirtilerin nedenlerini kişiden uzaklaştırmayı benimser. Örneğin, sorun çıkarması ile ünlü genç bir danışan ile çalışıyorsanız başını belaya sokma yollarını sormak yerine, "Okulda ilk defa Sorun* ne zaman karşına çıktı?" diye sorabilir ve "Sorun, o zamandan beri artarak devam mı ediyor azalıyor mu, ne düşünüyorsun?", "Sorunu sırtından atmak ilgini çeker mi yoksa sorunu seninle sürüklemeye devam etmek ister misin?" (Winslade & Monk, 2007, s. 6-7, 9, 12). Bu örnekte Winslade ve Monk (2007), sorunu ergenin içselleştirdiği tipik bir özelliği olmaktan çıkararak karşı koyabileceği dışsal bir güç olarak tanımlamakta ve karşı koyabileceği bir noktaya konumlandırmaktadır.

Depresyondaki danışanlarla çalışırken dışsallaştırma soruları, danışanın kendisini depresyon ya da depresif belirtiler ile savaşabilir hissetmesi için kullanılabilir. Örneğin, depresyon sembolik bir şekilde tanımlanabilir (örneğin, bir bulut, sis, karartı, tünel, çukur veya ağırlık; Corcoran, 2005). Depresyondaki dışsallaştırma sorularına farklı diğer örnekler şunlar olabilir:

"Bir sonraki sefer yaşamının ve senin üzerine bu siyah bulut yine çöktüğünde, karşı koyabilir misin?"
"Depresyon sisinden kurtulduğun zaman tam olarak neler yapıyorsun?"
"Depresyonun ağırlığını üzerinden atmış gibi daha hafiflemiş ve mutlu hissettiğinde yanında kimler oluyor genellikle?"
"Depresyona nasıl 'teşekkürler' ve 'güle güle' diyebilirsin?"

### Soruların Faydaları ve Yükümlülükleri

Görüşmecilerin sorular hakkında farklı duygu ve düşünceleri olabilir. Öğrencilere bu tür soruları sordukları örnek görüşmeler yapma ödevi veririz. Bazı öğrenciler bu ödev hakkında çok olumlu geribildirim verirken diğerleri açıkçası nefret ettiğini söyler. Benzer bir durum ödev çözüm odaklı terapi sorularından oluştuğunda da olur. Örneğin görüşme dersini alan bazı öğrenciler, sorularla ilgili şu yorumları yaptı:

"Bir görüşmeci olarak, kendimi daha güçlü hissettim."

* Sorun kelimesinin ilk harfi, bilinçli olarak özel isim gibi büyük olarak yazılmıştır. –çn

"Daha fazla kontrol sahibi olduğumu hissettim."

"Üzerimde daha fazla baskı hissettim."

"Bir yandan danışanları dinlemeye çalışırken bir yandan da soruları düşünmek zordu; tam tersi de geçerli: Sorabileceğim soruları düşünürken danışanı dinlemek çok zor oldu."

"Sabırsız gibi göründüm sanırım. Sürekli danışanın konuşmasını bölme ve soru sorma isteğim vardı."

"Daha az baskı hissettim. Soru sormayı gerçekten sevdim!"

Belli ki soru sormak danışanlarda olduğu gibi görüşmecilerde de farklı tepkiler yaratıyor. Bu tepkileri, sınıflandırmak da önemlidir. Bazıları bireye özgü bazılarıysa daha standart ve evrensel olabilir. Ne yazık ki sorma gereksinimi duyduğumuz sorular ile danışanın beklediği sorular arasında bir denge kurmak çoğu zaman oldukça zordur.

Soru sormak, çoğunlukla çok çeşitli olumlu sonuçlar doğurur. Açık sorular, danışanların kendi düşüncelerini ve duygularını daha çok irdelemesine neden olabilir. Kapalı sorular, görüşmecilerin başka türlü erişilmesi zor olan bilgiye ulaşmasına yardımcı olabilir. Görüşmeciler otoriter bir rol üstlendikleri ve görüşmeyi sorularla kontrol ettiği zaman, bazı danışanlar rahatladıklarını hisseder. Ayrıca sorular, danışanların ifade etmeye çalıştığı şeyleri anlatmalarına ve anlamalarına da yardım eder. Sorular, danışana yönelik özel belirli ve somut örnekler ortaya koyan mükemmel birer araçtır. Tanıya yönelik görüşmede esas olan, soruları ustalıkla sormaktır (bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1 Soruların Sınıflandırılması

| Sorunun Başladığı Kelime | Soru Tipi | Olağan Danışan Cevapları |
|---|---|---|
| Ne | Açık | Gerçekçi ve tanımlayıcı bilgi |
| Nasıl | Açık | Süreç veya sıralı bilgi |
| Neden | Kısmen açık uçlu | Açıklama ve savunuculuk |
| Nerede | En az düzeyde açık | Konumla ilgili bilgiler |
| Ne zaman | En az düzeyde açık | Zamanla ilgili bilgiler |
| Kim | En az düzeyde açık | Bir kişiyle ilgili bilgiler |
| Yapar mısınız/ Yaptınız mı | Kapalı | Özel bilgi |
| *–ebilir misiniz* | Rahatlatıcı | Çeşitli türde bilgi; bazen reddedilir. |
| Acaba/...malı | Direkt | Düşüncelerin ve duyguların keşfi |
| Farz Edelim | Yansıtmalı | Yargılar ve değerler hakkında bilgi |

Soruları kullanmak doğal olarak, olumsuz sonuçlar da üretebilir. Soru sormak aslında danışanın değil görüşmecinin merakını ve değerlerini ön plana çıkarır. Sonuçta danışanlar kişisel bakış açılarının önemsiz olduğunu düşünerek bu soru-

lara tepki gösterebilir. Elbette, etkili görüşmeciler duyarlı sorular sorarak bu riski azaltabilir: "*Şimdiye dek konuşmadığımız ancak sizin* önemli *gördüğünüz bir şey var mı?*" Soru sormak görüşmeciyi, doğru soruları sormaktan ve çoğu zaman da doğru cevapları almaktan sorumlu bir uzman gibi konumlandırır. Özgür soru sorma gücü, sorumluluğu ve görüşmedeki otorite farklılığını vurgular.

Özellikle de art arda çok soru sorulması danışanın spontanlığını azaltabilir ve savunmacı hissetmesine neden olabilir. Ayrıca danışan görüşmecinin doğru soruyu sormasını bekleyip pasif bir şekilde boş boş da oturabilir. Bu durum bir tür çelişki yaratır. Görüşmeci görüşmeye genellikle soru sorarak başlar çünkü bilgi almak ister. Ancak bazen çok fazla soru sormak danışanın konuşma isteğini azaltır, savunmasını artırır ve görüşmecinin daha az bilgi edinmesine neden olur. Aşırı soru sormak, bağımlılığa da yol açabilir: Danışanlar hayatlarındaki önemli sorunlarla başa çıkmak konusunda görüşmecinin sorularına ve cevaplarına aşırı derecede bel bağlamaya başlarlar. Şunu tekrar vurgulamalıyız: Daha yönlendirici terapötik yaklaşımlar, genellikle direkt soruların kullanımını savunur ve terapisti daha uzman bir rolde görür. Bu, görüşmecinin kuramsal yönelimiyle uyumlu ise ve görüşmeci sorumluluklarının farkında ise mantıklı bir yaklaşım olabilir. Benjamin (1987), soruların aşırı kullanımını şöyle yorumlamaktadır:

> Evet, görüşmede soruların kullanımıyla ilgili birçok çekincem var. Çok soru sorduğumuzdan ve çoğunlukla da anlamsız sorular sorduğumuzdan eminim. Danışanın kafasını karıştıran, sözünü kesen sorular soruyoruz. Hatta danışanın muhtemelen cevap veremeyeceği sorular soruyoruz. Soruları sorsak bile cevaplarını almak istemiyoruz ve sonuçta verilen cevapları da duymuyoruz (s. 71).

Benjamin'in yönlendirme olmadan kişi-merkezli bir görüşme yaklaşımını benimsediği belli oluyor. Soru sorma ile ilgili endişeleri yerinde ve güzel bir şekilde dile getirilmiş ancak diğer kuramsal yönelimlere sahip uygulamacılar bu çıkarımlara katılmayacaktır belki de. Aslında bazı danışanlar kendilerine çok soru sorulmasını tercih eder, çünkü sorular seansta ne söyleyecekleriyle ilgili net bir kılavuz sunar. Aksine, daha az yapılandırılmış ya da daha az yönlendirmeci teknikler, seansın nasıl ilerleyeceğini bilememekten dolayı danışanda kaygı ve engellenme yaratabilir. Sorular öncelikli olarak bilgi edinmek amaçlı kullanılsa da görüşmecinin görüşmenin yönü ve gidişatı üzerinde kontrol sağlamasına da katkıda bulunur.

### Görüşmecinin Merakı ve Mesleki Etik

Görüşmecilerin danışanlara yerli yersiz sorular sorma isteği duymaları normaldir. Çoğu danışman, bazen sırf kişisel merakını gidermek amacıyla bile danışanlara soru sormak ister.

Danışan Portland, Oregon civarında büyüdüğünden bahsederse ve görüşmeci de o bölgedense şu soruları sormak isteyebilir: "Liseyi nerede okudunuz?" ya da "Hiç Cosma restoranının üst katında dans ettiniz mi?" Bu sorular sosyal statüyü ve akademik geçmişi sorgulamaya yardımcı olsa da daha çok görüşmecinin merakını gidermek için sorulmuştur. Ek olarak bu tür sorular görüşmeye terapötik olmaktan ziyade sosyal bir yön verecektir. Ayrıca, meraktan sorulan sorulara teslim olmak aşırı biçimde kendini açmaya yol açabilir ("Evet, ben de Cosmo'da içki içtiğim bir geceyi hatırlıyorum ve ..."); bu da mesleki bir ilişkiden ziyade bir arkadaşlık veya farklı nitelikte karşılıklı ilişkinin başlaması olarak görülebilir. Yaptığınız her şeyin, kendini açma dahil, danışanın iyilik haline katkıda bulunmasının gerektiği akılda tutulmalıdır (Farber, 2006).

Görüşmeciler bu tür dürtülere uyup danışanlara yerli yersiz sorular sorarsa etik sorunlar da gündeme gelebilir. Lazarus'un (1994) örneklendirdiği etik ikilemde olduğu gibi: Terapistin seanstan sonra danışanına, arabasıyla onu bir yere bırakmasını rica etmesi (danışan da o yöne gidiyorsa). Olması gereken, hemen her durumda, ruh sağlığı uzmanlarının şahsi ihtiyaçlarını terapötik ilişkinin dışında tutmalarıdır; danışanın arabasına binmek gibi masum ihtiyaçları bile. Bu ilkenin uygulamasında çok net olmak da mümkün. Genellikle sınır ihlallerinden kaçınmalıyız çünkü sınır ihlalleri sıklıkla uygunsuz isteklere ve neticede etik ihlallerine yol açabilir (Sommers-Flanagan, Elliot ve Sommers-Flanagan, 1998).

### Soruları Kullanma Yönergeleri

Bazen hem danışanların hem görüşmecilerin sorulara karşı güçlü tepkileri olabilir. Soru kullanımını en uygun hale getirmek için aşağıdaki beş yönergeyi aklınızdan çıkarmayın:

1. Danışanlarınızı sorulara hazırlayın.
2. Sorularınızı ağırlıklı olarak dinleme ve eylem tepkileri şeklinde kullanmayın.
3. Sorularınızı danışanların endişeleriyle ilişkilendirin.
4. Soruları, somut davranış örnekleri edinmek için kullanın.
5. Hassas konulara dikkatle yaklaşın.

#### *Danışanlarınızı Sorulara Hazırlayın*

Soru sormanın olumsuz sonuçlarını azaltan basit bir teknik de danışanlarınızı yoğun sorgulama konusunda önceden uyarmak ve hazırlamaktır. Bu sıklıkla danışanların daha az savunmacı ve daha fazla işbirliğine açık olmasına yardımcı olur. Danışanlarınızı şöyle söyleyerek önceden uyarabilirsiniz:

"Sizinle ilgili bazı spesifik bilgilere ihtiyacım var. Dolayısıyla bu bilgiyi edinmeme yardımcı olacak bazı sorular soracağım. Soruların bazıları size tuhaf gelebilir veya size bir anlam ifade etmeyebilir ama emin olun, bu soruların bir nedeni var."

*Sorularınızı Ağırlıklı Olarak Dinleme ve Eylem Tepkileri Şeklinde Kullanmayın*

Sorular, her zaman diğer dinleme tepkileriyle birlikte kullanılmalıdır, özellikle de yönlendirici olmayan dinleme tepkileriyle birlikte. Sorunuza verilen cevabı, zaman zaman dinleme tepkisiyle karşılayan:

Görüşmeci: "Metroya ilk adımınızı attığınız an ne oldu?"
Danışan: "Metroya adım attığım an, kalbim çarpmaya başladı. Öleceğimi zannettim. Koltuğumun yanındaki metal direği tüm gücümle sımsıkı tuttum çünkü yuvarlanıp düşmekten ve mahcup olmaktan korkuyordum. Başım döndü ve kusacağımı hissettim. Sonra ineceğim durağa geldik. Trenden indim ve bir daha asla metroya binmedim."
Görüşmeci: "Yani bu sizin için oldukça korkutucu bir deneyim olmuş. Sakin kalabilmek için her şeyi yapmışsınız. Bu paniği yaşarken yanınızda biri var mıydı?"

Sorulara çeşitli dinleme tepkileri eşlik etmedikçe danışanlar sıkıştırıldığını veya sorguya çekildiğini hissedebilir. Miller ve Roolnick (2002) üç soru sorma kuralından söz etmiştir: Görüşmeciler kendilerini gözlemlemeli ve peş peşe üçten fazla soru sormamalı.

*Sorularınızı Danışanların Endişeleriyle İlişkilendirin*

Önemli problemlerine doğrudan odaklandığınızda danışanlar, büyük ihtimalle sizi yetkin ve güvenilir olarak değerlendirebilir. Bu nedenle ustalıkla soru sormak için sorularınızı danışanın önemli bulduğu konulara yönlendirin.

Danışanlar açısından, belirli tanı ya da mental durum sorgulamalarının amaçlarını anlamak zor olabilir. Örneğin depresyondaki bir danışanla görüşme yaparken yeme ve uyku düzeni, konsantrasyon becerisi, cinsel ilgi ve daha pek çok unsur ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Bunun için şu sorular uygun olabilir:

"İştahınız nasıl?"
"Gece boyunca iyi uyudunuz mu?"
"Konsantrasyon sorunu yaşadınız mı?"
"Son zamanlarda cinselliğe ilginiz nasıl?"

Aşırı hassas, psikolojik olarak naif ve o anki ruhsal durumunun son on yıldır

kocasından gördüğü duygusal istismarla alakalı olduğuna inanan depresif bir danışanın, bu soru dizisini nasıl algılayacağını düşünün. Şöyle düşünebilir: "Bu terapiste inanamıyorum! Benim iştahımın, cinsel hayatımın ve konsantrasyonumun terapiye gelmemle ne alakası var?" Danışanlar soruların bağlamını anlamadıkça sorular olumlu/uyumlu ilişkiyi bozacak ve danışanın terapiye ilgisini de azaltacaktır.

Benzer şekilde, çözüm odaklı veya yapısal perspektiften, hedef odaklı varsayım soruları danışanın amaçları doğrultusunda olduğu zaman anlamlı olabilmektedir. Örneğin bir ergen öğretmenleriyle iyi geçinmeyi terapi hedefi olarak belirttiyse "Öğretmenin ile çok iyi geçindiğini hayal etmek nasıl olurdu?" diye sormak uygun olacaktır.

*Soruları, Somut Davranış Örnekleri Edinmek İçin Kullanın*

Danışanlardan açık ve somut hayat örnekleri edinmek, soru sormanın belki de en işlevsel amaçlarından biridir. Danışanların soyut tanımlarına güvenmek yerine, sorular belirli davranış örnekleri edinmek için kullanılabilir:

Danışan: "Sosyal konularla ilgili çok fazla sorunum var. Sanırım ben, sadece kaygılı ve kendini güvende hissetmeyen biriyim."
Görüşmeci: "Bana son zamanda yaşadığınız, kendinizi kaygılı ve güvende hissetmediğiniz bir durum söyleyebilir misiniz?"
Danışan: "Hımm, düşüneyim. Geçen gece derneğin partisi vardı. Benim dışımdaki herkes iyi vakit geçiriyor gibi görünüyordu. Eminim, hiç kimse benimle konuşmak istemedi."

Bu diyalogda, görüşmeci kesin bilgi edinmek için rahatlatıcı bir soru sormasına rağmen, danışan belirsiz olmaya devam ediyor. Danışanlara kaygılarını tanımlarken daha kesin ve somut olmaları için onlara yineleyen açık ve kapalı sorular sorulması gerekebilir. Örneğin;

"Kaygılı ve güvensiz hissettiğiniz sırada partide tam olarak ne oluyordu?"
"Bu duyguları hissettiğinizde yanınızda kim vardı?"
"Zihninizden hangi düşünceler geçiyordu?"
"Bu durumda, o anı baştan yaşayabilecek olsaydınız nasıl davranırdınız?"

Görüşmecilerin danışan öyküsünü anlatırken tutarlı biçimde sözel ifadeleri izlemesi faydalı olacaktır. Örneğin, danışan öyküsünde bir boşluk bıraktıysa açık uçlu bir soru ile "Sonra ne oldu?" diye sormak, "Annenizi ziyaret ettiniz mi?" gibi kapalı uçlu bir sorudan daha iyidir. Elbette, danışan öyküsünü anlatırken zamanlaması iyi olan bir açık uçlu soru, danışanın konuşmasını sürdürmesine yardımcı olacaktır.

Çözüm odaklı perspektiften, Sklare (2005) özellikle danışanlara olumlu bir vizyon aşılamak için "Başka?" sorusunu kullanmayı öneriyor. Örneğin, "Bu mucize gerçekleşirse başka ne olur?" (Sklare, 2005, s. 33) veya "Sakin olduğunuzda başka ne hissediyor veya düşünüyorsunuz?" gibi sorular danışana gelecekle ilgili olumlu beklentiler için yardımcı olabilir.

*Hassas Konulara Dikkatli Yaklaşın*

Hassas konularda soru sorarken özellikle dikkatli olun. Wolberg'in (1995) vurguladığı gibi yeni danışanlarda hassas konuları *sorgulamamak* gereklidir (görünüş, statü, cinsel sorunlar, başarısızlıklar gibi). Wolberg, başlangıçta danışanların özgürce konuşabilmesine imkân verilmesini öneriyor ancak bir sıkıntı olursa terapistle daha iyi bir ilişki kurulana kadar bu konuda soru sormaktan kaçınılması faydalı olabilir. Terapinin başlangıcında ilişki kurmak bilgi toplamaktan daha önemli bir önceliğe sahiptir.

Wolberg'in (1995) genelde geçerli olan bu tavsiyesine rağmen, bazen bilgi toplamak için terapötik ilişki geri plana atılabilir. Bu ilk görüşme, danışan krizdeyken ya da koşulların hızlı bir değerlendirmeyi zorunlu kıldığı zamanlarda özellikle doğrudur. Örneğin, danışan intihara ya da adam öldürmeye meyilliyse yetkin klinik kararlar vermek için değerlendirme yapmak önceliklidir (Bölüm 9'a bkz). Klinik bir ortamda iseniz ve sorgulamanın sürmesinin danışan için uygun olup olmadığından emin değilseniz "Size bu konuyla ilgili bazı kişisel sorular sormamda sakınca var mı?" diye sorabilir veya danışana mahremiyet için fırsat tanırken amacını söyleyebilirsiniz (örneğin, "Size bazı kişisel sorular soracağım ama istemezseniz cevap vermeyebilirsiniz" gibi).

Benzer şekilde, ilk görüşmenizi yapıyorsanız ve danışanı devam eden süreçte görmeyecekseniz bilgi toplamak muhtemelen iyi ilişki kurmaktan çok daha önemlidir. Ancak bunu danışanınıza şöyle ya da benzeri şekilde açık açık anlatın:

"Bu görüşme sadece değerlendirme amaçlı. Sizi ilgili birime aktarmak veya yönlendirmek için hakkınızda bilgi toplayacağım. Çok fazla soru soruyormuş gibi görünürsem bilin ki nedeni bu."

## YÖNLENDİRİCİ EYLEM TEPKİLERİ

Yönlendirici eylem tepkileri, danışanları, düşünce, duygu ve davranış şekillerini değiştirmeye teşvik eder. Bu tepkiler, danışanları kesin bir değişime iten belli başlı ikna tekniklerdir. Görüşmecilerin aldığı klinik kararlara ve danışanın iyiliğine dayanan yönlendirmeler, danışanın hayatında, tutumlarında ve davranışlarında değişim olması gerektiğinde kullanılır. Bu tür tepkilerle görüşmeciler, hangi değişikliklerin danışan için istenir ve doğru olacağını belirleme sorumluluğunu üst-

lenir. Danışan ve görüşmeci işbirliği içinde olduğu zaman da bu geçerlidir çünkü o zaman bile görüşmeciler neyi ne zaman önereceğine karar vermelidir. Şüphesiz, danışanlar sunulan fikirleri, önerileri veya tavsiyeleri uygulayıp uygulamayacağına kendileri karar verecektir.

Bu tür eylem tepkileri görüşmecilerin, ilerleme kaydetmeleri için danışanların hayatlarında hangi değişiklikleri yapmaları gerektiğine karar vermesini gerektirir. Danışmanlık ile psikoloji alanındaki çoğu ders kitabı ve lisansüstü eğitim programı, danışan değişimini kolaylaştıran tekniklerin veya yönlendirmelerin uygulanmasını desteklemektedir (Cormier ve ark., 2003; Egan, 2006). Yönlendirici teknikler, danışanda değişim yaratmak için etkili yöntemler olsa da görüşmeciler, müdahaleleri uygulamadan önce ölçme ve değerlendirme teknikleri konusunda iyi bir eğitim almış olmalıdır. Burada sunulan tanımlamalar, öncelikli olarak sizin bu tür tepkileri ve daha az yönlendirici diğer teknikleri ayırt etmenize yardımcı olacaktır. Yeni başlayan görüşmeciler ise bu teknikleri dikkatle ve süpervizyon eşliğinde kullanmalıdır.

Bu bölümde tanımlanan yönlendirici eylem tepkileri, hafif düzeyden güçlü ikna tekniklerine kadar artan yoğunluk sırasına göre düzenlenmiştir. Bu biraz tartışmalı görülebilir çünkü yoğunluk ve ikna gücünün niteliği tabii ki ses tonuna, beden duruşuna ve konuşma konusu olan konuya göre değişir. Evli biriyle cinsel ilişki yaşama konusu ile günü programlama konusunda öneride bulunmak birbirinden doğal olarak farklıdır.

*Açıklama veya Psikoeğitim*

Açıklama, herhangi bir şeyi net ya da anlaşılır hale getirmek için kullanılan tanımlayıcı bir ifadedir. Bir görüşme ortamında, açıklama psikoeğitim ile eşanlamlı görülebilir. Terapiye gelen danışan genelde özel bir konuda bilgiye gereksinim duyar. Görüşmedeki genel psikoeğitim hedefleri arasında çoğunlukla:

- Danışmanlık süreci,
- Belirli bir belirtinin anlamı ya da sonuçları,
- Önerinin veya terapötik bir stratejinin belirli bir adımının nasıl uygulanacağı gibi konuları tanımlar.

*Danışmanlık Sürecini Açıklama*

Açıklamanın ilk ve belki de en önemli kullanımı, rolleri belirleme veya psikoterapide sosyalleşme sırasında gerçekleşir. *Rol belirleme* özellikle başlangıç aşamasında, terapistin ve danışanın kişisel rollerinin tanımlanması, terapiden ne bekleneceği hakkında danışanları bilgilendirme veya eğitme sürecidir. Rollerin belirlenmesine ihtiyaç duyulur çünkü çoğu danışanın klinik görüşmenin veya danışmanlığın gerektirdikleri konusunda çok az bilgisi vardır ya da hiç bilgisi yoktur.

Rollerin belirlenmesi hakkındaki araştırmalar, tahmin edildiği gibi danışanların terapiden ne bekleyeceklerini ve terapide nasıl davranacaklarını bilmelerinin danışanlar için faydalı olduğunu göstermiştir (Manthei, 2007; Waltizer, Dermen & Conners, 1999).

Görüşme gizemli bir süreç olmamalıdır ve neredeyse tüm klinik uygulamacılar belirli aralıklarla danışanlarına danışmanlık kavramları hakkında açıklama yapmalıdır. Birinci seansın sonlarına doğru umutsuzluk hisleri beliren bir danışanın, bu konuda şunları söylediğini düşünün:

"Bunu size söylemeli miyim bilmiyorum ama bahsettiğimiz şeylerin değişip değişmeyeceğinden emin değilim. Bunu kişisel olarak almayın ama asla değişmeyeceğimi düşünüyorum."

Bu açıklamada en az iki olasılıktan söz etmektedir. Danışan terapistiyle ne hakkında konuşmak istediğinden veya neden söz etmesi gerektiğinden emin değildir. Bir diğer olasılık da danışan ilk defa bir aktarım gösteriyor olabilir ve söylemek istediğini biliyordur ama terapistinin nasıl tepki vereceğinden emin değildir. Her iki şekilde de görüşmecinin vereceği eğitici bir mesaj veya açıklama, şöyle olabilir: "Endişelerinizi benimle paylaşmanıza sevindim. Bu danışmanlığın önemli bir parçası aslında. Burada rahatça her şeyden söz edebileceğinizi bilin" veya "Danışmanlığın temel kurallarından biri şudur: Bir şey söyleyip söylemeyeceğinizden emin olamadığınız zaman, sadece rahat olmalı ve aklınızdakini söylemelisiniz; sonrasında bunun üzerinde durup durmayacağımıza birlikte karar veririz.

"Bunun söylemeli miyim emin değilim" veya "Ne söyleyeceğimi bilemiyorum" diyen bir danışanla karşılaşmanın çok olağan olduğunu söylemeliyiz. Böyle olduğu zaman, bu psikoeğitim veya rol belirleme sürecine dair bir geresinime işaret etmektedir. Danışanlar danışmanlık sürecinden emin olmadığında, karışıklığı ortadan kaldırmak sizin görevinizdir.

Bir önceki durumdaki bir diğer olasılık da, yaşamındaki sıkıntılara dair yaklaşık 45 dakika konuştuktan sonra danışan, kendini ilk ofise geldiğinden daha kötü hissedebilir. Böyle olursa şöyle bir açıklama uygun olacaktır: "Bazen danışmanlıkta sadece sorunlardan söz etmek geçici olarak kendinizi kötü hissetmenize yol açabilir. Bu evinizde temizlik yapmak gibidir; başladıktan hemen sonra kendinizi ümitsiz, daralmış hisseder veya yapılacak çok şey varmış gibi gelir size. Ancak o durumda olduğu gibi danışmanlığı sürdürürseniz bittiğinde kendinizi daha iyi hissedeceksiniz."

Danışanlar belirtilerinden söz ederken belirtilerin ne anlama geldiğinden emin olamadığında başka bir tür açıklama gerekebilir. Örneğin, kaygı bozukluğu olan danışanlar sıklıkla "akıllarını yitireceğine" veya "delireceğine" veya "öleceğine"

inanabilir (Barlow & Craske, 2000). Özellikle panik bozukluğu olan bazı danışanlar, birçok türdeki kaygı bozukluklarının prognozu iyi olduğu halde "delirdiğini" ve sonunda akıl hastanesine yatacağını düşünebilir. Bu nedenle, belirtilerin ve hatta tanının danışana açıklanması çok rahatlatıcı olacaktır. Örneğin, "Bir şeyin yanlış gittiğini düşündüğünüzü biliyorum, çünkü hissettikleriniz size oldukça korkutucu geliyor. Ama kişisel bilgileriniz, aile öykünüz ve söz ettiğiniz belirtilere bakarak delirmediğinizi söylemeliyim. Yaşadığınız belirtiler olağan ve psikoterapi ile bu konuda gayet olumlu sonuçlar alınabilir."

Üçüncü tür açıklama, danışanlara belirli bir terapi tekniğinin nasıl uygulanacağı hakkında bilgi vermeyi içerir. Bir örneği şöyle olabilir:

Danışan: "Beni kaygılandıran şeyin ne olduğunu tam bilemiyorum. Bir anda ortaya çıkıyor. Bu duygularımın üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmek için yapabileceğim bir şey var mı?"

Görüşmeci: "Kaygı kontrolünde ilk adım, bunu hissetmenize neden olan düşüncelerin veya durumların belirlenmesidir. Şunu denemenizi istiyorum. Kaygı düzeyinizin günlüğünü tutun. Kaygılı hissettiğiniz zamanları kaydedebileceğiniz küçük bir not defteri kullanabilirsiniz. 0'dan 100'e kadar değişen bir derecelendirme yaparak ne kadar kaygılı olduğunuzu yazın. '0 hiç endişeli değilim' ve '100 öyle kaygılıyım ki neredeyse öleceğim' olsun. Ardından, kaygı derecenizin sağına, aklınızdan geçen düşünceleri ve bulunduğunuz durumu yazın. Kaygı günlüğünüzü, bir sonraki seansa getirin ve kaygınıza neyin neden olduğunu araştırmaya başlayalım."

Bu örnekte, bilişsel-davranışçı bir terapist, kaygı izlemesini başlatmak için yönergeler vermektedir. İşin doğası gereği, yönerge verirken bunların anlaşıldığından emin olmak için danışana bir sorusu olup olmadığını her zaman sormalısınız ("Kaygınızı izleme konusunda herhangi bir sorunuz var mı?" gibi).

Görüşmecinin yaptığı açıklamaları kısmen onun kuramsal yönelimi belirler. Özellikle davranışçı terapistler, danışanlarına davranışın ve kendini izlemenin önemini açıklar; bilişsel terapistler, düşüncelerin davranışları ve duyguları nasıl etkileyip yönlendirdiğini açıklar; danışan merkezli terapistler, seansların danışanın önemli hissettiği her türlü şeyi ne kadar içermesi gerektiğini açıklar; çözüm yönelimli terapistler, başarı hakkında konuşmanın ne kadar önemli ve yardımcı olduğunu açıklar ve psikanalitik terapistler, danışanlarına "akıllarına gelen her şeyi söylemenin" önemini açıklar. Görüşmeciler ister serbest çağrışımı tarif etsin ister yönlendirilmiş imgelerle nasıl uğraşacaklarını açıklasın, hâlâ açıklama tekniği kullanır.

*Öneride Bulunma*

Görüşmeye giriş kitaplarında genellikle önerilerden (suggestion) bahsedilmez (Egan, 2006; Reiter, 2008). Bunun nedeni, önerilerin geleneksel olarak psikana-

litik ya da hipnotik yaklaşımlarla ilişkilendirilmesi olabilir (Erickson, Rossi ve Rossi, 1976). Bunun bir diğer nedeni de, bazı kişilerin öneriyi "tavsiyenin (advice) hafif bir şekli" olarak tanımlaması ve öneriyi, bir tür tavsiye verme bağlamında ele almasıdır (Benjamin, 1981).

Bazen birbirlerinin yerine kullanıldıysa da öneri ve tavsiye iki ayrı ve farklı görüşmeci tepkisidir. *Öneride bulunmak*, dolaylı olarak veya yalın bir anlatım olmadan başka bir kişinin aklına getirmek anlamına gelirken, *tavsiye vermek* akıl vermek; ardından gidilmeye değer bir görüş sunmaktır. Tavsiye, öneriden daha yönlendirici bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir.

Öneriler, görüşmecinin danışanın hayatında belirli bir olayın olacağını dolaylı ya da dolaysız olarak öngördüğü ya da tahmin ettiği ifadelerdir. Danışanları bilinç düzeyinde ya da bilinçdışında belirli bir davranışı yapmaya, düşünce kalıplarını değiştirmeye ya da belirli bir duyguyu hissetmeye yönlendirmek üzere tasarlanır.

Öneriler, genellikle, danışanlar neredeyse hipnotik telkine açık olduğu veya tamamen uyanık ve farkında olduğu zaman kullanılabilir. Örneğin:

**Danışan:** "Hiçbir zaman anneme karşı koyamadım. Sanki ondan korkuyor gibiyim. Benden daha güçlü sanki."

**Görüşmeci:** "Önümüzdeki hafta boyunca annenizle etkileşimlerinizi incelerseniz ondan daha güçlü olduğunuz yönlerinizi görebileceğinizi düşünüyorum."

Birazdan okuyacağınız örnek diyalog ise psikanalitik terapistlerin, önerileri bilinçaltı süreçleri etkilemek amacıyla kullanması anlamında klasik bir örnektir.

**Danışan:** "Bu karar beni gerçekten rahatsız ediyor. İki iş teklifi var ve ben hangisini seçeceğimi bilmiyorum. Dondum kaldım. Günlerdir artılarını ve eksilerini analiz ediyorum, ama sadece bocalıyorum. Bir an bir tanesini seçiyorum, sonra hemen o işin benim için neden tamamen yanlış olacağını düşünüyorum."

**Görüşmeci:** "Rahatlayıp bu çatışmayı uykuya dalmadan önce zihninizde olabildiğince net bir şekilde düşünürseniz belki de bu kararla ilgili düşüncelerinizi netleştirecek bir rüya görebilirsiniz."

Bu örnekte öneri, tavsiyeyle karıştırılarak sunulmuştur. Görüşmeci, danışana rahatlamasını ve uykuya dalmadan önce zihninde olabildiğince net bir şekilde düşünmesini tavsiye ediyor. Sonra da bu konuda bir rüya görebileceğini düşünüyor.

Sorunlu genç danışanlarla çalışırken öneriye dayalı yaklaşım özellikle yarar-

lı olabilir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998). Genç danışanların, davranış seçeneklerini ele alırken şu öneri tekniği kullanılabilir:

> **Danışan:** "Bu çocuk çok şımarık bir tip. Bence iyi bir sopayı hak ediyor."
> **Görüşmeci:** "Belki de öyledir. Ama şiddete başvurmaktan başka yollar da var. Bundan daha iyisini yapabileceğine *inanıyorum*."

Genç danışanlar bu tekniği, bazen, kendi problem çözme yeteneklerine ilişkin bir güvenoyu olarak görebiliyor. Adler yaklaşımında (Adler, 1930) bu tür bir öneri, danışanları teşvik edici bir yöntem olarak görülmektedir.

Öneride bulunma aslında fark etmeden sıkça kullanılır. Mucize soru konusuna dönerek oradaki örneği tekrar okursanız örnekte güçlü bir öneri eğilimi olduğunu göreceksiniz. Bu, aslında bir tesadüf değil; birçok çözüm odaklı müdahale stratejisi, hipnoterapist olarak bilinen ve öneri kullanmanın güçlü bir savunucusu olan Milton Erickson'un çalışmalarından gelmektedir.

Ancak öneriler dikkatli kullanılmalıdır. Bazen sinsi ya da çıkarcı bir taktik olarak da görülebilir. Ayrıca, bazen öneri geri teper ve muhalefete de neden olabilir. Örneğin, buraya kadar okuduğunuz örneklerde kullanılan her öneri geri tepebilir ve şöyle sonuçlara yol açabilir:

> Kadın, annesinin daha güçlü olduğu konusundaki ısrarını sürdürür.
>
> Danışan rüyalarını hatırlamaz; rüyalar ve karar verme süreçleri arasında herhangi bir bağlantı kuramaz. (Bu psikanalitik yönelimli terapistlerce direnç olarak yorumlanabilir.)
>
> Suça yönelimli ergen, fiziksel şiddetin onun için en iyi seçenek olduğunda ısrar eder.

### Tavsiye Verme

Tüm tavsiyeler özünde "İşte senin yapman gereken şeyle ilgili kişisel düşüncem bu," mesajını içerir. *Tavsiye verme*, oldukça görüşmeci odaklı bir etkinliktir çünkü görüşmeciye uzman rolü yükler.

Özellikle görüşme sürecinin başlangıcında tavsiye vermekten kaçınmak önemlidir çünkü tavsiye vermek kolay bir eylem olduğu için sık ve yaygın şekilde kullanılan, bazen de olumlu karşılanan bir tekniktir. Genellikle arkadaşlar ve akrabalar birbirlerine rahatça tavsiye verir. Bunlar bazen çok etkili olur bazen de pek etkili olmaz. İnsanlar terapi ortamı dışında da birbirlerine kolaylıkla tavsiyelerde bulunuyor. Görüşmede tavsiyede bulunurken neden dikkatli olunması gerektiğini merak edebilirsiniz.

Aslında bu sorunun cevabı oldukça basittir: İnsanlar tavsiye ister –özellikle

uzman tavsiyesi– ve bazen tavsiye gerçekten yararlı bir terapötik değişim tekniğidir (Glasser, 2000; Haley, 1973). Yine de tavsiyenin kullanımı hâlâ tartışmalıdır; birçok görüşmeci tavsiyede bulunurken diğerleri bundan ciddi biçimde uzak duruyor (Benjamin, 1981; Rogers, 1957). Birçok uzman, M.Ö. 42'de yaşamış olan Publius Syrus gibi düşünmektedir: "Birçok kişi tavsiye ister ama sadece çok azı bundan faydalanır" (Hill, 2004).

Birçok durumda danışan, hemen ilk seanstan itibaren görüşmecilerden tavsiye almaya çalışır. Ancak klinik görüşmede erken problem çözme ya da tavsiye verme girişimleri genellikle fayda sağlamaz (Hill, 2004). Bu duruma bir istisna, psikoterapist veya görüşmeci "guru" benzeri bir statüdeyse olabilir; ki o zaman danışan söylenenleri körü körüne yapsın! (Meier & Davies, 2008). Guru olmayan görüşmeciler için daha mantıklı bir yaklaşım, problemi çözmeye girişmeden ya da tavsiye vermeden önce, danışanla birlikte konuyu ayrıntılarıyla soruşturmaktır. En temel kural, herhangi bir tavsiye vermeden önce danışanın zaten çaba gösterdiği ve sıkıntı yaşadığı konuyu iyice anlamaktır.

Bazen, tavsiye vermemek için kendini tutmak gerçekten zor olabilir. Görüşmeci olarak size şunu söyleyen bir danışanı düşünün:

> "Hamileyim ve ne yapacağımı bilmiyorum. Daha iki gün önce öğrendim. Hiç kimse bilmiyor. Ne yapmalıyım?"

Bu genç kadına verilecek, gerçekten iyi bir tavsiyeniz olabilir. Gerçek hayatta, benzer bir deneyim yaşamış veya planlanmamış bir gebelikle mücadele eden birini tanımış olabilirsiniz. Bu senaryodaki kadın, çaresizce yapıcı bir tavsiyeye de *ihtiyaç duyuyor* olabilir (temel düzeydeki bilgi gereksinimi ile birlikte). Ancak tüm bunlar birer tahmin, çünkü sadece söylediğine dayanarak onun bilgiye ya da tavsiyeye ihtiyacı olup olmadığını tam olarak bilemeyiz. Kadının söylediklerinden anladığımız tek ve kesin olan şey, "ne yapacağını bilemediğidir." Hamile olduğunu iki gün önce anladıysa muhtemelen 48 saati mevcut seçeneklerini düşünerek geçirmiş olabilir. Bu noktada ona ne yapması gerektiğini söylemek yararsız ve yersiz olacaktır.

Zamanından önce tavsiye vermek, gelecekteki problem çözme çabasını engelleyebilir. Yönlendirici olmayan şöyle bir cevap daha uygun olabilir:

> "Demek hamileliğinizden kimseye bahsetmediniz. Doğru anladıysam bir şey yapmanız gerektiğini düşünüyorsunuz ama ne olduğundan emin değilsiniz."

Bazı danışanlar tavsiye vermeniz konusunda ciddi biçimde üzerinize gelir ve "Ne yapmam gerektiğini düşünüyorsunuz?" diye sorup durur. Danışanların sizi tavsiye vermeye zorladığı durumlarda açıklama ve açık uçlu soru sorma tekniklerini kullanabilirsiniz. Örneğin:

> "Ne yapmanız gerektiğini konuşmadan önce, durumunuzla ilgili ne düşündüğünüzden ve hissettiğinizden bahsedelim. Sizin için iyi bir tavsiyem olabilir ama ön-

celikle lütfen hamile olduğunuzu anladığınızdan beri neler düşündüğünüzü ve hissettiğinizi anlatın."

Bu durumda basit bir açık uçlu soru daha uygun olabilir: "Şimdiye kadar hangi seçenekleri gözden geçirdiniz?"

Danışanlar, genellikle bizim zannettiğimizden daha karmaşık, yerinde ve yapıcı çözümler getirebilir (ve genellikle *onlar,* düşündüğünüzden daha beceriklidir).

Kendi sorunlarını nasıl çözmeye çalıştıklarını anlamadan önce tavsiye vermek aslında büyük bir haksızlık olacaktır. Çözüm odaklı görüşmeciler, şöyle sorular sorarak danışanların yeteneklerinin ve becerilerinin üzerinde durur: *"Bugüne kadar yaşamınızdaki değişiklikleri nasıl yaptınız?"* ya da *"Bugüne kadar yasalarla başınız derde girmeden hayatınızı idame ettirdiğiniz en uzun süre ne kadardı? Bunu nasıl yaptınız?"* (Bertolino, 1999, s. 34–35).

Gereksiz tavsiye vermek (daha önce salık verdiği eyleme geçmeyi önermek ya da danışanın zaten denediği ve başarısız olduğu bir eylemi önermek ve benzeri), sizin inanırlığınızı zedeleyebilir. Gereksiz tavsiye vermekten kaçınmak için danışanlara arkadaşlarından, ailelerinden ve eski danışmanlarından daha önce ne tür tavsiyeler aldıklarını sorun. Ancak bazen görüşmecinin sorumluluklarını göz önünde tutarak tavsiye vermesi hem gerekli hem de oldukça yardımcı olabilir. (ayrıca bkz. Uygulamaya Geçirme 4.2).

**Uygulamaya Geçirme 4.2**

**Tavsiye Vermek Hakkında Küçük Tavsiyeler**

Tahmin edebileceğiniz gibi tavsiye vermek hakkında da tavsiyelerimiz var. Özellikle danışana ne zaman ve neden tavsiye vermek istediğinizin farkında olmalısınız. Aşağıdaki soruları gözden geçirin ve üzerlerinde düşünün. Tavsiye vermeniz gereken bir durumda, tavsiyeyi;

1. Sadece yardımcı olmak için mi?
2. Yetkin bir terapist olduğunuzu ispat etmek için mi?
3. Siz de benzer bir sorun yaşadığınız ve bu nedenle danışana nasıl yardım edileceğini bildiğinizi düşündüğünüz için mi?
4. Danışanınızın akıl edebileceğinden daha iyi fikirlerinizin olduğunu düşündüğünüz için mi?
5. Danışanınızın hiçbir zaman yapıcı bir fikirle karşınıza gelemeyeceğini düşündüğünüz için mi verirsiniz?

**Uygulamaya Geçirme 4.2 (devamı)**

Bu sorulara cevaplarınız tavsiye verme motivasyonunuzun masum olup olmadığını belirlemenize yardımcı olacaktır. Tahmin etmiş olabileceğiniz gibi tavsiye vermenin çok gerekli olduğuna inanmıyoruz. Öte yandan, tavsiyenin iyi bir zamanlamayla uygun kişiden alındığında son derece güçlü olabileceği de bir gerçek. Tavsiye vermek söz konusu olduğunda, tavsiyemiz: (a) onu neden verdiğinizin farkında olun, (b) söylemek için doğru zamanı bekleyin, (c) ahlaklılık ya da bilgiçlik taslayarak tavsiye vermekten kaçının ve (e) gereksiz tavsiye vermekten kaçının (danışanın daha önce zaten bir başkasından aldığı tavsiyeyi vermeniz gibi).

### Uzlaşma-Uzlaşamama

Yeni başlayan görüşmecilerin kullandığı yaygın yönlendirici eylem tepkilerinden biri uzlaşmadır. Uzlaşma, görüşmecinin danışanın fikriyle uyum belirtmesi, yani hem fikir olduğunu belirten bir açıklamada bulunması halinde ortaya çıkar. Uzlaşma, görüşmeci ve danışan için ödüllendiricidir çünkü sosyal ve klinik araştırmaların da gösterdiği gibi insanlar kendi tutumlarıyla aynı tutumları sergileyen kişilerle birlikte olmaktan hoşlanır (Yalom & Leszcz, 2005).

Diğer yönlendirici eylem tepkilerinde olduğu gibi neden danışanınızla uzlaşı hissettiğinizi araştırmalısınız. Danışanlarınızın onlarla uzlaştığınızı bilmesini neden istiyorsunuz? Uzlaşmayı tedavi edici bir şekilde mi kullanıyorsunuz yoksa fikirlerinizin benzer olduğunu bilmelerine izin vermek kendinizi iyi hissettirdiği için mi uzlaşıyorsunuz? Danışanlarla onların bakış açılarını onaylamak için mi uzlaşıyorsunuz yoksa kendi bakış açınızı onaylamak için mi?

Uzlaşmanın dile getirilmesinin olası birçok etkisi olabilir. İlki, uzlaşma olumlu ilişkiyi geliştirebilir. İkincisi, danışanlarınız sizin inanılır ve güvenilir bir uzman olduğunuzu düşünürse, uzlaşma onların fikirlerinin doğruluğunu destekleyecektir ("Terapistim benimle aynı fikirdeyse, haklı olmalıyım"). Üçüncüsü, uzlaşma size uzman rolü atfeder ve gelecekte de sizin fikrinize danışılır. Dördüncüsü, uzlaşma danışanın kişisel keşfini yavaşlatır ("İnançlarımı neden daha fazla keşfedeyim ki, terapistim zaten benimle aynı fikirde").

Uzlaşmanın olduğu her yerde uzlaşmazlık da olabilir. Başka biriyle hemfikir olduğunu söylemek basit, oldukça doğal ve ödüllendiricidir. Öte yandan, hemfikir olmamak genellikle sosyal açıdan kabul edilemez ya da istenmeyen bir durumdur. İnsanlar ya iddiasız olduğundan ya da reddedilme ve çatışma korkusundan bazen farklı fikirde olsa da bunu dile getirmez.

Ancak bir klinik görüşmede görüşmeciler, güç ve otorite konumundadır. Sonuç olarak, bazen görüşmeciler kendilerini engellemez ve danışanlarla açık biçimde farklı fikirde olduklarını söyleyebilir. Konuya bağlı olarak, sonuç danışanlar açısından yıkıcı, terapi açısından sıkıntı verici olabilir. Güç ve otorite istismarını içerebilir. Örneğin, bir danışanın ve terapistin ABD dış politikası hakkında şu etkileşime girdiğini düşünelim:

Danışan: "Irak'ta olanlar konusunda çok öfkeliyim aslında. Bence oradan hemen çıkmalıyız, kendi sorunlarını kendileri çözsünler. Şu an orduda hizmet veren herkes aptal bence."

Görüşmeci: "Söylediklerinizden çok rahatsız olduğumu söylemeliyim. Sadece tek yönlü bakıyorsunuz olaya ve açıkçası bu yaklaşımın, yapıcı olduğunu hiç düşünümüyorum."

Danışan: "Bu konuda haksızsınız. İyi niyetli olmak, hiçbir şeyi çözmüyor."

Görüşmeci: "Aynı felsefeyi kişisel ilişkilerinizde de kullanıyor musunuz? Söylediklerinizin sonuçlarına biraz daha yakından bakmanız gerekebilir."

Bu etkileşimde de görebildiğiniz gibi duygu yüklü sosyal ve politik konuların söz konusu olduğu durumlarda, görüşmecinin terapötik odağını kaybetmesi ve konuşmanın sosyopolitik bir içeriğe kayması muhtemeldir. Bu vakada, görüşmeci sosyal-politik gündemini ifade etmek için uzlaşmazlık gösteriyor ve itiraz ediyor; bu ise etkileşimi yıkıcı bir yöne itiyor. Dahası görüşmeci, danışanın politik görüşlerini onun kişisel hayatına zamansız ve uygunsuz bir yolla bağlıyor. Bu tür bir yaklaşım, gücün ve statünün açıkça istismara dönüşmesine neden olabilir.

Uzlaşmazlık gizliden gizliye de olabilir. Bazen, sessizlik, baş sallamalarının olmaması ya da terapistin tarafsızlığı uzlaşmazlık olarak yorumlanabilir. Sözel olmayan bir şekilde ve farkında olmayarak danışanlara uzlaşma (ya da onaylama veya tam tersi) iması verip vermediğinizi görmeniz için onlara verdiğiniz kişisel tepkilerinizi izlemeniz gerekir.

Uzlaşmazlığın amacı, danışanın fikrini değiştirmektir. Uzlaşmamadaki sorun şudur: Birinin bir fikre karşı çıkması kişisel bir tartışmaya dönüşebilir ve bu durum görüşmeci ile danışanda da savunuculuğun artmasıyla sonuçlanabilir. Dolayısıyla görüşmeciler genellikle terapötik müdahale için kişisel uyuşmazlıkları temel almamalıdır. Bedeli çok ağır olabilir ve olası faydaları ise uçup gidebilir. Ayrıca ve belki de en önemlisi, danışanla uzlaşmama veya değerler konusunda tartışma etik dışı bir konudur (bkz. Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 4.1).

Danışanla aynı fikirde olmadığınız zaman uygulanacak iki temel kural şudur:

- Felsefi bir konu hakkında (kürtaj, başka ırktan biriyle evlilik ve cinsellik

gibi) danışandan farklı düşünüyorsanız asıl işinizin danışanın fikrini değiştirmek olmadığını hatırlayın; ilgi alanınız danışanın işlevsiz düşünceleri, duyguları ve davranışlarıdır.

- Profesyonel değerlendirmenize göre danışanın inancı ya da fikri işlevsizse (strese neden oluyor ve fayda sağlamıyorsa), danışanı bu durumla yüzleştirmeyi ve daha işlevsel inançlar edinmesini sağlayacak şekilde değişmesini kolaylaştırmak için bilgi vermeyi tercih edebilirsiniz (böyle bir durumda bile, uzlaşamamak yerine gerekli bilgiyi veya açıklamayı sunarsınız).

Çocuk yetiştirme konusu görüşmecinin uyuşmazlık yerine açıklama kullanması gerektiği zamanlara iyi bir örnek olabilir. Danışan, faydası olmayan ve uygunsuz çocuk yetiştirme teknikleri kullanabilir ve sonra bu teknikleri, kişisel görüşlerine ve deneyimlerine atıfta bulunarak destekleyebilir. Görüşmeciler, danışana fikirlerinin "tamamen yanlış" olduğunu söylemekten kaçınmalıdır. Bunun yerine, tercih ettikleri stratejileri kullanmanın disiplini sağlamak açısından işe yarar olup olmadığını kendilerinin keşfetmesi sağlanmalıdır.

**Danışan:** "Bazı insanların dayağın iyi bir şey olmadığını düşündüklerini biliyorum. Ama küçükken benim de ufak çaplı sopa yediğim oldu ve bakın, şimdi gayet iyiyim."

**Görüşmeci:** "Yani çocukken dayak yemiş olmanızın üzerinizde hiçbir olumsuz etkisi olmadığını mı hissediyorsunuz?"

**Danışan:** "Evet, gayet iyiyim."

**Görüşmeci:** "Bazı ailelerin çocuklarını döverek terbiye etmeye çalıştığı, bazılarının ise bunu hiç yapmadığı doğru. Belki de dövmenin iyi bir yöntem olup olmadığını konuşmak yerine, sizin ebeveynlik hedeflerinizi sorgulamalıyız. Sonra, dayak atmak da dahil hangi tür stratejilerin hedeflerinize ulaşmada en fazla yardımı sağlayacağı hakkında konuşabiliriz."

Netîcede görgül kanıtlar bu davranışın (dayak atma) istenmeyen sonuçlara neden olabileceğini zaten göstermektedir (Gershoff, 2002). Ayrıca çok sayıda meslek örgütü (Amerikan Psikoloji Derneği, Amerikan Pediatri Akademisi gibi) ebeveynlerin, çocukları kontrol etmek için fiziksel ceza vermek yerine farklı alternatifler geliştirmesi gerektiğini söylemektedir. Bu nedenle aslında görüşmeci fiziksel cezanın sakıncalı sonuçlarını danışanla tartışabilir. Yine de bu tartışma görüşmecinin dayak atmaya "inanıp" inanmadığından çok, danışanın çocuk yetiştirme hedeflerine ve amaçlarına odaklanmalıdır. Tabii ki görüşmecinin, danışanın çocuğa fiziksel istismar uyguladığından şüphelendiği durumlar istisna teşkil eder. Ancak çocuk

istismarından şüphelenildiği ve olayın sosyal hizmetler kurumuna bildirildiği durumlarda bile istismar kararının verilmesi terapist-danışan uzlaşmazlığına değil, yasal standartlara bağlıdır.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 4.1**

**Çatışan Değerler: Homoseksüel Danışanları ile Görüşmeyi Reddetmenin Yasal İmplikasyonları**

Çeşitli ruh sağlığı uzmanları için etik kurallar, etik profesyonellerin kişisel değerlerinin danışanı veya terapi sürecini olumsuz etkilemesine izin vermemesi konusunda oldukça açıktır. Bu oldukça mantıklıdır çünkü açık şekilde, danışmanlık veya psikoterapinin amacı danışanın kişisel gelişimini kolaylaştırmaktır ve bu gelişim, terapistin değerleri ile tutarlı da olabilir, tutarsız da.

Bu rasyonel görüşe rağmen, bazen profesyonel terapistler danışanların değer ve davranışları ile duygusal çatışma içinde olabilir. Önemli bir makalede Hermann ve Herlihy (2006), profesyonel bir terapistin homoseksüel bir danışana danışmanlık hizmeti vermeyi reddettiği bir yasal vaka örneğini ele almıştır. Bruff adlı danışana karşı Kuzey Mississippi Sağlık Himzetleri AŞ. vakasının kısa bir özeti şöyledir:

Bruff bir kadınla çalışmaktadır, birkaç seanslık görüşmenin ardından danışan, lezbiyen olduğunu söylemiş ve terapistinden romantik ilişkisi ile ilgili yardım talep etmiştir.

Bruff dini değerlerine karşı olduğunu söyleyerek danışanla bu konuda çalışmayı reddetmiştir.

Bruff ayrıca çalıştığı tıp merkezinin müdür yardımcısını da durum hakkında bilgilendirerek dini değerleriyle çelişen herhangi bir alanda danışmanlık veremeyeceğini söylemiştir.

Bruff, işvereninin dini değer ve inançlarını yeterince dikkate almadığını düşündüğü için merkez hakkında Federal Mahkeme'de dava açmıştır.

Jüri, Bruff'u haklı bulsa da dava temyize gitmiştir.

Hermann ve Herlihy (2006), dava sonucunun yasal implikasyonlarını şöyle özetlemektedir:

"Bruff vakasının yasal açıdan en dikkat çekici yönü, işverenin çalışanının dini inançlarına göre mantıklı bir düzenleme yapması yasal olarak bir

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 4.1 (devamı)**

gereklilik olarak görülse bile bu durum ilişkisiyle ilgili yardım talep eden homoseksüel bir danışanın isteği söz konusu olduğunda yeniden bir düzenlemeyi kapsamamaktadır. Mahkemeye göre terapistin sadece dini değerleri ile çelişmeyen konularda hizmet vermesi, kanunlarca korunabilecek bir durum değildir. Mahkeme ayrıca homoseksüel bir danışanın ilişki sorunları üzerine yardım alma isteğini reddetmenin, danışana duygusal açıdan zarar verebileceğine vurgu yapmıştır (s. 416)."

Sonuç olarak bu vaka, bir danışanın ruh sağlığı hizmetine yönelik hakkının, terapistin kişisel değerleri ile nasıl çelişebileceğine yönelik yerinde bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır.

### Teşvik Etme

Teşvik etme, tavsiye vermenin de ötesindedir. Danışanları belirli bir eylemi yapmaları konusunda direkt yönlendirmeyi ve ısrar etmeyi içerir. Görüşmeciler, danışanları belirli bir eylemi yapmaya teşvik ettiğinde, uzman ya da yönetici rolünün gücünü kullanır.

Teşvik etme, klinik görüşmelerde çok yaygın bir uygulama değildir; yine de teşvik etmenin uygun olduğu durumlar olabilir. Bu durumların başında öncelikli olarak krizler gelmektedir (danışanın tehlikede olduğu ya da tehlikeli olduğu durumlar gibi). Örneğin, çocuk istismarı durumunda, eğer istismar eden kişiyle görüşüyorsanız buna uğrayan çocuğu da korumak için danışanı yerel makamlara başvurması için teşvik edebilirsiniz. Bu durumda danışanı, sizin eşliğinizde ve cesaretlendirmenizle ilgili makamlara başvurması için teşvik ederek daha iyi bir resmi araştırma sürecine katkıda bulunur ve çocuk koruma sürecine de destek vermiş olursunuz.

Bazen görüşmeciler ev içi şiddet olaylarında danışanı teşvik etmek için güçlü bir istek duyar. Örneğin, kocasından fiziksel şiddet gören kadınlar söz konusu olduğunda, genellikle güvenlik amacıyla çocuklarını yanlarına alarak bir sığınma evine taşınmaları konusunda onların teşvik edilmesi gerekebilir. Aynı şekilde, çocuk istismarı durumunda, siz istismar eden kişiyle görüşüyorsanız kendisini çocukları korumaktan sorumlu yerel kurumlara ihbar etmeye teşvik edebilirsiniz.

Krizin olmadığı durumlarda ise teşvik etme daha seyrek kullanılır. Teşvik etmenin uygun olabileceği ve krizin olmadığı bir durum da kaygı bozukluklarının tedavisidir çünkü kaygı bozuklukları olan danışanlar kaygı yaratacak durumlar-

dan kaçınarak korkularını pekiştirme eğilimindedir. Korku beklentileri ve kaçınma davranışları ile giderek daha güçsüz duruma gelirler. Tedavinin önemli bir bileşeni de kaygı ya da korku yaratan durumlara kademeli olarak maruz kalmaktır. Beklendiği gibi kaygı bozukluklarından mustarip kişilerin, terapistlerinin onları korkularıyla yüzleşmeye teşvik etmelerine ihtiyaçları olacaktır (Petretic, 2004; Walker, 2002).

### Onaylama-Onaylamama

*Onaylama* görüşmecinin danışanın düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına müsaade vermesi anlamına gelir. Onay vermek, olumlu bir yargıyı ifade eder. Danışanın düşünceleri ve davranışları üzerindeki kişisel kararlarını dile getirmesi gerektiğinde, yani görüşme sürecinde onaylamayı veya onaylamamayı kullanırken görüşmecilerin yeterli düzeyde duyarlılık göstermesi, gerekli bilgiye ve uzmanlığa sahip olması gereklidir. Yine de görüşmecinin eline önemli bir güç verir. Başka birinin değerlendirmesindense danışanın görüşmecinin duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını dikkate alması, kabul etmesi ve onaylaması tercih edilir.

Onaylama-onaylamama kavramı uzlaşma-uzlaşmama kavramına oldukça benzer. Ancak görüşmecinin danışanla uzlaşma-uzlaşmama eğilimi, sosyal uyum isteğinden kaynaklanabilir. Onaylama-onaylamama ise bir adım daha ileridedir. Bir danışanı onaylarken veya onaylamazken görüşmeciler daha üst düzey bir otorite konumunda olur.

Danışanların çoğu terapistlerinden onay ister. Bu konuda, danışanlar savunmasızdır; bir uzmanın onay veren mührüne ihtiyaçları vardır veya onu almak ister. Görüşmeci olarak, ilgi isteyen ve görece savunmasız danışanların verdikleri bu sorumluluğu, gücü ve kontrolü kabul etmenin gerekip gerekmediği boyutunda değerlendirmek gerekir. Bazı durumlarda, onaylamak veya onaylamamak Tanrı'yı oynamaya benzer. Biz kimiz ki hangi duyguların, düşüncelerin veya davranışların iyi veya kötü olduğuna karar verelim?

Öte yandan, bazı terapistler, danışanlarına rahatlıkla onay verir ve bunun da doğru olduğunu düşünebilir. Örneğin pek çok yönlendirici terapist, danışan ödevlerini yaptığında "Çok güzel olmuş" diyebilir veya çocuklarla çalışan terapistler, onay anlamında sıklıkla havada beşlik çakma veya özel el sıkışma gibi tepkileri gösterebilir. Özellikle çözüm odaklı yönelimi olan diğer terapistler ise aslında tüm terapistlerin açık veya örtük olarak onay sunduklarını ve bunun istenirse amaçlı şekilde olumlu biçimde kullanılabileceğini söyler. Aşağıdaki senaryo, çözüm odaklı terapist Yvonne Dolan (De Shazer ve ark., 2007) tarafından yapılan tek seanslık bir görüşmeden alınmıştır:

Yvonne: Hımm, sana gerçekten inandığımı söylemek istiyorum. Bunu hissediyo-

rum. Genç bir insanla ilk defa karşılaştığım zaman, kendi kendime söylediğim bir şey bu. Büyük ihtimalle seni bir daha görecek olsam bunu söylemezdim. Belki de söylerdim ama o da bir iki yıl sonra tekrar karşılaşırsak... Neyse büyük ihtimalle seni hayatımda sadece bir kez göreceğimi düşündüğüm için direkt söyleyeceğim: Sende bir şey var. O genç insanlardan birisin aslında... Sonraki nesil için umutlanıyorum. Sadece böyle hissettim. Bunu bilmeni istiyorum (s. 33).

Görüşmecilerinin onayını kazanmaya çalışan danışanlar, muhtemelen geçici olsa da kendilerini güvensiz hissediyor ya da onaylanma ihtiyacının alışkanlık haline gelmesi yüzünden bunu talep ediyor. Güçlü onay isteği, çocukken reddedilmekten ya da onaylanmamaktan da kaynaklanıyor olabilir. Gerekçesi ne olursa olsun onay vermek, etkili bir terapötik teknik olarak kullanılabilir. Görüşmeci onayı, olumlu/uyumlu ilişkiyi güçlendirir ve danışanın benlik saygısını yükseltir. Öte yandan, bağımlılık ilişkisi de geliştirebilir. Bir danışanın onay arayışı ödüllendirildiğinde, güvensizlik hissi tekrar ortaya çıkar ve danışanın onay arayışı tekrarlanabilir.

Bazı durumlarda, danışanları onaylamama duygusundan kaçınmak zordur. Özellikle danışanınız çocuk istismarı, kadına yönelik şiddet, tecavüz, ölümle ilgili düşünceler ve dürtüler, sapkın cinsel aktiviteler ve buna benzer şeyler hakkında konuşurken profesyonel tarafsızlığınızı korumanız gerçekten zor olabilir. Böyle durumlarda şu noktaları aklınızdan çıkarmayın:

- Sapkın ya da olumsuz davranışlarda bulunan danışanlar, genellikle kendisi için önemli insanlar ve bazen de toplum tarafından daha önce zaten onaylanmamışlır. Yine de sapkın ya da kötü davranışı sürdürmeye devam etmişlerdir. Dolayısıyla bu durum, onaylamamanın davranış değişiminde bir etkisinin olmayabileceğine işaret etmektedir.
- Onaylamamanız, sizi, değişmek için size ihtiyacı olan birine yabancılaştıracaktır.
- Tarafsızlığınızı sürdürdüğünüzde danışanınızın davranışını dolaylı olarak onaylamamış olursunuz. Halbuki onay vermemenin haricinde, değişim konusunda danışana başka tepkiler (açıklama ve yüzleştirme gibi) de gösterebilirsiniz.
- Danışanınız davranışları hakkında konuşurken kendinizi onaylamama tepkisi vermekten alıkoyamıyorsanız danışanı başka bir uzmana yönlendirebilirsiniz.
- Onaylamama olumlu/uyumlu ilişkinin azalması, reddedilme hissi ve danışmanlık sürecinin erkenden sonlandırması ile ilişkilidir.

Uzlaşma ve uzlaşmazlık gibi onaylama ve onaylamama da danışanlara dolaylı olarak aktarılabilir. Örneğin "tamam" ve "doğru" kelimeleriyle tepki vermek, danışanlar tarafından onaylanma olarak yorumlanabilir; bu kelimeleri, sadece sözel izleme tepkisi olarak kullandığınız zamanlarda bile. Sözel ve sözel olmayan davranışlarınızın onaylama ya da onaylamama konusunda gizli mesajlar iletebileceğini aklınızda tutun.

Onaylamanın ve onaylamamanın ötesinde, daha çok görüşmeci odaklı olan tersleme ve reddetme gibi bazı görüşmeci tepkileri burada ele alınmamıştır (bkz. Benjamin, 1987). Mizah kullanımı ve kendini açma gibi benzeri diğer tepkiler buradaki görüşmeci tepkileri arasında ayrıca ele alınmamış, zaman zaman metin içinde bunlara yer verilmiştir. Tablo 4.2, bu bölümde anlatılan yönlendirici eylem tepkilerinin özetini içermektedir.

### Kendini Açma

Kendini açma, birçok amaçla kullanılabilecek kompleks ve esnek olabilen bir görüşmeci tepkisidir. Örneğin Bölüm 3'te, duyguları doğrulama, destekleme, güvence verme bağlamında nasıl kullanılabileceğini ele almıştık.

Hill (2004) görüşmecileri, danışanların daha fazla içgörü kazanması için kendini açma yöntemini kullanmasını desteklemektedir. Danışan için kritik bir konuda onayını alarak kendini açmanın kullanılabileceğini söyler. Şu örneği verir:

Evet, bunu ben de yaparım. Dikkatli olmazsam başkalarına bağımlı olacak şekilde geriye dönme eğilimim olduğunu fark ettim. Merak ediyorum, bu sizde de var mı?

Ayrıca profesyonel bir kadın rolü ve çocukları olan bir anne rolü arasında bocaladığım oluyor. Benim için ikisi de önemli ama bazen işler karışabiliyor. Kariyer ve aile konuları arasında sizin de kaldığınız oluyor mu? (Hill, 2004, s. 279).

Burada görebildiğiniz gibi kendini açma oldukça yönlendirici olabiliyor. Her iki durumda, görüşmeci hem kendisi hem de danışan için ortak bir örüntüden söz ediyor. Bu strateji sadece ortaklık anlamına gelmiyor; aynı zamanda görüşmecinin kendi hayatıyla da model olabileceği anlamına geliyor. Örneğin, görüşmeci, kendi ailevi konuları, mali durumu veya birçok kişilerarası durum ile baş etmeyi başardığı için danışana da faydalı olacağını düşünüyor olabilir. Elbette bu varsayım birçok soruna yol açabilir. Özellikle de sizden farklı kültürel kimlikleri olan danışanlarla çalışırken (Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 4.2'ye bkz.)

**Tablo 4.2 Yönlendirici Dinleme Tepkileri ve Etkilerinin Genel Bir Özeti**

| Yönlendirici Dinleme Tepkisi | Tanım | Öncelikli Amaç/Etki |
|---|---|---|
| Açıklama | Genellikle görüşme süreci, danışanın sorunu veya bir tedavi tekniğinin uygulanması hakkında somut bilgi sunan ifadeler. | Danışanın yanlış düşüncelerine açıklık getirir. Danışmadan yüksek düzeyde faydalanılmasına yardımcı olur. |
| Öneride bulunma | Görüşmeci tarafından, doğrudan ya da dolaylı bir şekilde belirli bir durum için öneride veya öngörüde bulunma. | Danışanların bilinç veya bilinçaltı düzeyde belirli bir davranışta bulunmasına, belirli bir düşünceyi düşünmesine ya da belirli bir duyguyu hissetmesine yardımcı olabilir. |
| Tavsiye etme | Danışana görüşmeci tarafından verilen öğüttür. Belirli bir şekilde hareket etmeleri, düşünmeleri ya da hissetmeleri için yönergedir. | Danışana eylemde bulunma, düşünme ya da hissetme konusunda yeni çözümler sunar. Eğer zamanından önce verilirse etkisiz olabilir ve danışan güvenirliğine zarar verebilir. |
| Uzlaşma-Uzlaşmama | Fikir uyumunu ya da uyumsuzluğunu belirten ifadedir. | Uzlaşma danışanı tasvip edebilir, güven telkin edebilir, düşünce ve duyguların keşfini sonlandırabilir. Uzlaşmama çatışma yaratabilir ve tartışmaları ya da savunuculuğu harekete geçirebilir. |
| Teşvik Etme | Danışana belirli eylemlerde bulunması veya belirli konuları dikkate alması için ricada bulunma veya ısrar etme tekniğidir. | İstenilen değişimi yaratabilir ya da geri teperek savunma yaratabilir. Bazı danışanlarca saldırgan olarak değerlendirilebilir. |
| Kendini açma | Kişisel düşünce veya duygularını danışanla paylaşma. | Yakınlığı artırabilir veya danışanın terapistine olan güvenini azaltabilir. |

| | | |
|---|---|---|
| Onay-Onaylamama | Danışanın düşüncelerine, duygularına ya da davranışlarına dair olumlu ya da olumsuz yargılarıdır. | Onaylama olumlu ilişkiyi geliştirebilir ve danışan bağımlılığına yol açabilir. Onaylamama ise olumlu/uyumlu ilişkiyi azaltabilir ve danışanda reddedilme hissi oluşturabilir. |

## ÖZET

Soru sormak muhtemelen en temel görüşmeci aracıdır. Sorular çok amaçlı dinleme ve eylem tepkilerinden oluşabilmektedir. Böyle olunca da klinik görüşme sürecini kolaylaştırmak veya zorlaştırmak için kullanılabilirler.

Maksimum açıklıktan (*ne* ve *nasıl*) minumum açıklığa (*nerede*, *ne zaman* ve *kim*), kapalı ("evet" veya "hayır"la yanıtlanabilir) tür de dahil olmak üzere pek çok çeşit soru vardır. "*–abilir*" ile başlayan rahatlatıcı sorular, iyi düzeyde bir olumlu/uyumlu ilişki gerektirir ve genellikle etraflıca cevaplar üretir. "*Merak ediyorum*" veya "*malı*" içeren dolaylı sorular bir danışanın cevap verip vermemesine müsaade eden örtük sorulardır. Yansıtmalı sorular genellikle "*Farz edelim*" ile başlar ve genellikle danışan spekülasyonda bulunmasına katkıda bulunur. Soruların etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmak için görüşmeciler (a) danışana baştan itibaren farklı soru türleri için açıklama yapma, (b) soruları daha az yönlendirici olan görüşme teknikleriyle birleştirme, (c) danışanın sorunlarıyla ilişkili sorular kullanma, (d) somut davranış bilgisi üretebilecek sorular kullanma ve (e) hassas alanlara dikkatle yaklaşmayı içeren temel kurallara uymalıdır.

Yapısal ve çözüm odaklı görüşmeciler, soruları temel terapötik stratejiler olarak kullanır. Terapötik sorulara örnekler, (a) tedavi öncesi değişim, (b) derecelendirme, (c) yüzdelik, (d) sonuçlar ve yeniden tanımlama, (e) varsayımsal, (f) mucize ve (g) dışsallaştırma başlıklarında toparlanabilir. Birçok çözüm odaklı soru hem değerlendirme hem de müdahale amaçlıdır.

Görüşmeciler, soruları etkinliğini artırmak için bazı temel konulara dikkat etmelidir: (a) danışanı sorulara hazırlamak, (b) soruları, daha az yönlendirici görüşme tepkileri ile harmanlamak, (c) danışanın sorununa yönelik sorular sormak, (d) somut davranışsal bilgi elde etmek için soruları kullanmak ve (e) hassas konulara gereken özeni göstererek yaklaşmak.

Yönlendirici eylem tepkileri, danışan eylemini de teşvik eder. Danışanın kendi iyiliği için belirli bir davranışta bulunması gerektiği varsayımına dayanmaktadır. Yönlendirici eylem tepkileri açıklama, öneride bulunma, tavsiye etme, uzlaşma-

uzlaşmama, teşvik etme ve onay-onaylamamayı içerir. Bu tekniklerden her biri, danışanları belirli bir aktiviteye yönlendirirler. Yeni başlayan görüşmeciler yönlendirici eylem tepkilerini kullanmadan önce gerekçelerini keşfetmeli, meşru bir zemine oturtmak için sorgulamalarını iyi yapmalıdır.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Aşağıdaki kitapların çoğu soru kullanımı, yönlendirici eylem tepkileri ve farklı kuramsal yönelimlerden terapötik teknikler hakkında ek bilgi sunmaktadır. Bu kitaplardan bazıları çeşitli sosyal ve kültürel gruplarla ilgili bilginizi ve duyarlılığınızı da geliştirebilir.

Benjamin, A. (1987). *The helping interview* (3. Baskı). Boston: Houghton-Mifflin. Benjamin'in bu klasik çalışmasındaki Bölüm 5, soruların kullanımı ve kötüye kullanımı tartışmasına yöneliktir.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2008). *Interviewing for Solutions.* Belmont: CA: Thomson. Bu kitap, çözüm odaklı bir yaklaşımdan hareketle danışmanlık sürecini gözden geçirmekte, tanımlamakta ve örnekler sunmaktadır.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: W.W. Norton. Bu kitap, çözüm odaklı terapiler hakkında yazılmış ilk açık ve özlü kitaplardan biridir. Yazar, aktif ve dolaysız görüşmeci yaklaşımlarına ilişkin pek çok örnek sunmaktadır.

Farber, B.A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy.* New York: Guilford Press. Farber, kendini açmanın artı ve eksilerini tanımlamaktadır; ayrıca terapistlerin terapötik ilişkiyi güçlendirmek için bu yöntemi nasıl kullanacağından da söz etmektedir.

Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory.* New York: Harper Collins. Seçim terapisi ve gerçeklik terapisinin yaratıcısı William Glasser, bu kitapta, aktif ve dolaylı seçim terapisi kuramının görüşme yaklaşımlarını kullandığı çeşitli vakaları açıklamaktadır.

Herman, M.A., & Herlihy, B.R. (2006). Legal and ethical implications of refusing to counsel homosexual clients. *Journal of Counseling and Development, 84,* 414-418. Bu makaleden Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 4.1'de bahsedilmiştir.

Welfel, E.R. (2006). *Ethics in Counseling and Psychotherapy: Standards, research and emergng issues* (3rd ed). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing. Bu da etikle ilgili bir başka güzel kitaptır.

BÖLÜM 5

# KLİNİK GÖRÜŞMEDE KURAMSAL OLARAK DESTEKLENEN VE KANIT TEMELLİ İLİŞKİ DEĞİŞKENLERİ

*Kişisel değişimimi kısaca tarif etmenin bir yolu da meslek hayatımda kendime sorduğum sorulardır. İlk yıllarda kendime "Bu insanı nasıl tedavi ederim?" ya da "Ona nasıl ilgi gösteririm?" ya da "onu nasıl değiştiririm?" diye sorardım. Şimdi ise şöyle soruyorum: Bu kişinin, kişisel gelişimi için faydalı bir ilişkiyi nasıl kurabilirim?*

*—Carl Rogers, Birey Olma Yolunda*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Çoğu klinisyen ve araştırmacı, danışanlarla olumlu bir terapötik ilişki kurmanın klinik görüşmeciler için çok önemli olduğu konusunda hemfikirdir. Bu bölümde, yardım ilişkisinin doğasını, çeşitli farklı kuramsal yönelimlerin bakış açısıyla ele alıyoruz. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Carl Rogers tarafından vurgulanan uyumluluk, koşulsuz olumlu kabul, doğru empatinin "temel koşulları."
- Aktarım, karşıt-aktarım, özdeşim kurma, içselleştirme, direnç ve terapötik ittifak gibi kavramları içeren, görüşmeci ve danışan arasındaki ilişkiyi sıklıkla etkileyen psikanalitik ve kişiler-arası değişkenler.
- Görüşmeci uzmanlığını, çekiciliğini, güvenirliğini de içeren davranışçılık ve sosyal psikolojideki ilişki değişkenlerinin klinik görüşmeyle nasıl bütünleştirilebileceği.
- Karşılıklılık ve güçlendirmenin, feminist ilişki faktörlerinin görüşme ortamında nasıl kullanılabileceği.
- İşbirliğine dayalı çözüm odaklı ilişki değişkenleri ve bir uzman olarak danışanın görüşmedeki rolü.

Carl Rogers, danışmanlık yaparken kişilik ve davranış değişimi konusunda geleneksel psikanalitik ve davranışçı yöntemlerin getirilerinden memnun kalmayınca kişisel gelişimi kolaylaştıran "belirli bir ilişki tipi" (1961, s. 33) üzerine odaklanmaya başlamıştır. Rogers, danışmanlıkta, psikoterapide, öğretmenlikte ve hatta uluslararası çerçevede barışı koruma aktivitelerinde bu ilişkiyi kurmanın çok önemli olduğunu düşünmektedir (Rogers, 1951,1958, 1969, 1977; Rogers & Haigh, 1983; Rogers & Dymond, 1954). Öngördüğü psikoterapötik ilişkinin, olumlu bir kişisel gelişim için *gerekli* ve *yeterli* olduğunu açıkça vurgulamıştır (Rogers, 1957).

Rogers'ın ilk yayınlarını yaptığı yıllardan bu yana (*Danışmanlık ve Psikoterapi*, 1942 ve *Danışan-Merkezli Terapi*, *1951*) yapılan araştırmalar ilişki faktörlerinin danışmanlıktaki ve psikoterapideki önemine değinmektedir. Varılan genel sonuç ise ilgili, cana yakın ve güvenilir bir ilişkinin hemen hemen tüm danışmanlık ve psikoterapi türlerinde ortak bir terapötik nokta olduğudur (Goldfriend, 2007; Hardy ve ark., 2007; Norcross, 2002; Sommers-Flanagan & Sommer-Flanagan, 2007a). Son dönemde, psikoterapi alanında Rogers'ın düşüncelerine geri dönüş dikkati çekmektedir. Bu geri dönüş beraberinde kanıt-temelli ilişki kavramını getirmektedir (Chambless ve ark., 2006; Norcross, 2002).

Çoğu klinisyen, Rogers'ın terapi hakkındaki önermelerinin en azından yarısını içtenlikle kabul ediyor. Başka deyişle iyi bir terapötik ilişki olumlu bir kişisel gelişim ya da değişimde gereklidir ama her zaman yeterli bir bileşen değildir.

Bu bölümde, çeşitli kuramsal bakış açılarıyla ele alınan temel ilişki koşulları üzerinde durulmaktadır. Rogers'ın terapötik başarıda önem verdiği temel ilişki koşulları incelenerek psikanalitik, bilişsel-davranışçı, sosyal psikoloji, feminist ve yapısal/çözüm odaklı yaklaşımlarla ilişkili olan terapötik ilişki değişkenleri gözden geçirilecektir.

## CARL ROGERS'IN TEMEL KOŞULLARI

Carl Rogers (1942), terapötik bir ilişki inşa etmenin, danışmanlıkta terapötik özü ve hatta danışmanlığın tamamını oluşturduğuna inanırdı. Rogers'ın üç temel koşulu şunlardır:

- Uyumluluk
- Koşulsuz olumlu kabul
- Doğru empati

Rogers'ın kendi sözleriyle:

"Dolayısıyla faydalı bulduğum ilişki biçimini tanımlamam gerekirse: Karşıdaki kişiyi, kendi içinde değerleri olan ayrı bir birey olarak kabul etmek ve özel dün-

yasını onun gözleriyle görmeyi sağlayan derin bir empatik anlayış sergilemektir. Bu koşullar sağlandığında, şimdi rahatlıkla yapabildiği ama bir zamanlar ürkütücü gelen kendini arayış sürecinde danışanıma yoldaş olabilirim" (s. 34).

*Uyumluluk*

*Uyumluluk*, kişinin düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının eşleşmesi anlamına gelir. Hiçbir çelişki yoktur; uyumlu görüşmeci tutarlı ve bütünsel biçimde düşünür, hisseder ve davranır. Uyumlu görüşmeci danışanıyla etkileşiminde samimi, özgün ve sakindir.

Uyumluluk spontanlığı ve dürüstlüğü ima eder. Rogers (1961), uyumluluğun "içinde bulunan çeşitli duygu ve tutumların" tam olarak ifade edilmesini gerektirdiği konusunda nettir (s. 33). Ayrıca, görünürde iyi bir ilişkiye katkıda bulunamadığı görülen tutumların, düşüncelerin ve duyguların bile aslında uyumlu ifadenin bir parçası olduğunu vurgulamıştır.

Uyumluluğun Sonuçları

Klinik görüşmede uyumluluğu tartışırken öğrenciler genellikle kavramın tipik bir görüşmede nasıl yaşandığını merak eder. Uyumlulukla ilgili tipik sorular şunlardır:

"Uyumluluk, hakkında gerçekten ne düşündüğümü danışanın yüzüne direkt söyleyebileceğim anlamına mı gelmektedir?"
"Eğer bir danışanı cinsel olarak çekici bulursam "uyumlu" olup bunu ona söylemeli miyim?"
"Danışana dokunacakmışım gibi hissedersem devam etmeli ve ona dokunmalı mıyım? Kendimi kısıtlamazsam samimi olmaz mıyım?"
"Ya bir danışanı ya da yaptığı bir şeyi sevmezsem? Bunu ona söylemezsem uyumsuz mu olurum?"

Bunlar önemli ve bazen de tartışmalı sorulardır. Aşırı şeffaf olmadan da tutarlı ve bütünleşik olabilirsiniz; bazen içsel tepkilerin çok fazla dile dökülmesinin bedeli faydalarına nazaran daha ağır olabilir. Örneğin, psikanalitik yönelimli Luborsky (1984) şöyle söyler:

> Güven kazanmaya ve olumlu/uyumlu ilişki kurmaya çalışırken terapistler, genellikle düşüncelerini söylemek konusunda doğal bir istek duyar. Bu isteğe direnmek gerekir çünkü beraberinde getireceği uzun vadeli sorunlar düşünüldüğünde bu isteğin çok da fayda sağlamayacağı görülebilir (s. 68).

Lubrosky'nin burada söylediklerinin çoğu doğru. Çok fazla kendini açma,

uyumluluk veya içten olma bağlamında bile olsa, değerlendirme veya terapi sürecini bozabilir. Ancak araştırmalar ayrıca birçok danışanın, özellikle de farklı kültürlerden gelenlerin, duygusal sıkıntıları ve sırlarını paylaşacağı profesyonel görüşmeciye dair bilgi sahibi olmak istediğini göstermektedir (Buckard ve ark., 2006; Hays, 2008; Mathy, 2006). Belki de kilit nokta denge kurmaktır; geleneksel psikanalitik yaklaşımda boş bir ekran olan terapist, danışana güvensizlik ve isteksizlik verip direnç geliştirebilirken çok fazla kendini açma terapötik gelişmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Carl Rogers, uyumlu bir danışmanın, öncelikli olarak kendini danışanın refahına ve iyiliğine adandığına inanırdı. Danışanın potansiyel gelişimine gölge düşürecek bir eylemde bulunmak veya bir açıklama yapmak bu nedenle uygunsuz olacaktır.

Uyumluluğu değerlendirmek ve kullanmak için onu Carl Rogers'ın bakış açısıyla görmek gerekir. Danışmanlık yaparken Rogers, tüm dikkatini danışanına verirdi. Danışanlarını onların bakış açılarıyla tam olarak anlamak için çaba sarf ederdi; bu yaklaşımı önce "danışan merkezli" ve daha sonra "kişi merkezli" olarak tanımlanmasının asıl gerekçesi tam da budur. Bu odak, danışanları yargılama veya onlara olumsuz duygular ifade etme ihtiyacını büyük ölçüde azaltmıştır. Ayrıca Rogers (1958), danışan merkezli terapinin amacının görüşmecilerin şahsi duyguları hakkında konuşmak olmadığını açıkça belirtmiştir.

Amaç kesinlikle terapistin kendi duygularını ifade etmesi veya söylemesi değildir ama danışanı da aldatmamalıdır. Bazı duyguları zaman zaman bu süreci gölgeliyorsa bunlar hakkında gerçekten konuşmaya ihtiyacı olabilir (danışanıyla, bir meslektaşıyla veya daha uzman biriyle) (s. 133-134).

Bu ifade, Rogers'ın danışanlara kendini açmadan önce iyice düşünülmesi gerektiğine dair inancını göstermektedir. Duygularınızı arkadaşlarınızla veya süpervizörlerinizle tartışmanız onları doğrudan danışanınızla tartışmanızdan daha uygun olacaktır.

Rogers'a göre görüşmecinin sunabileceği en önemli nitelik gerçekten tamamen orada olmak ve danışanı dinlemeye, ona yardım etmeye kendini adamaktır. Rogers, danışanlarının tüm söylediğini dinlemek konusunda gerçekten ilgili ve neredeyse her zaman orada olan olağanüstü bir bireydi; danışanlarının kişisel anlamda büyümesine ve gelişmesine kendini gerçekten adamıştı. Danışmanlıktaki onlarca yıldan sonra bile danışanlarına karşı nadiren öfke ve kızgınlık hissettiğini belirtmiştir (Rogers, 1972).

*Uyumluluğunu Düzenleme*

Gazda, Asbury, Balzer, Childers ve Walters (1984) bir görüşmede spontalığınızı ne kadar ve nasıl kullanacağınızı belirleme konusunda mükemmel bir tavsiye vermektedir. Her ne kadar Gazda ve arkadaşları bu tavsiyeyi danışmanlıkta te-

mas etme/dokunma konusunda verse de birçok görüşmeci için spontan davranışı belirlemede de geçerli olabilir: Bu kimin için –benim için başkası için mi yoksa gözlemleyen kişileri etkilemek için mi? (s. 111). Başka bir deyişle görüşmeci olası spontan davranışların altında yatan gerekçeleri incelemelidir.

Temas etme/dokunma hakkında Gazda ve arkadaşlarından daha tutucu olabilecek bir tutum benimseyebilirsiniz. Danışana dokunacaksanız, bunu kendi kişisel hazzınız için değil sadece danışanın yararı için yaptığınızdan emin olmanız gerekir. Ilaveten, dokunuşunuzun saldırganlık veya baskı olarak hissedilmeyeceğinden ve yanlış yorumlanmayacağından emin olmanız gerekmektedir. En ufak şüpheniz varsa danışanınıza dokunmamalısınız.

Görüşmecinin ya da psikoterapistin tamamen özveriyle yaklaşıp danışanıyla cinsel ilişki yaşadığı bir vakayla hiç karşılaşmadık. Esasen, terapist ve danışan arasındaki cinsel ilişki her zaman uygunsuzdur, kabul edilemez ve etik dışıdır; terapist-danışan cinsel ilişkisi travma ve mağduriyetle sonuçlanır (Sonne ve Pope, 1991). Pope'un (1990) terapistler ve danışanlar arasındaki cinsel ilişki için önerdiği terim mantıklı görünüyor: *Danışanın cinsel istismarı*. Bu tür bir terim kullanıldığında, tablo daha net hale geliyor: Danışanların cinsel istismarı asla terapötik bir fayda sağlamaz.

Terapistlerin bazen danışanlarını cinsel açıdan çekici bulmaları olağan bir şey olabilir. Esasen, Welfel'in (2006) dediği gibi: "Terapistlerin danışanları cinsel açıdan çekici bulmaları neredeyse evrensel bir olgu olabilir ancak çoğu, bu çekimi eyleme dökmez ve tepkilerini ciddi bir şekilde ele alır" (s. 133).

Danışanlarınızı cinsel açıdan çekici bulursanız bile danışanınıza cinsel amaçlı dokunarak veya onlara bu cinsel çekimden bahsederek hislerinizi eyleme dökmeniz kabul edilemez bir durumdur. Çekimi anlatmak danışana sizin cinsel ilginizi bilmenin yükünü yükleyecektir. Bir danışana karşı cinsel çekim hissettiğinizde süpervizörünüzden veya benzeri yetkiye sahip başka bir uzmandan tavsiye ve yardım almanız önerilir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007).

Uyumluluk spontanlığı akla getirse de aşağıdaki yönergelere bağlı kalmak klinik yargıdaki spontanlığınızı etkileyebilir:

- Dürtülerinizi inceleyin. Kendinizi sadece danışanın yararı için mi ifade ediyorsunuz?
- Söylemek ya da yapmak istediğinizin terapötik olup olmadığını gözden geçirin. Danışanınızın sizin ifadenize herhangi olumsuz ya da öngörülemez bir tepki verme ihtimali var mı?
- Uyumluluk aklınıza gelen her şeyi söylemeniz anlamına gelmez. Konuşmayı seçtiğinizde, bunu dürüstlükle ve bütünlükle yaptığınız anlamına gelir. 1960'lardan beri feminist terapistler, görüşmeci-danışan ilişkilerinde uyum-

luluğu veya özgünlüğü şiddetle savunur. Brody (1984), özgün bir görüşmecinin kullanabileceği tepkilerin çeşitliğini şöyle tanımlamaktadır:

> Sürece dahil olmak ve kendimi süreçte bir değişken olarak kullanmak zaman zaman taklitçilik, kışkırtma, şaka yapma, can sıkma, benzerlikler bulma ve kısadan hisseler anlatma tekniklerini kullanmayı gerektirebilir. Benim ve başkalarının fiziksel davranışını, duygusal durumunu, bana yahut ötekilere verdiği tepkileri kullanmak ve bir dizi sezgisel tepkiyi paylaşmak anlamına gelir. Özgün olmak budur (s. 17).

Aynı zamanda tecrübeli bir klinisyen de olan Brody çok çeşitli karmaşık ve ileri düzeyde terapötik stratejilerin kullanımını savunur. Görüşmede özgün veya uyumlu yaklaşım, kısmen klinik deneyim yoluyla kazanılan klinik yargıyla birleştiğinde çok daha iyi olacaktır.

Son bir örnek de Peck'in (1978) uyumluluk ile ilgili psikanalitik ve danışan merkezli veya feminist bakış açıları arasındaki çatışmayı tanımladığı şu ifadedir:

> Bundan [terapiden] bir yıl sonra, [danışan] seansın ortasında, "Sizce ben işe yaramaz biri miyim?" diye sordu.
>
> "Hakkınızda ne düşündüğümü söylememi istiyor gibisiniz," diye yanıtladım, ustalıklı bir şekilde zaman kazanarak.
>
> Söylediğine göre bu, tam olarak onun isteği şeydi. Şimdi ne yapacaktım? Hangi büyülü kelimeler, teknikler veya tutum bana yardım edebilirdi? "Bunu neden sordunuz?", "Hakkınızda ne düşündüğümü neden merak ediyorsunuz?" diyebilirdim ya da "Marcia, önemli olan benim senin hakkında ne düşündüğüm değil senin kendin hakkında ne düşündüğün."Ancak bütün bu hesaplarımın birer bahane olduğuna dair çok kuvvetli bir duygum vardı ve haftada üç sefer olmak üzere bir yıl seans yaptıktan sonra Marcia'nın duymayı hak ettiği şey, benden onun hakkında ne düşündüğüme dair dürüst bir cevaptı (s. 170-171).

Belli bir noktada, benzer sorularla siz de karşılaşacaksınız ve nasıl cevaplayacağınıza karar vermeniz gerekecek. Nesnelliği, profesyonelliği ve doğruluğu korumak uğruna uyumluluğu nasıl kullanırsınız? Profesyonellikten ve nesnellikten vazgeçip danışanınıza "sadece" başka biriymiş gibi mi cevap verirsiniz? Psikanalitik yönelimli görüşmeciler, profesyonel nesnelliğe bağlı kalma eğilimi gösterirken danışan merkezli, varoluşçu ve feminist görüşmeciler daha açık, insancıl yaklaşımları seçer (Burkard ve ark., 2006; Mathy, 2006). Bu, bu kuramsal yaklaşımdan gelen terapistlerin her zaman danışan sorularına anında ve direkt cevap verdiği anlamına gelmez. Kuramsal yaklaşımın ötesinde terapistin kendini açmasını, karar vermesini veya tavsiyesini gerektiren çoğu soru cevap verilmeden önce (ya da hemen sonra) iyice tartışılmalıdır.

**Koşulsuz Olumlu Kabul**

Rogers (1961), *koşulsuz olumlu kabul*'ü şöyle tanımlar: "...durum, davranış ya da duygular ne olursa olsun koşulsuz kendilik değeri için samimi bir kabul sunmaktır" (s. 34). Koşulsuz olumlu kabul samimiyet, ilgi, saygı ve yargı içermeyen bir yaklaşım belirtir.

Kimse danışanları kendilerinden daha iyi bilemez. Bu nedenle görüşmeciler olarak biz bile danışanları yargılayacak bir pozisyonda değiliz. Danışanların hayatları ve davranışları hakkında bildiğimiz her şey ince bir kesit ya da örnektir; dolayısıyla yargılarımız yetersiz bilgiye dayanmaktadır. Danışanlarımızla birlikte yaşamadığımız için, onları uzun süre gözlemlemediğimiz için içsel güdülerini, düşüncelerini veya duygularını doğrudan bilme şansımız yoktur. Danışanlar hakkında eksiksiz bilgi sahibi olmamız mümkün olsaydı bile düşüncelerinin, duygularının veya davranışlarının iyi ya da kötü niteliklerine karar vermek uygunsuz olurdu. *Koşulsuz olumlu kabul* terimi, danışanların yansız bir şekilde kabulünden daha fazlasına işaret etmektedir. Rogers (1961), "bir insan olarak beğenilmenin ve değer verilmenin sağladığı güven, yardım etme ilişkisinde çok önemli bir unsurdur," (s. 34) demektedir. Rogers, danışanlarının şüphelerini, güvensizliklerini ve zayıflıklarını keşfederken yeterince güvende hissedebilmesi için görüşmecilerin onlara yönelik olumlu ya da şefkatli duygularını göstermesinden söz etmektedir.

Görüşmeciler için önemli bir soru da şudur: "Danışanlarıma koşulsuz olumlu kabulü nasıl ifade edebilirim ya da gösterebilirim?" Danışanlara olumlu duygularınızı doğrudan dokunarak veya "Sizden hoşlandım (ya da sizi sevdim)", "Size değer veriyorum", "Sizi koşulsuz kabul ediyorum" veya "Sizi burada yargılamayacağım," gibi cümleleri kullanarak ifade etmeyi denemek çok cazip gelebilir.

Danışanlara koşulsuz olumlu kabulü doğrudan ifade etmek, genellikle etkisizdir, hatta tehlikelidir. Birincisi, kabulün doğrudan ifade edilmesi sahte veya uygunsuz bir samimiyet yaklaşımı olarak yorumlanabilir. İkincisi, doğrudan alaka gösterilmesi danışanınızla arkadaşlık veya aşk ilişkisi kurmak istediğiniz şeklinde anlaşılabilir. Üçüncüsü, profesyonel görüşmecilerin bile danışanlarına karşı bazen olumsuz duyguları olabilir. "Koşulsuz kabul" iddia ederseniz imkânsızı taahhüt etmiş olursunuz çünkü danışanlarınızı her zaman sevemezsiniz (ve sevmeyeceksiniz).

Bu durumda soru hâlâ varlığını sürdürüyor: Danışanlarınıza olumlu ilgi, kabul ve saygıyı dolaylı bir şekilde nasıl ifade edeceksiniz? İşte bazı fikirler: Birincisi, randevuları takip ederek onlara nasıl hitap etmenizi istediklerini sorarak ve onlara bu şekilde hitap etmeyi hatırlayarak, onları duyarlı, samimi bir şekilde dinleyerek duygusal yakınlık ve saygı içeren bir ilişki kurabilirsiniz. İkincisi, danışanlarınıza kendilerini normalde olduğu gibi ifade etme özgürlüğünü vererek saygı ve kabulü aktarabilirsiniz. Üçüncüsü, danışanın hikâyesinin özel kısımlarını duyduğunuzu

ve hatırladığınızı göstererek saygı gösterebilirsiniz. Bu genellikle başka sözcüklerle açıklamayı, özetlemeyi ve bazen yorumlamayı da içerir. Dördüncüsü, danışanınızın duygusal ıstırabına ve zihinsel çelişkilerine şefkatle veya empatiyle tepki vererek ilgi ve kabul ifade etmiş olursunuz. Othmer ve Othmer (2002b), olumlu/uyumlu ilişki kurma stratejisi olarak soruna ilgi ve danışana şefkat göstermeden söz eder; siz de benzer bir tutumu benimseyebilirsiniz. Beşincisi, hem klinik deneyim ve hem araştırmalar danışanların görüşmecinin davranışlarına karşı duyarlı olduğunu göstermektedir. Yani, danışanlarınızı kabul etmek ve saygı göstermek konusunda açıkça bir çaba sergileyerek aslında herhangi bir terapi tekniğinden daha güçlü olabilecek bir mesaj aktarıyorsunuz.

Aşağıdaki örnekte, görüşmeci koşulsuz olumlu kabulünü ifade edebilmek için hassas bir şekilde yaptığı yorumlamayla duygu odaklı özetleme kullanmaktadır:

> "Daha önce önemsediğiniz bir kadın sizi reddettiğinde üzüldüğünüzden bahsetmiştiniz. Şimdi annenizin sizi babanızla ve onun alkol sorunuyla baş başa bırakarak terk ettiğinden söz ediyorsunuz. Sanki burada bir bağlantı varmış gibi görünüyor."

Görüşmecinin bu yorumu, ilişki örüntülerine dair içgörüyü kolaylaştırmayı hedefliyor olsa da danışanın görüşmecinin onu ne kadar dikkatle dinlediğini bilmesini de sağlıyor. Sonuç olarak danışanınız mutlu olabilir, saygıdeğer hissedebilir ve ilişkide daha büyük bir yakınlık elde edilebilir. Danışanınızın ne söylediğini hatırlamak ise özenli bir hassasiyet gerektirir. Danışanınızın iç dünyasına zihin, sezgi ve empati kullanarak ayna tutmak koşulsuz olumlu kabulün temeli olan saygıyı da aktaracaktır.

### Doğru Empati

Empati klinik görüşmede, danışmanlıkta ve psikoterapide popüler bir kavramdır. Empati ilk olumlu ilişkide çok önemlidir ve bazı yaklaşımlara göre psikoterapötik değişimde çok kritik bir rol oynar (Kohut, 1984; Rogers, 1951). Rogers (1980) empatiyi şöyle tanımlamaktadır:

> "... danışanın duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını onun gözünden anlamak için terapistin sergileyeceği beceri ve isteklilik. Bu beceri, tamamen duruma danışanın gözünden bakabilme, referans noktasını kavrayabilme anlamına gelir (s. 85)... bir başkasının, kendisine özel algısal dünyasına girebilmeye karşılık gelir... duyarlı olmak, an be an, bir başka kişideki duygusal değişimleri takip edebilmek... karşındakinin belki de farkında olmaktan korktuğu anlamları fark edebilme... (s. 142).

Rogers'ın empati tanımı daha yakından bir analizi gerektiren bir dizi karmaşık bileşeni içermektedir.

Görüşmecinin yeteneği veya becerisi,
Görüşmecinin isteği ve tutumu,
Danışanın duygu, düşünce ve davranışlarına odaklanma,
Danışanın referans noktasını kavrayabilme,
Danışanın özel algı dünyasına girebilme,
Anlık değişimlere duyarlı olma,
Danışanın haberdar olmadığı anlamları fark edebilme.

Rogers'ın tanımı, empatinin çıkarım yapmayı gerektiren kişiler arası bir süreç olduğunu göstermektedir. Objektif, açık ve net biçimde bir başkasının duygu, düşünce, davranış ve deneyimlerini algılayamayacağımız için empati aslında subjektiftir. Bir başkası ile empatik bir bağlantı kurabilmek ve diğer kişinin duygu, düşünce ve deneyimlerine yönelik çıkarımda bulunmak için hem zihinsel becerilerimizi hem de duygusal tepkilerimizi kullanmalıyız. Dolayısıyla empati, amaç, çaba, zihinsel ve duygusal anlayışın yanı sıra danışana bunu yansıtmak üzere sözel ve sözel olmayan becerileri gerektiren karmaşık bir durumdur.

Carkhuff (1987) zihinsel bileşeni "empati geliştirme süreci" (s. 100) olarak ele almaktadır. "Bu süreçte, bizden yardım isteyen kişinin dile getirdiği duyguları anlamaya çalışırız. Duyguların ipuçlarını değerlendiririz ve empati geliştirmeye çalışırız; Tom olsaydım ve bunları söyleseydim nasıl hissederdim?" (s. 101).

Empati geliştirmeye çabalarken empatik duyarlılık da artacaktır. Ancak bu durum empatik sürece iki şekilde olumsuz katkıda bulunabilir. Birincisi, bu çaba görüşmecinin (yardım edenin) danışanın duygularını *objektif ve net* biçimde anlamaya olanak sağlayan duygusal bir barometresi olduğunu varsayar. Halbuki yoktur, danışan ve terapist o güne kadar tamamen farklı duygusal deneyimler edinmiş olabilir; kendinizi danışanın yerine koyup bir şey hissetmeniz danışanın da aynı şeyi hissedeceği anlamına gelmeyebilir. Bazıları, empatik tepkinin bir yansıtma (projeksiyon) olduğunu söyler. Görüşmeci, sadece Carkhuff 'un vurguladığı empatiyi geliştirmeye odaklandığında aslında kendi duygularını direkt danışana yansıtıyor olabilir. Örneğin pek çok durum karşısında danışan kendini iyi hissetmek için genellikle inkâr veya bastırma türünde savunma mekanizmaları kullanırken görüşmeci daha kötümser bir tutum takınırsa neler olabileceğini düşünün. Şöyle bir diyalog olabilir:

**Danışan:** "Babam terapiye gelmemi neden istiyor, bilmiyorum. Şimdiye kadar neredeyse hiç doğru dürüst iletişim kurmadık. Bu beni artık hiç rahatsız etmiyor. Bunu kabullendim. Keşke o da kabullenseydi."

**Görüşmeci:** "Sizinle etkili iletişim kuramayan bir babaya sahip olmak, sizi öfkelendiriyor olmalı."

**Danışan:** "Hiç de değil. Aslında annemle ve babamla ilişkimi oluruna bıraktım. Gerçekten bunun beni rahatsız etmesine izin vermiyorum."

Bu vakada, babasıyla hiçbir zaman etkili bir iletişime geçememiş olmanın nasıl hissettireceğini düşünmek görüşmeciyi öfkelendirebilir ya da üzebilir. Ancak görüşmecinin yorumunun, danışanın duygularına değil kendi duygularına dayalı bir yansıtma olduğu görülmektedir. Doğru empatik tepki türü, danışanın sözlerine ve sözel olmayan mesajlarına dikkat etmeyi gerektirir. Bu danışan daha önce öfke göstermiş olsaydı veya bunları söylüyorken sinirli ya da öfkeli görünüyor olsaydı (yere bakmak, yumruğunu sıkmak/bacağını germek ve benzeri vücut tepkileri, sinirli bir ses tonunda konuşmak gibi) o zaman görüşmeci öfkeyi yansıtmayı seçebilirdi. Ancak görüşmecinin yorumu, danışan tarafından reddedilen yanlış bir duygu yansıtmasıdır. Görüşmeci, danışanın ifadesindeki anahtar kelimelere odaklanabilirdi. Örneğin:

"Terapiye gelmek sizin için bir şey ifade etmiyor. Daha evvel babanızla aranızdaki iletişim eksikliğiyle ilgili bazı duygularınız vardı belki ama şimdi tüm bu durumla ilgili çok da bir şey hissetmiyormuş gibi görünüyorsunuz."

Bu ikinci tepki daha doğru görünüyor. Danışan, şu an hiçbir şey hissetmediğinden söz ederken bir yandan da daha evvel nasıl hissettiğinden, şimdi ne düşündüğünden bahsediyor. Çözümlenmemiş üzüntü, öfke ya da hayal kırıklıkları da olabilir ama görüşmecinin su yüzüne çıkmamış bu duygulara ulaşması için önce somut ve net kanıtlarla desteklenen bir yorumlama süreci gereklidir. Sonra bu girişim danışan tarafından empati olarak algılanır. Bölüm 3'ten hatırlayın; yorumlamalar ve yorumlayıcı duygu yansıtmalarının etkili olabilmeleri için yeterli kanıtla desteklenmeleri gerekmektedir.

Sadece "Danışanın yerinde olsaydım ne hissederdim?" gibi bir soruya odaklanmak yerine diğer danışanların (ya da tanıdığınız diğer kişilerin) bu özel deneyim sonunda nasıl hissedeceği ve düşüneceği üzerine de zihinsel yansıtmalar, çıkarımlar yapmanız daha etkili olacaktır. Carl Rogers (1961), danışanın özgürce kabul etmesi veya reddebilmesi için bu türdeki duygu yansıtmalarının kesin olmayan biçimde dile getirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Danışanlarınızın savunmacı davranabileceğini aklınızdan çıkarmayın. Danışanlarınız rasyonalizasyon veya inkâr gibi savunma mekanizmalarını kullanıyorlarsa empati kurabilmek için öncelikle onların bu savunmacı düşüncelerini kabul etmeniz gerekir. Örneğin:

**Danışan:** "Babam terapiye gelmemi neden istiyor, bilmiyorum. Şimdiye kadar neredeyse hiç doğru dürüst iletişim kurmadık. Bu beni artık hiç rahatsız etmiyor. Bunu kabullendim. Keşke o da kabullenseydi."

**Görüşmeci:** "Terapiye gelmek sizin için bir şey ifade etmiyor. Daha evvel babanızla aranızdaki iletişim eksikliğiyle ilgili bazı duygularınız vardı belki ama şimdi tüm bu durumla ilgili çok da bir şey hissetmiyormuş gibi görünüyorsunuz."

**Danışan:** "Evet, sanırım öyle. Sanırım, annemle ve babamla ilişkimi oluruna bıraktım. Gerçekten bunun beni rahatsız etmesine izin vermiyorum."

**Görüşmeci:** "Babanızla aranızdaki iletişim eksikliğiyle ilgili duygularınızdan kendinizi korumanın bir yolu da ebeveynlerinizle aranıza mesafe koymak olabilir. Aksi halde bu durum sizi hâlâ rahatsız edebilirdi sanırım."

**Danışan:** "Ah, evet. Annemle ve babamla yeniden yakınlaşırsam babamın bu iletişim tarzı yine canımı sıkacak."

Belli ki bu danışan babasının iletişim tarzıyla ilgili hâlâ bir şeyler hissediyor. *Doğru* empati, danışanın duygularını fark etmesine ve kabul etmesine olanak sağlayacaktır (Greenberg ve ark., 2001).

Carkhuff 'un empati geliştirme olarak tanımladığı kavramın ikinci olumsuzluğu daha basittir; empatinin *sadece ve sadece* danışanın duygularının doğru yansıtılmasıyla yapılacağını öne sürmektedir. Kuşkusuz, doğru duygu yansıtması empatinin önemli bir parçasıdır, ancak Rogers'ın (1961) ve diğerlerinin (Akhtar, 2007b; Brown, 2007) belirttiği gibi empati danışanla birlikte düşünmeyi ve deneyimlemeyi de içerir. Danışanların savunmacı tarzlarının empatik olarak kabul edilmesi en az empatik tepki kadar önemlidir. Danışanlar savunma mekanizmalarını kullanarak kendilerini duygusal acıdan korumaya çalışır (bilinçaltında gerçekliği bozma çabası, egoyu korur; A. Freud, 1946). Sonuç olarak en üst düzeyde empati sergileyebilmek için görüşmeci sadece duyguları değil danışanların bu duygulardan kendini nasıl koruduğunu da ele almalıdır.

*Empati İle İlgili Görgül Araştırmalar*

Empati ve tedavi sürecinin sonuçları arasındaki ilişkiyle ilgili çok sayıda görgül araştırma bulgusu bulunmaktadır. Genel olarak, araştırmalar empatinin tedavi sürecini olumlu yönde etkileyen kritik bir değişken olduğuna işaret etmektedir.

Greenberg ve ark. (2001) toplamda 3 bin danışanın üzerinde katılımcıyla yapılan 47 çalışmayı içeren meta-analitik bir çalışmada, empati ve tedavi sonuçları arasında 32 düzeyinde bir korelasyon katsayısından söz etmektedir. Bu çok güçlü bir korelasyon gibi görünmese de, "empatinin.. toplam varyansın % 10'unu açıkladığını," ve "genel olarak bakıldığında ise, empatinin tedavi sonucuna yönelik herhangi spesifik bir müdahaleden daha fazla varyansı açıkladığına" dikkat çekmektedir (s. 381).

Meta-analiz sonuçlarına ve diğer kuramsal yönelimlerle ilgili çeşitli analiz bulgularına dayanarak Greenberg ve ark. (2001), empatinin tedavi sonuçlarına kat-

kısının farklı şekillerde olduğunu söylemektedir. Yazarlara göre ilk olarak, empati olumlu/uyumlu ilişkiyi geliştirir. Empati, danışanların kendi kişisel meselelerini özgürce keşfetmesine yardım eder. Danışanlar anlaşıldığını hissettiğinde kaygıları hakkında daha detaylı konuşmak konusunda daha açık ve istekli olur; empati ekstra bilgi sağlar.

İkincisi, empati duygusal deneyimler üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Danışanlar empatiyle anlaşıldığını hissettiğinde, kendilerini daha değerli hisseder; olumsuz, reddedici ve eleştirel erken dönem çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan eski duygu ve davranış örüntülerini göz ardı eder, özellikle diğer insanlarla etkileşim halindeyken öngörülen sıkıntı ve rahatsızlığa rağmen, kabullenme ve anlayış sergileyebilir. Olumsuz, reddedici ve eleştirel ilişki örüntüleri danışanların kendilerini dış dünyaya kapatmalarına yol açarken empatik anlayış daha güven veren ve anlamlı etkileşimler ile kendini daha fazla açmaya katkıda bulunur.

Üçüncüsü, empati danışanların kendilerini sözel, duygusal ve zihinsel olarak keşfetmesini kolaylaştırır. Anlaşıldığı duygusu danışanın kendini güvende hissetmesine yardımcı olur ve böylece kişisel sorgulama yapmasına olanak sağlar. Rogers (1961), "duygu ve düşüncelerinizi sizin gördüğünüz gibi görür, anlar ve kabul edersem iç dünyanızdaki kuytularınızı ve sığınaklarınızı keşfetmek konusunda kendinizi gerçekten özgür hissedebilirsiniz" (s. 34) demektedir. Rogers, burada, doğru empatinin doğru yorumlamalar gibi danışanların farkındalığını artırdığından söz etmektedir. Araştırma bulguları da bunu desteklemektedir.

Dördüncüsü, empati danışana kendi kendini iyileştirme yönünde ivme kazandırır. Empati kendini kabul ve öz-saygıya katkıda bulunduğu için danışanlar kendisi için "empatik bir çalışma alanı" oluşturabilir ve bu ortamda duygu, düşünce, davranış ve motivasyonlarını özgürce sorgulayabilir. Miller ve Rollnick (2002) bunun kişisel değişim için ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır: "...bunların hepsi, belirsizliğin ortadan kalkması için bir temel oluşturur: *Değişim tartışmalarını yapan kişi bizzat danışanın kendisi olmalıdır*" (s. 22).

Sonuçta nedensel ilişki kurmak her zaman mümkün olmasa da araştırmalar empatinin olumlu tedavi sonuçlarıyla bağlantılı olduğunu net biçimde göstermektedir (Duan, Rose & Kraatz, 2002; Greenberg ve ark., 2001). Aslında bazı yazarlar, empatinin tüm etkin terapötik müdahale yöntemleri için bir temel olduğunu iddia etmektedir: "Empati, anlayışın temeli olduğu için empatinin olmadığı etkin bir müdahale yoktur ve etkili müdahaleler de onsuz olamaz" (Duan ve ark., 2002, s. 209).

### *Hatalı Empatik Girişimler*

Danışanınıza empati göstermek istemeniz bunda başarılı olacağınız anlamına gelmez. Görüşmelerin özellikle başlangıç kısımları, danışanın anlaşıldığını göster-

mek için görüşmecinin kendini açması ve diğer benzeri girişimlerle doludur. Yeni başlayan görüşmecilerin sıklıkla kullandığı ama kaçınılması gereken klasik empati ifadeleri şunlar olabilir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1989):

1. "Nasıl hissettiğinizi biliyorum" ya da "Anlıyorum."
   Böyle bir ifadeye karşın danışan, "Nasıl hissettiğimi nereden bilebilir; beni sadece 15 dakikadır tanıyor," diye düşünebilir veya "Nasıl hissettiğimi veya neler atlattığımı gerçekten bilseydi şimdi terapist o olmazdı, terapi alan olurdu," diye fikir de yürütebilir.
2. "Aynı şeyi ben de yaşadım."
   Danışanlar buna şüpheci tepki verebilirler ya da deneyiminizi detaylandırmanızı isteyebilirler. Roller birdenbire tersine döner: Görüşmeciyle görüşme yapılıyor olabilir.
3. "Aman Tanrım, bu korkunç olmalı."
   Travma yaşayan danışanlar bazen yaşadıklarının ne kadar travmatik olduğundan emin değildir. Bu nedenle yaşamadıkları ve baş ettikleri şeyin "korkunç" olduğuna dair profesyonel bir feryat duymak çok fazla olumsuz etki bırakabilir. Buradaki önemli nokta şudur: Danışanın duygusal deneyimini yönlendiriyor musunuz yoksa sadece takip mi ediyorsunuz? Danışan yaşadığı şeyi "korkunç" olarak algıladığına dair net bir belirti veriyorsa bu deneyimin "korkunç olduğunu" yansıtmak empatik olacaktır. Ancak daha iyi bir empatik tepki, "olmalı" yargısını ve "Aman Tanrım" ifadesini cümleden çıkardığınızda verilebilir (yani, "Yaşadığınız olay kendinizi çok kötü hissetmenize neden olmuş gibi görünüyor").
4. "Vay canına, yazık, seni zavallı" ya da "bu çok berbat. Tüm bunları atlattığına göre güçlü bir insan olmalısın."
   Bu ifadeler, yine bir görüş içeriyor ve sempati sunuyor. Danışan kendisine iltifat edilmiş gibi hissedebilir. Ancak uzmanın ileride yapacağı yorumlardan korktuğu için diğer duygularını ve zayıflıklarını paylaşma konusunda isteksiz olabilir. Özellikle güçlü göründüklerinde ödüllendirildikleri zaman danışanlar bilgileri aynı tarzda sunmayı tercih edebilir.

Danışanların yaşadıklarına ilişkin duyguları sık sık değişir. Örneğin aşağıdaki danışan-görüşmeci etkileşimini ele alalım:

Görüşmeci: "Size haksızlık yapıldığını hissettiğiniz bir anı düşünebilir misiniz? Belki de hak etmediğiniz halde cezalandırıldığınız zamanlar olmuştur?"

Danışan: "Hayır, gerçekten olmadı. (15 saniyelik duraksama) Hımm, sanırım bir kez olmuştu. Annem evden çıkınca evi temizlemem gerekiyordu. Ancak o geri döndüğünde ev temizlenmemişti ve o da sırtımda bir süpürge kırdı."

Görüşmeci: "Sırtınızda bir süpürge mi kırdı? (Annenin davranışının onaylanmadığını ve buna şaşırıldığını belirten hafif bir ses tonu değişikliğiyle ifade ediliyor.)

Danışan: "Evet, belki de bunu hak etmiştim. Onun istediği gibi evi temizlememiştim."

Bu durumda, danışan annesine karşı karışık duygular yaşıyor. Bir yandan, annesi ona haksızlık ediyor ve bir yandan da danışan annesinin talimatlarını dinlemeyen kötü bir kız çocuğu olduğu için kendisini suçlu hissediyor. Görüşmeci, ses tonu ve ses tonundaki değişimle empati kurmaya çalışıyor. Teknik açıdan bu uygun görünüyor çünkü danışanın suçluluğuna ve öfkesine aşırı odaklanmak, danışanın çelişik duygularını irdelemesini sonlandırabilir. Görüşmecinin belirsiz ve ufak empatik tepkilerine rağmen danışan, annesinin cezalandırıcı eylemlerini savunuyor. Bu durum danışanın, annesinin ona dair olumsuz yargısını zaten kabul ettiğini (olay 11 yaşındayken başına gelmiştir ve şu anda 42 yaşındadır. Ancak şu an yapılan seansta dahi olumsuz yargıyı, hâlâ kabullenmiş olduğu görülmektedir) gösteriyor. Danışan merkezli veya psikanalitik bakış açılarıyla "Bu saçmalık, bir istismar, anneler kızlarının sırtında asla süpürge kırmamalı," gibi daha güçlü destekleyici bir ifade, danışanın olayla ilgili mağduriyetini ve suçluluğunu irdelemesini engelleyebilir.

Alternatif olarak, bu durumda nazik ve açık bir sorgulama, görüşmecinin danışanın kişisel deneyimini daha iyi anlamasına ve danışanın annesinin bu olumsuz tavrına ilişkin öfke gibi hissedebileceği kendi duygularını sorgulamasına katkıda bulunabilir. Örneğin görüşmeci şöyle bir soru yöneltebilir:

"Bu olayda anneninizin sizi dövmesini hak ettiğinizi düşündüğünüzü anlıyorum söylediklerinizden. Ama aynı zamanda merak ediyorum... başka neler hissettiniz?"

Görüşmeci danışana kişisel deneyimini sorgulatmak için üçüncü bir kişi ve ilişki üzerinden soru da sorabilir:

"Peki bir arkadaşınız sizin yaşadığınız şeyi yaşamış olsaydı, arkadaşınıza ne derdiniz?"

Yönlendirici olmayan bir bakış açısıyla ses tonu, yüz ifadesi, ve duyguyu yansıtma gibi yollarla empati aktaran tepkiler, açık biçimde verilen destek ve sempatiye göre daha avantajlıdır. Madalyonun iki yüzünü de inceledikten sonra, danışana açık destek verecek vaktiniz her zaman olacaktır (bkz. Uygulamaya Geçirme 5.1).

**Uygulamaya Geçirme 5.1**

**Görüşmecinin Çok Fazla Tarafsız Olması**

Kadının annesi sırtında süpürge kırıyor örneğinde, görüşmeci danışanın bu olumsuz deneyimine yönelik sadece sözel olmayan bir empati gösteriyor. Açık şekilde anneyi eleştirmiyor veya yargılamıyor, kısmen de yönlendirmeci olmayan yaklaşımını sürdürmek için. Bu durumda sizce görüşmeci, çok fazla danışan odaklı davranmış olabilir mi? Bir açıdan böyle davranması, danışanın bunu hak ettiği düşüncesini destekliyor olarak algılanabilir mi? Görüşmeci şöyle bir ifade kullansa danışan kişisel duygularını daha derinlemesine sorgular mıydı: "Bu durumda ben olsaydım sizin gibi suçluluk hissederdim ama ayrıca annemin ev temizliğine önem verirken bana önem vermemiş olmasından dolayı içten içe öfke de duyardım."

Bu tip bir kendini açma, net biçimde hem empatik hem de yönlendiricidir. Çok fazla yönlendirici olduğunu düşünüyor musunuz? Psikanalitik yaklaşımda vurgulanan tarafsızlıktan daha iyi bir tepki mi sizce? Sınıf arkadaşlarınızla bu durumu tartışın.

*Empatinin Karmaşıklığı*

Nihayetinde empatinin oldukça önemli, güçlü ve kompleks bir kişiler arası değişken olduğu sonucuna vardık. İnsanlar kendisini birçok şekilde ifade eder ve doğal belirsizliklerden dolayı, aynı anda çelişen duygu ve ifadeler kullanabilir. Dolayısıyla Greenberg ve ark. (2001) şöyle demektedir: "Empatik olurken terapistler, danışanların duyguları, algıları, değerleri ve varsayımlarına ve diğer insanların bakış açılarına odaklanır." Ayrıca:

> Bazı kırılgan danışanlar empati ifadelerini çok müdahaleci bulurken, dirençli danışanlar empatiyi çok yönlendirici bulabilir. Hatta diğerleri de çok sıradışı görebilir. O yüzden terapistlerin ne zaman empatik davranacağını bilmesi gereklidir. Sürekli olarak kime, nerede, nasıl, ne zaman ve hangi düzeyde empatik yaklaşımı sunacaklarını düşünmeleri ve an be an karar vermeleri gerekir (s. 383).

Empati konusuna kültürü de eklediğimizde, bu iş daha da karmaşıklaşmaktadır. Yine de bu yaklaşımı kullanmanızı öneriyoruz. İnsanlar duygusal sorunlarından söz ederken sadece oturmak yerine kişisel deneyimlerini ve bakış açılarını anlamaya çalışmak daha verimli olacaktır. Elbette diğer birçok şey gibi empati sunma becerisi de deneyimle gelişiyor. İyi haber: Empatiyle ilgili araştırmalar umut veren

mesajlarla dolu. Rogers'ın (1961) 50 yıl önce ileri sürdüğü gibi empatik yaklaşım eğitim ve deneyimle gelişiyor.

### Rogers'ın Temel Koşulları Arasındaki İlişki

Rogers, danışanları yargılama isteğinin veya kendi istekleri dışında tepki vermenin empati yardımıyla büyük ölçüde azaltılacağına inanırdı. Ona göre doğru empati, danışanları yargılama eğilimini azaltır ve dolayısıyla koşulsuz olumlu kabulü geliştirir. Empati, koşulsuz olumlu kabul ve uyumluluk, birbiriyle uyumsuz veya karşıt değildir. (İstatistiki terimle ortogonal değildir). Tam tersine, üçlü bir yapı oluşturur ve birbirlerini tamamlar.

## KANIT TEMELLİ PSİKANALİTİK VE KİŞİLER ARASI İLİŞKİ DEĞİŞKENLERİ

Aşağıda psikanalitik, nesne ilişkileri ve ilgili kişiler arası kuramsal bakış açılarına göre görüşmedeki ilişkiyle ilgili değişkenler sunulmaktadır. Bu değişkenler, terapötik ilişkinin gücünü anlamamıza katkıda bulunacaktır.

### Aktarım

Sigmund Freud (1949), *aktarımı*, "danışanın analistini çocukluğundaki ya da geçmişindeki önemli bir kişiymiş gibi görmesi –reenkarnasyon gibi onda can bulması– bu kişiye yönelik duygularını, tepkilerini analistine aktardığında" (s. 66) ortaya çıkan bir süreç olarak tanımlamıştır. Sonrasında Sullivan (1970), "*parataksik* çarpıtma" olarak adlandırdığı benzer bir süreç tanımlamaktadır: "Diğer kişinin gerçek özellikleri ise şu anki kişiler arası ilişkilerde göz ardı edilebilir. Parataksik çarpıtma diye tanımladığımız şey budur" (s. 25).

Aktarım, uygunsuzluk olarak nitelendirilir; danışan görüşmeciye eylemle, düşünceyle veya duygularıyla uygunsuz bir şekilde tepki verir. Freud, aktarımın "akıl ve mantık ile açıklanabilecek birçok şeyi aştığını" (s. 100) belirtmiştir. Her zaman değilse de bazen konuları görüşürken yoğun ve belirgin aktarım gündeme zamanından önce gelebilir veya terapötik süreçte erken yaşanabilir. Örneğin öfkeli genç bir erkeğin, kadın danışmanına karşı olumsuz tepkileri olduğunu varsayalım. Görüşmenin ilk aşamasında sözel olarak öfkesini dile getirmeye başladı ve yineleyerek şunları söyledi: "Kadınlar... Siz [...hafif küfürler silindi] kadınlar, beni... Neden böyle olduğumu anlamıyorsunuz. Hem de hiç. Kadınlar beni tek kelimeyle anlamıyor. Sizin gibi. Siz de beni anlamıyorsunuz." Danışman böylesine sert bir tepkiyi haklı çıkaracak davranışta bulunmadığından, burada danışan daha önce kadınlarla etkileşimlerinde yaşadıklarından kaynaklanan "duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını" karşısındaki kişiye yönlendiriyor (Gelso ve Hayes, 1998, s. 51).

Çoğu ilişki değişkeni gibi aktarım da soyut, belirsiz ve fark edilmez olabilir. Fark etmek için danışanın sizinle kurduğu, özel yaklaşıma dikkat etmek zorunda-

sınız; örneğin danışanlar size durumun gerektirdiğinden daha duygusal bir tepki verebilir; sizinle ilgili temelsiz varsayımda bulunabilir, sizinle veya tedaviyle ilgili asılsız ve gerçekçi olmayan beklentiler ifade edebilir.

Yaygın durumlardan biri de danışanın açığa vurmadığı ancak sizin de onu değerlendireceğinize, onu yetersiz bulacağınıza ve reddedeceğinize dair inancıdır. Bir danışanımızın psikolojik testteki sonucuna ve bilişsel-davranışçı ev ödevine ilişkin ifade ettiği kaygı buna örnek verilebilir. Kadın danışan çekingen bir şekilde, "Bu test sonuçlarının bazıları benim için geçerli değil. Testi doldururken yanlış bir şey yapmış olmalıyım," dedi. Bu yorum tutarlıdır çünkü danışanlar yanlış psikolojik test geribildirimi aldıklarında, genellikle, kendi performanslarını değil testin geçerliliğini sorgulamaya başlarlar. Aynı danışan benzer şekilde, "Ödevimi yaptım ama doğru oldu mu, emin değilim," dedi. Esasen bu açıklamayı çok kapsamlı bir ödev için de yapmıştı. Tam da olması gerektiği gibi yaptı ancak kendine yönelik şüpheleri tetiklenmişti. Çünkü terapistini onu olumsuz şekilde değerlendirecek bir otorite figürü olarak görmekteydi. Onun bu eleştiri beklentisi, psikanalitik bakış açısına dayanarak geçmişte sert ve belki de uygun olmayan bir şekilde eleştirildiği izlenimini uyandırabilir. Bu bağlamda, onun tepkileri elini kaldırmış bir yetişkinin ona yaklaştığını gören çocuğun darbe yememek için kendini çekmesine benzemektedir. Çocuk daha önceki fiziksel istismardan dolayı darbe yememek için kendini geri çeker; kendini çekme, otomatik ve bilinçsiz bir tepki olabilir. Benzer şekilde, aşırı eleştiriye maruz kalan danışanlar değerlendirici durumlarla karşı karşıya olduğunda otomatik ve bilinçsizce kendilerini hazırlar (ya da geri çeker). Bu bir aktarım örneğidir.

Aktarım tepkileri kendini doğrulayan kehanet olabilir. Reddedileceğini, olumsuz değerlendirileceğini ya da empati gösterilmeyeceğini öngören danışanlar, ilişkilerinde de bu olasılıkları arar. Bu nedenle her küçük reddedilme ve her surat asma danışanlar tarafından yani bu tür ihlalleri algılamada uzman kişiler tarafından insanların onlara nasıl davranacağına dair bilinçdışı varsayımlarının doğrulanması şeklinde yorumlanabilir. Danışanlar, görüşmecinin başka sözcüklerle açıklamasını ya da duygu yansıtmasını sert bir şekilde reddederek bu küçük ancak abartılmış hatalara olumsuz tepkiler vermeye başlayabilir. Görüşmeci bu örüntüyü fark edemezse danışan, neticede kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmeyi sağlamada başarılı olabilir.

S. Freud'un (1949) belirttiği gibi "aktarım ikircikliдir" (s. 66). Aktarım kendisini olumlu (şefkat, sevme veya sevgi gibi) veya olumsuz (düşmanca, reddetme veya duygusuzluk gibi) tutumlarda, duygularda ve davranışlarda gösterebilir. Bunlardan her biri, terapi ilerledikçe danışanla çalışmak için verimli bir alan olabilir. Bununla birlikte, başlangıçta, görüşmeciler için en akılcı yöntem kurnaz bir gözlemci olmak, danışanın geçmiş ilişkilerinden gelen tepkileri ve davranışları fark etmek, ancak bu yapılar üzerinde yorum yapmamaktır.

Danışanın düşmanca, reddedici ve duygusuz tutumlarını karakterindeki bir eksikliğe atfederken aşırı derecede olumlu, ilgili veya pozitif tutumları da danışanın meşru tepkisi olarak değerlendirmek çok cazip olabilir. Terapinin başında her ikisi de yapılmamalıdır. Bunun yerine görüşmeciler gözlemlerini artırırken olumlu ve

olumsuz aktarım tepkileri konusunda açık, nötr olmak için aktarım tepkileri ile ilgili kuramsal bilgilerini kullanmalıdır.

Özellikle terapötik ilişkinin başında aktarımı yorumlamaktan kaçınmak gereklidir. Olumlu/uyumlu ilişki ve terapötik ittifak kurma, her zaman yorumlamadan önce gelmelidir (Meissner, 1991). Dahası, aktarımın yorumlanması, bu amaç doğrultusunda yazılmış kitaplar, makaleler ve profesyonel süpervizyon yoluyla kazanılan ileri düzeyde beceri ve sağlam bir kuramsal temeli gerektirir (Weiner, 1998). Bu konuda genellikle kabul gören kural, olumlu aktarım tepkilerini fark edip görmezden gelmek, bunun yerine öncelikle olumsuz aktarımlarla uğraşmaktır. Uygunsuz tepkilere dair kanıtlar netleşene, daha rahat biçimde yorumlanana kadar olumlu ve olumsuz aktarımların ele alınması ertelenmelidir.

Sırf bir danışanın aktarım sergileyebileceğinin farkında olmak bile önemli bilgi sağlayabilir. Danışandan gelen düşmanlık ya da yakınlık ifadesi, danışanın sorun alanlarını daha derin inceleme fırsatı sağlayabilir. Görüşmeci sadece, "Geçmişte benzer duyguları ne zaman hissettiniz?" diye sorabilir. Bu soru, görüşmeciyi danışana direkt tepki vermekten alıkoyar ve gördüğü tepkiler sonucunda görüşmecinin savunmacı veya suçlayıcı biçimde, "Bakın, şimdi de beni sinirlendiriyorsunuz" veya "Bu sizin geçmişinizde de olan eski bir sorunmuş gibi geliyor bana," şeklinde tepki verme ihtimalini azaltacaktır. Her şeyden önce danışanlar gerçekten aktarım gösteriyorsa bu durum onların sizinle olan gerçek ilişkilerinden ziyade kendileriyle ve geçmişleriyle ilişkilidir. Ayrıca hassas şekilde sorulan sorularla da geçmişteki kritik ilişkileri keşfedebilirsiniz.

Aktarım, görüşmecilere sadece danışanın geçmiş yaşantısına değil onun güncel ilişkilerine göz atmak için de özel bir fırsat sunacaktır. Araştırmalar terapide gözlemlenen temel çatışmalı ilişki temasının (TÇİT), terapi dışında gözlemlenen güncel ilişki yapılarıyla oldukça benzer olduğunu göstermektedir (Kivlighan, 2002; Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Psikanalitik, kişiler arası ve hatta davranışçılık yönelimli klinisyenler, aktarım yansımalarıyla çalışmanın avantajlarından söz ederler (Goldfried, 1994; Sullivan, 1970). Fenichel (1945), "aktarım, analiste hastasının geçmişini incelemesi ve böylece onun çatışmalarının gelişimini anlaması konusunda eşsiz bir fırsat sunar" demektedir (s. 30).

### Karşıt-Aktarım

Karşıt-aktarım, danışanlarda değil görüşmecilerde oluşan aktarıma benzer bir durumdur. Karşıt-aktarım, aktarım gibi bilinç düzeyinde yaşanmayan çatışmalardan, tutumlardan ve güdülerden kaynaklanabilir. Karşıt-aktarım ayrıca yoğunluk, sıklık ve devam ettiği süre boyunca verilen, uygun olmayan duygusal, düşünsel ve davranışsal tepkileri de içerebilir. Profesyonel görüşmeciler için kişisel karşıt-aktarım örüntülerinin farkında olmaları önemli ve faydalıdır (bkz. Uygulamaya Geçirme 5.2).

## Uygulamaya Geçirme 5.2

### Karşıt-Aktarımla Başa Çıkma

Karşıt-aktarım, terapistin danışanlarına verdiği, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanabilir. Örneğin çocukken annesini kanserden kaybeden bir görüşmeci düşünün. Babası oldukça ağır bir yas süreci geçirmişti. Görüşmecinin ise o dönemde çok az duygusal desteği vardı. Durum eninde sonunda düzeldi, babası iyileşti ve görüşmecinin o süreçle ilgili genel algısı, annesini kaybetmenin çok zor olduğuydu. Yıllar sonra, şimdi o bir yüksek lisans öğrencisi ve ilk görüşmelerini yapıyor. Şiddetli depresyonda olan orta yaşlı adam gelene kadar her şey çok iyiydi; adam karısını yeni kaybetmişti. Bu görüşmeciden hangi tepkileri beklersiniz? Hangi tepkiler onu şaşırtabilir?

Karşıt-aktarım tepkileri az çok bilinçli olabilir ama bu tepkilerin farkında da olunmayabilir. Bu tepkiler kontrol edilmezse terapide olumsuz etkileri olabilir. Aşağıdaki yönergeler, karşıt-aktarımla başa çıkmada yardımcı olma amacı gütmektedir:

- Karşıt-aktarım tepkilerinin, normal ve kaçınılmaz olduğunu bilin. Danışana karşı güçlü duygusal tepkiler, danışanla ilgili ısrarlı düşünceler ve davranışsal dürtüler geliştirdiğinizi hissetmeniz sizin "hasta" bir insan olduğunuzu ya da "kötü" bir görüşmeci olduğunuzu göstermez.
- Danışana karşı güçlü tepkileriniz varsa bir meslektaşınıza ya da süpervizöre danışın.
- Karşıt-aktarım hakkında ek okumalar yapın. Çalıştığınız belirli tip danışana özgü (yeme bozuklukları olan danışanlar, depresyondaki danışanlar ve antisosyal danışanlar gibi) okuma materyalleri edinmek özellikle etkilidir.
- Duygularınız, düşünceleriniz ve dürtüleriniz onlarla başa çıkma çabalarınıza rağmen devam ederse iki seçenek uygun olabilir: Danışanınızı başka bir terapiste yönlendirin ya da sizde canlanan duyguları detaylı incelemek için kişisel psikoterapi alın.

Karşıt-aktarım her ne kadar aktarıma benzese de önemli birçok farklılık mevcuttur. İlk olarak Freud (1949), karşıt-aktarımı, danışan aktarımına karşı gelişen bir tepki olarak tanımlamıştır. Bazen durum kesinlikle böyledir. Danışanlar zaman zaman görüşmecilerine öyle açık bir öfke veya hayranlık duyuyor ki görüşmeciler kendilerini kaptırır ve olağandışı davranır. Bir psikiyatri hastanesinde, yatan kadın hastanın terapistine karşı sarsıcı bir suçlama yaptığı şu örneği ele alalım:

"Siz tanıdığım en soğuk insansınız, bilgisayar gibisiniz ya da bir robot! Ben konuşuyorum, siz sadece orada oturuyorsunuz, kafanızı sanki makineymiş gibi sallıyorsunuz. Bahse girerim, kollarınızı kesseydim damar değil kablo bulurdum!"

Kuşkusuz, bu suçlama kusursuz bir aktarım olarak değerlendirilebilir. Danışan terapiste bu şekilde davranıyor çünkü belki de erkekleri duygusal açıdan erişilmez olarak deneyimlemiştir. Öte yandan, iki kişi kötü bir durumla karşılaşmışsa bu soruna ikisi de katkıda bulunuyor olabilir. Görüşmeci olarak terapist-danışan dansındaki katkımıza bakmamız gerekir.

Bu örnekteki hastaya yönelik tepkilerini dikkatlice incelemek isteyen terapist meslektaşlarına ve süpervizörüne danıştı, kendini yansıtmayı kullandı ve onunla ilgili davranışı hakkında çeşitli sonuçlara ulaştı. Birincisi, diğer danışanlara nazaran bu hastaya daha soğuk ve daha az duygusal davrandığını kabul etti. İkincisi, kadının duygusal yakınlık isteğinden korkmuştu. Sonuç olarak daha çekingen ve robot gibi davranarak kendisini koruma tepkisi verdiğine kanaat getirdi. Üçüncüsü, süpervizörü ciddi bir şekilde rahatsız olan hastalara yönelik karşıt-aktarım tepkilerinin olağan olabileceği hakkında ona güvence verdi. Terapist karşıt-aktarımı yaşayan ilk terapist olmadığı gerçeğiyle teselli buldu danışana; kendi yakınlık korkularıyla tepki vermek yerine daha terapötik tepki vermek için çaba gösterdi.

Görüşmeciler aktarım tepkilerine kendilerine özgü bir şekilde tepki verir ve bu da her danışan için ayrı, özgün tepkiler gelişmesine yol açar. Bir önceki örnekte, danışanın hayatındaki önemli erkekler onun için duygusal açıdan ulaşılmaz olabilir. Onun da duygusal açıdan ulaşılmaz erkeklere kötü davranması, ilişkide olduğu erkekleri genellikle duygusal (ve bazen fiziksel) karşıt ataklara sürüklemiştir. Terapistin sürekli duygusal bir tarafsızlığa çekilmesi danışan için (terapist için de) alışılmadık bir durumdur ve danışan muhtemelen terapistten bir tür tepki alabilme çabasıyla öfkeli saldırısını sürdürmektedir. Terapist ise bu durumda gereksiz yakınlık gösterme ve kontrolü kaybetme endişesi nedeniyle danışana yönelik tepkilerini sınırlandırmaya devam etmiştir.

Birçok kuramcı, Freud'un karşıt-aktarım tanımının ötesine geçer ve onu daha ayrıntılı biçimde tanımlar: "Danışanın ihtiyaçlarından ziyade terapistin ihtiyaçlarının yol açtığı, terapistin tarafındaki herhangi bir bilinçdışı tutum veya davranıştır" (Pipes ve Davenport, 1999, s. 161). Başka bir deyişle karşıt-aktarım danışandan ziyade görüşmecinin bilinçdışı gündemi doğrultusunda gelişebilir.

Freud, önceleri, psikoterapide aktarımı bir ayak bağı olarak görüyordu ancak sonra bu görüşünü değiştirdi. Uygun şekilde yapıldığında, aktarım analizinin çok önemli bir terapötik araç olabileceğini belirtti. İyi bir psikanalistin analiz yoluyla kendi çatışmalarıyla ilgilenmesi gerektiğini ileri sürdü; bu sayede artan öz farkındalığın, karşıt-aktarım tepkilerini de azaltacağından söz etti. "Karşıt-aktarımın varlığını kabul edin ve onunla baş etmeye çalışın" çünkü "hiçbir psikanalist

komplekslerinin ve içsel direncinin müsaade ettiğinden daha öteye gidemez" (S. Freud, 1957, s. 145). Aslında bilimsel araştırmalar da bunu doğrular görünmektedir: İyi terapistlerin yüksek düzeyde özfarkındalığa sahip olduğuna ve daha az karşıt-aktarım sergileyebileceğine işaret etmektedir (Van Wagoner, Gelso, Hayes ve Diemer, 1991).

Birçok çağdaş psikoterapist ve nesne ilişkileri kuramcısı, Freud'un karşıt-aktarımla ilgili olumsuz yaklaşımına karşı çıkarak görüşmecinin kişisel karşıt-aktarım tepkilerinden kazanacağı çok şey olduğunu iddia etmiştir (Betan, Heim, Conklin & Westen, 2005; Luborsky & Barrett, 2006). Örneğin, danışan sizle güçlü ve alışılmadık korku, hayal kırıklığı veya cinsel çekim hislerini çağrıştırıyorsa bu duygusal tepkilerinizin şahsi meselelerinizden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek için kendinize odaklanmanız faydalı olabilir. Aslında danışanın davranışının psikoterapi ortamı dışındaki insanlara ilişkin olağan yaklaşımının bir göstergesi olduğunu ancak kendinizi iyice irdeledikten sonra varsayabilirsiniz.

Son dönemki araştırmalar, karşıt aktarım tepkilerimizin kendimiz, altta yatan çatışmalarımız ve danışanlarımızla ilgili birçok şey öğretebileceğini ileri sürmektedir (Betan ve ark., 2005; Mohr, Gelso & Hill, 2005; Schwartz & Wendling, 2003). Örneğin 181 psikiyatrist ve klinik psikoloğun katıldığı bir anket çalışmasında Betan ve ark. (2005), "hastalar sadece klinisyene özel tepkiler üretmez (klinisyenin kişisel geçmişi, hasta ile etkileşim ve klinisyenin dinamiklerini temel alarak), ayrıca ortalama karşıt aktarım tepkileri olarak adlandırabileceğimiz ve hastanın hayatındaki önemli insanlarla olan etkileşimlerine çok benzer şekilde tepkilere de yol açabilir" (s. 895). Karşıt aktarım artık, doğal bir olgu olarak kabul edilmekte ve terapi sürecine ve sonucuna katkıda bulunan bir faktör olarak görülmektedir (Luborsky & Barrett, 2006).

Farklı kuramsal yönelimli klinisyenler, karşıt-aktarım gerçeğini kabul etmektedir. *Klinik Davranış Terapisi*'nin yazarları Goldfried ve Davison (1976) şu tavsiyeyi vermektedir: "Terapist sürekli olarak kendi davranışını ve duygusal tepkilerini takip etmeli ve danışanın bu tür tepkilere neden olacak ne yapmış olabileceğini sorgulamalıdır" (s. 58). Benzer bir şekilde, Beitman (1983), sadece tekniğe-odaklı danışmanların da karşıt-aktarıma kapılabileceğini söylemiştir. Beitman, "herhangi bir tekniğin karşıt-aktarımı fark ederek değerlendirme fırsatını kaçırmaya yol açabileceğini" öne sürmektedir (s. 83). Örneğin, klinisyenler belirli bir tekniği (aşamalı gevşeme eğitimi, zihinsel imgelem, düşünce durdurma tekniği ve benzeri), danışanın ihtiyaçlarına göre değil kendi ihtiyaçları doğrultusunda kullandığının farkına varmadan danışanlarına tekrar tekrar uygulayabilir (bkz. Uygulamaya Geçirme 5.2 ve Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.1).

**Özdeşleşme ve İçselleştirme**

Özdeşleşme ve içselleştirme, esasen, psikanalitik ve nesne ilişkileri kuramından gelen terimlerdir. Ancak oldukça benzer anlamları taşıyan kavramlar başka düşünce yaklaşımlarında da bulunabilir; bu durum, özdeşleşmenin ve içselleştirmenin önemini, terapötik gelişme ve tedavi sonucundaki kritik rollerini vurgulamaktadır. Örneğin, davranışçılar, davranış terapisinde model almanın önemini vurgular (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969; Bandura, 1971). Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre, belirli davranış örüntüleri ediniriz çünkü başkalarını bu davranışları sergilerken izlemişizdir (modellenen davranışı gözlemlemişizdir). Çoğunlukla saygı ve hayranlık duyduğumuz, kendimize benzer ve başarılı olarak gördüğümüz kişileri taklit ederiz. Açıkçası, anneler ve babalar çocuklar, için önemli rol modeldir; görüşmeciler ve psikoterapistler de direkt ve dolaylı biçimde model olma yoluyla danışanlara yeni davranış örüntüleri öğretebilir.

Psikanalistler ve nesne ilişkileri kuramcıları, özdeşleşme ve içselleştirme kavramlarını, öğrenme kuramcılarının "model alma" olarak tanımladıkları durumları betimlemek için kullanır (Forerster, 2007; Shafran, Muran & Rothman, 2006). Özellikle bireyler sevdikleri, saygı duydukları veya benzer gördükleri kişilerle özdeşim kurar. Bu özdeşim süreci yoluyla bireyler, sevilen ve saygı duyulan insanın düşünce, davranış ve duygu örüntülerini kendilerine katmaya, içselleştirmeye başlar. Özdeşleşme ve içselleştirme bir bakıma kimlik oluşumuna katkıda bulunur; yakınımızda olanlara benzemeye başlarız ama ayrıca sevdiğimiz, saygı duyduğumuz veya kendimize benzer olarak algıladığımız insanlara da benzeriz.

Danışanlar değerlerinin irdelenmesi derinleştikçe veya sıkıntılarının en şiddetli olduğu dönemlerde, görüşmeci veya terapist tarafından anlaşıldığını düşünmeye başladığında özdeşim artar. Özdeşim kurulursa yüzeysel farklılıklar terapi ilişkisine gölge düşürmez. Başka bir deyişle empati özdeşimi artırır ve yüzeysel farklılıkların önemini azaltır. Danışanlar, "Bu kişiyle özdeşim kurabilirim. Bazı açılardan farklı olsak da o benim neden böyle olduğumu anlıyor," diye düşünebilir. Daha da önemlisi, danışanlar, "En kötü korkularımı anladığı ve yine de umudu olduğu için belki de sorunlarımı çözmeme yardım edebilir," diye de düşünebilir. Sizin ve danışanınız arasındaki farklılıklar ne kadar büyük ve önemliyse özdeşim de o kadar zor veya imkânsız olacaktır.

Örneğin, bir kadın danışan oldukça zorlu konularda çalışmak istiyor; evlenmemeyi seçmiş ki bu da ailesi için kabul edilemez bir şey. Duyguları üzerinde çalışmak için ihtiyacı olan temel anlayışı onda bulacağını düşünerek özenle orta yaşlı bir kadın terapist seçti. Ne yazık ki az sayıdaki seanstan sonra terapist, kadının evlenmeme kararını bir ergenlik asiliği olarak yorumladı. Aslında danışanla terapistin dünya görüşü arasında olumlu/uyumlu ilişkiyi, empatiyi ve olası özdeşim olasılığını azaltan bazı temel farklılıklar vardı.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.1**

**Kültürel Karşıt-Aktarımla Başa Çıkma**

Karşıt-aktarım tuzakları her yerde gizlenmiş olabilir. Vietnam Savaşı gazisi bir terapist olduğunuzu ve Güneydoğu Asyalı bir danışanın terapi için size geldiğini düşünün. Daha önce kişisel işlerinizi halletmedikçe sorunlu tepkilerinizin olması muhtemeldir. Karşıt-aktarım aynı anda birden fazla yerde (ve hileli şekilde) ortaya çıkabilir çünkü pek çok farklı değişkenle tetiklenebilir.

Karşıt-aktarım ayrımcılık yapmaz: Hepimiz etkilenebiliriz ve etkileneceğiz de. Sadece baskıcı kız kardeşiniz gibi davranan danışanınıza boyun eğmezsiniz; mızmızlanıp duran veya özellikle yakışıklı ya da çirkin danışanlara da aşırı tepki gösterebilirsiniz.

Örneğin ünlü grup terapisti Irvin Yalom (1989) bir obez danışana karşıt-aktarımını güçlü ve etkili bir biçimde yansıtmıştır:

> Şüphesiz, benim de herkes gibi yanlılıklarım var. Kültürel pekiştireçler her yerde. Şişman bir kadın için günümüzde kaç tane övgü dolu söz duydunuz? Ancak yaşadığım bir olay, tüm kültürel kuralların ötesinde gibiydi. Kariyerimin ilk yıllarında, en alt düzeydeki suçun cinayet olduğu maksimum güvenlikli bir cezaevinde çalıştım. Mahkûmları anlamayı dener ve destekleyici olmak için yollar ararken bu danışanları kabul etmede çok az güçlük yaşadım.
>
> Öte yandan, ne zaman şişman bir kadının yemek yediğini görsem, anlayış merdiveninde bir çift basamak aşağı iniyordum. Yiyeceği vücudundan çıkarmak istiyordum, yüzünü dondurmaya bastırmak,"Tıkınmayı bırak artık! Tanrı aşkına, yeterince yemedin mi?" demek ve çenesini telle bağlayıp kapatmak gibi bir sürü şey aklımdan geçiyordu.
>
> Zavallı Betty –şükür ki– masumca sandalyeye doğru ilerleyip vücudunu yavaşça sandalyeye bırakır ve ayakları yerden uzaklaşırken ümitle bana bakıyor ve tabii ki bunların hiçbirini bilmiyordu.

Danışanınızın kültürel geçmişi (ya da fiziksel görünümü) uygunsuz karşıt-aktarım tepkilerini tetikleyebilir. Bu tepkileri geleneksel bir ayrımcılıkla ("Kızılderili ve Afrika kökenli Amerikalı danışanlarımdan çok fazla eğitim hırsı beklememeliyim"), suçluluk ve acıma ("Azınlık gruplarından gelen danışanlarımı özellikle hoş görmem gerekir çünkü onlar yıllar boyunca kötü muamele görmüş") ve rekabet ("Kadınlar ve azınlıklar psikoloji alanında en iyi işleri buluyorlar ve ben işverenine karşı cinsel taciz davası açan Sri Lankalı bir kadınla çalışmak zorundayım") arasında değişkenlik gösterebilir.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.1 (devamı)**

Bilimsel literatürde birçok kültürel karşıt-aktarımın örneği vardır. Örneğin, yakın zamandaki bir çalışma, Birleşik Krallık'taki hastane personelinin diğer ırklardan olan hastalara yönelik sınırlamaları, kendi ırklarından olan hastalara yönelik sınırlamalardan daha yüksek oranda sergilediğini göstermiştir (S. Lee ve ark., 2001). Aynı şekilde, Birleşik Devletler'deki akıl sağlığı uzmanlarının Afrika kökenli Amerikalı hastalara daha sık psikotik hastalık tanısını koyma eğiliminde olduğu bulunmuştur (M. Zuckerman, 2000).

Bu bölümü okuduğunuzda kendinizi, karşıt-aktarım ve ırkçılık arasındaki farkın ne olduğunu merak ederken bulabilirsiniz. Bu mükemmel bir soru. Sizce farklılıklar (ve benzerlikler) ne olabilir?

Özdeşim, içselleştirmeye öncülük eder. Nesne ilişkileri kuramcıları, büyüdükçe erken dönemde çevremizde olan bakıcıların ve diğer insanların özelliklerini içselleştirdiğimiz iddiasında bulunur. Bu içselleştirmeler, kendimize dair düşüncelerimizin ve diğer insanlarla etkileşim biçimimizin temelini oluşturur (G. Adler, 1996; Fairbairn, 1952; Kernberg, 1976; Kohut, 1972, 1977; J. Watkins ve Watkins, 1997). "Kötü nesneleri" (kötü davranan anne babaları, ihmal eden bakıcıları, kinci kardeşleri) içselleştirirsek, olumsuz nitelikte özfarkındalık geliştirebilir ve benzer türde kişiler arası ilişkiler yaşayabiliriz. Psikoterapi, işlevsel olmayan ve olumsuz nitelikteki içselleştirmeleri görece sağlıklı bir terapist yardımıyla olumlu şekle dönüştüren bir ilişkidir. Strupp (1983), "Her türlü psikoterapide hastanın terapistle özdeşiminin önemini vurguladım çünkü 'kötü nesnelerin' özdeşimi, hastayı daha da 'hasta' yapar; terapist 'iyi nesne' olarak içselleştirildiği ölçüde terapi başarılı olur" (s. 481) demektedir.

### Direnç

Direnç, hastanın bilinçaltındaki çatışmaların psikoterapi esnasında açığa çıkmasına herhangi bir şekilde engel olan bir durum olarak tanımlanır (Horner, 2005). Klasik psikanalizle ilgili birçok terim gibi tanımı zamanla değişkenlik göstermiştir. Terapi ilişkisini etkileyen çok yönlü bir kavramdır. Danışanın kritik ve hassas konularda konuşmaktan veya değişimden kaçınması olarak da tanımlanabilir. Bölüm 11'de, direnci ayrıntılı olarak ele alacağız, özellikle farklı niteliklere sahip danışanlar söz konusu olduğunda. Bu nedenle burada özetle bu kavramı ele almak istiyoruz.

Bazen kendimizi hevesli ve konuşkan danışanlarla tuhaf hissederiz. Yaşam öykülerinden söz etmelerini isterken, onlar alışveriş merkezine en son gittiğinde gördüklerinden, köpek sahibi olmanın özelliklerinden, Olimpiyat Oyunları'ndan veya alakasız görünen bir başka konudan bahsetmek isteyebilir. Direnç birçok

şekilde yaşanabilir. Önemli konulardan konuşmaktan kaçınırken aynı zamanda terapiden faydalanmayı isteyebilirler; bu bir direnç göstergesi olabilir. Hatta bu durum, danışanın aynı anda hem değişmeyi hem de değişmemeyi istemesinden dolayı belirsiz direnç olarak tanımlanır. Böyle bir belirsizliği, yönlendirici ve yorumlayıcı bir yaklaşımdansa empati ve destekleyici bir tutum daha kolay çözümleyebilir (Engle & Arkowitz, 2006).

Direnci çalışmak için pek çok yol vardır. Tercihinizi danışanın sorunları, sergilenen direnç türü ve kuramsal yöneliminiz belirleyecektir. Umarız Bölüm 11'de bu konu daha netliğe kavuşacaktır. Bu esnada, önerimiz direnci danışanın kendini sunmasının enteresan bir bileşeni olarak görmenizdir. Bu tutumun bir zamanlar danışan için oldukça işlevsel bir yönü ve fazlasıyla koruyucu olduğunu akılda tutmak gereklidir. Şahsi algılamayın, size özel bir durum değil. Ama görmezden gelemezsiniz, ele almalısınız. Aslında birçok durumda, terapide direnci ele almak terapi süreci açısından oldukça yararlıdır.

### Terapötik İttifak

Psikanalitik yönelimli klinisyenler, terapide danışan ve terapist arasında eşzamanlı üç farklı ilişkinin geliştiğinden söz eder. Bunlar (a) aktarım ilişkisi, (b) gerçek (insani) ilişki ve (c) terapötik ittifak veya terapötik işbirliği.

Terapötik ittifak terimi ilk olarak psikanalitik kuramcılar tarafından ele alınmıştır ve danışan ile görüşmeci arasındaki açık ya da örtük profesyonel kontrat anlamına gelir (Greenson, 1965; Zetzel, 1956). Yakın zamanda terapötik ittifak kavramı, danışmanlık ve psikoterapi alanında en sık çalışılan kavramlardan biri haline gelmiştir (Constantino, Castonguay ve Schut, 2002). Araştırma literatürünü özetlerken Constantino ve arkadaşları şu çıkarımı yapar:

> Görgül araştırmalara baktığımızda, tedavi yaklaşımı (psikanalitik, bilişsel-davranışçı, Gestalt, kişiler arası, eklektik, madde danışmanlığı ya da yönetimi), terapinin süresi, danışanların getirdiği sorun türleri (depresyon, yas, kaygı, maddenin kötüye kullanımı gibi) ve hedeflenen değişim türü (spesifik şikâyetler, belirti azaltma, kişiler arası işlevsellik, genel işlevsellik, psişik değişim gibi) fark etmeksizin terapistler iyi düzeyde, güçlü bir terapötik ittifak oluşturmak ve sürdürmek için kasıtlı, sistematik çaba göstermelidir (s. 111-112).

Diğerleri gibi Strupp (1983) da danışanın terapötik ittifak ve işbirliği kurma becerisinin terapinin bir işlevi olarak büyüme ve değişme potansiyelinin hazırlayıcısı olduğunu belirtmiştir. Başka bir deyişle danışanlar görüşmeciyle işbirliği içinde olmazsa değişim için çok az umut vardır denebilir. Danışanlar bu tür bir ilişkiye girdikçe olumlu değişim şansları daha fazla olacaktır (Hardy ve ark., 2007; Meissner, 2007). Birçok araştırmacı ve kuramcı, ironik biçimde, insanların verimli

ilişki kurabilme becerisinin, büyük oranda erken dönem kişiler arası ilişkilerinin niteliğiyle belirlendiğinde hemfikirdir. Dolayısıyla maalesef, iyileştirici nitelikte ilişkiye en çok ihtiyacı olanlar böyle bir ilişkiye girmeyen insanlar olabilir.

Ainsworth'ün (1989) ve Bowlby'nin (1969, 1988) bağlanma çalışmaları psikoterapötik sürece de uyarlanmıştır. Bebekler, çevresini keşfedip öğrendiğinde, kısa bir süre için bakıcılarından uzak kalmayı göze alır; ara sıra güvence sağlamak, kendilerini emniyette hissetmek ve bakıcılarının onları bırakmadığından emin olmak için geri gelir. Bu uzak kalma ve geri dönme davranışı ise güvenli, sağlıklı bağlanmanın belirtisidir. Bakıcı gibi terapist de danışanların keşfedebileceği ve geri dönebileceği güven dayanağı gibi işlev gösterir. Bu bölümde tartışılan tüm ilişki faktörleri, normal koşullarda görüşmecilerin danışanları için rahatlık, destek ve güven hissi sağlamak üzere güvenli bir ortam sunmasına yardımcı olacaktır.

Araştırmalar terapistlerin terapötik ittifak kurabilme becerilerinin değişkenliğini göstermiştir (Baldwin, Wamplod & Imel, 2007). Meta-analiz çalışmasında Ackerman ve Hilsenroth (2003) etkin biçimde ittifak kurabilen terapistlerin özelliklerini tanımlamıştır. Çalışmalarında yazarlar gördüler ki, ittifak kurabilen ve sürdüren terapistler, yakınlık, esneklik, deneyim ve güvenirlik gibi özelliklere sahipti. Ayrıca duygusal ifadeyi kolaylaştıran teknikler kullanıyorlardı ve danışan deneyimine odaklanırken destekleyici ve ilgiliydiler.

## KANIT TEMELLİ DAVRANIŞÇI VE SOSYAL PSİKOLOJİ DEĞİŞKENLER

Sosyal ve davranışçı psikoloji, görüşmeci-danışan ilişkilerini anlamamıza önemli derecede katkıda bulunmaktadır. Özellikle Stanley Strong (1968), danışanların görüşmecileri tarafından sunulan önerileri ve tavsiyeleri kabul etmesini daha olası hale getirecek üç özellikten bahsetmektedir: Uzmanlık, çekicilik ve güvenilirlik.

### Uzmanlık (İnanılırlık)

Othmer ve Othmer'in (2004) öne sürdüğü gibi empati ve şefkat önemlidir ancak etkin görüşmeci, ayrıca uzmanlık sunmalı ve otorite kurmalıdır. Başka bir deyişle danışanınıza ne kadar anlayışlı ve saygılı olsanız da bazen yetkin olduğunuzu göstermeniz gerekebilir. Davranışçılar, bunu genellikle uzmanlığı kanıtlamak olarak adlandırır. Danışanlar, genellikle görüşmecilerinin yetkin ve uzman olmasını ister.

Terapistlerin uzmanlığını *gösterebileceği* birçok yol vardır:

- Ofis duvarlarına resmi belgeler (sertifikalar, lisanslar, diplomalar) asmak.
- Ofisteki raflarda profesyonel kitaplar ve dergiler bulundurmak.

- Diyalog başlatmak için uygun bir ofis düzeni kurmak.
- Profesyonel bakım ve giyim.

Spesifik görüşmeci *davranışları* aynı zamanda uzmanlık, inanılırlık ve otoriteyi de yansıtır. Othmer ve Othmer (2002), uzmanlığı göstermek için üç strateji sunmaktadır. Birincisi, görüşmecilerin danışan sorunlarına belirli bir bakış açısıyla yaklaşmasıdır. Örneğin sorunları kişiye özel olsa da bunların, diğer danışanların başarılı bir şekilde çözümlenen sorunlarına benzediği güvencesini verebilirsiniz. İkincisi, görüşmecilerin bu tür bozukluklara aşina olduğunu söylemesidir. Bu strateji, sıklıkla danışanın bozukluğunu adlandırmak (panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, distimi gibi) şeklinde gösterilir. Üçüncüsü, görüşmecilerin danışanlarının güvensizliğiyle etkin bir şekilde baş etmesidir. Örneğin danışanlar, güvensizliklerini size eğitim, deneyim gibi konularda sorduğu sorularla ifade edebilir ama bu tür meydan okumaların etkili bir şekilde üstesinden gelmelisiniz.

Son olarak uzmanlığa gelince Cormier ve Nurius (2003), yerinde bir uyarıdan söz etmektedir: "Uzmanlık hiçbir şekilde dogmatik, tamamen otoriter ve her zaman bir adım önde olmakla aynı şey değildir. Uzmanların, kendine güvenmesi, dikkatli olması, birikimi ve davranışları nedeniyle danışanların sorunlarını çözebilmelerine ve hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olan kişiler olması beklenir." (s. 50).

### Çekicilik

Sevgide olduğu gibi terapide de güzellik bakanın gözündedir. Ancak çoğu insana çekici gelen bazı standart özellikler vardır. Görüşmeciler için öznellik ve özfarkındalık önemli nitelikler arasında yer alır; bu nedenle Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.2'de verilen uygulamaya göz atabilirsiniz. Bu uygulama, profesyonel bir görüşmecide çekici bulabileceğiniz davranışları ve özellikleri keşfetmenize yardım edecektir. Çekici olmak, sadece fiziksel görünümle ilgili değil davranışları tutumları ve kişilik özelliklerini de içeren bir durumdur.

### Güvenilirlik

Güven kişinin tutarlılığı, gücü, yeteneği, teminat, itimat olarak tanımlanır. Etkili bir görüşmede güven sağlamak çok önemlidir. Strong (1968), güvenilir olduğu kanısına varıldığında danışanların, görüşmecilerin söylediklerini daha yüksek olasılıkla kabul ettiğini ve önerilerine uyduğunu vurgulamaktadır.

Görüşmede güvenilirliği doğrudan ifade etmek pek uygun olmaz. Danışanlara görüşmede "güven bana" demek, tam tersine, bu konuda kontrollü ve dikkatli olmaları gerektiğinin sinyali olarak yorumlanabilir. Empati ve koşulsuz olumlu kabulde olduğu gibi güven de ima edildiğinde faydalıdır; danışanlar bunu görüşmecinin davranışından çıkarmalıdır.

Görüşmeci güvenilirliği algısı, ilk danışan-görüşmeci karşılaşmasıyla başlar. Bu karşılaşma telefonda ya da bekleme odasındaki tanışma anı olabilir. Güvenle ilişkili görülen görüşmeci davranışları şunlar olabilir:

- Nezaket, kibarlık ve saygının yer aldığı tanışma anları.
- Gizliliğin açıkça ve doğrudan açıklanması, gizlilik sınırları.
- Profesyonel bir terapiste/uzmana gelmenin zor olabileceğini söyleme (Othmer ve Othmer'in (1994) "danışanı rahatlatmak" olarak tanımladığı durum gibi)
- Uyumluluk, koşulsuz olumlu kabul ve empati gösterme.
- Dakiklik ve genel profesyonel davranışlar.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.2**

**Görüşmeci Çekiciliğini Tanımlama**

Çekicilik, anlaşılması zor bir kavramdır ancak kendi değerlerimizin ve nasıl algılandığımızın farkında olmamız görüşme süreci açısından çok önemlidir. Şu sorular üzerinde düşünebilirsiniz:

1. Görüşmecinizin nasıl görünmesini isterdiniz? İdeal görüşmeciniz kadın mı erkek mi olurdu? Nasıl giyinirdi? Ne tür yüz ifadesi görmek isterdiniz? Bir sürü gülümseme mi? Dışavurumcu bir görüşmeci mi istersiniz? Açık bir vücut duruşu olan biri? Daha ciddi bir tavır mı? Tüm detayları düşünmelisiniz (makyaj kullanımı, ayakkabılarının tipi, saç uzunluğu).
2. Şimdi, görüşmecinizin hangi ırksal ya da etnik özelliklere sahip olmasını istediğinizle ilgili düşünün. Ten rengi sizinkiyle aynı olan birini mi istersiniz? Aksanı sizinkine benzeyen birini mi? Sizden farklı etnik geçmişi/kökeni olan bir görüşmeciniz olsaydı, bu insanın sizi gerçekten anlayıp anlayamayacağını merak eder miydiniz? Peki, ya danışmanınızın yaşı ve cinsel yönelimi; bu özellikler sizin için önemli midir?
3. Sizce çekici olan bir görüşmeci, ne tür teknik tepkiler gösterirdi? Bolca duygu yansıtması mı kullanırdı yoksa daha yönlendirici mi olurdu, bolca yüzleştirme yoksa açıklama kullanma mı? Yoğun göz teması ya da "hı hıları" kullanır mıydı ya da dikkatini başka türlü mü ifade ederdi?
4. Çekici bir görüşmeci sizin duygularınıza nasıl tepki verirdi? Örneğin seansta ağlamaya başlasaydınız onun nasıl davranmasını ya da ne söylemesini isterdiniz?
5. Size göre çekici bir görüşmeci size dokunmalı, kendini açmalı, size ilk

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 5.2 (devamı)**

adınızla hitap etmeli midir yoksa daha uzak durmalı ve seans süresince sizin düşüncelerinize, duygularınıza mı odaklanmalıdır?

Buna benzer soruları sınıf arkadaşınıza, dışarıdan bir arkadaşınıza veya bir aile üyesine sorun. İlk başta sizin ve arkadaşlarınızın ya da ailenizin neyin görüşmeci çekiciliğini oluşturduğu hakkında belirli bir ölçütü yokmuş gibi görünse de tartışmadan sonra insanlar genellikle önce düşündüklerinden daha güçlü fikirleri olduğunu fark edebilir. Sizden farklı ırktan/etnik geçmişten, yaştan ve cinsel yönelimden olan sınıf arkadaşlarınıza da ideal çekici terapist özelliklerini sorabilirsiniz.

Danışma sürecine oldukça dirençli danışanlarla çalışırken (kendi isteğiyle gelmeyen danışanlar) danışanın terapiste güvenmede sorununun olabileceğini açıkça belirtmek genellikle yardımcı olabilir. Örneğin:

"Burada olmaktan hoşnut olmadığınızı görüyorum. İnsanlar danışmanlık almaya zorlandığında genellikle böyle olur. Dolayısıyla başından itibaren bana güvenmenizi ya da burada olmaktan hoşlanmanızı beklemediğimi bilmenizi isterim. Bu zaman zarfında, bana ve bu danışmanlığa ne kadar güven duyacağınız size kalmış. Eklemem gerekir ki, sırf burada olmak durumundasınız diye de kötü zaman geçirmeniz gerekmiyor," denebilir.

Güven öğrenilen ve deneyimle kazanılan bir durum olduğu için (Glanville & Paxton, 2007), danışmanlık ilişkisi süresince danışanlar görüşmecilerini belirli aralıklarla test eder (Fong ve Cox, 1983). Danışanlar terapistlerinin güvenilir olup olmadığını belirlemek için bir bakıma, onlara "tuzak kurar." Örneğin cinsel istismar mağduru çocuklar, görüşmeciyle karşılaştığında kışkırtıcı biçimde davranabilir; kucağınıza oturabilir, size sürtünebilir ya da direkt sizi sevdiklerini söyleyebilir. Görüşmeciyle ilk yalnız kaldığında, istismar edilmiş bazı çocuklar görüşmecinin elbiselerini çıkarmasını bile isteyebilir. Bu davranışlar görüşmeci güvenilirliğinin bariz testleri olarak görülebilir (bu tür davranışlarla aslında "Sen de beni istismar edecek misin?" diye sorarlar). Terapistlerin güven testlerini fark etmesi ve güven ilişkisini geliştirebilecek şekilde tepki vermesi önemlidir.

## KANIT TEMELLİ FEMİNİST İLİŞKİ DEĞİŞKENLERİ

Feminist kuram ve psikoterapi, danışan ve görüşmeci arasında eşitlikçi bir ilişki geliştirmenin önemini vurgulamaktadır (Brown ve Brodsky, 1992; Warwick, 1999; Worrel & Remer, 2003). Feminist görüşmeciler tarafından tercih edilen eşit-

likçi ilişki türü, karşılıklılık ve güçlendirme ile karakterizedir. C. Rogers'ın temel koşullarını benimseseler de feministler danışanın hem kendisini hem de dünyayı algılama biçimini etkileyeceğinden sosyal ortam, cinsiyet ve güç kavramlarını da hesaba katar.

### Karşılıklılık

Karşılıklılık bir paylaşım sürecini ima etmektedir; gücün, karar vermenin, hedef seçiminin ve öğrenmenin paylaşıldığı anlamına gelir. Çeşitli psikoterapi yönelimleri (özellikle danışan odaklı olanlar) tedaviyi danışanlarla terapistlerin birbirlerine karşı açık ve insancıl olduğu karşılıklı bir süreç olarak görse de eşitlikçi değerler ve karşılıklılık kavramı hiçbir yerde feminist terapinin vurguladığından daha fazla vurgulanmamıştır (Neff & Harter, 2003; Tantillo & Sanftner, 2003). Aşağıdaki örnek bu kavramı açıklamaktadır:

#### VAKA ÖRNEĞİ

*Betty, 25 yaşında, lisansüstü eğitim alan bir öğrencidir; ilk görüşme için gelir. Süpervizörü görüşmeciye nötr kalmasını ve kendini açma isteğine direnmesini tavsiye etmiştir. Görüşmeci, "Şu anda sizi buraya getiren şeyin ne olduğundan bahsedin," der. Betty, hemen ağlamaya başlar ve "Annem kanserden ölüyor. 320 km uzakta yaşıyor ve benim hep yanında olmamı istiyor. Kimya doktoramı bitirmek üzereyim ve tez danışmanım, üç ay sonra ücretli izine ayrılacak. Anlatmam gereken iki lisans dersim var ve kocam az önce beni terk etmeyi düşündüğünü söyledi. Ne yapacağımı bilmiyorum. Nasıl bir öncelik sırası yapacağımı bilemiyorum. Ne yapacağımı bilemiyorum. Bana neredeyse hiç zaman kalmıyor. Korkuyorum. Terapiye gelmek bir başarısızlıkmış gibi geliyor bana ama..." Betty bir müddet daha ağlar.*

*Görüşmeci tüm bu durum karşısında çok büyük üzüntü, korku ve şaşkınlık duyar. Ağlamamak için kendini tutar. Söyleyecek uygun, nötr bir şey düşünmek için çaba sarf eder. Sadece kısa bir duraksamadan sonra, yumuşak bir ses tonuyla "Tüm bu şeyler çaresizlik, endişe hissetmenize neden oluyor. Belki de artık ne istediğinizi, kim olduğunuzu bilmiyorsunuz. Buna terapide olmayı da ekleyince bu yenilgi veya kayıp hissinizi artırıyor" der. Betty, "Evet, annem her zaman terapistlerin güçsüz insanlar için olduğunu söyler. Hatta kıt akıllı insanlar der onlara. Kocam ise terapiye gelmeyi kabul etmiyor. Eğitimimi bırakıp evde oturursam birlikte tekrar mutlu olabileceğimizi düşünüyor. Bazen tez danışmanımın bile şimdi vazgeçersem daha mutlu olacağını düşünüyorum," der.*

*Görüşmeci, "Hayatınızda önemli gördüğünüz insanlar, bir şekilde şu an yaptığınızdan daha farklı şeyler yapmanızı istiyor ve bekliyor," diye cevap verir.*

Önceki etkileşimler kabul edilebilir de olsa hem Betty hem de görüşmeci bu yaklaşımda devam ederse Betty, hakkında çok az şey bilse de terapistini içgörü sunan bir ve kendisinide sorun üreten biri olarak görebilir.

Daha karşılıklılık-yönelimli bir etkileşimde, görüşmeci aşırı derecede üzüntü,

korku ve şaşkınlık duyduğunda, "Vay canına Betty. Bunlar *oldukça* zor durumlar. Tüm bunları sadece duyuyor olmak bile senin neler hissettiğine dair –yani üzgün ve daralmış/bunalmış– bana biraz olsun fikir verdi," diyebilirdi. Sonra Betty de "Evet, ikisini de hissediyorum. Bunu bir an için de olsa görmeniz güzel. Bakın, annem danışmanlığın bir zaman kaybı olduğunu söylüyor. Kocam, ev dışındaki işlerle çok meşgul olduğumu düşünüyor ve hatta ben aynı mesajı tez danışmanımdan da aldığımı düşünüyorum," diyebilirdi. Görüşmeci, "Evet, terapiye gelmeye karar vermek, yakınlarınızın seçimlerinizi onaylamadığı durumlarda da gelmeye devam etmek zor olacaktır," diye karşılık verebilirdi.

Bu iki cevap türü arasında çok büyük fark görünmeyebilir ancak karşılıklılık yönelimli terapilerdeki görüşmeci-danışan ilişkisi yaklaşımı, geleneksel sistemlerle bariz şekilde çelişmektedir. Danışan, görüşmecinin duygusal tepkileri dışında görülemez. Danışana sadece bu sorunları yaşayan ve görüşmeciye ise sadece içgörü veya tedavi sunan kişiler olduğu mesajı verilmez. Bunun yerine, görüşmecinin kendini dürüstçe açtığı ve belki de terapinin ilerleyen zamanlarında danışanın görüşmecinin davranışları hakkında yorum yapabileceği bir süreç tercih edilir. Karşılıklılık-yönelimli ilişkilerde, sadece danışanın ifadelerini yansıtarak veya bunları danışanın patolojik ihtiyaçları dolayısıyla söyledikleri şeklinde yorumlayarak tepki vermek yerine görüşmeciler/terapistler danışanların bu tür önerilerine (yani görüşmeci davranışlarını yorumlamaları gibi) samimi bir yaklaşımla cevap verir (Brown, 1994; Stocker, 2005).

Görüşmeciler karşılıklılık gösterdikleri zaman bunu genellikle danışanları güçlendirme nihai amacıyla yapar. Danışanlar terapiyi kendilerinin birer bağımlı değil eşit üyeler olduğu, devam eden bir ilişki olarak görür. Karşılıklılık danışmanın otorite olması şartına karşı gelmemesine rağmen (Clarkson, 2003), feminist görüşmeci danışana kişisel değer anlayışını ve kişisel özerkliğini koruyarak otoriteye tepki vermelerini bir şekilde öğretmeye çalışır. Feminist terapistler saygılı karşılıklı etkileşimlerin danışanların kişisel güçlerinin gelişmesine katkıda bulunacağına inanır (Neff & Harter, 2003).

### Güçlendirme

Çoğu terapinin danışanın gelişmesi ilerlemesi ve sağlığına kavuşması gibi amaçları vardır. Ancak bu amaçlara ulaşmak için kullanılan terapi yöntemleri çok çeşitlidir. Dolayısıyla farklı yaklaşımlar, kaçınılmaz şekilde danışanların nasıl "daha iyi olacağı" hakkındaki farklı inançlara dayanmaktadır. Terapide özerklik ve karşılıklılık vurgusu yapan bir görüşmeci, genellikle, kazanımlarının, ilerlemelerinin ve yaşamlarının daha iyi hale gelmesi konusunda, öncelikle danışanın kişisel çabasına, içinde yatan güce ve potansiyele inanır; danışanın da buna inanması için yardımcı olur.

Görüşmeciler danışanların sahip olamayacağı beceriye ve bilgiye sahiptir; fe-

minist terapide bu beceriler, danışanların kişisel gelişimlerine yardımcı olmada faydalanacağı araçlar olarak kabul edilmektedir. Danışanlar hiçbir sihirli formülün, onları yönlendiren, tamamen itaat edilmesi gereken bir otorite figürünün olmadığını öğrenir. Yerine, danışanların yaşam deneyimlerini ve kendi sorunlarını çözme girişimlerini onaylayan davranışlar sergilenir. Görüşmeciler insanların, diğer insanlarla etkileşime girdikçe çeşitli biçimlerde hepimizin deneyimlediği baskıların, ayrımcılığın ve kötü muamelenin sonucu olarak terapiye geldiğini kabul eder (Brown, 2008).

Aslında 1911'de Alfred Adler, kendini ilk feminist terapist olarak adlandırmış ve güçlendirmeyle ilgili şu makul yorumu yapmıştır:

> Tüm kurumlar, geleneksel tutumlar, kanunlar, ahlak kuralları, gelenekler erkekler tarafından yine erkek egemenliğinin zaferi olarak ortaya çıkmıştır ve varlığını sürdürmektedir (Adler, 1927, s. 123).

Adler'in iddiası feminist kuramda önemli bir noktaya dikkat çekmektedir. Yani kadınlardaki patolojik durumlar genellikle sosyo-politik faktörlerden kaynaklanır ve devam eder (Miller, 1986; Olson, 2000). Sonuç olarak bir feminist için güçlendirme kavramı ezilen grupları (özellikle kadınları) bilinçlendirmeyi gerektirir ve onları ayakta durmaya, kişisel güçlerini keşfetmeye teşvik eder. Brown ve Bryan (2007) şöyle demiştir:

Feminist terapi, psikoterapiye gelen kişiler için sorun olan duygusal sıkıntıları ve işlevsiz davranışları anlamak için cinsiyet, güç ve sosyal bağlam analizini kullanır (s. 1122).

Görüşme ilişkisine karşılıklılığı, gerçekliği ve güçlendirmeyi katmak ilk başta görüşmecilere korkutucu gelebilir. Bunu yapmak bir ileri düzeyde beceri gerektirir. Danışanı zorlamadan nasıl özerk olunacağını öngörmeyi, terapide kontrolü sürdürürken karşılıklılık kavramına ve girişimine açık olmayı gerektirir. Son olarak nasıl güçlenmeye başlayacaklarını direkt söylemek yerine danışanların kendi yolunu bulmasına olanak sağlayacak sabra ve bilgeliğe sahip olmayı, böylece onları güçlendirmeyi gerektirir (Enns, 2004).

## KANIT TEMELLİ ÇÖZÜM ODAKLI VE YAPISAL İLİŞKİ DEĞİŞKENLERİ

Bilişsel ve davranışçı terapiye benzer şekilde, çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımları, görüşmecinin basit bir ilişki kurmanın ötesinde gelişim ve değişimi kolaylaştıracak şekilde danışanı yönlendirdiğine inanır. Ancak bilişsel ve davranışçı terapiden farklı olarak çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımları gerçek uzmanın danışan olduğunu ve en iyi çözümü de kendisinin bulabileceğini vurgular. Bu ifade aslında görüşmecinin rolü açısından paradoks gibi görünebilir çünkü

görüşmeci, danışanı kendisi için en iyi çözümü bulması ve daha işlevsel ve güçlü bir ifade oluşturması için yönlendirecek kişidir. Bu süreçte, çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımını benimseyen görüşmeciler, ilişki değişkenlerini; bu bölümde daha önce söz edilen değişkenleri benimser.

### Birliktelik ve İşbirliği

Çözüm odaklı ve yapısal terapideki ilişki birliktelik ve işbirliğine dayalıdır. Böyle bir ilişki kurabilmek için görüşmeciler açık biçimde olumludur, danışanları olumlu değişim için destekler. Çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımını benimseyen görüşmeciler, yorum yapma ve yönlendirmeyi tercih etmez; yerine, sorgulama yoluyla danışanların var olan güçlü yanları ve kaynaklarına odaklanmasına yardımcı olur.

### Bir Uzman Olarak Danışan

Çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımlı görüşmeciler, danışanı kendi kişisel yaşamı için bir uzman olarak görür. Bu yaklaşımı, De Shazer ve Dolan'ın (2007) de söylediği gibi terapi süreci boyunca açık veya örtük şekilde sürdürürler:

> Çözüm Odaklı ve Yapısal Terapi yaklaşımlı yönelimli bir terapist için danışanın önceki çözüm girişimleri ve istisna durumlarını temel almayan şekilde öneride bulunmak veya yeni bir girişimde çok nadir gözlenen bir durumdur. En iyi sonuç, terapi esnasında dolaylı da olsa değişim düşüncesi ve girişim önerileri terapist yerine danışandan geldiği zaman alınabilir, çünkü danışan yaşadıklarına terapistten daha aşinadır.

## ÖZET

Carl Rogers'ın (1942, 1951, 1961) ilk çalışmaları ilişki değişkenlerinin psikoterapideki önemini açık bir şekilde belirtmektedir. Aynı şekilde, klinik görüşme görüşmeci ve danışan arasında bir dereceye kadar özel bir ilişkinin oluştuğu bir süreç olarak görülebilir.

Rogers, kişisel büyüme ve gelişmenin sağlanması için gerekli ve yeterli olduğuna inandığı üç ana koşul belirlemiştir: Uyumluluk, koşulsuz olumlu kabul ve doğru empati. Uyumluluk samimiyet ve güvenirlikle eşanlamlıdır ve görüşmecinin danışanlara açık olmasını gerektirir. Ancak görüşmecilerin tüm danışanlarla her zaman tamamen uyumlu ya da samimi olması uygun olmayabilir, çünkü danışmanlığın amacı danışanın (terapistin değil) gelişmesini kolaylaştırmaktır.

Uyumlulukla benzer şekilde koşulsuz olumlu kabul ve doğru empati de danışanlara çoğunlukla dolaylı olarak iletilmesi gereken karmaşık ilişki değişkenleridir.

Kişiler arası ve psikanalitik kuramlardan türetilmiş çeşitli ilişki değişkenleri de klinik görüşme sürecini etkiler. Bunlar aktarım, karşıt-aktarım, özdeşleşme, içselleştirme, direnç ve terapötik ittifak/işbirliğidir ancak bunlarla sınırlı değildir. Görüşmecilerin bu farklı ilişki değişkenlerini anlaması ve etkin bir biçimde kullanması, tabii ki, daha fazla okumayı ve süpervizyonun eşlik ettiği klinik deneyimi gerekli kılmaktadır. Yeni başlayan görüşmeciler, bu faktörlerin terapötik süreci etkiledikleri durumları fark etmeye ve ele almaya çalışmalıdır.

Davranışçı ve sosyal psikologlar da görüşme süreçlerini incelemiş ve etkili görüşmeyle ve danışmanlıkla ilişkili çeşitli değişkenler belirlemiştir. Özellikle uzman olarak görülen ve hem kişisel hem de profesyonel olarak çekici, güvenilir bulunan görüşmecilerin, daha etkili terapistler olduğu söylenmektedir. Görüşmeciler danışanların kendilerini daha uzman, çekici ve güvenilir bulmasını sağlayacak şekilde görünebilir ve davranabilir.

Feminist kuramcılar ve psikoterapistler karşılıklılık ve güçlendirme kavramlarına dikkat çekerek danışanlar ve görüşmeciler arasında eşitlikçi bir ilişki kurmanın önemini vurgulamaktadır. Açık ve karşılıklı ilişkilerin terapötik süreci kolaylaştıracağını, danışanların kendi avukatları olmaları gerektiğini ve gelişmelerini içlerinde yatan güce atfetmeleri için güçlendirmelerine yardım edilmesi gerektiğini iddia ederler. Feministler genellikle toplum baskısının psikopatolojide önemli bir rol oynadığını düşünür. Danışanları kendi ayakları üstünde durması ve kişisel güçlerini kullanması için güçlendirirler.

Çözüm odaklı ve yapısal terapi yaklaşımını benimseyen görüşmeciler işbirliği ve birlikteliği önemser, en iyi çözüm yolunu danışanın kendisinin bulabileceğine inanır ve ilişkiyi de bu amaçla kullanır çünkü kendi hayatı için en iyi uzman danışanın ta kendisidir.

Bu bölümde tanımlanan ilişki değişkenleri hem birbirinden çok farklıdır hem birbirine benzerdir. Tüm kuramsal yönelimlerden gelen görüşmecilerin klinik görüşmede çeşitli ilişki faktörlerine hak ettiği özeni göstermesi önemli ama zor bir iştir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Brown, L. S. (2007). Empathy, genuineness— and the dynamics of power: A feminist responds to Rogers. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44* (3), 257 – 259. Bu makale feminist terapist ve yazar Laura Brown'la ilgili olup feminist terapi ile danışan-odaklı yaklaşım arasındaki benzerlik ve farklılıkları ele almaktadır.

Clarkson, P. (2003). *The therapeutic relationship* (2nd ed.). Philadelphia, PA:

Whurr Publishers. Bu kitap, danışmanlık ve psikoterapi sürecinde güç ve gelişim kavramlarına odaklanmaktadır.

De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., McCollum, E., Trepper, T., & Berg, I.K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution focused brief therapy.* New York: Haworth Press. Bu kitap S. De Shazer'in ölümünden sonra çözüm odaklı terapiye dair temel kavram ve vaka örneklerini içerecek şekilde yayımlanmıştır.

Enns, C.Z. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes, and diversity* (2nd ed.). New York: Haworth Press. Bu kitap, feminist terapi kuram ve tarihini anlamada çok yardımcı olacaktır.

Farber, B. A. (2006). *Self disclosure in psychotherapy.* New York: Guilford Press. bu kitap, kendini açmanın artı ve eksilerini incelemektedir.

Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis.* New York: Norton. Bu referans kitap, Freud'un kendi ağzından yaklaşımının temel öğretilerini sunmaktadır.

Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly, 34,* 155–181. Bu makale, Greenson'un çalışma ittifakı hakkındaki klasik düşüncelerini sunmaktadır.

Miller, J.B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2. Baskı). Boston: Beacon. Jean Baker Miller'ın kadın psikolojisi hakkındaki klasik düşünceleri, feminist bakış açısıyla ilgilenen görüşmeciler için çok önemli bir okumadır.

Olson, M.E. (2000). *Feminism, community, and communication.* Binghamton, NY: Haworth Press. Bu düzenlenmiş cilt, dokuz makale ve bir aile terapisti eğitimcisiyle görüşme içerir. Kimliğin sosyal inşasını vurgular ve egemen ABD kültürünü inceler.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton-Mifflin. Bu metin, Rogers'ın uyumluluk, koşulsuz olumlu kabul ve empati hakkındaki görüşlerini sunmaktadır.

Worell, J. ve Johnson, N.G. (Ed.). (1997). *Shaping the future of feminist psychology: Education, research, and practice.* Washington, DC: American Psychological Association. Bu düzenlenmiş cilt feminist bakış açılarının araştırılması, süpervizyonu, değerlendirilmesi ve feminist terapide eğitim hakkında ayrıntılı bir inceleme içermektedir.

ÜÇÜNCÜ KISIM

# YAPILANDIRMA VE DEĞERLENDİRME

BÖLÜM 6

# GÖRÜŞME SÜRECİNE GENEL BAKIŞ

İnsanları geliştirmeden daha iyi bir dünya yaratmayı ümit edemezsiniz. Bu amaçla her birimiz kendi gelişimimiz için çalışırken tüm insanlığın sorumluluğunu da paylaşmalıyız; özel misyonumuz, en yararlı düşündüğümüz kişilere yardımcı olmaktır.

—Marie Curie

## BÖLÜM AMAÇLARI

Her görüşmenin bir akışı veya örüntüsü vardır. Görüşmeci danışanı yönlendirmese ve tüm seans boyunca danışanın serbest çağrışım yapmasına izin verse bile görüşme sürecinde bir başlangıç, gelişme ve sonuç bölümü vardır. Bu bölümde, tipik bir görüşmenin yapısını inceleyeceğiz; görüşmelerin genellikle nasıl başladığı, ilerlediği ve sonlandığına, tek bir seansa önemli pek çok faaliyeti nasıl dahil edebileceğinize daha yakından bakacağız. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Literatürde yaygın olarak bildirilen yapısal modeller ya da klinik görüşme süresince olanları tanımlamak için öne sürülen farklı yöntemler.
- Telefon görüşmeleri, tanışma, olumlu/uyumlu ilişki gelişimi, danışanı rahatlatma, kısa sohbetleri kullanma, danışanın görüşme beklentileri gibi konuları da içerecek biçimde görüşmelerin başlangıç aşaması.
- Açılış cümlenizi ve danışanın buna vereceği tepkiyi içeren görüşmenin ilk dakikaları.
- Görüşmenin gelişme aşamasıyla ilişkili olan bilgi toplama ve değerlendirme görevleri.
- Danışanın psikopatolojisini değerlendirmek için kullanılan genel yöntemler.
- Danışana güvence verme ve destek sağlama da dahil olmak üzere görüşmenin kapanışının nasıl yapılacağı, önemli konu ve temaların nasıl özetleneceği, danışana nasıl umut aşılanabileceği, gerektiğinde danışanın na-

sıl yönlendirileceği ve cesaretlendirileceği, seansı bitirmeden yarım kalan konuların nasıl toparlanacağı.
- Zaman sınırlamaları, sonlandırma ve seansın sona ermesiyle nasıl baş edilebileceği de dahil görüşmenin sonlandırma aşaması.

Klinik görüşmeler, A noktasından B noktasına giden, rotası önceden belirlenmiş yol boyunca ilerleyen bir etkileşim içeremez ve içermemelidir. Evet, görüşmeleri bileşenlerine ayırabiliriz ve doğrusu bu kitapta da bunu göreceksiniz. Fakat neticede her görüşmenin kendine has özellikleri vardır. Görüşme, birbiriyle etkileşime giren ve birbirine tepki veren, –en az– iki kişiden oluşur. Bu da iki görüşmenin birbiriyle hiçbir zaman aynı olamayacağını garanti etmektedir.

Etkin bir görüşme yapmayı öğrenmek, dans etmeyi ve araba kullanmayı öğrenirken yeni beceriler edinmek gibidir. Bu durumda, özellikle görüşmenin yapısal bileşenleri daha belirgin hale gelir. Başlangıç düzeyindeki görüşmeciler, katı bir şekilde, doğru zamanda doğru adımı atmaya çalışır. Örneğin görüşmeci kendini, "Burada ilişki kurmalıyım... Şimdi bilgi verme zamanı... Kapanış için hazırlanma vakti," gibi düşünceler içinde bulabilir. Oysa deneyimli görüşmeciler bilgi alma, ilişki kurma ve görüşmeyi kapatma hazırlığını aynı anda yapar. Ancak deneyimli görüşmeciler de kariyerlerinin başında bu yeteneğe sahip değildi (O'Donohue, Cummings & Cummings, 2006).

İnsanlar arasındaki etkileşim ortam, amaç, kişisel farklılıklar, kültürel farklılıklar gibi dile getirilen ve getirilmeyen kurallar tarafından yönlendirilir. Çoğunlukla kişiler gün boyunca çeşitli zorlukları aşarken her olayı yüksek bir farkındalıkla görmez. Oturup her bir adımımızı analiz etmeyiz; işe ya da çamaşırhaneye giderken sürpriz bir partiye katılırken rutinleri rahatlıkla yerine getiririz. Birisiyle tanıştığımızda neyi ne zaman söyleyeceğimizi, ne zaman oturup kalkacağımızı ya da el sıkışmak için ne zaman elimizi uzatacağımızı biliriz. Fakat en başta var olmayan bu rahatlık, çok sayıda tekrarla ortaya çıkmaktadır. Çamaşır yıkamadan sosyal etkileşime kadar her şey için etkili ve işe yarar adımları gözlem, deneme yanılma, geribildirim ve belirli talimatlar aracılığı ile öğreniriz.

Bu bölüm, klinik görüşmenin ritmini ve söze dökülmemiş kurallarını açıklamaktadır. Amacımız görüşmeleri yürütmek için bir yol haritası sunmak; böylelikle 50 dakikalık süre boyunca kendinizi daha rahat hissetmenizi sağlamaktır. Bu kuralları bilir ve bu kurallarla ilgili kendinizi rahat hissederseniz, bir sonraki adımı düşünmek için daha az enerji harcar, danışanınızı anlamaya, değerlendirmeye ve ona yardım etmeye daha çok odaklanabilirsiniz.

Burada temel olarak tipik bir değerlendirme görüşmesinin nasıl ilerlediği verilse de bunlardan psikoterapi ve danışma seansları ile ilgili genel çıkarımlar da

yapılabilir. Terapi seansları benzer şekilde devam eder. En temel farklılık, terapi görüşmelerinin *gelişme* bölümünde –doğal olarak– bilgi toplamak yerine terapi uygulamalarının dahil olmasıdır.

## YAPISAL MODELLER

Birçok mesleki, sosyal etkileşimin ve tabii ki klinik görüşmelerin normal ve örtük davranışlar dizisi, ritüelleri ve çeşitli aşamaları vardır. Shea (1998), bu aşamaları şöyle tanımlamaktadır:

1. Giriş
2. Açılış
3. Gelişme
4. Kapanış
5. Sonlandırma

Shea'nın beş aşamalı modeli oldukça yararlıdır çünkü bazı eğitim materyallerinde atıfta bulunulan ve daha yaygın bilinen "giriş, gelişme ve sonuç" şemalı modeli genişletmektedir (Benjamin, 1987). Shea'nın modeli, ayrıca kuramdan bağımsız, genel bir modeldir; neredeyse tüm görüşmelere uygulanabilir. Bu bölümde, görüşmenin her aşamasında karşılaşılacak görevler ve olası güçlükler özetlenmektedir.

Buradan Shea'nın (1998) formatının herkesçe benimsendiği, modelin tüm klinisyenlerce tamamen onaylandığı anlamı çıkarılmamalıdır. Elbette diğer modeller de bahsedilmeye değerdir. Örneğin Foley ve Sharf (1981), görüşmecilerin ortak görevlerini veya faaliyetlerini beş aşamada tanımlamıştır:

1. Danışanı rahatlatmak
2. Bilgi toplamak
3. Kontrolü sürdürmek
4. İlişkiyi sürdürmek
5. Görüşmeyi sonlandırmak

Literatürdeki tüm modeller gibi Foley ve Sharf 'ın modeli de birçok açıdan Shea'nın modeline benzer.

Tipik bir klinik görüşmedeki beş aşamadan ya da bileşenden söz eden Ivey ve Ivey (1999), görüşmenin yapısıyla ilgili en betimleyici aşamalı yaklaşımlardan birini sunmaktadır.

1. Olumlu/uyumlu ilişkinin kurulması ve yapılandırılması

2. Bilgi toplamak, problemi tanımlamak ve kaynakların belirlenmesi
3. Sonuçları toparlamak (hedef belirlemek)
4. Alternatifleri keşfetmek ve danışan-görüşmeci uyuşmazlıklarıyla yüzleşmek
5. Düşünce ve becerilerin, terapi dışına genellenmesi konusunda danışanın cesaretlendirilmesi

Bu modelleri karşılaştırırsanız muhtemelen benzerlikleri görecek fakat aralarında tam bir birliğin de olmadığını fark edeceksiniz. Bu bölüm, danışanların ve görüşmecilerin klinik görüşmelerle ilgili farklı yaklaşımlarını ve tepkilerini de yansıtmaktadır; her birinin kendine özgü doğruları ve zamanlaması vardır.

Dikkatli bir görüşmeci, en başta, danışanın görüşme hızını olabildiğince belirlemesine izin verir çünkü bu süreci gözlemlemek, görüşmeciye oldukça değerli bilgiler sağlar. Ayrıca hızı ayarlama imkânı sunmak danışanın kontrol ve güven hissini de artırır; bir aşamadan diğerine geçmek konusunda acele etmesi için kendisini zorunlu hissetmez. İdealde, belirli bir noktayı geçmek ya da o noktada kalmak konusunda danışanın kararı önemlidir fakat görüşmeciler bu süreçte danışanı nazikçe yönlendirir. Görüşmeci, seans süresini kontrol etme, gerekli konuların ele alındığından emin olma gibi iyi bir görüşmenin temel unsurlarını yönetmekten sorumludur. Ancak bu sorumluluğun çok açık ve katı bir şekilde uygulanmaması daha iyi sonuçlar verecektir. Görüşme esnasında esnek ancak planlı hareket etmeli ve süreci dikkatle izlemelisiniz.

## GİRİŞ

Shea (1998), giriş aşamasını şöyle tanımlamaktadır: "Danışan ve görüşmeci birbirini ilk gördüğünde görüşme ve giriş aşaması başlar. Görüşmeci danışana neden yardım aradığını sorma konusunda kendisini yeterince rahat hissettiğinde ise biter" (s. 58). Giriş aşaması temel olarak yardım ilişkisinin başladığı bir süreç olarak çeşitli kişisel ve belki de özel bilginin paylaşıldığı "danışanı rahatlatma" aşamasıdır. Aşağıdaki konular bu aşamalara giriş niteliği taşır.

### Telefon Görüşmesi

Bazı durumlarda giriş aşaması, aslında siz daha danışanı *görmeden* başlar. Danışanınızla ilk randevunuzu telefonla belirleyebilirsiniz. Bunu kendiniz ya da ofis görevlisi de yapsa terapötik ilişkinin ilk temas ile başladığını unutmayın. Telefon görüşmesi, evrak işlemleri, danışanların sıcak ve açık bir şekilde karşılanması sırasındaki tepkiler onları rahatlatabilir ya da kafalarını karıştırıp gözlerini korkutabilir.

Görüşmecilerin ücret düzenlemeleriyle seans süreleriyle ve karşılamayla ilgili prosedürler konusunda danışanları ne şekilde bilgilendirdiği büyük ölçüde çeşitli-

lik gösterir. Bazıları bu görevleri deneyimli ofis personeline bırakır. Bazıları yazılı olarak bilgilendirir. Diğerleri, ilk seans öncesi danışanla birlikte sözel olarak bu konuların üzerinden geçer. Önemli olan nokta e-posta, telefon, anket ya da kişisel olarak yapılan ilk temasın danışanınızla kuracağınız sonraki ilişkiyi etkilemesidir.

Aşağıdaki tipik bir ilk telefon görüşmesi örneği verilmiştir:

**Görüşmeci:** "Merhaba ben Bob Johnson'a ulaşmaya çalışıyorum."

**Danışan:** "Buyurun, benim."

**Görüşmeci:** "Merhaba, ben Chelsea Brown. Üniversitenin danışma merkezinde terapistim. Danışmanlık almak istediğinizi belirtmişsiniz. Görüşme randevusu isteyip istemeyeceğinizi öğrenmek için aradım."

**Danışan:** "Evet, bir anket doldurmuştum ve sanırım numaramı oradan buldunuz."

**Görüşmeci:** "Evet haklısınız. Hâlâ danışmanlık almak istiyorsanız buluşma için bir zaman belirlemeliyiz. Sizin için en uygun gün ya da saatler nelerdir?"

**Danışan:** "Benim için salı veya perşembe öğleden sonra çok uygun... 14.00'ten sonra ama akşam 18.00'den önce..."

**Görüşmeci:** "Bu perşembe, yani 24'ünde, öğleden sonra saat 16.00 nasıl?"

**Danışan:** "Benim için uygun."

**Görüşmeci:** "Sanırım anket doldurmak için daha önce danışmanlık merkezimize gelmiştiniz, nasıl gelebileceğinizi biliyorsunuz."

**Danışan:** "Evet evet, yine aynı binaya mı geleceğim?"

**Görüşmeci:** "Evet, sadece geldiğinizi danışmaya bildirin. Aslında görüşmeden biraz önce gelebilirseniz, ofis görevlisi size doldurulması gereken birkaç form verecek; böylece 16.00'da buluşmamızdan önce siz o formları doldurabilirsiniz. Bu sizin için uygun mu?"

**Danışan:** "Tabii ki, sorun değil."

**Görüşmeci:** "Tamam o halde, sanırım her şeyi ayarladık. 24'ünde, perşembe günü saat 16.00'da görüşmek üzere."

**Danışan:** "Tamam, görüşmek üzere."

Bu diyalogdaki çeşitli noktalara dikkat edin. Öncelikle ilk randevu –umuyoruz ki pek çoğunun ilki– danışan ve görüşmecinin ortak çabasıyla belirlendi. Bu eylem ise ortak çalışmanın başlangıcıdır. Bazı danışanlarla görüşme planlamak belki yaygın bir problem olan iki meşgul kişi için ortak zaman bulma zorluğu ya da belki de danışanın görüşmeye gelme konusundaki katılığı, direnci ya da kararsızlığı nedeniyle çok zor olabilir. Bu örnekte yer alan basit, doğrudan bir randevu belirleme diyaloğudur. Ama durum her zaman böyle değildir. Telefon görüşmesi yapmadan önce danışanlarla buluşmak için uygun saatlerinizin çok net olması önemlidir.

İkincisi, görüşmeci kendini, statüsünü (terapist) ve işyerindeki görevini açıkça tanımlar. Duruma bağlı olarak bu konular hakkında daha açık olmak isteyebilirsiniz. Örneğin ileri düzey görüşme teknikleri dersi alan öğrenciler, gönüllü öğrencilerle yaptığı örnek görüşmelerde, "Ben Psikoloji 455 dersi öğrencisiyim. İsminiz ve numaranızı Dr. Baxter'den aldım," gibi ifadeler kullanabilir.

Üçüncü olarak, görüşmeci danışanın görüşme yerine nasıl ulaşacağını bilip bilmediğini sormalıdır. Telefondaki yeni bir danışansa ve danışanın ofise nasıl gelebileceğini bilememe olasılığı varsa telefon etmeden önce yol tarifini bilmelisiniz. Hatta bazı kurumlar harita/kroki bile hazırlayabilir.

Dördüncüsü, danışana onun için uygun olabilecek günü ve saatleri sormalısınız. Programınız çok doluysa önce siz ne zaman uygun olduğunuzu söyleyebilirsiniz.

Durum ne olursa olsun, belirli günlerde ya da saatlerde neden uygun olmadığınızla ilgili özel bilgileri paylaşmanız şart değildir. "O saatte görüşmemiz mümkün değil çünkü okuldan kızımı almak zorundayım" ya da "Dersim var," gibi açıklamalar yapmanıza gerek yoktur. İlk telefon görüşmesi için bu kadar yakınlık gereksizdir ve çok fazla kişisel bilgi vermiş olursunuz. Özellikle ilk zamanlarda kişisel geçmişinizle ilgili az şey söylemek en iyisi olacaktır.

Beşinci olarak, görüşmeci randevu zamanını tekrar hatırlatır ve danışanla görüşmek için hevesli olduğunu belirtir. Ayrıca danışanın merkeze ulaştığında tam olarak ne yapması gerektiğini açık bir şekilde söyler (danışma bankosuna/sekretere gitmesi gibi). "Danışmaya sorun, ben zaten sizinle görüşmek için orada olacağım," gibi şeyler söylemeyin çünkü siz danışanın ne zaman geleceğini önceden bilemezsiniz. Danışan 25 dakika erken gelirse –onunla erkenden buluşmak ya da telefonda söylediğiniz zamana göre hareket etmek konusunda– ne yapacağınızı şaşırabilirsiniz.

Genel olarak bakıldığında, olası danışanlarla yapacağınız ilk telefon görüşmelerine iyi hazırlanmalısınız. Sınıfta, aile üyelerinizle ya da arkadaşlarınızla örnek telefon görüşmesi alıştırmaları yapabilirsiniz. İyi hazırlanırsanız danışana kendinizi nasıl tanıttığınıza ve randevu tarihini belirlemek için birlikte çalışmaya daha çok odaklanabilirsiniz.

### Yüz Yüze İlk Görüşme

Gizlilik, ilk buluşmada özellikle dikkat edilmesi gereken konudur. Pek çok kliniğin ya da kurumun birden fazla kişinin oturabileceği bekleme odaları vardır. Bu ortamlarda, özel bir muayenehanede yapılan uygulamalarla karşılaştırıldığında, danışanın kimliğini gizli tutmak daha zordur. Bu nedenle bu ortamlarda çalışan görüşmeciler danışan mahremiyetine nasıl saygı göstereceği üzerine düşünmelidir. En iyi seçenek, ofis görevlisinin danışanı işaret etmesi ya da tarif etmesi ve

böylece sizin bekleme odasına doğru yürüyerek başkalarının kolayca duyamayacağı bir sesle danışanın ismini sessizce ve samimi biçimde söylemenizdir. Sonra gülümseyerek kendinizi tanıtın. Bu senaryoda, danışanın el sıkışmayı hoş karşılayıp karşılamayacağını hemen fark edebilirsiniz; hoş karşılarsa elinizi uzatın, "Bu taraftan buyurun," deyin ve danışanı seans odasına doğru yönlendirin.

Aslında pek çok konu ilk izlenimlerle ilişkilidir. Görüşmenizin ilk dakikaları boyunca ilk izlenimlerin ne kadar etkili olduğunun ve danışanınızın davranışlarını gözlemleyerek ne kadar çok bilgi edinebileceğinizin farkında olmalısınız. Danışanların kaygılı olması çok muhtemeldir. Bazıları heyecanlı, bazıları öfkeli olabilir. Bazıları ise terapistle görüşmeyi önemsemiyormuş gibi oldukça soğukkanlı gözükebilir.

Yeni danışanınızın kaygılı olduğunu varsayalım. Kaygısını nasıl dışavurduğunu gözlemlemek için mükemmel bir fırsata sahipsiniz. Sakin mi? Yüksek sesle mi konuşuyor? Tırnaklarını yiyor, onlarla oynuyor ya da dudaklarını ısırıyor mu? Resmi mi yoksa değil mi, konuşkan mı içine kapanık mı, yüzü solgun mu kızarmış mı? Bunlar danışanınızla ilgili genel bir izlenim edinmek için kullanabileceğiniz gözlemler olabilir. İlk görüşme, danışanınızın kaygı ve stresle nasıl başa çıktığını görmenizi sağlayabilir.

Siz onu gözlemlerken danışanınız da sizi ve durumu anlamaya çalışır. Danışan algısında tutarlılık sağlamak için bazı uzmanlar, her zaman standart bir giriş ritüeli izler; bu ritüel aşağıda verilenlerin birkaçını ya da hepsini kapsayabilir.

1. El sıkışmak
2. İçecek bir şeyler sunmak
3. Seans odasına ilerlerken hava ya da benzer nötr bir konu hakkında konuşmak

Standart bir selamlaşma ritüeli danışanınızı rahatlatabilir ve kendinizi gözlem yapma konusunda daha özgür hissedersiniz. Standart uygulamalar, gözlemlerinizden çıkarım yapma kabiliyetinizi artırır (Bkz. Uygulamaya Geçirme 6.1). Selamlaşma ritüelinizi sıcaklığınızı, samimiyetinizi ve profesyonel imajınızı yansıtacak şekilde tasarlayabilirsiniz. Ancak çoğu görüşmeci standart ritüelleri kullanmaz; kişisel olarak danışanı anlamak ister ve nasıl gerekiyorsa öyle davranır. Lazarus (1996) bu başlangıç anını *otantik bukalemun* evresi olarak tanımlar. Bu bazen sağlam bir el sıkışma veya rahatlatıcı bir şaka olabilir. Bazı durumlarda ise daha az temas ve resmi konuşmalar mantıklı olabilir. Örneğin Bölüm 14'te farklı kültürel altyapıya sahip danışanlarda uygun olan el sıkışma biçiminden söz ettik.

Danışanınıza nasıl hitap edeceğiniz konusu da önemlidir. İlk kural, danışanınıza hitap ederken "temel kurallara" (danışanınızın dahil olduğu sosyal grupta kabul gören normlar) uygun davranmaktır. Örneğin orta yaşlı ya da yaşlı bir erkekle

görüşüyorsanız kendisine "Bey" diye hitap edildiğinde rahat hissetmesi daha olasıdır. Daha sonra danışanınızla odaya geldiğinizde, danışanınıza doğru şekilde hitap etiğinizden emin değilseniz nasıl hitap edilmesini tercih ettiğini sorabilirsiniz.

Bazı gruplar için bu temel kurallar çok net olmayabilir. Örneğin 30 yaş üzeri bir kadın kendisine "Hanım" denmesini ya da denmemesini tercih edebilir; hangisini söyleyebileceğinizi önceden bilmeniz çok zordur. "Hanım" kelimesi 40 yaşın altındaki kadınları gücendirebilir. Ayrıca kadınların ismini ve soyadını birlikte söylemeyi tercih edebilirsiniz: "Siz Susan Smith misiniz?" Yanlış stratejiyi seçtiğinizi düşünürseniz danışanınıza bakın ve hatanızı düzelterek özür dileyin ("Sizi Susan Hanım diye çağırmamı mı tercih ederdiniz? Özür dilerim. Size nasıl hitap etmemi isteyeceğiniz konusunda emin olamadım"). Danışanınızın kendisine nasıl hitap edilmesini istediğini öğrenmeye yönelik çabanız saygının ve kabulün göstergesi olacaktır.

### Olumlu/Uyumlu İlişkinin Kurulması

*Olumlu/Uyumlu* İlişki, genel bir ilişki değişkenidir. Farklı kuramsal yönelimlere sahip olsalar da tüm görüşmeciler danışanla olumlu/uyumlu bir ilişki kurmanın önemini kabul ederler. Fakat olumlu/uyumlu ilişki psikanalitik yönelimli psikanalistlerden çok davranışçı, hümanist ve feminist klinisyenler arasında daha popüler hale gelmiştir. Olumlu/uyumlu ilişki "... bağ kurmak, uyumlu ve sıcak bir ilişki" olarak tanımlanabilir.

**Uygulamaya Geçirme 6.1**

**Standart Giriş**

Tüm danışanlar için standart bir giriş prosedürü kullanmak farklı gerekçelerle en iyisi olacaktır. Çünkü ne kadar tutarlı olursanız danışanların kendisini tanıtmada farklılıklarının, kişilik tarzlarındaki farklılıkları ne ölçüde yansıttığından o kadar emin olabilirsiniz. Giriş rutinleriniz ruh halinizden ya da diğer sebeplerden dolayı çeşitlilik gösterirse yaklaşımınıza bağlı olarak danışanların reaksiyonu da farklılık gösterebilir. Diğer bir deyişle danışanlara yaklaşımınızdaki farklılıklar onlarla ilgili bir şeyi değil sizinle ilgili bir şeyi yansıtıyor olabilir. Standartlaşma, aslında, psikoloji biliminin önemli bir parçasıdır. Standart bir yaklaşımınız olursa gözlemlerinizin güvenirliliği ve muhtemel geçerliliği de artacaktır.

**Uygulamaya Geçirme 6.1 (devamı)**

Öte yandan, bir görüşmeci olarak danışanlarınıza yaklaşımınızda mekanik olmayı ya da rol yapmayı istemeyebilirsiniz. Kurallara bağlı standart bir yaklaşım, danışanlara sahte ya da soğuk gelebilir. Ayrıca sadece her danışanın belirli kişisel özelliklerini değil sosyal ya da kültürel gruplardaki tipik farklılıkları da göz önünde bulundurmalısınız. Örneğin standart bir giriş yaklaşımı, ergen erkeklerde ve daha yaşlı kadınlarda eşit derecede etkili olmayacaktır. Bu iki grup, başkalarıyla farklı tarzlarda ilişki kurar. Görüşmenin başlangıcında bu iki gruba da aynı şekilde davranabileceğimizi düşünmek hata olacaktır. Giriş aşamasının danışanınızla olumlu ilişki kurmak açısından çok önemli olduğunu unutmamalısınız. Aşırı düzeydeki standardizasyon ilişkiyi olumsuz etkileyebilir. Bir görüşmenin giriş aşamasında, farklı kişiler ile birlikteyken şu iki genel kuralı takip edebilirsiniz:

- Temel kurallara uyun; danışanları kültür, yaş ve cinsiyet gibi demografik bilgileri ile tutarlı şekilde selamlayın.
- En az düzeyde rahatsız edecek alternatifi seçin; hata yaparsanız, hatanın görece küçük olduğundan emin olun.

Başlangıç düzeyindeki bazı görüşmeciler, standardizasyon ve rutinin görüşme sürecinin bir parçası olmasından rahatsızlık duyabilir. Sonuçta her biri eşsiz ve farklı kişilerle çalışıyoruz, bu durumda her birine özel ve insani tepkiler veremez miyiz? Bu sorunun cevabı, hem evet hem de hayır olacaktır. Hayır çünkü sadece ritüellerden ve tutarlılıktan kaçınmak adına her danışana özel ve farklı cevaplar vermenin gereği yoktur ve evet, her danışana insani tepkiler vermeliyiz.

İlk görüşmeye genellikle gizlilik kurallarının açıklanmasıyla ve iki yabancının birbirini tanıma sürecinin bazen nasıl rahatsız edici olabileceğini tartışarak başlamak faydalı olabilir. Bu bölüm, standart olsa da söylediklerinizi her zaman içtenlikle söyleyip her danışanın gizlilik kavramını ve sınırları gerçekten anlamasının önemli olduğunu vurguluyor. Bu, yüzlerce danışana nerdeyse aynı cümleleri söylediğimiz otomatik pilot gibi görev yaptığımız anlamına gelmiyor.

*Ortak Danışan Korkularına Duyarlı Olmak*

Bir danışmanla ya da terapistle ilk kez görüşen danışanların birçok korkuları ve şüpheleri olabilir. Bunların hepsini ilk seansta ele almak mümkün değildir. Olumlu/uyumlu bir ilişki geliştirmek, danışanınızın sizinle çalışırken rahat hissetmesi açısından da faydalı olacaktır (Hays, 2008; O'Donohue ve ark., 2006). Diğer

yandan, görüşmeciler danışanın korkularının farkında olup onları hassasiyetle ele alarak olumlu/uyumlu ilişki kurmaya başlayabilir. Danışanların ortak korkuları ve şüpheleri şunlar olabilir:

- Terapist yeterince yetkin mi?
- Daha da önemlisi, bu kişi bana yardımcı olabilir mi? Bu kişi beni ve sorunlarımı anlayabilir mi?
- Deliriyor muyum?
- Bu kişinin bana karşı dürüst olacağına inanabilir miyim?
- Bu görüşmeci benim değerlerimi (ya da dini görüşümü) kabul ya da inkâr ediyor mu?
- Konuşmak istemediğim konular hakkında baskı hissedecek miyim? Bu görüşmeci kötü bir insan olduğumu düşünecek mi?

Dürüst olmak gerekirse temelde tüm profesyonel görüşmeciler danışan tarafından otorite figürü olarak görülür. İster inanın ister inanmayın, güç ve otorite ruh sağlığı mesleğinin parçasıdır.

Danışanlar, öğretmenler ve doktorlar gibi otorite figürlerinin yanında nasıl davranıyorsa size de benzer şekilde davranmaları gerektiğini düşünecek. Dahası, daha önce karşılaştıkları otorite figürleri nasıl davranıyorsa sizin de öyle davranmanızı bekleyebilirler. Bekledikleri davranışlar yakın, ilgili, akıllı ve yardımsever davranışlardan sert, soğuk ve reddetme davranışlarına kadar değişkenlik gösterebilir çünkü danışanlar danışmanlık almaya otorite figürleriyle ilgili hem bilinç hem de bilinçdışı düzeyde belirli varsayımlarla gelir. Danışanınıza, sizi terapi sürecindeki partneri olarak görebilmesi konusunda yardım etmelisiniz. Dolayısıyla, açık, net ve bilgi veren birkaç cümle ilk karşılaşmanın başlangıcında süreci kolaylaştıracaktır. Mesela:

"Sizinle çalışmak için sabırsızlanıyorum."
"Her ikimiz de birbirimiz için yabancı sayılırız. Bazen danışmanlık ilk başta biraz tuhaf gelebilir. Ancak umuyorum, birlikte daha rahat olabileceğimiz bir noktaya ulaşacağız."
"Bu zaman dilimi, birbirimizi tanımayı da içeriyor. O yüzden size normalden daha fazla soru soruyor görünebilirim."
"Bugün bana rahatlıkla aklınızdan geçen soruları sorabilirsiniz"

Bilgi vermenin ve birlikte hareket edeceğinizin mesajını vermenin yanı sıra danışanları rahatlatmak ve güvence vermek de önemlidir ancak verdiğiniz güvence konusunda dikkatli olmalısınız. Genel güvenceler ("Hiç endişelenmeyin, her şey

yoluna girecek") veya zamanından önce verilmiş güvenceler ("Eminim, ciddi bir sorununuz yoktur") yanlı, hatalı ve patron tavrında olacaktır. Bunun yerine, Carl Rogers tarafından 60 yıl önce önerildiği gibi olması gereken danışanın hissettiği duyguların evrenselliğinin vurgulanmasıdır. Rogers (1942), "...en iyi yardımcı olacak güvence, danışanı kendini tuhaf veya izole hissetmekten kurtaran güvencedir" demiştir (s. 165). Güvencenin uygun ve doğru olduğuna kanaat getirmeden veya bu konuda yeterli bulguya ulaşmadan kesinlikle hiçbir güvence vermeyin. Uygun güvence ifadelerine örnekler şöyle olabilir:

> Danışmanlığa gelen birçok insan, ilk başta kendini tuhaf hisseder ancak zaman geçtikçe rahatlık gelecektir, merak etmeyin.
> Kendinizi tuhaf hissetmeniz çok normal, nihayetinde birbirimize yabancıyız.
> Birçok danışanımın sizin gibi endişeleri olur ama genellikle danışmanlığı faydalı bulur.

### Danışanı Rahatlatmak

Danışanı rahatlatmak, danışanınızı kısmen sizin "farklı" bir otorite figürü olduğunuz konusunda ikna etmenizi de gerektirir. Danışanınızı sorular sorması ve açık olması konusunda cesaretlendirmelisiniz; bu davranışlar, daha önceki otorite figürleriyle birlikteyken kaçındıkları davranışlar da olabilir. Danışana gizlilik sınırlarını açıkladıktan sonra (Bkz. Bölüm 2 ve 5), aşağıdakine benzer bir yaklaşım kullanmayı deneyebilirsiniz:

> "Danışmanlık özel bir durumdur. Birbirimize yabancıyız. Siz beni tanımıyorsunuz, ben de sizi tanımıyorum. Bu yüzden ilk görüşme, birbirimizi tanımak için bir şans. Amacım sizi endişelendiren konuları anlamak. Bazen sadece sizi dinleyeceğim bazen de bazı sorular soracağım. Bu ilk seans danışmanlık sırasında gelen kişilerle nasıl çalıştığımı görmeniz ve bunun sizi rahat hissettirip hissettirmediğini anlamanız için bir şans. Sorunuz olduğunda ne zaman isterseniz sorabilirsiniz."

Bu giriş, kendi cümlelerinizle söylendiğinde danışanı rahatlatacaktır. Bu ifadeyle danışanın ve görüşmecinin en başta yabancı olduklarını kabul eder, danışana görüşmeciyi değerlendirme ve terapi hakkında soru sorma izni verir.

### Sohbet ve Kısa Konuşma

Giriş, sohbet ve resmi olmayan ilk söyleşi cümleleri, danışanı rahatlatma teknikleri olarak görülebilir. Örneğin,

- "Siz, Steven Green olmalısınız." (İlk karşılama.)

- "Size nasıl hitap etmemi istersiniz, Steven, Steve veya Bay Green?" (Danışanın nasıl hitap edilmek istediği ya da ismini nasıl doğru telaffuz edebileceğiniz konusunu netleştirmek).
- "Ofisi (veya otoparkı) kolayca bulabildiniz mi?" (Kısa konuşma ve empatik ilgi).
- (Çocuk veya ergenlerle) "Şapkanda Los Angeles Lakers'ı görüyorum. Bir Lakers hayranı olmalısın." (Kısa bir konuşma; danışanın dünyasıyla ilişki kurma girişimi.)

Yetişkin danışanlarla sohbet genellikle kısa tutulur; danışanlar işbirliğine karşı ve dirençli değilse bu sizin görüşme yaklaşımınıza yardımcı olabilir. Diğer yandan, ilk gündelik konuşma, Bölüm 12 ve 14'te daha ayrıntılı tartışacağımız gibi ergen ya da çocuklarla görüşme sürecini başlatabilir ya da bozabilir. Gençlerle yaptığınız pek çok görüşmede başarılı olmanız için ilk seansın başında televizyon şovları, araba yarışları, favori yemekler, müzik grupları, spor takımları gibi konular hakkında görüşlerini almaya zaman ayırmanız yararlı olacaktır. Benzer şekilde, ergenlerle ya da ergenlik öncesi dönemdeki danışanlarla yapılan görüşmelerde bazen hangi tanımlamaların kullanıldığı ve bu kelimeleri nasıl kullandıkları hakkında sorular sorulabilir ("Burada doğru kelimeleri kullandığımdan emin olmak istiyorum. Bir şey çok iyiyse bunu nasıl söylüyordunuz? Havalı mı, korkunç mu, manyak mı, yoksa tatlı mıydı?")

Danışanları kolayca rahatlatabilen görüşmeciler genellikle ilgili, duyarlı ve esnektir. Sinyalleri doğru okuyarak danışanın rahatsızlığını hissedebilir. Örneğin danışanın danışma odasındaki uzak koltuğu seçtiğini ya da tersine, çok yakın oturarak görüşmecinin kişisel alanına girdiğini fark edebilir. Esnek görüşmeciler, danışanın bu tür kişiler arası iletişim tarzına saygı gösterir; danışanın belirli bir sandalyede ve belirli bir uzaklıkta oturması gerektiği konusunda ısrarcı olmaz. Danışanın sözel olamayan dilini konuşmaya çalışırlar.

Belirli sohbet konuları nispeten daha güvenlidir, yargılamaz ve danışanları rahatlatır. Bu konular hava, güncel olaylar, spor müsabakası sonuçları, danışanın ofisi kolay bulup bulamadığı ve otopark durumu olabilir. Ancak hava durumu ile ilgili bir yorum bile anlam bakımından "dolu" olabilir (Hays, 2008).

Sosyal ortamlarda sıklıkla konuşulan bazı konular ise görüşmelerdeki kısa konuşmalar için uygun temalar olamayabilir. Örneğin danışanın kıyafeti ile ilgili yapılan yorumlar ilk bakışta zararsız görünebilir fakat yine de yargılayıcı ve fazla kişisel olduğu şeklinde yorumlanabilir. Danışanınızı daha iyi tanıdıktan sonra kıyafet tarzındaki değişiklikler faydalı bir terapi malzemesi olabilir. Fakat en başta, özellikle yetişkinlerle birlikteyken kıyafet, saç stili, parfüm ya da mücevherlerle ilgili yorumlardan uzak durmak akıllıca olacaktır. Genç danışanlar söz konusuysa bu kurallar biraz değişir (Bkz. Bölüm 11).

Ayrıca danışanınızın terapi ihtiyacından çok, sizden kaynaklanabilen, danışanınızla aranızdaki benzerliklerle ilgili yorumlar da önerilmez. Sosyal ortamlarda çocukların yaşları, medeni durum, sevilen ve sevilmeyen yiyecekler, siyasi kişiler, ortak etnik köken gibi konularda konuşmak ve karşılaştırmalar yapmak oldukça yaygındır. Danışanınızın kocasının kucağında bir çocuk gördüğünüzde, "Benim evde de bir tane var" ya da "Bizim küçük kızımız da Susam Sokağı kitabını seviyor," deme isteği duyabilirsiniz. Danışanınız bir bisiklet kaskı taşıyorsa "Ben de bisikletle gidip geliyorum," demek isteyebilirsiniz. Akılda tutulması gereken, görüşmenin basit bir sosyal ortam olmadığıdır. Danışanınızı rahatlatmak, sıcak ve güven veren bir imaj çizmek isteseniz de başlangıçta daha sınırlı yorum yapmalısınız. Asıl söylenmek istenen, görüşmecilerin kendisi ve danışanı arasındaki benzerliklerden kesinlikle bahsetmemesi değildir. Kastedilen, görüşmecilerin ilk zamanlarda sosyal isteklerine ya da dürtülerine göre hareket etmekten kaçınmasıdır çünkü sosyal istekleri ve dürtüleri takip etmek genellikle terapötik açıdan etkili bir yaklaşım olmayacaktır (Bkz. Uygulamaya Geçirme 6.1). Weiner'ın (1998) verdiği örnek, etkili olmayan bu yaklaşımı iyi bir şekilde açıklamaktadır:

> Danışanlar, profesyonel görünümünün arkasına saklanan ve resmi duruşundan sapmayan bir terapistin içindeki gerçek insanı tanımlamakta zorluk çeker; bu nedenle, onlara ilk görüşme için ofisi gösteren terapisti gerçekdışı algılayarak "Merhaba benim adım Fred, biraz endişeli hissediyorum çünkü siz bana üniversiteden tanıdığım ve kendimi onunla rekabet edecek güçte hissetmediğim bir sınıf arkadaşımı hatırlatıyorsunuz," diyebilir (s. 28).

### Danışanları Eğitmek ve Onların Beklentilerini Değerlendirmek

Giriş aşamasının son bölümü, danışanların eğitimini ve beklentilerinin ele alınmasını kapsamaktadır. Burada görüşmenin çerçevesi veya sınırları belirlenir. Bu aşamada danışana, şöyle bir şey söylenebilir:

> "Resmen görüşmemize başlamadan evvel, biraz düzenleme yapmamız (veya temel kuralları konuşmamız, doldurulacak kâğıtları halletmemiz gibi danışana ve size uygun cümlelerden seçmemiz) gerekiyor.

İlk olarak danışan, bilgilendirilmiş onam süreci başta olmak üzere bir dizi konu hakkında bilgilendirilir. Bunlar arasında gizlilik ve gizlilik sınırları yer almaktadır. Bu süreç, basit, doğrudan ve etkileşim içinde yapılmalıdır. Danışanınız uzun bir form halindeki bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olsa bile, sözel olarak gizlilik konuşulmalıdır. Hiçbir kâğıt terapi hakkındaki konuşma yerine geçemez (Sommers-Flanagan&Sommers-Flanagan, 2007).

Görüşmeden önce gizlilik kavramıyla ilgili kafanız net olmalıdır; böylece gö-

rüşme sırasında bunu açıkça ifade edebilirsiniz (Bkz. Bölüm 2). Danışanın gizlilik kavramını anladığını kontrol etmelisiniz. Aşağıdakine benzer bir diyalog önerilebilir:

**Görüşmeci:** Terapide *gizlilik* kavramını daha önce duydunuz mu?
**Danışan:** Ah, evet sanırım duydum.
**Görüşmeci:** İzin verin, danışmanların gizlilik derken ne demek istediğini biraz anlatayım. Temel olarak anlamı burada konuşulanın burada kalacağıdır. Bu, benimle konuştuklarınızın kesinlikle gizli kalacağı anlamına gelir. Başkalarıyla bu bilgileri paylaşmayacağım. Ancak gizliliğin de bazı sınırları vardır. Örneğin kendinize ya da başkasına zarar vermekten söz ederseniz ya da bir çocuğu ya da yaşlıyı istismar etmekten bahsederseniz gizliliği bozmak durumundayım. Yetkili kurumları bununla ilgili bilgilendirmeliyim.

Benim avukat, sigorta şirketi ya da doktor gibi başka kişilere bilgi vermemi isterseniz ancak yazılı izin vermeniz durumunda bunu yapabilirim. Yani bazı sınırları olsa da temelde burada söylediklerinizi gizli tutulacak. Gizlilikle ilgili herhangi bir sorunuz var mı?"

Bazı durumlarda, gizlilikle ilgili açıklamalardan sonra danışan durumu hafifletmek için şaka yapabilir ("E tabii, benim de kaynanamı öldürmek gibi planlarım yok"). Diğer zamanlarda, bazı sorularla tepki verebilir ("Söylediklerimi tamamen kayıt altına mı alacaksınız?" ya da "Dosyalarınıza kimler ulaşabiliyor?"). Danışanların gizlilikle ilgili sorular sorması güven konularına oldukça meraklı olduğu anlamına gelebilir. Bu aynı zamanda intihar ve cinayet düşüncelerinin olduğu ve size neyi söyleyip neyi söylememeleri gerektiği konusunda sınırları belirlemek istedikleri anlamına da gelebilir. Durum ne olursa olsun profesyonel bir görüşmeci olarak sorulara doğrudan ve açık bir şekilde cevap verin. Örneğin: "Evet, görüşmelerimizin kayıtlarını tutacağım fakat sadece ofis yöneticisinin bu belgelere ulaşım olanağı var ve ofis yöneticisi de kayıtlarınızı gizli tutacak," diyebilirsiniz.

Son olarak, süpervizyon alıyorsanız süpervizörünüzün bu notlara ve ses kayıtlarına ulaşımı varsa bunu ilk aşamada açıkça belirtmelisiniz. Örneğin:

"Yüksek lisans öğrencisi olduğum için yaptıklarımı değerlendiren bir süpervizörüm var ve bazen grup halinde vaka tartışmaları yapıyoruz. Fakat bu durumda, amaç size en iyi hizmeti sunabilmemi sağlamak. Bahsettiğim istisnalar dışında sizin iznimiz olmadan bu klinik dışına hiçbir bilgi çıkmayacaktır, emin olabilirsiniz."

Danışanın eğitiminin ve beklentilerinin değerlendirilmesi ile ilgili ikinci kural da danışanı görüşmenin amacıyla ilgili bilgilendirmektedir. Bu konuda uzak du-

rulacak klasik çizgi, Benjamin (1987) tarafından sunulmaktadır: "İkimiz de neden burada olduğunuzu biliyoruz" (s. 14). Benjamin'in bahsettiği gibi bu tarz bir giriş, olumlu/uyumlu ilişki kurma umudunu yok edebilir. Görüşmenin amacıyla ilgili gizemli ifadeler kullanmak yerine açık, net ve dürüst olun.

Açıkçası, yürüteceğiniz görüşmenin çeşidine göre görüşmenin amacına yönelik yapacağınız açıklamalar çeşitlilik gösterir. Görüşmenin amacına yönelik genel bir ifade, danışanın seans boyunca ne olacağı hakkındaki beklentilerini netleştirerek rahatlamasını sağlayacaktır. Örneğin, genelde evlat edinecek ailelerle değerlendirme görüşmeleri yürüten bir terapist şu ifadeyi kullanabilir:

> "Bu görüşmenin amacı, evlat edinme talebinde bulunan ebeveynler olarak sizi değerlendirerek çocuk esirgeme kurumuna yardım etmek. Bu tarz görüşmelerde kendinizi tanıttıktan sonra neden evlat edinmek istediğinizden bahsetmenizi istiyorum. Sonunda daha spesifik ve sizin çocukluğunuzla ilgili sorular soracağım. Görüşmenin sonuna doğru ise ebeveynlik tutumlarınızla ve kabiliyetinizle ilgili daha ayrıntılı sorular soracağım. Başlamadan önce herhangi bir sorunuz var mı?"

Ergenlik döneminde olan ve başkalarınca duygusal veya davranışsal sorunları olduğu için bize yönlendirilen öğrencilerle çalıştığımız zaman fark ettik ki gençler bir ruh sağlığı uzmanı ile küçük bir ofiste oturmaktan pek memnun değil. Dolayısıyla görüşmenin amacı ve oradaki rolümüz hakkında net olmak istediğimiz için şöyle diyorduk:

> "Başlamadan önce, hakkında bilgi aldığımı söylemeliyim. Bay Pepion, seninle görüşmemi istedi çünkü dediğine göre bir depresyon tanın varmış ve buraya uyumun ile ilgili durumu kontrol etmemi istedi. O yüzden, önce seni biraz tanımak için sonra da depresyonun ve diğer bazı konularda sana sorular soracağım. Ayrıca bilmeni isterim ki esas amacım senin burada başarılı olman. Başın kesinlikle belada değil. Birçok öğrenci ile görüşüyorum ve işim, onlara buraya uyum sağlamasına, hayatlarında başarılı olmasına yardım etmek. Evet birazdan sana bazı sorular soracağım ama sen de aklına bir şey takılırsa rahatlıkla sorabilirsin."

Üçüncü kural, danışanın görüşmeyle ilgili beklentilerinin sizinkiyle ve amacınızla tutarlı olup olmadığını görmeye çalışmaktır. Genellikle bir önceki örneğin sonundaki gibi basit, doğrudan soruları bu amaca hizmet edebilir. Esasen, siz de danışanın görüşmenin amacını kavradığından ve görüşme sırasında neler olacağı ile ilgili herhangi bir soru sorma konusunda kendisini rahat hissettiğinden emin olmak isteyebilirsiniz.

Tablo 6.1, giriş aşamasında yapılacakları, kontrol listesi olarak özetlemektedir.

**Tablo 6.1 Giriş Aşaması İçin Kontrol Listesi**

| Görüşmecinin Görevleri | İlişki Değişkenleri |
|---|---|
| ___1. Görüşme zamanını birlikte belirleyin. | İşbirliği, olumlu kabul, karşılıklılık |
| ___2. Kendinizi tanıtın. | Uyum, çekicilik, olumlu kabul |
| ___3. Danışanın kendisine nasıl hitap edilmesini istediğini sorun. | Olumlu kabul, güçlendirme |
| ___4. Genel bir konuşma ya da kısa bir sohbet başlatın. | Empati, olumlu/uyumlu ilişki |
| ___5. Danışanı uygun bir koltuğa yönlendirin (ya da danışanın seçmesine izin verin). | Uzmanlık, empati, olumlu/uyumlu ilişki |
| ___6. Uzmanlığınızı ya da statünüzü belirtin (uygunsa). | Uzmanlık |
| ___7. Gizlilik konusunu açıklayın. | Güvenilirlik, birlikte çalışma |
| ___8. Görüşmenin amacından bahsedin. | İşbirliği, uzmanlık |
| ___9. Görüşmeyle ilgili olarak sizin amacınızla benzerliğini ve uyumu kontrol etmek üzere danışanın beklentilerini sorun. | İşbirliği, mutabık olma |
| ___10. Gerek duyulursa zaman sınırını netleştirin | İşbirliği, uzmanlık |

## AÇILIŞ

Açılış, görüşmecinin danışanın endişelerine yönelik ilk sorusuyla başlar ve görüşmecinin spesifik konulara dair spesifik sorular sorarak görüşmenin gidişatını belirlemeye başlaması ile sona erer.

Shea'nın (1998) modelinde, açılış, beş ile sekiz dakika arasında süren, yönlendirici olmayan görüşme aşamasıdır. Bu aşamada görüşmeci, danışanı kendini açması amacıyla cesaretlendirmek için temel dinleme ve izleme becerilerini ve yönlendirici olmayan tepkileri kullanır. Burada görüşmecinin asıl görevi, yolu açmaktır; böylece danışan kendi hikâyesini anlatabilir. Örneğin:

> Ofise geldiniz. Danışanın oturacağı koltuğu seçmesine izin verdiniz (daha önce de bahsedildiği gibi oturma tercihleri de size bilgi sağlar. Şimdiye kadar danışanlarımız masanın arkasında olsa da sandalyeyi seçti!). Danışanınız huzursuzca yerini

değiştirdi, paltosunu çıkarmadı, kucağındaki çantayı sımsıkı kavrar şekilde oturdu. Endişeli bir şekilde gülümsedi. Doldurduğu giriş formunu aldınız. Başını salladı. Gizlilik konusunun üzerinden geçtiniz. Onayladı, bu ona mantıklı geldiğini gösteriyordu. Onun endişesini ve üzüntüsünü hissettiniz. Korkmuş gözüküyordu ve sık sık gözlerini kırpıyordu, belki de gözyaşlarını tutmaya çalışıyordu.

Çokkültürlü danışmanlık literatürü açısından Stanley Seu özellikle görüşmenin başlangıç aşamasında yardımcı olan çeşitli kavramlardan söz etmiştir (Sue, 1998, 2006). Danışman veya klinisyenin "bilimsel bir tutumla" bir ajandayı izlemesini önermiştir (bknz Bölüm 14). Buradaki bilimsel tutum ile kastedilen, görüşmecinin danışan hakkında deneme niteliğinde hipotezler oluşturmaya yönelik tutumudur; görüşmeci, ilk ve sonraki görüşmelerde de danışanın geldiği kültür, kişilik özellikleri, sorunları vb. konulara yönelik esnek bir tutumunu sürdürür. Elbette görüşmeci, bu hipotezleri değiştirmeye veya duruma göre göz ardı etmeye hazır olmalıdır. Bir önceki örneğe Sue'nun yaklaşımını uygularsak kendinize şu soruları sorabilirsiniz: Danışan ile ilgili ilk izlenimlerim neler, hipotezlerim neyi temel alıyor? Örneğin seansta "paltosunu çıkarmaması" veya "hızlı göz kırpmaları" ile ilgili ne tür hipotezlerim olabilir? Bilimsel bir tutumla kişiye yaklaşmak, klinik görüşme için çok önemlidir çünkü hafif bir soğuk algınlığından, kendini güvende hissetmediğinden, unutkanlıktan veya başka bir sebepten dolayı paltosunu çıkarmak istememiş olabilir. Sue'nun ilk görüşmedeki bilimsel tutum kavramı bize, danışana dair zamanından önce kararlar vermeden, geçici hipotezler oluşturmamızın ve bilgi geldikçe bunları gözden geçirmemizin gerekliliğini hatırlatmaktadır.

### Görüşmecinin Açılış Cümlesi

Görüşmenin açılış cümleleri danışana kısa sohbetin, girişin ve gizlilikle ilgili açıklamaların bittiğini işaret eder. Açılış cümlesi, görüşmecinin danışanı profesyonel yardım aramaya neyin yönlendirdiğine yönelik ilk doğrudan soruyu içermektedir. Bu ifade genellikle sakin ve rahat bir şekilde karşılanır, akışı bozan bir müdahale olarak algılanmaz. Ancak görüşmeye başlarken bazen daha girişken olmanız gerekir.

Pek çok danışman ve psikoterapist kendisini rahat hissettiği bir açılış cümlesi geliştirir. Genel olarak kullanılan: "Sizi şu anda danışmanlık (terapi ya da yardım) almaya neyin getirdiğini anlatır mısınız?" cümlesidir. Bu ifade şu unsurları içermektedir:

1. *Bugün:* Bu, danışanın gelme kararını vermesine neden olan öncül faktörler hakkında yorum yapmasını kolaylaştırır. Görüşmeci yardım arama kararı-

nın sadece sebeplere değil zamanlamaya da bağlı olduğunu bilir. Bazı durumlarda sorun yıllardır vardır ancak o ana kadar yardım aramak için doğru zaman hiç gelmemiştir.

2. *Sizi danışmanlık almaya:* Bu ifade, kliniğe gelmenin ya da sizi görmenin rutinin dışında bir eylem olduğunu belirtir. Bu danışanın sizi görmeye gelmesine neden olan hızlandırıcı olaylar hakkında bilgi vermesi önerisini sunar.
3. *Buraya getiren nedir?* Bu, "Bana kendinizi anlatın," ifadesinden daha spesifiktir; yine de görüşmeciyle hayatının hangi alanlarını paylaşmaya başlayacağı konusu danışanın yorumuna bırakılır.
4. *Bana anlatır mısınız?:* Görüşmecinin, danışanın söyleyeceği şeyi duyma konusundaki ilgisini gösterir. Ayrıca görüşmeci danışanın (kendini) anlatmaktan sorumlu olduğunu açıkça belirtir.

Belirli sözcükleri kullanmak konusunda rahat hissetmeyebilirsiniz fakat danışanınıza bu mesajın gerekli parçalarını nasıl iletebileceğiniz konusunda düşünmeniz önemlidir.

Açılış cümlesini belirleme hususunda çeşitli yaklaşımlar vardır. Açıkçası, açılış cümlesi net bir soru (nasıl ya da ne ile başlayan sorular) ya da nazik bir yönlendirme olabilir. Nazik bir yönlendirme olarak görülen yönlendirici nitelikteki açılış cümlesi için verilen örnekler, genellikle "Bana anlatın" ile başlar. Diğer yaygın açılış cümleleri şunlar olabilir:

Sizi buraya getiren nedir? Size nasıl yardım edebilirim?
İsterseniz, durumunuzla ilgili önemli gördüğünüz şeyleri anlatarak başlayabilirsiniz.
Evet, nasıl gidiyor?
Son zamanlarda baş ettiğiniz sorunlar nelerdir? (Shea, 1998)

Olası açılış cümlelerini incelerken danışanın yerinde olsaydınız bu sorulara nasıl cevap vereceğinizi düşünmelisiniz. İsterseniz, örnek görüşmelerde ya da uygulamalarda bu cümlelerin pratiğini yapabilirsiniz. Açılış cümleniz, danışanlarınızın kendisinden ve problemlerinden nasıl bahsedeceğini etkiler. Örneğin stresör ve baş etme mekanizmaları ile ilgili bir şeyler duymak isterseniz Shea'nın (1998) verdiği açılış örneğini kullanabilirsiniz. "Nasıl yardım edebilirim?" danışanın yardıma ihtiyacı olduğu ve sizin yardımcı olma işlevinizin olduğu varsayımını iletir. Açılış cümlesi kurmamak, yönlendirmeden tamamen uzak durmaktır. Genel olarak açılış cümlesinin amacı, danışana onu profesyonel yardım aramaya getiren kişisel sorunları ile ilgili özgürce konuşma imkânı sağlamaktır.

**Danışanın Açılış Tepkisi**

Siz başlangıç cümlesini kurduktan sonra sıra danışandadır. Nasıl cevap verecek? Sizin açılış cümlenizi alacak ve ona göre mi cevap verecek yoksa duraksayacak, doğru cümleleri bulmakta zorluk çekecek ve belki açıklayıcı olmanız için daha çok soru mu soracak? Daha evvel bahsedildiği gibi bazı danışanlar profesyonel görüşmecilere otoriter bir yönlendirme yapması beklentisiyle gelir; bu nedenle yönlendirici olmayan genel bir açılış cümlesi onları şaşırtabilir. Çoğunlukla verecekleri ilk tepki, yapılandırılmamış sorulara tepki verme şekilleriyle ilgili size ipuçları sağlayacaktır. Bazı klinisyenler, bu ilk davranışın danışanın kişilik dinamiklerini anlamak açısından çok önemli olduğuna inanır.

*Hazır Danışan Tepkileri*

Danışanlar görüşmeye kendilerine düşen kısma hazırlanmış izlenimi uyandıracak şekilde başlayabilir. Örneğin, şöyle başlayan danışanlarımız olabilir:

"Tamam, çocukluğumdan başlayayım."
"Son günlerdeki belirtilerim şunlar..."
"Son zamanlarda hayatımda zorluk yaşadığım üç konu var."
"... konusunda sıkıntılıyım."

Doğrudan ve organize bir başlangıç yapan danışanlarla çalışmanın avantajları ve dezavantajları vardır. En önemli avantaj, bu danışanların kişisel problemleriyle ilgili düşünmesi ve olabildiğince hızlı bir şekilde bu konulardan bahsetmesidir. İçgörüsü nispeten yüksek ve neden profesyonel yardım aradıklarına dair kafa yoran danışanlarla çalışırken bu size net bir avantaj sağlayacaktır ve görüşme çok iyi ilerleyecektir.

Diğer yandan, bazen danışanların açılışları Shea'nın (1998) bahsettiği "hazırlıklı görüşme"ye (s. 76) işaret eden çok yönlendirici ve organize başlangıçlardır. Bu durumlarda, danışanlar savunmacı davranmanın dışında depodaki görüşme cevaplarından birini verir. Bu cevap, gerçeklere dayanabilir ve bilgilendirici olabilir ancak problemlerine duygusal olarak uzaktır. Duygusal uzaklık, gerçekte, problemlerinin temeli olabilir. (Danışan yakın ilişkilerinde duygusal bağlılık sorunları yaşıyor olabilir). Çok organize ve doğrudan verilen açılış cevapları bazen yapılandırılmamış durumlarla ilgili genel bir rahatsızlığı yansıtıyor olabilir; danışan yapılandırılmamış açılış cümlesine aşırı yapılandırılmış ve organize cevaplarla tepki gösterebilir.

*Kendilerini İfade Etmekte Zorlanan Danışanlara Yardım Etme*

Bazı danışanlar açılış cümlesi yeterince açık yönlendirme sağlamadığından zorluk yaşayabilir ve nasıl devam edeceğini bilemez. Örneğin danışanınızın sessiz

kalıp soru sorarcasına size baktığını ve "Evet, ne hakkında konuşma gerekiyor?" ya da "Ne söylememi istediğinizi anlamadım," dediğini hayal edin. Yapılandırılmamış açılış cümlesinden rahatsız olan danışanlarla karşılaştığınızda şu sıralamayı deneyebilirsiniz:

1. Kibar ve ilgili bir duruşu benimseyin fakat (onların savunma mekanizmalarını değerlendirirken) birkaç dakika da zorlanmalarına izin verin.
2. Talep edilen şeyin zorluğu konusunda duygusal destek verin.
3. İlaveten yapılandırma sunabilirsiniz.

Danışanların yapılandırılmamış açılışlarda zorlanması onların kendisini ifade etme kabiliyetini değerlendirmek için fırsat sağlayacaktır. Danışan sizin açılışınıza, "Ne hakkında konuşmalıyım?" diyerek cevap verirse, samimi bir şekilde "Ne hakkında olursa," "Nasıl isterseniz," diyebilirsiniz. Bu cümle, uygun başlangıç noktasını tanımlar ve danışanın sorumluluğunu belirler. Ayrıca danışanın içsel ifade yeteneği konusunda da mükemmel bir değerlendirme yapma imkânı sağlar. Bu sayede siz de danışanın kendini ifade edebilmek için ne kadar desteğe ihtiyacı olduğunu öğrenebilirsiniz.

Danışanın yapılandırılmamış açılış cümlesiyle mücadelesine izin vermenin diğer bir gerekçesi de tereddütlü başlangıçlarının üstesinden gelmeleri ve sizinle olan iletişimlerine başlamak için doğru noktayı belirleyerek açılışı yeniden ele almalarına fırsat sunmaktır. Belki de danışan sadece en başta yavaş davranacaktır ve bu bilgi de kendi başına çok önemli olabilir.

Danışanınız ikinci kez tereddüt ederse ya da sizin yapılandırılmamış açılışınızdan rahatsız görünürse ona destek vermeniz gerekir:

Danışan: Gerçekten nereden başlayacağımı bilmiyorum.
Görüşmeci: Bazen ne söylemek istediğini bilmek zordur. Okulda, ev ve iş yerinde neler olduğu ile başlamak ister misiniz?

Bu ifade danışanın görevini açıkça tanımlayan veya daraltan bir yapı sağlar ve danışandan talebinizi basitleştirir. Bazı durumlarda, danışanın kendini ifade etmede başarılı olabilmesi için görüşmecinin daha da yapılandırılmış bir başlangıca da ihtiyacı olabilir (örneğin, belki de gününüzün nasıl geçtiğinden bahsederek başlayabilirsiniz).

### Görüşmecinin Açılış Cümlesine Diğer Danışan Tepkileri

Bazı danışanlar görüşmeye o kadar tuhaf başlar ki onun günlük hayattaki "hali-

ni" merak edersiniz. Örneğin danışanların seansa aşağıdaki cümlelerle başladığını hayal edin:

> "Geldim, çünkü başkaları gelmem gerektiğini söyledi. Siz benim şahidim olacaksınız."
> "Doktor olan sizsiniz, bende neyin yanlış gittiğini siz söylemelisiniz."
> "Sizinle burada bulunmam Allah'ın bir lütfu. Başlamadan önce dua edebilir miyim?"
> "İçimde derin bir acı var. Bazen dalga gibi üzerime geliyor. Tamam, erdem ve doğruluk kaynağı değilim ama gerçekten... Kendime sürekli soruyorum, bunu hak edecek ne yaptım?"

Danışanın "normalliğini" değerlendirebilmek ya da bu konuda karar vermek çok iyi bir klinik değerlendirme gerektiren, zor ve zahmetli bir iştir. Değerlendirme yöntemlerini bu bölümde ve Bölüm 8'de daha detaylı ele alacağız.

Açılış cümlenize verilen en ideal cevaplar, genellikle içgörünün ve işbirliğinin temelini atar. Örneğin:

> "Burada neden bulunduğum ya da neden şimdi geldiğim konusunda pek emin değilim. Son zamanlarda, işyerindeki stresle çok iyi baş edemiyorum ve bu aile yaşamımı da etkiliyor. Sanırım ben işten ve ailemden konuşarak başlayacağım; bu arada belki siz de hakkımda bilmek istediğiniz şeylerden tam olarak bahsedip bahsetmediğimi bana söyleyebilirsiniz."

### Açılış Esnasında Danışanın Sözel Davranışlarını Değerlendirme

Görüşmenin açılış aşamasındayken danışanların yaklaşımlarını değerlendirmeli ve cevaplarınızı buna göre ayarlamalısınız. Örneğin konuşkan ve dağılmaya eğilimli danışanlarla çalışırken fırsat bulduğunuzda araya girmeye hazırlıklı olmalısınız. Bu kişilerle çalışırken açılış aşamasının sonuna doğru danışanın sözel davranışları üzerinde nasıl daha çok kontrol sağlayabileceğiniz konusunda düşünebilirsiniz. Çok fazla dağılan danışanları yönlendirmek için daha kapalı uçlu sorular kullanmayı deneyebilirsiniz.

Benzer şekilde, bazı danışanların sorunlarını tarif ederken içsel yüklemeler yaptıkları da açıkça görülebilir. Örneğin:

> "Neyin yanlış gittiğini anlamıyorum. Kendimi her zaman endişeli hissediyorum... Sanki biri beni izliyormuş ve değerlendiriyormuş gibi. Fakat öyle olmadığını biliyorum. Her zaman çok depresif hissediyorum. Yaptığım hiçbir şey tam olarak doğru gitmiyor. İşsizim. İyi giden bir ilişki kurabilmiş değilim. Her zaman yanlış kadınları seçtim ve zaten seçme şansı olan herhangi birinin benimle birlikte olmayı istemesi için iyi bir neden göremiyorum."

İçsel atıf yapan danışanlar, kendilerini eleştirme ve suçlama eğilimindedir. Kendilerini suçlamaya başlayabilir ve bunu seansın sonuna kadar sürdürebilirler. Bazen onları *içselleştiriciler* olarak adlandırmak doğru olabilir, çünkü her zaman problemlerini içselleştirerek tanımlarlar. Bu yaklaşımdaki danışanlar, "Bende yanlış giden" veya "Böyle tuhaf hissetmeme neden olan bir şeyler var," ifadelerini kullanma eğilimindedir.

Diğer taraftan, bazı danışanları da *dışsallaştırıcılar* olarak tanımlamak daha uygundur. Bu danışanlar, "Onlarda yanlış olan ne?" ya da "Hayatımdaki herkeste yanlış olan bir şeyler var," mesajını iletir. Örneğin danışan söze şöyle başlayabilir:

> "Aslında tüm problemim saçma sapan bir patronumun olması. Kaba, aptal ve küstah. Aslında erkekler genel olarak duyarsız ve başka bir erkekle uğraşmam gerekmese hayatım daha iyi olabilir."

Dışsallaştıran danışanlar sorunlarının diğer insanlardan kaynaklandığına inanma eğilimindedir. Şikâyetlerinde doğruluk payı olsa dahi, yapıcı bir şekilde kendi sorumluluklarını kabul etmelerini ve kendi duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına odaklanmalarını sağlamak çok zor olabilir.

Aslında, genellikle danışanların problemleri kişisel (içsel) ve durumsal (dışsal) faktörlerin bileşiminden kaynaklanır. Açılış aşaması esnasında, danışanın problemleri konusunda çok fazla ya da çok az sorumluluk alıp almadığını değerlendirebilmek için onu dinlemek oldukça faydalıdır (danışanların problemlerinin sorumluluğunu almaları konusunda farklı bir yaklaşım için bu bölümdeki Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 6.1'e bakınız).

Tabii ki kısa bir açılış cümlesinden yola çıkıp kesin olmayan sonuçlara varmak için birden fazla kanıt gerekir. Yine de açılış cevabı size danışanların kendilerini ve problemlerini nasıl algıladıklarıyla ilgili bir ilk izlenim sunar, danışanınızla ilgili ilk klinik hipotezi oluşturmanıza yardımcı olur. Danışanların açılış konuşmaları hakkında aşağıda verilen soruları dikkate almalısınız:

Danışan kendini doğrudan ve tutarlı şekilde ifade ediyor mu?

Açılış cevabı fazla yapılandırılmış, organize ve belki de bir tekrar mı? Danışan yapılandırmanın olmaması nedeniyle zorluk yaşıyor mu?

Danışan yapılandırma azlığından dolayı zorluk yaşıyorsa bu zorlanmayı neden yaşıyor (direkt daha fazla yapılandırma mı istiyor, az düzeyde bir yapılandırma ile karşılaştığında kaygılanıp korkuyor mu, karmaşık ve düzensiz bir iletişim tarzı ile konudan uzaklaşıyor mu?)

Danışanın konuşmasında tuhaflıklar mı var?

Danışanın tepkileri, daha çok dışsal faktörleri mi (başka insanlar ya da durumların sıkıntıya neden olması) yoksa içsel faktörleri mi (danışanın kendisi mi) barındırıyor?

Tablo 6.2 görüşmenin açılış aşamasında görüşmecinin görevlerini listelemektedir.

**Tablo 6.2 Açılış Aşaması İçin Kontrol Listesi**

| Görüşmecinin Görevleri | Teknik Yaklaşımlar |
|---|---|
| _ 1. Olumlu/uyumlu bir ilişki kurmak için çaba sarf etmek. | Yönlendirmeden dinleme |
| _ 2. Danışanın hayatına ve problemlerine bakış tarzına odaklanmak. | Açık uçlu sorular, kibarca yönlendirme |
| _ 3. Gerekli durumlarda yapılandırma ve destek sağlamak. | Yansıtmaları hissetme, açılış aşamasının amacını netleştirme, açılış sorusunu daraltma |
| _ 4. Gerekli durumlarda danışanın dışsal yüklemeler yerine, içsel yüklemeleri benimsemesine yardım etmek. | Yönlendirmeden dinleme, orta düzeyde yüzleştirme |
| _ 5. Görüşmenin nasıl gittiğini değerlendirmek ve gelişme aşamasında hangi yaklaşımın daha etkili olacağı konusunda düşünmek. | Başka sözcüklerle anlatma, özetleme |

## GELİŞME

Görüşmenin gelişme aşaması, tipik olarak, bilgi toplamaya odaklanır. Alınacak bilginin kalitesi ve miktarı neredeyse tamamen görüşmenin amacına bağlıdır. Görüşmenin amacı danışanın psikanalitik psikoterapi için iyi bir aday olup olmadığını belirlemekse görüşmenin gelişme aşamasında diğer şeylerin yanı sıra hem danışanın bu tedaviyi almak için psikolojik isteğine ve motivasyonuna hem de finansal ve psikolojik yeterliliğine yönelik sorular sorulur (Levenson, 2004; Messer & Kaplan, 2004).

Diğer yandan, görüşmenin amacı danışana klinik bir tanı koymak ve tedavi planı oluşturmaksa alınan bilgi teşhise yönelik ipuçlarına ve ölçütlere odaklanacaktır (Bkz. Bölüm 10). Yine de danışanın paylaştığı bilgilere dayanarak görüşmenin gelişme aşamasının amacı ve odak noktası değişebilir. Örneğin görüşmede danışanınızın intihar düşünceleri olduğunu fark edebilirsiniz ve neticede genel amacınız intihar riskini değerlendirmeye doğru kayabilir (Bkz. Bölüm 9).

Gelişme aşaması, görüşmenin kalbi gibidir. Görüşmeci olarak vaka formülasyonu yapmak ve önerilerde bulunmak için belirli bilgileri elde etmelisiniz. Kulaklarınız bilgileri yakalamak için açık olmalı ve daha önceki bölümlerde vurgulandığı gibi, belli başlı konularda daha fazla ayrıntıya girmesi konusunda danışanınızı yönlendirici ve yönlendirici olmayan tepkiler yardımıyla cesaretlendirmelisiniz.

### Klinik Kararlar için Kullanılan Kaynaklar: Çıkarım Yapmak

Gelişme aşaması boyunca, görüşmeci danışan ile ilgili profesyonel çıkarımlar yapmak için bilgi toplar. Görüşmenin amacına bağlı olarak, yapılan çıkarımlar şunlardan bazılarıyla ilişkili olabilir:

- Danışanın kişilik tarzı ve işlevselliği, Psikoterapinin gerekliliği,
- En uygun psikoterapötik yaklaşımın ne olduğu, teşhise yönelik izlenimlerle birlikte konulan teşhis, danışanın zihinsel veya bilişsel işlevlerine dair öngörüler, ebeveyn yetkinliği, tutumları ve yeterliliği,
- Olası bağımlılıklar, geçmiş suç davranışı, geçmişteki iş durumu, ilişki durumu ve eğitim durumu.

Bir seanslık klinik görüşmeye dayanarak kararlar vermek, önerilerde bulunmak ve tahminler yapmak oldukça risklidir. Davranışları tanımlamak, açıklamak ve özellikle tahminde bulunmak zor bir iştir ve çoğunlukla hatalarla doludur (Caspi ve Roberts, 2001; Paunonen, 2001). Yine de değerlendirmeye yönelik görüşme yaptıktan sonra belirli çıkarımlar yapmanız ve hatta kararlar vermeniz beklenir. Buna bağlı olarak, takip eden kısım, doğru klinik çıkarımlar yapmanız konusunda daha yetkin olmanıza yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bölüm 7'de görüşmenin gelişme aşaması ile ilgili aktivite örneklerini bulabilirsiniz.

### Psikolojik ve Duygusal Bozuklukları Tanımlamak

Görüşmeciler, normal ve sağlıklı duygusal ya da psikolojik işlevselliği normal dışı ve sorunlu işlevsellikten ayırt edebilmelidir. Amerika'da, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),* revize edilmiş dördüncü baskısı (*DSM-IV-TR;* Amerikan Psikiyatri Derneği, 2000) ruhsal bozukluklar için standart bir referanstır. Psikolojik rahatsızlıklar için *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması* –10. baskı, (*The International Classification of Diseases, ICD- 10;* Dünya Sağlık Örgütü, 2004) ise bir dünya standardıdır. Bu kılavuzları belirli bir klinik tanı için kullanmadan önce, danışanın davranışlarının psikolojik bir rahatsızlığa veya sıkıntıya (sorunlu düşünce, duygu ve davranışlar) işaret edip etmediğine karar vermelisiniz. Bunu takiben, danışanın bu tanıya gerçekten uygun olup olmadığına karar verilmelidir. Bunlar tamamen tanı kriterlerine dayanmak zorunda değildir; klinik yargınıza, normal ve anormal davranışlar hakkında karar vermenize yardım edecek genel kılavuzlar da yardımcı olabilir (Bölüm 10'da ruhsal bozuklukları belirleme ve tanımlamada *DSM* yaklaşımı gözden geçirilmiştir).

#### *İstatistiksel Seyrekli*

Danışanınızın deneyimlediği ya da sergilediği her davranış, nesnel bir değerlendirmeye tabi olabilir. İstatistiksel olarak nadir görülen ya da tipik olmayan bir davranışı deneyimlemek veya o davranışı sergilemek, davranışsal bozuklukları ya da psikopatolojiyi tanımlamanın yollarından biridir. Örneğin danışanınız her gece kaç saat uyuduğunu veya her hafta kaç bira içtiğini rapor edebilir. Klinik görüşmeci olarak onun raporlarını istatistiksel açıdan normal durumlarla kıyaslayabilirsiniz. Her gece 12 saat uyuyorsa ve haftada üç kasa bira içiyorsa danışanınızın davranışlarını olağandışı ya da anormal olarak değerlendirmeye başlayabilirsiniz.

Tabii ki bu, istatistiksel olarak seyrek görülen davranışların hepsi ruhsal bozukluklara işaret ediyor anlamına gelmez. Böyle bir mantık çok indirgemeci olacaktır ve istisnai, yaratıcı ya da kültürel olarak farklı kişileri hasta ve rahatsız olarak tanımlamakla sonuçlanabilir (bu durum pek çok profesyonel basketbol oyuncusuna boy rahatsızlığı ve pek çok şaire düşünme bozukluğu teşhisi koymakla sonuçlanabilir). Davranış, hiçbir zaman, sadece istatistiksel seyreklik gerekçesiyle bir ruhsal bozukluk göstergesi olarak kullanılamaz. İstatistiksel olarak seyrek bir davranış, şu durumlarda daha ayrıntılı şekilde incelenmelidir:

*Kendini ya da Başkalarını Rahatsız Etmek*

Kişi 12 saat uyumayı çok fazla bira içmeyi seçebilir ve bundan hiç rahatsızlık duymayabilir. Diğer insanlar ise iki gün üst üste dokuz saatten fazla uyuduğunda ya da çok fazla içtiğinde bireysel olarak fazlasıyla rahatsızlık hissedebilir. Bazı kişiler için hangi davranışların bireysel düzeyde rahatsızlık yaratabileceğini öngörmek değerlendirmeciler açısından oldukça zordur. Bu nedenle görüşmeciler, doğrudan, danışanın kendi davranışlarından rahatsız olup olmadığını sormalıdır.

Ruhsal bozukluklar, başkalarını rahatsız etmeye ya da sıkıntı vermeye göre de nitelendirilebilir. Pek çok aile üyesi, sevdikleri kişinin çok uyumasından ya da içki içmesinden en azından biraz da olsa endişe duyar. Kişilik bozukluğu (*DSM-IV-TR*'de tanımlanan tanı kategorilerinden biri) vakalarında, kişilik bozukluğu olan kişiyle birlikte yaşayan ya da çalışan kişiler genellikle stres yaşar, sonunda danışmanlık alması konusunda kişiye ısrar eder. Bu nedenle danışanların davranış bozukluklarını değerlendirirken yakın çevresinde onların davranışlarından rahatsızlık duyan ya da sıkıntı yaşayan birilerinin olup olmadığını mutlaka sormalısınız.

**Uyumsuz Davranışlar**

Tekrar tekrar kendilerini engelleyen veya huzursuz eden davranışlarda bulunan ve sıkıntı veren düşüncelerden vazgeçemeyen ya da olumsuz duygular deneyimleyen kişilerin genellikle ruhsal ya da davranışsal bozukluğu olduğu kabul edilir. Bu durumda çoğunlukla düşüncelerin, duyguların ya da davranışların kişinin hayatında bir işlevi vardır ancak bunlar büyük ölçüde olumsuz ve işlevsel olmayan

örüntülerdir. Örneğin, anne-baba samimiyetle ergenlik dönemindeki çocuklarının odasını temiz tutmasını istiyor olabilir fakat sürekli ikaz ve tartışma, aile-çocuk ilişkinin zarar görmesine yol açabilir, kirli dağınık bir oda ile sonuçlanabilir. Aslında, çocuklara, özellikle de ergenlere bağırmanın azarlamanın ve vurmanın istenen amaçlara ulaşmada etkili olmayan uyumsuz davranışlar olduğu bir gerçektir. Benzer şekilde, bir adam samimiyetle duygusal bir ilişkiye girmek istiyor olabilir fakat çok istekli davranışları adayları korkutabilir ve ona yaklaşmalarını sınırlayabilir. Adamın niyeti iyi olabilir fakat yaklaşımı uyumsuz veya işlevsizdir; bu olası adayları korkutarak kaçırır ve sonuç olarak adamın yalnızlığını daha da artırır. Tanım itibariyle mesleki, sosyal, fiziksel ve eğlence aktivitelerindeki işlevselliği engelleyen bu davranış örüntüsü genel olarak uyumsuz olarak değerlendirilir.

### Mantıksal ve Kültürel Olarak Yersiz Davranışlar

Danışanın davranışı, düşüncesi ya da duyguları olağandışı veya uyumsuz ise bunun geçerli ve mantıklı bir sebebi olup olmadığından emin olmalısınız. Karısı ne zaman uyuyacağına ya da yemek yiyeceğine karar veremediği için gerekli olduğunu düşündüğünde, karısını yemek yemeye ya da uyumaya zorlamayı kendi sorumluluğu olarak gören bir danışanı ele alalım. Bu adamın karısını yemek yemek ya da uyumak için zorlamasıyla ilgili haklı gerekçeleri olabilir mi? Bu vakada, eşinin kendine bakıp bakamayacağına karar vermek uygundur. Bu durumda şöyle sorular sorulabilir: Eşiniz kaç yaşında? Çalışabiliyor mu ya da diğer görevlerini etkin bir şekilde yerine getiriyor mu? Alzheimer, farklı bir beyin hasarı ya da zihinsel yetersizliği var mı? Danışandan neden karısının uygun zamanlarda uyumak ya da yemek konusunda karar veremeyeceğini düşündüğünü anlatması istenebilir. Bu durumda, cevaplar aydınlatıcı olabilir. Diyelim ki bu danışanın karısı ev dışında çalışabiliyor, 40'lı yaşların ortalarında, görünen hiçbir beyin hasarı ya da yetersizliği yok. Bu gerçek vakada danışan, karısının uyuma ve yeme ihtiyacını fark edememesinin sebebi olarak zihinsel engelli bir erkek kardeşinin olmasını gösteriyor; o nedenle (kelimenin tam anlamıyla tam işlevsellik gösterse de) eşinin de benzer bir genetik bozukluğu olabileceğini düşünüyordu.

Bu vakada, görüşmeyi yaptıktan sonra danışanın olağandışı ve rahatsız edici davrandığı açıktı. Davranışı, mantıksal olarak geçersiz (karısı kendine bakabiliyordu), istatistiksel olarak seyrek (pek fazla kişi eşinin yeme ve uyuma örüntüsünü düzenleme ihtiyacı hissetmez), rahatsız edici (karısı için) ve uyumsuzdu (evliliklerinde kriz başlatmıştı).

Adamın davranışının geçerliliği ile ilgili sorulabilecek tek bir soru kalmıştı: Davranışı kültürel olarak geçerli miydi ve onaylanmış mıydı? Bu standart üzerinde düşünelim. Bu adamın kontrol davranışlarını yeterli derecede haklı gösterecek herhangi bir kültürel durum düşünebiliyor musunuz? (Ruhsal bozuklukların kendi kültürel bağlamında daha ayrıntılı değerlendirilmesi konusunu Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 6.1 ve Bölüm 14'te bulabilirsiniz).

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 6.1**

**Danışanın Problemlerinde Toplumun Katkısını Sorgulamak**

Danışanın problemlerinin kendi sosyal ve kültürel bağlamında değerlendirilmesinin gerekliliği tartışma götürmez bir gerçektir. Bu noktayı özellikle aileler için açık bir şekilde ifade etmek adına Goldenberg ve Goldenberg (2000), ünlü aile terapisti Salvador Minuchin'in keşiflerinden bahsetmiştir (Minuchin, Rossman ve Baker, 1978).

Minuchin ile çalışma arkadaşlarının, araştırma ve klinik verilerini inceledikten sonra problemleri aile çerçevesinde değerlendirmesiyle tüm ailenin dahil edildiği başarılı müdahaleler mümkün olmaya başlamıştı. Daha sonra, anoreksik çocukların yanı sıra şiddetli ve yineleyen atakları olan astımlı çocuklarla yürütülen çalışmaların sayısı artmıştı; araştırma verileri Minuchin'in, patolojinin kaynağının sıkıntı yaşayan bireylerden ziyade aile olabileceği iddiasını doğrular nitelikteydi (Goldenberg ve Goldenberg, 2000, s. 197).

Minuchin, danışanın bireysel belirtilerini aile sistemi yaklaşımından görmenin önemine dikkat çekmiştir. Buna karşın, her bir tanısal kategori için kültürel konularla ilgili açıklamaları olsa da *DSM-IV-TR* ruhsal bozuklukları sadece bireye ait bozukluklarmış gibi tanımlamaya devam etmektedir (American Psychiatric Association, 2000).

Yalnızca *DSM*'nin ya da Minuchin'in perspektifini biliyor olsaydınız danışanların kendi belirtilerinin bireysel sorumluluklarını almaları açısından, bu iki perspektifin kavramsal olarak iki zıt ucu temsil ettiği sonucuna varabilirdiniz. Gerçekte ise hem *DSM* hem de Minuchin'in "ılımlı" etiyolojik yaklaşımları temsil ettiği söylenebilir. Daha uç görüşler, biyolojik psikiyatri tarafından dile getirilmektedir (ruhsal bozuklukların sadece bireye değil aynı zamanda gene bağlı olduğuna inanan görüş; Toates, 2001).

Diğer aşırı uç ise İngiliz psikolog David Smail'in (1997, 2000) bireydeki belirtiler konusunda kültürü sorumlu tuttuğu görüştür.

Duygusal sorunlar gerçek ve çoğunlukla uzun süren yıkımlara neden olan, gerçek dünyayla acı veren mücadelelerden kaynaklanır. Hayat kolay değil ve çok azımız etkilenmeden olayların üstesinden gelebiliriz. Danışmanlık sürecinin, kişinin özgüvenini sorunlarla baş etme becerisini zayıflatabilecek sosyal, ekonomik ve sağlık gibi alanlarda yaşanan zorluklar üzerindeki gerçek etkisiyle ilgili sınırlılıkları oldukça açıktır. Bu durumda gerçekten yardım edebilecek şey, problemleri çözmelerini sağlayacak gücü kendilerinde bulmalarıdır. "Ruhsal bozuklukların" sebepleriyle ilgili bir eksen üzerinde en az dört noktadan bahsedebiliriz. Tabii ki biyolojik psiki-

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 6.2 (devamı)**

yatrlar ruhsal bozukluğun yanlış bir kullanım olduğunu (ruh hastalığının daha doğru bir kullanım olduğunu) bile iddia edebilir. Bu durumda David Smail (ya da Thomas Szasz; 1961) da ruh hastalığı diye bir şeyin olmadığını söyleyecektir. Aşağıdaki tablo, ruhsal/davranışsal problemlerin sebepleriyle ilgili dört bakış açısını kısaca özetlemektedir.

| Biyolojik Psikiyatri | DSM-IV-TR | Minuchin | Smail |
|---|---|---|---|
| Danışanların problemleri, bireylerin genetik ve biyolojik yapısından kaynaklanır. | Danışanların problemleri, bireylerden kaynaklanır, fakat bu sorunlar bazen sosyal ve kültürel faktörler tarafından tetiklenir veya sürdürülür. | Danışanların problemleri, temel olarak, aile ve çevresel bağlama bağlıdır. | Danışanların problemleri, tamamen sosyal, kültürel ve politik bağlamdan kaynaklanır. |

Psikoloji ve danışmanlıktaki pek çok konu gibi danışanın problemleriyle ilgili sorumluluğuna yönelik düşünceleriniz de onlarla nasıl ilişki kuracağınızı şüphesiz ki etkileyecektir. Danışanın sorumluluğuyla ilgili bu eksen üzerinde hangi düşünceye daha yakın hissettiğinizi anlamak için zaman ayırın (arkadaşlarınız veya sınıftaki arkadaşlarınızla tartışın).

Şimdiye kadar verilen standartlar, görüşmedeki neredeyse tüm klinik gözlemlere uygulanabilir. Örneğin, danışan görüşme süresince depresyon ya da üzüntü belirtileri gösteriyorsa kendinize şu soruları sormalısınız:

"Bu kişinin üzüntüsü, benzer olayları yaşayan pek çok kişiyle karşılaştırıldığında olağandışı ve alışılmamış ölçüde mi?"

"Bu üzüntü, danışan için rahatsız edici mi ve onu altüst ediyor mu? Bu bilhassa danışanın çevresindeki kişiler için rahatsız edici düzeyde mi?"

"Bu üzüntü, danışanın işteki çalışmalarını, kişiler arası ilişkilerini ya da sosyal aktivitelere katılımını olumsuz yönde etkiliyor mu? Danışanın üzüntüsünün geçerli bir sebebi var mı? Danışanının üzüntüsüyle mantıksal olarak ilişkili bir olay

yaşandı mı (sürekli reddedilme ya da sevdiği birinin ölümü)? Danışanın üzüntüsü için geçerli bir kültürel açıklama var mı?"

Bu kriterlerden sadece birini değerlendirerek bireyin psikolojik bozukluğu olup olmadığına karar veremezsiniz. Her bir kriterin önemli eksiklikleri vardır. Onun yerine, bireysel vakalarda psikopatolojinin var olup olmadığını daha iyi anlayabilmek için danışanınızın düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını bir dizi standart bağlamında değerlendirmelisiniz. Ayrıca bazı düşünce, duygu ve davranışlar için kültür veya cinsiyet temelli bireysel farklılıklar dikkate alınmalıdır.

## MÜDAHALELERİ UYGULAMA

Görüşmenin gelişme aşaması aynı zamanda danışandaki değişimi kolaylaştıran müdahaleleri uygulamak için görüşmecilere fırsat sunmaktadır. Elbette ideali, yeterli ölçüde değerlendirme yaptıktan sonra müdahaleyi uygulamaktır. Ancak birçok durumda, değerlendirme ve müdahale eş zamanlı olabilmektedir.

Çözüm odaklı veya yapısal yaklaşımlar açısından, değerlendirme ve müdahale kaçınılmaz olarak bir arada devam eden süreçlerdir. Bu görüşün ardında yatan düşünce, değişimin dil ve ifadenin yapılandırılmasına bağlı olmasıdır. Dolayısıyla yapılsalcı bir görüşmeci "terapistler sadece öyküyü almaz, aynı zamanda öykü yazar" diyebilir; değişimin, görüşmeci ve danışanın, danışanın yaşam deneyimleri ve geleceği hakkında konuşarak yeniden formüle etmeleri ile gerçekleştiğini düşünür.

Kuramsal yöneliminiz ne olursa olsun, gelişme aşaması değişim için olası müdahaleleri uygulabileceğiniz bir aşamadır. Davranışçı terapistler bu aşamada, pekiştirme, tepki bedeli, model olma ve maruz bırakma gibi teknikleri kullanabilir. Bilişsel terapistler, işlevsel olmayan düşünceleri sorgular. Danışan-merkezli terapistler, danışanı daha ayrıntılı olarak kimliği hakkında konuşmaya cesaretlendirir. Psikanalitik terapistler, dinler ve yorumlar. Feminist terapistler, yardım sürecine danışanın sıkıntısına yönelik güç ve sosyal düzenin etkilerini danışan ile birlikte ele almaya başlar. Birçok vakada, görüşmenin gelişme aşaması terapötik müdahalenin başladığı aşamadır. Ancak gelişmenin kapanış aşamasına doğru geçişi de eş düzeyde önem arz eder (Görüşmenin gelişme aşamasında yapılacaklar Tablo 6.3'te listelenmiştir).

Tablo 6.3. Gelişme Aşaması İçin Kontrol Listesi

| Görüşmecinin Görevleri | Görüşme Araçları |
|---|---|
| __ 1. Yönlendirici olmayan dinlemeden yönlendirici dinlemeye geçin. | Gerekirse danışanınıza tarzınızdaki değişimi açıklayın. |
| __ 2. Daha fazla bilgi alın. | Açık ve kapalı uçlu sorular sorun (Bkz. Bölüm 8). |
| __ 3. Teşhisle ilgili bilgi edinin. | *DSM-IV* ve ICD-10'u kullanın ya da bu bölümde tartışılan dört yönlendirici ilkeyi kullanın. |
| __ 4. Bilgi toplamadan sonra kapanış için hazırlıklara geçin. | Zamanın geçtiğinin farkında olun; önemli konuların özetlenmesiyle ilgili gerekliliği açıklayın ve tartışın. |

## KAPANIŞ

Görüşme devam ederken hem danışan hem de görüşmeci üzerinde bir baskı hissedebilir. Genellikle görüşmeci, birkaç soru daha sormak için dayanılmaz bir istek duyabilir; her şeyi 50-90 dakikalık bir seansa sığdırıp sığdıramayacağınızı görmek size yarış gibi gelebilir. Shea (1998), "Süpervizyonda en sık karşılaşılan problemlerden biri, gelişme bölümünün aşırı uzaması ve bunun klinisyeni kapanış aşamasında hızlı davranmaya zorlamasıdır," (s. 130) demektedir.

Görüşmede zaman ilerlerken danışanların da benzer şekilde gerilimleri artabilir. Onlar da kendilerini yeterince ifade edip etmediğini, görüşmecinin verdiği desteklerin ve önerilerin yeterli olup olmadığını merak edebilir. Danışanlar kendilerini görüşmenin başındakinden daha kötü de hissedebilir çünkü problemlerini aşırı grafiksel, basit düzeyde dile getirmiş olabilir ya da sadece problemlerini yansıtırken daha kötü hissetmeye başlar. Danışanlar bunları hissetmeye ve düşünmeye eğilimli olduğundan, görüşmeciler kapanış için bol zaman ayırmalıdır.

### Danışanınıza Güvence Vermek ve Destekleme

Danışanınız en azından iki temel konuda rahatlatılma ve destek alma ihtiyacı içinde olabilir. İlk olarak, danışanlar dışavurum/ifade etme becerilerinin övülmesine ihtiyaç duyabilir. Gönüllü olarak yardım arayan danışanların nerdeyse hepsi, ilk görüşmede yapabileceklerinin en iyisini yapar. İlk görüşme zorlu bir süreçtir ve bazen de kaygı yaratan bir deneyimdir. Bu nedenle kapanış aşamasında görüşmecinin şu gibi yorumlarda bulunması fayda sağlayacaktır:

"Bugün pek çok kritik noktayı dile getirdiniz."
"Kendinizi anlatmak konusundaki çabanızı takdir ediyorum."
"İlk seanslar her zaman zordur çünkü üzerinden geçilecek çok konu vardır fakat zaman hep az gelir."

"Kendinizi ve hayatınızı bu kadar kısa bir zamanda anlatarak çok iyi bir iş çıkardığınızı düşünüyorum."
"Çok açık olduğunuz ve benimle bu kadar çok şeyi paylaştığınız için teşekkür ederim."

Bu gibi yorumlar, görüşme ortamının ne kadar zorlu olduğunu ve danışanın ifade çabasını takdir ettiğinizi gösterir.

İkinci olarak, pek çok danışan ilk görüşmeye karmaşık duygularla gelir; görüşme ve terapötik deneyimle ilgili hem umut hem de korku hisseder. Bu nedenle görüşmeci, bu kararla ilgili umut hissini besleyerek danışanın profesyonel hizmet alma kararını desteklemelidir. Örneğin:

"Bu görüşmeye gelmekle doğru kararı verdiniz."
"Bugün buraya geldiğiniz için sizi tebrik etmek istiyorum. Yardım için birine gitmek çok zor olabilir. Bazı kişilerin farklı düşündüğünü biliyorum fakat kişinin kendisi için yardım almasını gücünün bir işareti olarak görüyorum."

Bu gibi ifadeler, profesyonel yardım aramanın ne kadar zor olduğunu bildirmektedir. Danışanlar bu zor kararı vermesi konusunda desteklenmelidir. Destek sağlamak, danışanlara yardım aramakla iyi bir karar verdiklerini hissettirebilir.

Bazı durumlarda, danışanlar savunmacı davranıp görüşme süresince kendilerini açığa vuran bilgiler vermekten uzak durur. Yine de profesyonel bir görüşmeci olarak, o gün için danışanların yapabileceklerinin en iyisini yaptığının farkında olmalısınız. Görevin zorluğundan bahsetmek ve danışanın fazla konuşmak istemiyormuş gibi göründüğü konusunda yorum yapmak hoş görülebilir fakat dirençli ve savunmacı danışanlara karşı öfke ya da hayal kırıklığı göstermemeye dikkat etmelisiniz. Tersine, danışanınız savunmacıysa siz iyimser olun:

"Burada konuşmanın zor olduğunu tahmin ediyorum. Bu çok şaşırtıcı değil; her şeyden önce, biz aslında birbirimize yabancı iki kişiyiz. Genellikle zaman geçtikçe ve birbirimizi tanıdıkça süreç daha kolay olacaktır."

### Önemli Temaları ve Konuları Özetlemek

Shea'nın (1998) da işaret ettiği gibi kapanışın en önemli görevi "danışanın ikinci randevuyu talep etmesini ve görüşmecinin bu talebi onaylamasını sağlamaktır" (s. 125). Danışanın tekrar terapiye gelme ihtimalini artırmak için kullanılacak en iyi yöntemlerden biri, kapanış aşamasında, çok açık bir şekilde danışanın neden profesyonel yardım alması gerektiğini kesin bir şekilde anlatmaktır. Bu zor olabilir çünkü genellikle danışanlar neden profesyonel yardım almak için geldiğinden kendisi de tam olarak emin değildir. Şu tür bir yaklaşım faydalı olabilir:

"Bugün söylediklerinize dayanarak buraya sosyal ortamlarda daha az kendinize

odaklanıp çevreyle daha çok iletişim kurmak istediğiniz için geldiğinizi söyleyebilirim. Kendinizi daha iyi hissetmek istiyorsunuz. Sanırım, 'Kendime inanmak istiyorum, dediniz. Ayrıca ne hissettiğinizi ve sevdiklerinizle duygularınızı nasıl paylaşacağınızı anlamak istediğinizden bahsettiniz."

Pek çok danışan hayatlarının daha iyi olacağı umuduyla uzmanlara gelir. Onların hayatlarını ne şekilde iyileştirebileceklerini özetleyebilirseniz danışanlarınız çok büyük ihtimalle sizi görmeye tekrar gelecek ya da sizin önerilerinizi takip edecektir; sizi faydalı bilgilere ve becerilere sahip güvenilir bir yetkili olarak görmektedirler.

### Erkenden Yorum Yapmak

Kritik konu ve olaylara yönelik özetleme süreci gibi görüşmeci danışana başvuru gerekçesiyle ilgili erken, geçici ancak yerinde özetler, yorum veya açıklama yaparsa ya da bir formülasyondan söz ederse danışan terapiye ilgisini sürdürülebilir. Bu durum en iyi Alfred Adler'in Bireysel Psikoloji yaklaşımında tanımlanmıştır (Carlson, Watson & Maniacci, 2006; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004). Bu yaklaşımda özetlemenin ötesine geçilerek danışana yardım etmek ve terapide ele alınan konular ve durumlara ilişkin içgörü kazanması için küçük ama önemli adımlar atılır. Böyle bir yorumda bulunmadan önce, "İzin verirseniz bugün konuştuklarımıza dair izlenimlerimi sizinle paylaşmak istiyorum" gibi bir cümle ile işe başlamak faydalı olabilir. Hemen her durumda, danışan size bu tür bir soruyu onaylayan bir cevap sunacaktır.

Danışanın onayını aldıktan sonra, yorumlama veya özetleme sunabilirsiniz. Ne söyleyeceksenız açık ve net biçimde, nazikçe ve direkt ama dikkatli şekilde yapın. Örneğin, öfke ve saldırganlık konuları ile çalıştığınız bir danışana şöyle diyebilirsiniz (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004):

"Sizinle bugün öfke üzerine konuştuk. Öfkenizin çoğunlukla kendiniz ve başkaları için koyduğunuz yüksek standartlarla ilgili olduğu dikkatimi çekti. Bunu birkaç kelime ile tanımlayacak olsam sanırım biraz mükemmeliyetçisiniz. Öfkenizin ardında mükemmeliyetçiliğiniz yatıyor ve sanırım bunu ele almak faydalı olabilir."

Ya da depresif belirtilerden söz eden bir danışana, şöyle bir yorum yapabilirsiniz:

"Depresif belirtileriniz ve zaman zaman kendinizi ne kadar kötü hissettiğinizle ilgili konuştuk bugün. İzin verirseniz sizinle ve depresif duygu durumunuzla ilgili düşüncelerimi paylaşmak istiyorum. [Danışan onaylıyor]. Peki, sizin depresif hissetmenize neden olan şeylerden biri, kendiniz ve davranışlarınızla ilgili sıklıkla ve hızlı bir şekilde kendini gösteren bir tür otomatik düşünce sürecinizin olması. Örneğin, bu düşünce akışı olmadan, ve mesela giydiğinizin çirkin olduğu, aptalca şeyler söylediğiniz, hiç kimsenin sizi beğenmediği vb. düşüncelerin aklınızdan geçmediği

sosyal bir ortam neredeyse yok denecek kadar az gibi. O zaman elbette, sosyal bir ortamdan çıktıktan sonra kendinizi çok iyi hissetmek sizin için çok zor. Demek istediğim, çoğunlukla aklından bu tür düşünceler geçen hemen herkes kendini kötü ve depresif hisseder.

İlk görüşmenin sonunda bu tür yorumları sunarken bunların danışan tarafından anlaşılabilir olması oldukça önemlidir. Çok derinlemesine olmayan böyle yorumlar doğal olarak kısa ve o gün konuştuklarınızla doğrudan ilişkili olmalıdır. Bunları, derinlemesine, danışanın erken çocukluk dönemiyle ilgili duygu yüklü yorumlardan (örneğin, terk edilme, travma vb.) ziyade bilişsel bir yorumlama süreci veya açıklama olarak düşünebilirsiniz.

### İşbirlikçi Tedavi Planları Oluşturma

İlk seansta ve değerlendirme bilgilerini alırken görüşmeci, işbirliğine dayalı bir tedavi planı oluşturmaya başlar. Net ve işbirlikçi bir tedavi planı, sadece ilgili diğer kurumlar için değil (sigorta kurumları veya özel sigorta şirketleri, MediCaid, Medicare şirketleri vb.), aynı zamanda ruh sağlığı uzmanları için etik bir gerekliliktir (ADD, 2005; APD, 2002). Tedavi planı Bölüm 10'da ele alınmıştır.

### Umut Aşılamak

Danışanın neden profesyonel yardım için geldiğini doğru bir şekilde özetledikten sonra, birkaç olumlu cümle kurmanın sırası gelmiştir. Umut aşılamanın tedavi sonucunu etkileyen kritik bir faktör olduğu uzun süredir bilinmektedir (Frank&Frank, 1991). Dolayısıyla profesyonel yardımın danışanın kişisel sorunları ve kaygılarını çözmede nasıl yardımcı olacağı ile ilgili bir cümle kurmalısınız. Bu aşağıda verildiği gibi çok basit, kısa, fakat olumlu bir ifade olabilir. Örneğin "Danışmanlığa/terapiye gelmekle akıllıca bir karar vermişsiniz. Sizin için terapinin faydalı olacağını düşünüyorum" denebilir.

Bir anlamda, terapinin danışana yardımcı olabileceğine yönelik klinik yargımıza inanıyorsak görevimizin bir parçası da bu düşünceyi etkili bir şekilde paylaşmaktır. Her şeyden öte, pek çok danışan bir şekilde psikoterapinin olası faydaları (ya da zararları) konusunda bilgisizdir. Bizim işimiz danışanı terapinin olası etkileriyle bilgilendirmektir:

> "Kendinizi daha iyi hissetmek istediğinizden bahsettiniz ve ben terapinin size bu yönde katkıda bulunacağını düşünüyorum. Tabii ki terapiye gelen herkes çok büyük faydalar kazanmıyor. Fakat terapiyi hayatlarını iyileştirmek için kullanan pek çok kişi bunda başarılı oluyor ve ben sizin de bu süreçten iyi sonuçlar elde edebilecek kişilerden biri olduğunuza inanıyorum."

## Danışanınızı Yönlendirmek ve Güçlendirmek

Önceden tanımadığınız biriyle onun en derin korkularını, acılarını, kafa karışıklıklarını ve problemlerini dinleyerek sadece 35 ya da 40 dakika geçirdiniz. İyi dinlemiş olduğunuzu umuyorsunuz; bu esnada söylediklerini özetlediniz ve gerekli olduğunda önemli materyaller konusunda konuşması için onu yönlendirdiniz. Bir bakıma, ne kadar kabul edici olduğunuzdan bağımsız şekilde danışanınız, onun problemleri ve hayatı hakkında yargılarda bulundunuz. Görüşmeci olarak ne kadar başarılı olsanız da danışanınız bu deneyimin büyük oranda tek taraflı olduğunu hissedebilir, neticede siz onun hakkında pek çok şey bilirken o sizinle ilgili hiçbir şey bilmiyor. Bu nedenle görüşme biterken bilinçli bir şekilde odağı kaydırmak, danışana biraz daha fazla güce ve kontrole sahip olma imkânı sağlamak çoğunlukla faydalı olacaktır. Bu gibi değişimler için bazı öneriler:

"Tüm soruları ben sordum. Bana herhangi bir sorunuz var mı diye merak ediyorum?"
"Görüşme olmasını beklediğiniz gibi miydi?"
"Gözden kaçırdığımızı hissettiğiniz ya da daha uzun konuşmak istediğiniz konular var mı?"

Bu sorular gücü ve kontrolü danışana geri verir. Görüşmenin sonuna doğru kontrolü kaybetmemek önemlidir, fakat kontrolü danışanla paylaşmak da bir o kadar önemlidir. Pek çok durumda, danışanlar çok fazla soru sormaz ya da çok fazla yorum yapmaz ama böyle bir imkânın sağlanmasını olumlu karşılayan danışanlar olacaktır. Ayrıca danışanların soru ve yorumları, sizin profesyonel gelişiminizi de artıracaktır.

**Tablo 6.4. Kapanış Aşaması İçin Kontrol Listesi**

| Görüşmecinin Görevleri | Görüşme Araçları |
|---|---|
| __ 1. Danışana güvence vermek ve desteklemek. | Yansıtmayı hissetmek, doğrulamak; danışanın kendini ifade etme çabasını açık bir şekilde takdir etmek. |
| __ 2. Önemli konuları ve meseleleri özetlemek. | Özetlemek; danışanın içgörüsünü, konuları ve meseleleri entegre etme kabiliyetini değerlendirmek için yorumları kullanmak. |
| __ 3. Umut aşılamak. | Öneri; danışmanlık sürecini ve genellikle nasıl yararlı olduğunu açıklamak. |
| __ 4. Danışanınızı yönlendirmek ve güçlendirmek. | Sorular; danışana sorularını ve yorumlarını sormak. |
| __ 5. Belirsiz konuları netleştirmek. | Sonraki görüşmelerin nasıl ilerleyeceğini açıklığa kavuşturmak, varsa gelecek görüşmeyi belirlemek. |

### Belirsiz Konuları Netleştirmek

Görüşmecinin son görevi, bundan sonra danışanla profesyonel bir görüşme yapılıp yapılmayacağını netleştirmektir. Bu, randevuları kesinleştirme, görüşme ücretinin ödenmesi ve diğer idari konular gibi belirli ve somut adımları içerir. İlgili görevler Tablo 6.4'te verilmiştir.

## SONLANDIRMA

Bazı uzmanlar, her seansı sonlandırırken karşılaşılan şeyin aslında ufak çaplı bir ölüm olduğuna inanır. Görüşmenin sonunu ölümle karşılaştırmak biraz dramatik olsa da, sonlandırmaların ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir. Pek çok kişi için "hoşçakal" demek zordur. Bazıları sıvışıp kaçar, ortamdan tamamen uzak durur, bazıları tekrar olmayacağını umarak kolayca ayrılamaz ve bazıları da öfke, üzüntü ya da rahatlama gibi çok kuvvetli duygusal tepkiler verir. Tabii ki danışanların seansların bitiminde nasıl davrandığı, terapinin nasıl sonlandırılacağının habercisidir. Bu durum kendimizin ve danışanlarımızın, ayrışma ve bireyleşme alanlarındaki çatışmalarını da yansıtıyor olabilir. Sonlandırma gereklidir ve genellikle klinik görüşmelerde göz ardı edilen bir öğedir.

### Saati Takip Etmek

Elbette, görüşmeciler kelimenin tam anlamıyla saati takip etmemelidir ancak seansın sonunu uygun biçimde getirmelidir. Kapanış aşamasına zamanlıca geçmek büyük önem taşır; böylece seansı iyi bir şekilde sonlandırmak için zaman kalır. Yeterince zaman yoksa ve danışan ve görüşmeci kapanış için acele ediyorlarsa sonlandırma aşaması bundan etkilenebilir.

İdeal olan, tüm klinik görevlerin zamanında bitirilmesidir; böylece danışanın sonlandırma davranışları gözlenebilir ve değerlendirilebilir. Seansı bitirme zamanı geldiğinde danışanlar genellikle belirli şekilde düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya başlar; bu da terapötik konular, psikopatoloji ve teşhis için klinik ipuçları verir (Bkz. Uygulamaya Geçirme 6.2). Tepkiniz, yorumlara bağlı olacaktır. Bazen "Bunu düşünmenize sevindim. Bu bir sonraki hafta için iyi bir başlangıç olacak" gibi nazik ama net ifadeler faydalı olabilir.

**Uygulamaya Geçirme 6.2**

**Kapı Ağzı Konuşmalarını Yorumlamak ve Anlamak**

Danışanın seansın çok sonuna doğru, ayrılmaya hazırlanırken ya da kapıya yürürken kurduğu cümleler genel olarak kapı ağzı konuşmaları olarak adlandırılır. Devam eden kısımda verilen kapı ağzı cümlelerini ve hareketlerini gözden geçirin; küçük bir sınıf içi grupla ya da partnerinizle bunların klinik açıdan neden önemli olabileceğini tartışabilirsiniz.

**Uygulamaya Geçirme 6.2 (devamı)**

- "Teşekkürler." (Seansın sonunda el sıkışma ve hatta size sarılma girişimi ile birlikte)
- "Bu arada, kendimi öldürmekle ilgili düşüncelerim geçen birkaç günde gerçekten yoğunlaştı."
- "Belki birlikte bir kahve içmeye çıkarız."
- "Bu harikaydı! Kendimi şimdi çok daha iyi hissediyorum."
- "Ee, kendimi ne zaman daha iyi hissetmeye başlayacağım?"

**Sonlandırmayı Yönlendirmek ve Kontrol Etmek**

Görüşmecilerin seansı sonlandırma üzerinde kontrollerinin olması gerekir. Seansın sonlandırılması iki taraf için de görüşmenin bittiğini bildirecektir. Bu danışana rahat bir veda hareketi ya da ritüelleri ile eşlik etmeyi gerektirebilir. Meslektaşlarımızdan biri, her zaman kibar bir sesle fakat kapanış vurgusuyla "Kendine iyi bak," derdi. Bazı görüşmeciler gelecek buluşmayı belirleyip "Sonra görüşürüz," diyerek bitirmeyi tercih eder. Biz, biraz utançla bir meslektaşımızın danışan ayrılırken ofisin dışına doğru bakıp "Orada kal," dediğini de hatırlıyoruz.

Görüşmeyi nasıl bitirmek isteyeceğiniz düşünmeye değer bir konudur. Sınıf arkadaşlarınızla çeşitli sonlandırma pratikleri yapmak da zaman ayırmaya değerdir. Kesin ve kibar bir şekilde kapanış yapacak, rahat bir yöntem bulmalısınız.

Bazı durumlarda, danışanlar görüşmecinin sonlandırma üzerindeki kontrolüne izin vermez. Danışan gözlerini saatten ayırmaz ve görüşmenin resmen bitmesine iki veya üç dakika hatta 15 dakika kala, aniden ayağa kalkıp "Bugün için söyleyeceklerim bitti," gibi bir şey söyleyebilir. Açıkçası bazı durumlarda, neyin seansı erken bitirmeye ittiğini keşfetmek akıllıca olabilir. Kural olarak, seansların kapanış süreleri belirlenmiştir ve danışanların (bazı danışanlar, örneğin ergenler, genel olarak konuşacak bir şeyleri olmadığını söyleseler ve seanstan erken ayrılmak isteseler de) erken ayrılması mazur görülmez.

Danışanların erken ayrılmayı istemesi önemli fakat kaygı yaratan bir konunun ortaya çıkmak üzere olduğuna işaret edebilir; erken ayrılma isteği kaygı hissetmekten ya da önemli bir konudan bahsetmekten kaçınmak amaçlı –bilinçli ya da değil– bir savunma olabilir. Görüşmeci olarak, geç ayrılma eğiliminde olan danışanlar kadar erken ayrılmak isteyen danışanlara da hazırlıklı olmalısınız. Aşağıda, görüşmeyi erken sonlandırmak isteyen danışanlarla karşılaştığınızda kendi başına ya da çeşitli kombinasyonlarını kullanabileceğiniz farklı stratejiler verilmiştir.

- Danışanınıza neden erken ayrılmak istediğini sorun.

- Danışandan görüşme sürecine ve size karşı olan düşünceleriyle duygularıyla ilgili konuşmasını isteyin.
- Danışanınızın ilişkilerini kolay bitirip bitirmediğini ya da hızlı bir şekilde elveda deyip diyemediğini öğrenin.
- Danışanınıza kibarca şu basit soruyu sorun: "Şu anda aklınıza ne geliyorsa söyleyin."
- Görüşme süresince ele almak istediğiniz konulara değinip değinmediğinizi değerlendirmek için seanstan önce hazırladığınız detaylı taslağa bakın.
- "Hâlâ bir hayli zamanımız var," gibi ifadelerle danışanın acele etmesinin gerekmediğini bilmesini sağlayın ve kapanış için yapılacak işlere devam edin.

Danışanınız, nadir durumlarda, danışma odasından erken ayrılmayı aşırı derecede isteyebilir. Tabii ki danışanı odada tutmak için güç savaşına girmemelisiniz. Onun yerine, gelecekte belki bir diğer görüşmeye gelmeye karar verebileceği ya da farklı bir uzmanı görmek isteyebileceği önerilerini içeren bir cümle kurabilirsiniz. Örneğin:

> "Hâlâ kalan zamanımız olmasına rağmen, şu anda gerçekten bitirmek istediğinizi görüyorum. Bu isteğiniz basitçe, bugün konuşmak istediğiniz her şeyi konuştuğumuz ya da kişisel konularda daha derine inmek istemediğiniz anlamına gelebilir. Fakat gelecekte daha ayrıntılı tartışmak istediğiniz bir şey olursa yeniden geleceğinizi ve benimle ya da belki de başka biriyle görüşeceğinizi umuyorum."

### Sonlandırma ile Yüzleşmek

Genellikle kişisel meselelerimiz danışanlarla görüşmeyi sonlandırma şeklimizi etkileyecektir. Karakter olarak aceleci ve fevriysek, bu bizim veda şeklimizde kendini gösterir. Kendimizden ya da iyi bir iş çıkardığımızdan emin değilsek daha ağırdan alabiliriz ve "kazara" süreyi aşabiliriz. Kendimizden eminsek ve danışan son bir bilgi paylaşma girişiminde bulunursa ciddi bir rahatsızlık gösterebiliriz ve bunu güç savaşına dönüştürebiliriz.

Zaman sınırlamaları, hem pratik hem de yorum açısından önemlidir. Profesyonel olmak adına, başlama ve bitiş konusunda zaman sınırlamaları içinde kalmalısınız. Bu terapi ortamı, daha da derinde zaman sınırlamaları gerçek dünyanın koşulları açısından danışanınıza örnek olsun. Her şeyi bilemezsiniz; her zaman onun yanında olan ebeveynler değilsiniz ve danışanınızın hayatlarındaki zorluklar için ekstra zaman harcayamazsınız. Danışanınızla geçirdiğiniz zaman ne kadar iyi olursa olsun, bitmek zorundadır. Danışanlarınızın zaman sınırlarını aşmaya yönelik çabalarına karşı dirençli olmalısınız.

Öğrenciler, kararlı olmak ve seansı zamanında bitirmek konusunda bazen suç-

luluk duyabilir. Danışanların devam etmesine izin verirler, kuralları biraz ihlal etmelerine göz yumarlar. Danışanlar kendisini özel hissetse de verdikleri paraya göre fazla hizmet almış olsa da bu, gerçekte onlara kapanış esnasında ekstra bir hizmet sağlamayacaktır. Doğrusu, aşırı özel hissetme/hissettirme ihtiyacı da yüzleşmeleri ve üzerinde çalışmaları gereken bir şey olabilir. Gerçek, her zaman kolay değildir ve terapi seansını bitirmek de öyle. Fakat bunu kibarca, zamanında ve profesyonelce yapabilmek danışanınıza şu mesajı verir: "Ben kurallarına göre oynuyorum ve senin de bunu yapabileceğini biliyorum. Sizi olumlu bir ilgiyle karşılıyorum ve size yardım etmek istiyorum fakat büyü yapamam ya da hayatınızdaki gerçekleri değiştiremem."

Görüşmenin kapanış aşamasındaki görevlerle ilgili liste Tablo 6.5.'te verilmiştir.

**Tablo 6.5 Sonlandırma Aşaması İçin Kontrol Listesi**

| Görüşmecinin Görevleri | Görüşmecinin Yöntemleri |
|---|---|
| _ 1. Saate bakın. | Saati zorlanmadan görebileceğiniz bir yere koyun. Zamanın dolmak üzere olduğunu söyleyin. |
| _ 2. Danışanın kapı ağzı konuşmalarını gözlemleyin. | Danışanın söylediklerini farklı cümlelerle ifade edin. Yansımayı hissetmesini sağlayın. |
| _ 3. Sonlandırmayı yönlendirin ve kontrol edin. | Standart bir son kullanın. Sıcak ve rahatlatıcı bir sonlandırma cümlesi kurun. |
| _ 4. Sonlandırma ile yüzleşin. | Seansın bitişiyle ilgili kendi tepkilerinizi değerlendirin. Zaman sınırları içinde kalın. |

## ÖZET

Araştırmacılar ve klinisyenler, klinik görüşme sürecinde ortaya çıkanları zaman ve içerik açısından tanımlamaya yardımcı pek çok model geliştirmiştir. Bu bölümde tipik bir görüşmedeki olayların ve görevlerin altını çizmek için Shea'nın (1998) tanımladığı model kullanılmıştır.

Giriş aşaması, danışanın görüşmeciyle ilk karşılaşmasıyla başlar. Görüşmecinin olası danışanla ilk karşılaşmasının nasıl idare edileceğini planlaması önemlidir. Bazı görüşmeciler danışanla ilk buluşmalarında yapay ya da verimsiz olarak algılanabilecek standart bir prosedürü takip eder. Bu nedenle standardizasyon ve esneklik arasında dengeyi yakalamak önemlidir. Giriş süresince gizlilik ve görüşmenin amacı gibi anahtar konularda danışan eğitilmelidir.

Tüm teorik yaklaşımlar danışanla olumlu/uyumlu bir ilişki geliştirmenin gerekliliğine vurgu yapar. Olumlu/uyumlu ilişki kurmak için pek çok farklı taktik

ve strateji vardır. Bazı stratejiler eğitimle, güvenle, nazik bir girişle, sohbetle ve esneklikle danışanın korkularına hitap eder.

Görüşmenin açılış aşaması, görüşmeci danışanın durumuna yönelik ilk açık uçlu soruyu sorduğunda başlar. Açılış aşaması, görüşmecinin açılış cümlesi, danışanın açılış cevabı ve görüşmecinin danışanın kendini ifade etme kabiliyetiyle ilgili sessiz değerlendirmesi gibi çeşitli aktivitelerden oluşur. Açılış aşaması, görüşmecinin danışanın neden profesyonel yardım aramaya geldiğiyle ilgili açıklamalarını çok fazla yönlendirmeden yeterli derecede dinlemesiyle biter.

Görüşmenin gelişme aşaması, temel olarak bilgi toplamaya odaklanmaktadır. Görüşme sürecinde elde edilecek bilgiler, bir taraftan görüşmenin amacına bağlıyken diğer taraftan görüşme sürecinde hangi klinik materyalin ortaya çıkarılacağına bağlı kalacaktır. Görüşmenin gelişme aşamasında ortaya çıkan önemli klinik görüşme bileşeni, ruhsal, duygusal problemler ile bozuklukların teşhis ve değerlendirmesidir.

Görüşmenin kapanış aşaması bilgi toplama aktivitesinden, danışanı görüşmenin sonlandırılmasına hazırlamaya geçmektir. Genellikle hem danışanlar hem de görüşmeciler, görüşmenin bu aşamasında zamanın kısalığı nedeniyle baskı hissedebilir; elde edilebilecek daha fazla bilgi ya da üzerinde konuşulacak daha fazla duygu vardır. Görüşmeciler seansta konuşulan anahtar konuları özetlemelidir; olumlu değişim için umut aşılamalıdır ve soruları ya da görüşmeciyle ilgili geribildirimleri olup olmadığını sorarak danışanlara yetki vermelidir.

Görüşmenin sonlandırılması, bazen hem danışanlar hem de görüşmeciler için önemli bir ayrılığı ya da kaybı su yüzüne çıkarabilir. Seansın sonunda danışanlar öfke, hayal kırıklığı, rahatlama ya da bir dizi önemli duygu yaşadığını söyleyebilir. Bu duygular, danışanın hayatındaki önemli kişilerden ayrılıklarıyla ilgili çözümlenmemiş duyguları yansıtıyor olabilir. Görüşmecilerin görüşmelerini en etkili şekilde nasıl bitirebileceklerini planlaması önemlidir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Aşağıda verilen okumalar, bu konulardaki bilgilerinizi daha da artırmanıza yardım edebilir.

Carlson, J., Watts, R.E., & Maniacci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice.* Washington, DC: American Psychological Association. Bu kitap sizi Adler yaklaşımına göre görüşme aşamaları ve danışmanlık konusunda bilgilendirecektir.

Gladwell, M. (2005). *Blink: The power of thinking without thinking.* New York: Little Brown. Gladwell'in kitabı, ilk izlenimlerin gücü ve nasıl düşünmeden ani kararlar verdiğimizle ilgili bilgiler vermektedir.

Ivey, A.E., & Ivey, M. (1999). *Intentional interviewing and counseling.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Ivey ve Ivey, başlangıç düzeyindeki görüşmecilerin yar-

dım etme becerileri edinmeleri için muhteşem ve çok net bir model sunmaktadır.

Shea, S.C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding.* Philadelphia: W.B. Saunders. Shea'nın kitabındaki Bölüm 2'nin başlığı "The Dynamic Structure of the Interview"dir ve tanıya yönelik pek çok klinik görüşmenin tipik zamansal yapısının uygulamaya yönelik detaylı tartışmasını içermektedir.

Smail, D. (1997). *Illusion and reality: The meaning of anxiety.* London: Constable. Smail'in bu çalışması, kültürün algılarımız ve delilik üzerine dikkat çekici bilgiler sunmaktadır.

Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of Community Psychology. Special Issue: Addressing Mental Health Disparities through Culturally Competent Research and Community - Based Practice, 34* (2), 237 – 245. Stanley Sue, kültürel yetkinlik konusunda bir liderdir. Bilimsel tutum ve dinamik şekillendirme kavramları kültüre duyarlı yaklaşımlar için oldukça önem taşımaktadır.

BÖLÜM 7

# İLK GÖRÜŞME VE RAPOR YAZIMI

*Görüşme, ayakta tedavi gören hastalara yönelik tüm psikiyatrik hizmetin temelini oluşturur. Bu nedenle psikopatoloji bilgisi, kişiler arası ilişki becerilerini ve sezgisel çabayı gerektirir. Dolayısıyla klinik görüşme bilim, sanat ve zanaatın bir sentezidir.*

-J.E. Mezzich ve S.C. Shea, *Interviewing and Diagnosis*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Pek çok klinik ve danışmanlık ortamında tedavi süreci ilk görüşme ile başlar. Klinik görüşme sırasında, danışana rahat bir ortam sunarken olumlu/uyumlu ilişkiyi kurmanın ve sürdürmenin yanı sıra danışanın güncel durumuyla ilgili çok miktarda bilgi toplama işiyle de ilgilenmek zorunda kalırsınız. Bu bölümde, ilk görüşmenin temel ayrıntılarını gözden geçireceğiz. Ayrıca ilk görüşme raporu hazırlamakla ilgili bilgileri de ele alacağız. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Tipik bir ilk görüşmenin yapısı ve amaçları.
- Danışanın problemlerinin ve amaçlarının tanımlanması, değerlendirilmesi ve ayrıntılandırılması.
- Danışanın geçmişiyle ilgili bilgi almaya, kişiler arası ilişki tarzını değerlendirmeye ve danışanın mevcut işlevselliğini ölçmeye yönelik stratejiler.
- İlk görüşmeyi etkileyebilecek kurum ya da kurumsal düzenlemeler.
- Standart sağlık hizmetleri ya da zaman sınırlı programlarda, danışanlarla kısa ya da minimal görüşme yöntemleri.
- Profesyonel fakat anlaşılır ilk görüşme raporlarının nasıl yazılacağı.

## İLK GÖRÜŞME NEDİR?

İlk görüşme, temel olarak değerlendirme görüşmeleridir. Danışmanlığa, psikoterapiye ya da psikiyatrik tedaviye başlamadan önce ilk görüşme yapmak çoğunlukla gereklidir ve her zaman akıllıcadır. İlk görüşmeler, genellikle aşağıda sunulanlar da dahil olmak üzere bir dizi kritik soruyu cevaplamak için tasarlanmaktadır:

- Danışan zihinsel, duygusal ya da davranışsal problemlerden dolayı sıkıntılar yaşıyor mu?
- Yaşıyorsa sahip olduğu zihinsel, duygusal veya davranışsal problemler tedavi gerektirecek düzeyde mi?
- Danışana ne tür bir tedavi sağlanmalı?
- Tedaviyi kim, hangi ortamda vermeli?

Pek çok kişinin, ne çeşit ve ne kadar süreyle psikolojik yardım alabileceği aslında sağlık hizmeti sistemlerine bağlıdır. Psikoterapiyle benzer şekilde ilk görüşme yöntemleri de sağlık programlarından etkilenir. Asırlar önce, bizim yüksek lisans dersleri almak için karda beş kilometre yürümek zorunda kaldığımız zamanlarda, süpervizörlerimiz danışana teşhis koymak, tedavi planı geliştirmek ve tedaviyi başlatmak için 50 dakikalık birkaç görüşmenin gerekli olduğunu söylerdi. Bu bilişsel veya davranışsal terapilerin yanı sıra geleneksel olarak daha kısa süren terapiler için bile geçerliydi.

Terapistlerin tedavi ile ilgili yerinde kararlar vermesi makul olsa da, maalesef, etkinlik her zaman hızlı ve çabuk olmakla artırılamayan bir durumdur. Örneğin insanların hızlı çalışma baskısı altındayken kek yapmaları, dolapları kurmaları, araba tamir etmeleri gibi ilk görüşmenin kalitesi de bu durumdan etkilenebilir, yapılan işin kalitesi bu durumdan etkilenebilir.

Burada ilk görüşmeden söz edilirken sağlık hizmetleri ortamlarında genellikle beklenen ve kabul edilenle kıyaslandığında, daha kapsamlı, uzun bir bilgi alma prosedüründen bahsettiğimizi unutmayın. Bunun ise çeşitli sebepleri var. İlk olarak, ilk görüşmede tam olarak her zaman yapılamasa da ilk görüşmede nelerin başarılabileceğini öngörmek önemlidir. İkincisi, sigorta şirketleri terapi hizmetlerini yönlendiren kazanç amaçlı şirketlerdir ve yeterli bir ilk görüşme için olması gerekenleri belirlemelerini bekleyemeyiz (Davis & Meier, 2001). Dolayısıyla sigorta şirketleri veya resmi kurumlar terapistlerin görüşmeleri nasıl yapmaları gerektiğine karar vermemeliler. Üçüncüsü, gelecekteki ruh sağlığı çalışanlarına ilk değerlendirme yaklaşımını özet geçerek sadece "belkemiği"nden bahsetmek ise hiç etik olmaz; kısaltmak ve daha etkin olmak için tüm sürecin kapsamlı ve detaylı olarak anlaşılması gerekir. Yine de pragmatik olmalıyız; bugün lisans veya yüksek

lisans programındaysanız, klinik kariyerinizin bir noktasında, sahada çalışma ve uygulama yapma olasılığınız var demektir. Bu nedenle bu bölümün sonunda kısaltılmış veya yoğunlaştırılmış ilk görüşme yapmak için hazırlanmış bir taslak ve kontrol listesi bulacaksınız.

### Çalışma Ortamı ve Meslek Grupları

Sosyal servis birimi, hastane, ruh sağlığı merkezi, üniversitedeki danışma merkezi ya da özel ofis gibi birçok ortamda her bir vaka için karar almadan ve tedaviden önce ilk görüşme yapılır. Benzer şekilde, görüşmeci ister sosyal çalışmacı, psikiyatrist, psikolog, ister danışman olsun tüm uygulamacılar ilk görüşmeyi yeterli derecede yürütme yeteneğine sahip olmalıdır. Tabii ki ilk görüşmenin içeriği uygulayıcıya, kuruma, görüşmenin amacına bağlı olarak çeşitlilik gösterecektir fakat öyle olsa bile genellikle çeşitlilikten çok tutarlılık olmalıdır.

Pek çok koşulda, ilk görüşme basit anlamda bir başlangıçtır; başka deyişle ilk görüşme, profesyonel ruh sağlığı hizmeti almak isteyen danışanlar için başlangıç noktasıdır. İlk veriler danışandan, görüşmecinin danışanla ilgili gözlemlerinden ve tepkilerinden, sevk formundan ya da kayıt bilgilerinden gelir. İlk görüşmeler, bazen danışanın problemlerini çözmesinde ya da en azından yardım sürecini başlatmada faydalı olsa da genellikle tedavi ya da yardım amacıyla tasarlanmamıştır. İlk görüşmeler, özünde değerlendirme için tasarlanmıştır. Sonuç olarak görüşmeciler ilk görüşmeyi yürütürken ağırlıklı olarak sorular sorar (Sommers-Flanagan ve Means, 1987).

## İLK GÖRÜŞMENİN AMAÇLARI

İlk görüşmeyle ilgili olarak kabaca üç temel amaçtan söz edilebilir:

1. Danışanın başvuru gerekçesi ve ilgili terapi hedeflerini sorgulamak, tanımlamak ve değerlendirmek.
2. Danışanın kişiler arası ilişki tarzı, becerileri ve kişisel geçmişiyle ilgili fikir edinmek.
3. Danışanın hayatındaki güncel koşulları ve işlevselliğini değerlendirmek.

İlk görüşmede bu amaçlara hemen ulaşmak zordur. Hassas becerileri, kişiler arası süreçleri ve bilgi içeriğine yönelik dikkati gerekli kılar.

İlk görüşmedeki bir diğer amaç da ilk görüşmenin sonuçlarını –genellikle diğer uzmanlarla ve bazen de ilgili diğer kişilerle– paylaşmaktır. Pek çok ruh sağlığı hizmetinde, ilk görüşmeyi yapmakla kalmaz, seansı takiben *ilk görüşme raporu da* yazarsınız.

### Danışanın Problemlerini ve Amaçlarını Sorgulamak, Tanımlamak ve Değerlendirmek

İlk ve belki de en temel amacınız, danışanın esas sorununu ortaya çıkarmaktır. Görüşmeci olarak danışanın temel şikâyetiyle ilgili sorgulamanız, açılış sorusuyla başlar ("Sizi buraya getiren nedir?" ya da "Size nasıl yardım edebilirim"; Bkz. Bölüm 6). Açılış cümlesinden sonra, en azından 5-15 dakika danışanın tam olarak neden sizi görmeye geldiğini izleyerek ve anlamaya çalışarak geçirilir (Shea, 1998). Bazı durumlarda, danışanlar açık bir şekilde neden profesyonel yardım almaya geldiğini ifade eder; diğer durumlarda, ki bu daha da yaygın olabilir, neden ofisinizde olduğuyla ilgili belirsizlikler yaşar. Danışan problemlerini anlatmaya başladığında, olumlu/uyumlu ilişkiyi kolaylaştırmak için yönlendirici olmayan dinleme teknikleri kullanılabilir. Temel sorunlarla ilgili ilk izlenimler oluştuktan sonra, soruların kullanıldığı yönlendirici bilgi alma teknikleri rahatlıkla kullanılabilir.

Danışanların problemleri, danışanların hedefleriyle çok yakından ilişkilidir (Jongsma, Peterson & Bruce, 2006). Ne yazık ki terapiye gelen pek çok danışan, problemlerini nasıl atlatacağını bilemez. Sonuç olarak görüşmecinin görevi danışmanlık sürecinin başında danışanı hedeflere ve çözümlere doğru yöneltmektir (Berg & Shafer, 2004; De Shazerve ark., 2007; Sommers-Flanagan & Barr, 2005).

Danışanlar tarafından genellikle sunulan problemler kaygı, depresyon ve ilişki çatışmalarıdır. Diğer problemler yeme bozuklukları, alkolizm ya da madde bağımlılığı, sosyal beceri eksiklikleri, fiziksel ya da cinsel istismar, stres tepkileri, mesleki belirsizlikler ve cinsel işlev bozuklukları olabilir. Danışanlar geniş anlamda pek çok problem ile belirti sunduğu için görüşmecilerin psikopatoloji ve *DSM-IV-TR*'yle ilgili en azından genel bilgiye sahip olması gereklidir (APD, 2000). Yine de, her problemin doğasında çözüm de vardır. Bu nedenle görüşmenin başında danışanın problem tanımlamalarını değişimi ifade eden yeni bir çerçevede sunmak faydalı olabilir. Örneğin danışan kaygısıyla ilgili konuşmaya başladığında, görüşmeciler bu tip bir ifadeyi olumlu bir bakış açısıyla şöyle söyleyebilir:

> "Sinirlilik ve endişeden bahsettiğinizi görüyorum. Doğru anlıyorsam söylediğiniz şey kendinizi gerçekten daha sakin ve rahatlamış hissetmek istemenizdir. Dolayısıyla terapiyle ilgili genel amaçlarınızdan biri, daha sakin ve rahatlamış hissetmek, bu rahatlık ile sakinlik hissine kendi kendinize ulaşabilmek. Haklı mıyım?"

Görüşmeciler, danışanın problemlerini değişim cümleleriyle yeniden ifade ederek onların daha umutlu olmasını sağlayabilir ve daha olumlu yönde bir hedef belirleme süreci başlatabilir (Taylor, 2005). Hedef belirleme, aynı zamanda danışanın terapi için gerçekçi hedefler koyma yönündeki potansiyeli ya da direnci ile ilgili yararlı değerlendirme bilgileri de sağlayacaktır.

*Danışanın Problemlerini ve Hedeflerini Saptamak ve* Öncelik *Sırası Oluşturmak*

Genellikle danışanların ilk görüşmeye tek, kolay anlaşılır bir problem ve bu problemle ilişkili net hedeflerle gelmesini bekleriz. Örneğin (biraz göz korkutucu olsa da) yeni danışan ilk seansta şöyle söylemiş olsa pek güzel olurdu:

> "Sosyal fobim var. Bilirsiniz, toplum içindeyken ortalama bir kişiye göre izlendiğim ve olumsuz değerlendirildiğime dair çok fazla endişe yaşıyorum. Endişem çoğunlukla yetersiz biri olarak görülme konusundaki düşünceler, sürekli terleme ve pek çok sosyal ortamdan kaçınma şeklinde kendini gösteriyor. Bu terapiyle yapmak istediğim ise kendime olan güvenimi artırmak, içsel diyaloglarımı olumlu yönde değiştirmek ve kötü hissettiğimde nasıl sakinleşeceğimi öğrenmek."

Ne yazık ki durum böyle olmaz. Pek çok danışan ilk görüşmede ya birbirleriyle ilişkili şikâyetler ya da genel, belirsiz belirtilerle gelir. Genellikle hayatlarıyla ilgili endişelerini ifade etmek için problem odaklı konuşmalar (neyin yanlış gittiğine dair sözel tanımlamalar) yaparlar. Neticede, görüşmecinin işi ilk görüşmenin ilk 5-15 dakikasından sonra, danışanın bahsettiği temel problemleri ve amaçları listelemektir. Görüşmeci problem/hedef listesi çıkarmaya başladığında bu onun yönlendirici olmayan genel dinleme tarzından detaylı tanımlamaya geçtiğini ve duygusal, davranışsal problemleri ve amaçları öncelik sırasına koymaya başladığını gösterir. Danışanın özgürce kendini ifade etmesinden daha yapılandırılmış etkileşime geçiş yapmasının iki amacı vardır: İlk olarak bu, danışanın henüz üzerinde konuşmadığı diğer problemleri ile ilgili düşünmesini sağlar. İkinci olarak bu geçiş, problemleri sıralama, seçme ve hedef belirleme sürecini başlatır:

**Görüşmeci:** "Şimdiye kadar, son zamanlarda ne kadar keyifsiz hissettiğinizden, sabah kalkmanın sizin için ne kadar zor olduğundan ve genelde size keyif veren şeylerden son zamanlarda zevk alamadığınızdan bahsettiniz. Hayatınızda bunlar dışında önemli endişeleriniz ya da sıkıntılarınız var mı sormak istiyorum."

**Danışan:** "Aslında, evet var. Kalbim sıkışıyor. Bazen çok endişeli hissediyorum. Hissettiğim duygular kariyerimle ilgili görünüyor ya da belki net bir kariyerimin olmamasıyla ilgili demeliyim."

Problemlerin sorgulanması sürecinde görüşmeciler, danışanın problemlerini ve endişelerini tanımlamalarına yardım eder. Bu süreç gerçekten bir keşfe yöneliktir; görüşmeci danışanın tanımladığı problemleri dikkatle dinleyerek tartışır, farklı sözlerle ifade eder ya da özetler ve diğer önemli kaygıların varlığını sorgular.

Bir önceki diyalogta, görüşmeci problemlerin keşfi için dolaylı bir soru kullanmıştır. Birkaç problem tanımlandıktan sonra, görüşmeci problem önceliği ya da

seçimine geçer. Çünkü tüm problemler aynı anda ele alınamaz; giriş aşamasında görüşmeci ve danışan, birlikte üzerinde en çok duracağı problem ya da problemleri seçmelidir (Welfel, 2006).

**Görüşmeci:** "Sanırım şu anda, sizin temel sorunlarınızı depresif ruh haliniz, kariyerinizle ilgili kaygılar ve utangaçlık şeklinde özetleyebiliriz. Şu günlerde sizi en çok hangisi rahatsız ediyor?"

**Danışan:** "Yani, aslında hepsi beni rahatsız ediyor fakat sanırım ruh halim, en kötü olan. Gerçekten kötü bir günümdeysem tüm gün yataktan kalkamıyorum, bu durumda diğer problemlerle zaten karşı karşıya kalmıyorum."

Bu danışan, depresyonu en büyük sorun olarak tanımlamıştır. Tabii ki problemin alternatif formülasyonu sosyal ketlenmenin kaygının depresif ruh haline neden olması ve bu nedenle bunların öncelikli olarak ele alınmasının gerekliliği olabilir. Aksi takdirde, danışan güçlü korkuları ve kaygıları yüzünden hiçbir zaman yataktan çıkamayacaktır. Yine de genellikle (fakat her zaman değil) ilk olarak danışanın yönlendirmelerini takip etmek ve en büyük kaygıyı (psikiyatrlar danışanın ana problem olarak gördüğü şeyi *asıl* şikâyet olarak adlandırır) keşfetmek en iyisidir. Bu örnekteki üç belirti her şekilde ilişkilidir. İlk olarak depresyonun sorgulaması, klinisyenin kaygı ve utanma belirtilerini resmin içine yerleştirmesine izin verecektir.

Ele alınması gereken asıl sorunun danışanın ifade ettiği konudan farklı olduğuna inansanız bile (alkolizm gibi) en iyisi danışanın temel problem (asıl şikâyet) olarak belirttiği şeye odaklanmanız, onu dikkatle dinlemeniz ve beklemenizdir. Farkında olmak, saygı göstermek ve danışanın bakış açısına empatiyle yaklaşmak etkin olmanıza, güven kazanmanıza ve danışanı danışmanlık sürecine dahil etmenize yardım eder. Motivasyonel bir görüşme perspektifinden, danışan kendi sorunlarından söz ederken onu takip etmek, potansiyel direnci ortadan kaldıracak ve ittifakı kolaylaştıracaktır (Miller & Rollnick, 2002). Miller ve Rollnick (2002) ayrıca eğer kendisi öyle adlandırmıyorsa danışanların endişelerini problem veya sorun olarak etiketlemeye (örneğin, madde kötüye kullanımı) karşı bizi uyarmaktadır. Zaman sınırı olan durumlarda (tanımlı sağlık hizmeti gibi), yönlendirici olmayan empatik tepkiler kısa ve kesintili olmak zorundadır. Genellikle, problemlerden hedef belirleme aşamasına hızlı bir geçiş yapılması gerekebilir (Jongsma ve ark., 2006); hedef belirlemenin tedavi sonuçları üzerindeki olumlu etkisini düşününce bu mantıklı gelebilir (Copeland & Hughes, 2002; Latham & Locke, 2006; Latham & Locke, 2007). Yine de biz burada problem analizi, seçimi ve önceliklendirilmesi konularıyla devam edeceğiz. Bölüm 10'da hedef belirleme tedavi planı bağlamında daha ayrıntılı tartışılacaktır.

*Belirtilerin Analizi*

Danışanınızla işbirliği içinde temel problemi belirledikten sonra, duygusal, bilişsel ve davranışsal yönleriyle problemin analizine sıra gelir. Aşağıda verilenlere benzer soruları ele alabilirsiniz. Soruları okurken farklı problemleri (panik atak, düşük öz saygı, sorunlu kişisel ilişkiler, aşırı yeme ya da içme, mesleki kararsızlıklar) düşünebilirsiniz:

1. Problem ya da belirtiler ilk kez ne zaman görüldü? (Bazı durumlarda, belirti danışan tarafından daha önceden deneyimlenmiştir. Durumu böyleyse sorunun kaynağını, yeniden gelişimini ve devamlılığını sorgulamalısınız).
2. Problemi ilk kez fark ettiğinizde neredeydiniz ve tam olarak ne oldu? (Koşullar nasıldı, orada kimler vardı ve benzeri?)
3. Problemle ne şekilde başa çıkmayı ya da problemi ne şekilde ortadan kaldırmayı denediniz?
4. Hangi girişimler etkili sonuçlar üretti?
5. Genellikle problemi yaşamadan hemen önce karşılaştığınız herhangi bir durumu, kişiyi ya da olayı tarif edebilir misiniz?
6. Problem ya da belirtiler başladığında tam olarak neler oluyor?
7. Bu sırada hangi düşünceler ya da görüntüler zihninizden geçiyor?
8. Öncesinde, o esnada ya da sonrasında herhangi bir fiziksel değişiklik hissediyor musunuz?
9. Vücudunuzun neresinde, ne hissediyorsunuz? Olabildiğince açık bir şekilde tarif etmeye çalışın.
10. Bu problemi ne sıklıkta yaşıyorsunuz?
11. Ne kadar süre devam ediyor?
12. Bu problem işte, evde ya da olağan durumlardaki işlevselliğinizi etkiliyor veya engelliyor mu?
13. İşi, ilişkilerinizi, okulu ya da uğraşlarınızı ne şekilde engelliyor?
14. Bu belirtiyi hissettiğiniz en kötü deneyiminizi tarif edin. Ne zaman en kötü belirtileri yaşadınız? Düşünceleriniz, imgeleriniz ve duygularınız nelerdi?
15. Belirtinin ortaya çıkmasını beklediğiniz ve çıkmadığı ya da sadece birkaç dakikalığına ortaya çıkıp kaybolduğu oldu mu?
16. Probleminizin şiddetini derecelendirecek olsaydınız, 1 hiçbir sıkıntı yok ve 100 kendinizi öldürmenize ya da ölmenize neden olacak kadar çok fazla sıkıntıya karşılık gelse bugün için bu sorununuza kaç puan verirdiniz?
17. Şimdiye kadar belirtilerinizin en kötü olduğu gün için kaç puan verirdiniz?
18. Belirtileriniz için vereceğiniz en düşük puan kaç olurdu? Diğer bir deyişle belirtilerin tamamen yok olduğu oldu mu?
19. Görüşme boyunca biz belirtilerinizi tartışırken herhangi bir değişiklik hissetiniz mi? (Onlara odaklandığımızda daha iyi ya da daha kötüye gittiği oldu mu?)
20. Bu belirtilere ve onların sizin üzerinizdeki etkisine bir isim verecek olsaydınız, (örneğin bir kitap ya da oyun ismi gibi) vereceğiniz isim ne olurdu?

Bu sorular pek çok görüşmede fayda sağlayacak bir sıra ile listelenmişlerdir. Ancak bu sorular ve sıraları standart değildir. İlk görüşmeyi yapmadan önce bunlara benzer bazı soruları gözden geçirmek isteyebilirsiniz ve sonrasında tarzınıza uygun şekilde onları başka kelimelerle ifade edebilirsiniz. Sorulara duruma özel yeni sorular ekleyebilir ve diğerlerini göz ardı edebilirsiniz. Listenizi sürekli olarak gözden geçirmenizi öneriyoruz; böylece danışanınızla görüşürken daha etkili ve duyarlı olabilirsiniz. İlk görüşme uygulamaları yaparken farklı sayıda soru kullanabilirsiniz; böylece bir tek seansta kaç tane sorunun sorulmasının makul olduğuna yönelik tahmin yürütebilirsiniz.

Bazen en iyi hesaplanmış planlar bile başarısız olur. Danışanlar, görüşmecileri yoldan çıkarmada oldukça yetenekli olabilir. Zaman zaman, görüşmecilerin kendilerinin yoldan çıkarılmaya izin vermeleri de önemlidir çünkü planlanan soru listesinden sapmak, farklı ve belki daha önemli alanlara (cinsel ya da fiziksel istismar, intihar düşünceleri) sizi götürebilir. Bu nedenle planladığınız soru listesini ve alanları sıkı sıkıya takip edemeyebilirsiniz. Planladığınız hedeflere bağlı kalmak için çaba gösterirken esnek olun; böylece istemeyerek de olsa danışanların diğer önemli problem alanlarıyla ilgili verdikleri önemli ipuçlarını gözden kaçırmazsınız.

*Problemleri Kavramsallaştırmak*

Bazı yazarlar, danışan problemlerini analiz ederken tanımlı problem kavramsallaştırma sistemlerini kullanmayı önerir (Cormier, Nurtsu & Osborn, 2009; Blackwell & Faulkner, 1992). Genellikle bu sistemler belirli kuramlara dayanır fakat bazı sistemler daha eklektik yaklaşımları yansıtır. Çoğu kavramsallaştırma sistemi görüşmeciler açısından, işlevsellikle ilgili önceden belirlenmiş alanları harfi harfine gösteren biçimde problemleri analiz etme ve kavramsallaştırma kılavuzu işlevi görebilir. Lazarus (1976), davranışçı-eklektik bir yaklaşımla "çoklu modeli" geliştirmiştir. Problemlerin, yedi belirli model ya da alanda değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerektiğini iddia eder. Lazarus (1976), bu yedi modelli sistemi açıklamak için DDDİBKİ* kısaltmasını önermiştir.

D: (*Davranış*). Lazarus'un sisteminde belirli, somut davranışsal tepkiler incelenir. Özellikle danışanın sıklıkla ya da çok nadir gösterdiği davranışlara odaklanılır. Bunlar olumlu ya da olumsuz alışkanlıklara ve tepkilere karşılık gelebilir. Çoklu model yaklaşımını benimseyen görüşmeciler, hangi somut davranışların terapi yoluyla artırılabileceğine ya da azaltılabileceğine karar vermek için şunları sorabilir: "Yapmaktan vazgeçmek istediğiniz davranışlar var mı?" ve "Daha sık yapmak istediğiniz şeyler var mı?"

* Orijinal terim, kavramların ilk harflerinden oluşan "BASIC ID" kısaltmasıdır ve Türkçe'de esas kimlik anlamına gelmektedir ancak burada Türkçesi esas alınmıştır. –çn

D: (*Duygulanım*). Lazarus'un *duygulanım* tanımı duygulara, duygu durumlarına ve kişilerin rapor ettiği ya da tanımladığı diğer duygulara karşılık gelmektedir. Şunlar sorulabilir: "Neler sizi mutlu eder ya da olumlu duygular hissetmenize yol açar?" ya da "En çok hangi duygular sizde rahatsızlık yaratır?"

D: (*Duyum*). Bu bileşen, bilginin duyusal olarak işlenmesine işaret eder. Örneğin danışanlar genellikle yüksek düzeyde kaygıya eşlik eden fiziksel belirtiler rapor eder (boğulma hissi, aşırı terleme, kalp çarpıntısı ve benzeri). Çoklu modeli benimseyen bir görüşmeci, "Rahatsızlık veren düzeyde bir ağrı, acı hissediyor musunuz veya diğer fiziksel duyumlarınız var mı?" ve "Sizdeki bu rahatsızlık verici duyumlara neler sebep oluyor?" sorularını sorabilir.

I. (İmgelem). İmgeler içsel ve görsel nitelikteki bilişsel süreçleri içerir. Danışanlar genellikle kendilerinin ya da gelecekte yaşanabilecek olayların görüntülerini ve imgelerini deneyimler, bu da işlevselliklerini etkiler. Çoklu modeli benimseyen görüşmeci şöyle sorabilir: "Ne zaman kendinizi kaygılı hissediyorsunuz, zihninizde hangi imge/hayal/görüntü veya resim oluşuyor?"

B. (*Biliş*). Lazarus, danışanın düşünce örüntüsünün ve inançlarının yakından değerlendirilmesi gerektiğine inanır. Bu süreç genellikle kendiliğinden ortaya çıkan ve duygusal rahatsızlıklara neden olan normal dışı, irrasyonel düşünce örüntülerinin değerlendirilmesini gerektirir. Örneğin görüşmeci, "Yeni biriyle tanıştığınızda aklınızdan hangi düşünceler geçer?" ve "Gün boyunca kendi kendinize söylediğiniz bazı olumlu şeyler nelerdir?" gibi sorular sorabilir.

K: (*Kişiler Arası* İlişkiler). Bu bileşen iletişim becerilerinde, ilişki örüntülerinde ve uygulama etkinliklerinde kendini gösteren, danışan-görüşmeci ilişkisinde gözlemlenen girişimcilik kapasitesi gibi kişiler arası ilişki değişkenleriyle ilgilidir. İlişkili sorular şunlar olabilir: "Olumlu ve sağlıklı ilişkileri tarif etmek için hangi kelimeleri kullanırdınız?" ve "Kimlerle daha çok, kimlerle daha az vakit geçirmek isterdiniz?"

I: (*İlaçlar*). Bu model davranış, duygu, düşünce kalıplarını etkileyebilecek biyokimyasal ve nörolojik faktörlerle ilgilidir. Fiziksel hastalıklar ve beslenme örüntülerini içerir. İlgili sorular şunlar olabilir: "Herhangi bir düzenli fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?" ve "Doktor kontrolünde herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?"

Lazarus'un bu modeli (1976), kapsamlı ve popüler bir modeldir; ayrıca farklı

kuramsal yönelimleri olan görüşmeciler için yararlı olabilir. Bu konuyla ilgilenirseniz *Brief but Comprehensive Psychotherapy: Çok Modüllü Yaklaşım (2006)* adlı kitabını inceleyebilirsiniz.

Lazarus'un modeli ruhsal, kültürel ve boş zaman aktiviteleri gibi diğer alanları görmezden gelirken bilişsel süreçlere daha çok vurgu yapar (yedi modelli sistemde iki ayrı bilişsel bileşen vardır: Biliş ve imgelem). Zaten söz edildiği gibi problem tanımına, keşfine ve kavramsallaştırılmasına yardım etmek amacıyla tasarlanmış pek çok model gibi çoklu-modelin de eksiklikleri vardır. Çok sayıda farklı bileşene aşina olmak önemlidir; böylelikle yetkin bir uzman görüşmeci olarak, sorgular ve kavramsallaştırırken esnek olabilir, çalışma ortamınıza ve danışanın bireysel problem ve ihtiyaçlarına bu bileşenleri uyarlayabilirsiniz.

Davranışçı-bilişsel kuramcılar ve uygulamacılar, problemin gelişiminde ve devam etmesinde problemin öncüllerinin ve sonuçlarının önemine vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım, danışanın çevresinin ve çevresel uyaranlarla ilgili çıkarımlarının kritik olduğu görüşüne dayanmaktadır. Davranışçıların problem davranışı bu yönde kavramsallaştırırken kullandıkları modellerden biri de ÖDD modelidir (Ç.N.: Orijinali ABC; Thoresen ve Mahoney, 1974): Davranış öncülleri (Antecedents), Davranış (Behavior) ve Davranışsal çıktılar (Consequences). Bu model (Goldfried, 1990) eleştirilse de tüm görüşmecilerin –en azından– aşağıda verilen ÖDD'yi danışanlarıyla sorgulaması yararlı olacaktır:

- Problemin öncesinde hangi olay, düşünce ve deneyimler gözlendi?
- Problemin açık operasyonel tanımı nedir? (Hangi davranışlar problemi oluşturmaktadır?)
- Problemi hangi olay, düşünce ve deneyimler izlemektedir?

ÖDD(ABC) modelini izlerken görüşmeciler, davranış öncesinde ve sonucunda ortaya çıkanları çok dikkatli sorgulamalıdır. Örneğin görüşmeci, Lazarus'un (1976) tanımladığı tüm bileşenleri kullanarak davranışın öncüllerini ve sonuçlarını değerlendirebilir:

| | |
|---|---|
| Davranış: | Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi davranışlar sergilenmektedir? |
| Duygulanım: | Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi duygusal deneyimler yaşanmaktadır? |
| Duyum: | Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi fiziksel duyumlar algılanmaktadır? |
| İmgelem: | Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi imgeler deneyimlenmektedir? |
| Biliş: | Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi düşünceler akla gelmektedir? |

Kişiler arası: Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi ilişkisel olaylar ve deneyimler yaşanmaktadır?

İlaçlar: Belirti ortaya çıkmadan önce ve sonra hangi biyokimyasal, fizyolojik ya da ilaç kullanma deneyimleri yaşanmaktadır?

### Öykü Almak

İlk görüşmede, danışanın kişiliğini ve ruhsal durumunu değerlendirmek için üç tür bilgi kaynağı kullanılabilir.

1. Danışanın kişisel geçmişi
2. Danışanın diğer kişilerle iletişim şekli
3. Danışanın ruhsal durumunun değerlendirilmesi

Bu bölümün geri kalanında, danışanın kişisel tarihiyle ilgili bilgi toplamakla danışanın kişiler arası ilişki tarzını değerlendirmekle ilgili yöntemler ve konular tartışılacaktır (Ziihnsel Durum Değerlendirmesi için bkz. Bölüm 8).

*Kişisel Geçmiş ya da "Psiko-Sosyal" Geçmiş*

Sunulan şikâyetlerin sorgulanması için 15-25 dakika harcadıktan sonra, danışanın neden danışmanlık almaya geldiğinin ana sebepleriyle ilgili mantıklı fikirleriniz olmalıdır. Problemin sorgulaması ile kişisel ya da psiko-sosyal geçmiş arasındaki ilişkiyi sağlayan yine başka bir *sorudur*. Danışanınıza şuna benzer bir şey söyleyebilirsiniz:

> "Sanırım artık danışmanlık almaya gelmenizin temel sebeplerini net olarak anladım. Fakat danışmanlık almaya neden şimdi geldiğinizle ilgili daha fazla şey öğrenmek istiyorum."

Bu sorunun amacı, danışanın hayatının belirli bir dönemindeki hangi özel faktörlerin onu profesyonel yardım alma konusuna ikna ettiğini belirlemektir. Bu soru, başvuruyu tetikleyen özel bir olay olup olmadığı anlamamızda yardımcı olur. Danışanın cevabı onun görüşmeye istekli olup olmadığını ya da arkadaşları/ailesi tarafından zorlanıp zorlanmadığı konusunu da aydınlatabilir. Danışan "Neden" şimdi? sorusundan kaçınırsa ya da net cevap vermezse basitçe soruyu faklı yaklaşımlarla devam ettirebilirsiniz; örneğin:

> "Neden birkaç hafta önce kız arkadaşınız sizi terk ettiğinde gelmediniz?"
> "Çok uzun zamandır bu belirtileri yaşıyorsunuz, hâlâ tam olarak neyin sizi şu anda danışmanlık aramak için harekete geçirdiğinden emin değilim. Neden daha önce değil de şimdi? Geçmişte bunları yaşarken neden beklediniz ve neden zorluklara göğüs gerdiniz?"

Danışanınız "Neden şimdi?" sorusuna cevap verdikten sonra (ve siz bu cevabı özetledikten ya da farklı cümlelerle ifade ettikten sonra) görüşmenin odağını artık problemden kişiye kaydırabilirsiniz. Bu geçiş, şu ifadelerle yapılabilir:

"Şimdiye dek zamanımızın çoğunu, sizi danışmanlık almaya getiren sebeplerle ilgili konuşarak geçirdik. Şimdi, bugüne nasıl geldiğinizi daha iyi anlamak istiyorum. Bunu yapmanın en iyi yollarından biri de geçmişinizle ilgili bazı sorular sormak."

*Yönlendirici Olmayan Geçmiş Sorgulaması*

Psikososyal geçmişi ele almaya başladıktan sonra, danışanı hiç yönlendirmemeniz en iyisi olacaktır. Belirli belirtileri sorgulamayı bitirdikten sonra tamamen yeni bir alana geçtiğiniz için yönlendirici olmamanız faydalı olacaktır.

"Çocukluk anılarınızı anlatarak başlamaya ne dersiniz?"

"Belki de en kolayı, nerede doğduğunuzdan ve yetiştiğinizden söz ederek başlamanız ve sonra aklınıza gelen önemli detaylarla ilgili konuşmanız olabilir."

"Bana çocukluğunuzla ilgili neler hatırladığınızı anlatın."

Değerlendirme için psikososyal geçmişi sorgulamaya mümkün olduğu kadar yönlendirici olmadan başlayın. Danışanlar belirli bir konuya odaklansa da veya bundan kaçınsa da önemli bilgiler verecektir. Yönlendirici olmayan yaklaşımdan kısa bir süre sonra (iki ile beş dakika aralığında olabilir) danışana daha net bir yapı ve kılavuz sunabilir, geçmişiyle ilgili spesifik soruları sormaya başlayabilirsiniz.

Bölüm 6'da ele alındığı gibi pek çok danışan çocukluk deneyimleriyle ilgili özgürce konuşmak konusunda isteksiz olabilir; yapılandırma ve yönlendirme isteyebilir. Geçmişle ilgili bilgi alırken birkaç dakikalığına yapı ve yönlendirme vermekten kaçınmanız faydalı olacaktır. Bir yapı sağlar ve spesifik sorular sorarsanız hiçbir zaman danışanın kendiliğinden anlatmayı seçeceği şeyleri öğrenemezsiniz. Danışanınız bu konuda sizi zorlarsa doğrudan şunu söyleyebilirsiniz:

"Birkaç dakika sonra size çocukluğunuzla ilgili bazı sorular soracağım fakat şimdi geçmişteki deneyimlerinizle ilgili anlatacaklarınızla ilgileniyorum. Örneğin sadece sizin için önemli olan birkaç anıyı anlatabilirsiniz."

Böyle bir ifadeden sonra sadece oturun ve dikkatle dinleyin. Danışanlar kendilerini kaygılı ve rahatsız hissedebilir fakat geçmişleriyle samimiyetle ilgilendiğini görmeleri rahatsızlıklarını azaltmaya yardımcı olacaktır.

Yine de pek çok danışan kişisel geçmişlerini derinlemesine araştırma konusunda direnç gösterebilir. Kişisel geçmiş bazen travmatik veya rahatsız edici olabilir. Önemli geçmiş deneyimler bastırılmış olabilir, çoğunlukla istemli olarak dile geti-

rilmeyebilir ya da hatırlanmayabilir. Danışanlar sıklıkla şunu iddia edebilir: "Geçmişimi gerçekten çok iyi hatırlayamıyorum" ya da "Çocukluk dönemi benim için hiç net değil." Durum böyleyse destekleyici ve rahatlatıcı olmaya çalışmalısınız:

> "Hafızamız bize komik oyunlar oynayabilir. Hiçbir şey hatırlamazken bazen birden aklınıza bazı şeyler gelebilir. Tabii ki çoğumuz sarsıcı veya travmatik anılar hatırlamak istemeyiz veya bunları dile getirmek istemeyebiliriz. Benim işim, sizi geçmiş olaylar hakkında konuşmaya zorlamak değil. Fakat herhangi bir geçmiş olaydan bahsetmek isterseniz özgürce konuşmak konusunda rahat hissetmenizi istiyorum."

Psikososyal geçmişi sorgulamak hassas bir süreçtir. Genellikle belirli travmatik deneyimleri derinlemesine irdeleme işi ilk görüşmelerde yapılmaz. Öte yandan, travmaları irdelemek veya paylaşmak terapötik ve duygusal açıdan rahatlatıcı deneyimler olabilir (Godman & Epstein, 2008; Simiha-Alpern, 2007). Etkili bir ilk görüşme, danışana geçmiş travmatik olayları dile getirme olanağı sunabilir fakat danışanın muhakkak böyle davranmasını gerektirmez.

Belki de görüşmeci, ilk görüşmede diğer bölümlerinden çok daha fazla oranda kişisel geçmişi sorgularken yönlendirmeci olmayan dinleme becerilerini kullanmaya hazır olmalıdır. Çoğu kez öğrenciler, "Danışan cinsel istismara uğramışsa ne olacak?" ya da "Danışanım genç yaşta ailesini kaybettiğini söylerse o zaman ne yapacağım?" gibi sorular sorabilir. Danışanın kişisel geçmişini sorguladığınızda, duygu yüklü ya da "kritik" anılarla karşılaşma riski her zaman vardır. Hazırlıklı olmalı, çok kritik olmasa da en azından duygusal ağırlığı olan birkaç anıyla karşılaşabileceğinizi bilmelisiniz. Tesadüfen denk gelirseniz sadece çok iyi dinleyin. Anıları düzeltemezsiniz ya da geçmişi değiştiremezsiniz. Danışanlar travmatik bir olayı görüşmeciyle ilk kez paylaştığında her şeyden çok destekleyici bir yaklaşıma ve empatik bir kulağa ihtiyacı olacaktır. Travmatik olaylar konuşulurken, "Belli ki çok zor zamanlar geçirmişsiniz" ya da "O zaman, kendinizi gerçekten çok kötü (çok öfkeli veya çok kaygılı) hissetmiş olmalısınız," gibi genel yorumlar danışanınız için yeterli olabilir.

Bazı danışanlar duygusal ağırlıklı anılara takılabilir. Bu durumlarda, o an olanlar ve bugün nelerin olduğuyla ilgili net bir ayrım sunulabilir. Danışanların hayatındaki sıkıntılı zamanlarla baş etmeyi nasıl başardığını keşfetmelisiniz. Keşfetme, tanımlama, geçmişteki olaylarla nasıl başa çıktıklarını ve nasıl ayakta kaldıklarını vurgulamak için hem faydalı hem uygun olacaktır. Danışanlarınızın zor zamanlarda ne kadar güçlü olduğuna dikkat çekebilirsiniz. Örneğin:

> "Belli ki çok zor zamanlar geçirmişsiniz; buna hiç şüphe yok. Fakat sizi dinlerken şunu fark ettim. Her şey çok kötü giderken elinizi uzatıp yardım almış ve yeniden ayaklarınızın üzerinde durmayı başarmışsınız."

Geçmiş bilgileri toplarken danışanınızı aşamalı olarak bugüne yönlendirmek de ayrıca fayda sağlayacaktır. Bugüne doğru geldiğinizde, danışanınız da geçmişteki acı veren deneyimlerden uzaklaşabilir. Bazen ender durumlarda, danışan olumsuz duygularla kalmayı sürdürebilir. Bazen bunun sebebi, ciddi düzeydeki travmatik anılardır. Bazen de danışanlar, geçmişteki kötü olayların ardından bugün de bir değişiklik olmadığını düşündüğünden çıkmaza girebilir. Durum ne olursa olsun, danışanlar olumsuz ya da travmatik hatıralara takılı kaldığında bu durum, başlangıç seviyesindeki görüşmeciler için cesaret kırıcı ve korkutucu olabilir. Olumsuz düşünceler ya da intihar düşüncelerine yenik düşmüş danışanları değerlendirmek için kullanılabilecek stratejiler, Bölüm 9'da ele alınacaktır; danışanlarınızda olumlu duygu durumu için Uygulamaya Geçirme 7.1'e bakabilirsiniz.

*Yönlendirici Geçmiş Sorgusu*

Danışanın geçmişteki olaylar ile ilgili özgürce konuşmasına kısaca izin verdikten sonra, geçmişi sorgulamak için daha aktif ve yönlendirici bir role bürünebilirsiniz. Danışandan kelimenin tam anlamıyla tüm yaşam süresini kapsayan tarihsel bilgiler alabilirsiniz. Tipik bir ilk görüşmede, zaman sınırlıdır ve bu nedenle hangi alanlara odaklanacağınıza önceden karar vermelisiniz. Danışanınızın geçmişini yönlendirici bir şekilde sorgulamak için erken dönem bir anıyla söze başlamak iyi bir yöntem olabilir (Adler, 1930/1958):

**Görüşmeci:** "En eski anınız, çocukluğunuzdan hatırlayabildiğiniz ilk şey nedir?"
**Danışan:** "Beni babamın kamyonetinde şoför koltuğuna yerleştiren erkek kardeşlerimi hatırlıyorum. Sürüyormuş gibi yapmamı istiyorlardı. Gülüyorlardı. Şoför koltuğuna yerleştim ve bir şekilde kamyonetin frenleri boşaldı sanırım, çünkü kamyonet hareket etmeye başladı. Babam çok kızmıştı ama erkek kardeşlerim her zaman bana bu tür tehlikeli şeyleri yaptırmaya çalışırdı."
**Görüşmeci:** "Kaç yaşındaydınız?"
**Danışan:** "Sanırım dört, belki de beş."

Genellikle danışanın anlattığı anılar, şu andaki yaşantıları için önem taşır; bu hatıralar danışanların mevcut durumda mücadele ettiği temel konuları ve meseleleri yansıtabilir (Adler, 1930; Clark, 2004; Kern, Belangee & Eckstein, 2004). Örneğin bir önceki anıyı paylaşan danışan, diğerlerine atfettiği eylemlerle hayatını tanımlamaktadır. Diğerlerinin dikkatini ve onayını almak için tehlikeli şeyler yapmak isteği duyduğunu da kabul etmiştir.

Danışanlar olumlu ya da olumsuz hatıralarını çarpıcı şekilde dile getirdiğinde, bu hatıranın tersi nitelikte olan bir anıyla ilgili de soru sormak faydalı olacaktır. Hemen hemen herkesin hem olumlu hem de olumsuz anıları vardır. Bu, danışanın

dengeli bir biçimde olumlu ve olumsuz çocukluk anıları rapor edip edemediğini değerlendirmek için yarar sağlayabilir. Çoğunlukla olumsuz çocukluk anılarını anımsayanlar depresif bozuklukla mücadele ediyor olabilir ya da hiç olumsuz deneyimden bahsetmeyen danışanlarsa inkâr, bastırma benzeri bir savunma mekanizması kullanıyor olabilir (Mosak, 1989):

**Danışan:** "Evimizin bodrumunda bir boruyu kırdığımı hatırlıyorum. Babamın tamir aletleri ile oynuyor ve ortadaki boruya çekiçle vuruyordum. Su sızmaya başladı ve bodrumu su bastı. Tabii başım beladaydı."

**Görüşmeci:** "Bu, ciddi bir sıkıntı hissettiğiniz oldukça olumsuz bir anı. Çocukluğunuzla ilgili daha olumlu bir şey hatırlıyor musunuz?"

**Danışan:** "Oo tabii, kapı komşumuzun çocuğuyla oyun oynadığım zamanlar çok güzeldi. Annem onu eve davet ederdi ve evdeki her oyuncakla her oyunu birlikte oynardık."

**Görüşmeci:** "Onun geldiği ve oyun oynadığınız özel bir anı hatırlıyor musunuz?"

**Danışan:** "Hım, evet. O, her zaman benim oyuncak askerimle oynamak isterdi fakat ben dinozorları daha çok severdim. Kavga ederdik ve sonunda ben tüm askerleri dışarıya, öndeki bahçeye atardım. Sonra otururduk ve dinozorlarla oynamaya devam ederdik."

Bazen, siz danışana olumlu bir anıyı sorsanız bile olumsuzluk ve anlaşmazlık içeren cevaplar alabilirsiniz. Diğer yandan, bazı danışanlar, olumsuz anıları yok sayar. Özellikle dile getirmediyse danışanın dikkatini buna çekmenin faydası muhtemelen olmayacaktır; bir diğer oldukça olumsuz (ya da olumlu) olayı rapor edebilir. Bunun yerine, sadece anılarının niteliğiyle ilgili notlar alarak devam edebilirsiniz.

Çocukluğu sorgulamada ya da daha belirgin olarak ebeveyn-çocuk ilişkisinde diğer bir standart yöntem de danışandan ebeveynlerini üç kelimeyle anlatmasını istemektir:

**Görüşmeci:** "Bana annenizi üç kelimeyle anlatmanızı istesem?"

**Danışan:** "Nasıl yani?"

**Görüşmeci:** "Annenizi düşünün, o nasıl biridir, onu en iyi tanımlayacak üç kelime ne olabilir?"

**Danışan:** "Sanırım... Temiz... ve Tertipli ve hım, aşırı. Hepsi bu."

Belirtildiği gibi danışanların psikososyal geçmişlerini sorgularken güçlü, duygu yüklü anılarla karşılaşma ihtimali yüksektir. Bu, özellikle ebeveyn-çocuk ilişkisi

için geçerlidir. Danışanların ebeveynlerini tanımlamak için kullandıkları kelimelerin izini sürmek gerekir. Bunu, danışanlara yaptıkları tanımlamalar için örnek vermelerini isteyerek yapabilirsiniz:

> "Annenizin aşırı olduğunu söylediniz. Onun bu tanıma uyan bir hareketine örnek verebilir misiniz?"

Geçmişle ilgili bilgiler alınırken doğal akış şöyle olabilir : (a) ilk anılar (b) ebeveyn ve (varsa) kardeş hatıraları (c) okul ve arkadaş ilişkileri (d) iş veya çalışma ve (e) diğer alanlar (Bkz. Tablo 7.1). Kapsamlı bir ilk görüşmede ele alınabilecek psikososyal geçmiş bilgileri Tablo 7.1'de listelenmektedir. Bunun geçmişle ilgili oldukça kapsamlı bir liste olduğunu söylemek gerekir. Tipik bir klinik görüşmede geçmişle ilgili bilgiler konusunda seçici olmalısınız. Pek çok vakada, kişisel geçmişi almak için ayırabileceğiniz zaman 15-20 dakikadır ki bu süre zarfında her şeyi ele alamayabilirsiniz. Aslında, tarihsel, özgeçmiş bilgilerini almak için özel olarak ayrılan 50 dakikalık bir görüşmede bile Tablo 7.1'de listelenen alanlar arasından dikkatli bir seçim yapmak gerekecektir.

Tablo 7.1 psikososyal geçmiş için katı bir taslak olarak görülmemelidir. Tabloda listelenen pek çok konu başlığı için diğer görüşme kaynakları da mevcuttur.

Görüşmedeki sınırlı sürede, hangi alanlara odaklanılacağını seçmek genellikle zor olduğundan, kurumlar ve bireysel olarak klinisyenler çoğunlukla yeni danışanlar için standart kayıt formları ya da ilk görüşme anketleri kullanır. Bu formlar, danışanı görmeden önce görüşmecilere danışanla ilgili bilgi sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Bu bilgilere dayanarak görüşmeci yeni danışanla hangi konuların üzerinde duracağını belirleyebilir. Ayrıca ilk görüşme ve mental durum muayenelerini bilgisayar üzerinden yürüten çok sayıda çalışma da yapılmıştır. Bu yaklaşım resmi bir formatta olsa da belirli avantajları da vardır: Bilgisayarlar herhangi bir soruyu sormayı unutmaz ve bazı danışanlar geçmişteki madde bağımlılıklarını, cinsel geçmişlerini ve diğer hassas konuları (örn., HIV virüsü) dile getirirken bilgisayar karşısında kendilerini görüşmeciyle olduğundan daha rahat hissedebilir (DiLillo, DeGue, Kras, Di Loeranto-Colgan & Nash, 2006; Garb, 2007; Hallfors, Kahatapoush, Kadushin, Watson & Saxe, 2000; Williams ve ark., 2000).

**Tablo 7.1 Görüşmede Kişisel Geçmiş Sorgulamasına Yönelik Örnek Sorular**

| Konu başlığı | Sorular |
|---|---|
| 1. İlk Anılar | Aklınıza gelen ilk anınız nedir? Kaç yaşındaydınız? Olumlu (ya da olumsuz) ilk anılarınız nelerdir? |
| 2. Ebeveynlerle ilgili tanımlama ve anılar | Bana annenizi (ya da babanızı) tanımlayan üç kelime söyleyin. Annenizle mi yoksa babanızla mı daha çok vakit geçirdiniz? Ebeveynleriniz size ne tür disiplin yöntemleri uyguladı? Ebeveynlerinizle evde veya dışarıda hangi aktiviteleri yapardınız? |
| 3. Kardeşlerle ilgili tanımlama ve anılar | Kız ya da erkek kardeşiniz var mı? (Varsa kaç tane?)<br>Kardeşlerinizle geçirdiğiniz zamanlarla ilgili anılarınız var mı?<br>Size en yakın kardeşiniz kimdi ve neden?<br>Ailenizde size en çok benzeyen kişi kim?<br>Ailenizde sizden en farklı kişi kim? |
| 4. İlköğretim (Eğitim-1) yaşantısı | Okuldaki ilk gününüzü hatırlıyor musunuz?<br>Sizin için okul nasıldı? (Okulu sevdiniz mi?)<br>Okulda en çok sevdiğiniz ders neydi?<br>En az hoşlandığınız (ya da en kötü olduğunuz) konu neydi?<br>Canlı okul anılarınız var mı?<br>En sevdiğiniz (ya da en sevmediğiniz) öğretmeniniz kimdi?<br>Bu öğretmeni sevmenizin (ya da sevmemenizin) sebebi nedir?<br>Hiç okuldan uzaklaştırıldınız mı ya da okuldan atıldınız mı?<br>Okuldayken başınızın belaya girdiği en kötü olayı anlatın. |
| 5. Arkadaş ilişkileri (okulda ya da okul dışında) | Okulda çok arkadaşınız var mıydı?<br>Arkadaşlarınızla eğlenmek için ne gibi şeyler yapardınız?<br>Kızlarla mı erkeklerle mi daha iyi anlaşırdınız?<br>İlkokul arkadaşlarınızla ilgili olumlu (ya da olumsuz) anılarınız neler? |
| 6. Ortaöğretim, lise ve üniversite yaşantısı (Eğitim-2) | Lisede çok arkadaşınız var mıydı?<br>Arkadaşlarınızla eğlenmek için ne gibi şeyler yapardınız? Kızlarla mı erkeklerle mi daha iyi anlaşırdınız?<br>Lise arkadaşlarınızla ilgili olumlu (ya da olumsuz) anılarınız neler? Okulun ilk gününü hatırlıyor musunuz?<br>Sizin için lise nasıldı? (Liseyi sevdiniz mi?)<br>Lisede en çok sevdiğiniz ders neydi?<br>En az hoşlandığınız (ya da en kötü olduğunuz) konu neydi? Canlı okul anılarınız var mı?<br>En sevdiğiniz (ya da en sevmediğiniz) öğretmeniniz kimdi?<br>Bu öğretmeni sevmenizin (ya da sevmemenizin) sebebi nedir?<br>Hiç okuldan uzaklaştırıldınız mı ya da okuldan atıldınız mı?<br>Okuldayken başınızın belaya girdiği en kötü olayı anlatın. Lisedeki en büyük başarınız (ya da ödülünüz) neydi? Üniversiteye gittiniz mi?<br>Üniversiteye gitme (ya da gitmeme) nedenleriniz nelerdi?<br>Üniversitedeki bölümünüz neydi?<br>En son mezun olduğunuz okul hangisi? |

**Tablo 7.1 Görüşmede Kişisel Geçmiş Sorgulamasına Yönelik Örnek Sorular (devamı)**

| Konu başlığı | Sorular |
|---|---|
| 7. İlk iş deneyimi | İlk işiniz neydi ya da ilk nasıl para kazandınız?<br>İş yerindeki arkadaşlarınızla aranız nasıldı?<br>İşle ilgili olumlu ve olumsuz ne gibi hatıralarınız var? Hiç işten kovuldunuz mu?<br>En yüksek kariyer hedefiniz nedir?<br>Yıllık ne kadar para kazanmak isterdiniz? |
| 8. Askerlik deneyimi | Hiç askere gittiniz mi?<br>Askere alındınız mı ya da gönüllü olarak katıldınız mı?<br>Bana askerdeki en olumlu (ya da en olumsuz) deneyimlerinizden bahsedin.<br>Rütbeniz neydi?<br>Disiplin cezası aldınız mı? Suçunuz neydi? |
| 9. Romantik ilişki geçmişi | Başka birine karşı romantik hisleriniz oldu mu?<br>İlk randevunuzu hatırlıyor musunuz?<br>Size göre bir ilişkiyi romantik yapan şey nedir?<br>Partnerinizde (evlilik/ilişki) en çok nelere önem verirsiniz?<br>Eşinizde (sevgilinizde) sizi ilk çeken şey neydi? |
| 10. (İlk cinsel deneyim dahil olmak üzere) Cinsel geçmiş | Ailenizden (ya da okuldan, kardeşlerinizden, arkadaşlarınızdan, televizyondan, filmlerden) cinsellikle ilgili neler öğrendiniz?<br>Size göre cinsel ilişkide en önemli şey nedir?<br>Travmatik bir cinsel deneyiminiz (tecavüz ya da ensest) oldu mu? |
| 11. Öfke geçmişi | Bugüne kadar en çok öfkelendiğiniz şey nedir?<br>Hiç kavga ettiniz mi?<br>Başkası size vurdu mu ya da yumruk attı mı?<br>Ailenizden (ya da kardeşlerinizden, arkadaşlarınızdan, televizyondan) öfke ve öfkeyle nasıl başa çıkılacağı ile ilgili neler öğrendiniz?<br>Öfkelendiğinizde genellikle neler yaparsınız?<br>Aşırı düzeyde öfkelendiğiniz ve sonrasında da pişman olduğunuz bir olaydan bahsedin.<br>En son ne zaman kavga ettiniz?<br>Kavgada hiç silah kullandınız mı (ya da biri size karşı kullandı mı)?<br>Şimdiye kadar birini fiziksel olarak yaraladığınız en kötü olay neydi? |

Tablo 7.1 Görüşmede Kişisel Geçmiş Sorgulamasına Yönelik Örnek Sorular (devamı)

| Konu başlığı | Sorular |
|---|---|
| 12. Tıbbi geçmiş | Hiç çocuk hastalıklarından birine yakalandınız mı? Hastanede yattınız mı? Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?<br>Şu an herhangi bir tıbbi şikâyetiniz ya da probleminiz var mı?<br>Reçeteli ilaç kullanıyor musunuz?<br>En son ne zaman muayene oldunuz?<br>Yeme veya uyku probleminiz, kilo kaybı veya kilo alma ile herhangi bir sorununuz var mı?<br>Hiç bayıldınız mı?<br>Ailenizde ciddi düzeyde önemli bir hastalık var mı? (kalp krizi ya da kanser gibi)<br>Olağan günlük diyetinizden bahsedin. En sık ne tür gıdaları alıyorsunuz?<br>Yiyeceklere, ilaçlara ya da başka herhangi bir şeye alerjiniz var mı?<br>Egzersiz alışkanlıklarınız nelerdir?<br>Ne kadar sıklıkla aerobik yaparsınız? |
| 13. Psikiyatri ya da danışmanlık geçmişi | Daha önce hiç danışmanlık aldınız mı?<br>Aldıysanız kimden, hangi konu için ve en son ne kadar süreyle?<br>Daha önceki danışmanınızın yapmış olduğu ve size özellikle fayda sağlayan (ya da özellikle fayda sağlamayan) herhangi bir şey hatırlıyor musunuz?<br>Probleminiz için aldığınız danışmanlık faydalı oldu mu?<br>Olmadıysa size ne yardımcı oldu?<br>Psikolojik nedenlerle hiç hastaneye yattınız mı? O zaman problem neydi?<br>Psikiyatrik problemler için ilaç aldınız mı?<br>Ailenizden biri psikolojik nedenlerle hastaneye yattı mı?<br>Ailenizden birinin ruhsal rahatsızlıkları oldu mu?<br>Bu kişinin problemini ya da teşhisini hatırlayabiliyor musunuz? |
| 14. Alkol ve madde geçmişi | İlk kez ne zaman alkol (ya da esrar ve benzeri.) aldınız? Her gün (ya da hafta, ay) ne kadar alkol tüketiyorsunuz? "İçki/madde tercihiniz" var mı, nedir?<br>Alkolle ilişkili olarak hiç tıbbi, yasal, ailevi veya işle ilgili problemleriniz oldu mu?<br>En çok hangi koşullar altında içmeyi tercih edersiniz?<br>İçki içmekten ne gibi bir fayda görüyorsunuz? |
| 15. Yasal geçmiş | Hiç yasadışı bir faaliyet nedeniyle yakalandınız mı veya para cezası aldınız mı?<br>Hiç alkollü araç kullanmaktan ceza aldınız mı? Hiç aşırı hız nedeniyle ceza aldınız mı?<br>Kaç kere ya da ne sıklıkta? Hiç iflas ettiniz mi? |

Tablo 7.1 Görüşmede Kişisel Geçmiş Sorgulamasına Yönelik Örnek Sorular (devamı)

| Konu başlığı | Sorular |
|---|---|
| 16. Eğlence geçmişi | En sevdiğiniz eğlence etkinliği nedir?<br>Hangi eğlence etkinliklerinden nefret edersiniz veya uzak durursunuz?<br>En iyi olduğunuz spor, hobi veya boş zaman uğraşı hangisidir?<br>Favori (ya da iyi olduğunuz) aktivitenizle ne sıklıkla meşgul olursunuz?<br>Bu aktiviteyle daha sık meşgul olmanızı neler engellemektedir?<br>Bu aktiviteyi kimlerle yaparsınız?<br>Yapmak istediğiniz fakat denemek için zaman ya da fırsat bulamadığınız eğlence etkinlikleri var mı? |
| 17. Gelişimsel geçmiş | Anneniz size hamileyken yaşanan sıradışı olaylarla ilgili bir bilginiz var mı?<br>Annenizin gebeliği normal miydi? Doğum ağırlığınız kaçtı?<br>Emzirildiniz mi yoksa biberonla mı beslendiniz? Bu konuyla ilgili bilginiz var mı?<br>Ne zaman oturdunuz, ayağa kalktınız ve yürüdünüz? (Kadınlar için) Regliniz ne zaman başladı? |
| 18. Ruhsal ve dini geçmiş | Dinle ilgili ne düşünüyorsunuz?<br>Şu andaki dini ya da manevi inançlarınız nelerdir? Bir dine bağlılığınız var mı?<br>Kiliseye gider, dua eder, meditasyon yapar mısınız ya da herhangi bir dini aktiviteye katılır mısınız?<br>Daha önceden katıldığınız diğer dinsel faaliyetler nelerdir? |

## Kişiler Arası İlişki Tarzının Değerlendirilmesi

Bireylerin belirli kişilik özelliklerine sahip olmasından dolayı davranış örüntülerinin yordanabilir ve tutarlı olduğu iddiası, tartışmalı bir kavramdır (Bem ve Allen, 1974). Psikanalitik ve kişiler arası psikoterapistler terapi yaklaşımlarını bireylerin kişiliklerine ya da kişiler arası tarzlarına bağlı olarak büyük ölçüde tutarlı davrandıkları varsayımına dayandırmaktadır (Fairbairn, 1952). Buna karşın, bilişsel ve davranışçı psikoterapistler, kişilik kavramını büyük oranda reddeder ve davranışın durumun ya da kişinin durumla ilgili bilişlerinin bir işlevi olduğunu söyler (Beck, 1976; Mischel, 1968; Ullmann ve Krasner, 1965).

İlk görüşmenin amacı doğrultusunda, insanların tutarlı davranış örüntüleri gösterdiğini varsaysak da bu örüntülerin kişilere ve durumlara göre büyük ölçüde çeşitlilik göstereceğini de göz önünde bulundurmak gereklidir.

*Kişiler Arası İlişki Tarzları*

İnsanlar kişiler arası ilişkilerinde belirli roller olduğunu varsayma eğilimindedir. Bazı insanlar daha baskın davranır bazıları daha itaatkârdır, kendini geri planda tutar. Bazıları ise diğerleriyle ilişki kurarken daha ilgili ve yakın davranmayı tercih eder. Bazı kişiler de tutarlı olarak birçok ilişkide aynı rolü benimser görünürken diğerleri duruma ve orada bulunan kişilere göre daha farklı davranabilir. Tutarlılık ve değişkenlik arasındaki bu ilişki, danışanların kişiler arası problem alanlarını değerlendirirken bilgilendirici ve faydalı olabilir.

İlk görüşme süresince danışanın kişiler arası ilişki tarzını değerlendirirken görüşmecilere yardım edebilecek üç temel kaynak vardır: İlk olarak, danışanın geçmişte diğer kişilerle nasıl ilişki kurduğuna dair tanımlar isteyebilirsiniz (çocukluk, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde). İkinci olarak, mevcut ilişkilerinde danışanın diğer insanlarla nasıl ilişki kurduğuyla ilgili bilgi toplayabilirsiniz. Üçüncü olarak, görüşme boyunca danışanın sizinle birlikteyken ortaya çıkan davranışsal etkileşimlerini gözlemleyebilirsiniz.

Bazı güncel psikoterapi yaklaşımları, danışanın kişiler arası tarzını değerlendirmeye büyük önem verir. Luborsky (1984), bunu danışanın "temel çelişkili ilişki teması" diye adlandırır (s. 98). Psikoterapinin amacının danışanın kişiler arası ilişkilerinde daha bilinçli tercihler yapmasını sağlamak olduğunu iddia eder. Bu bağlamda kişiler arası davranış örüntüleri gibi kavramlara dair farkındalıklar, danışanlara önemli ölçüde yardımcı olacaktır.

Sadece tek bir kısa görüşmeden sonra danışanın kişiler arası ilişki tarzıyla ilgili kesin bir yargıya ulaşmak gerekli olmadığı gibi çoğunlukla mümkün de değildir. Bunun yerine amaç, danışanının genel olarak diğerleriyle nasıl ilişki kurduğuna yönelik geçici varsayımlarınızın olmasıdır. Dahası, Teyber'in (2006) de söz ettiği gibi görüşmeci, danışandan kaynaklanan duygulara karşı tetikte olmalıdır. Elbette, hissedilen duygunun ne kadarının kendisinden ne kadarının da danışandan kaynaklandığına karar vermek önemlidir (Teyber, 2006). Daha önce vurgulandığı gibi danışanın sizde uyandırdığı duygusal ve kişisel reaksiyonlar, bir karşıt aktarım ürünü de olabilir (Luborsky &Barrett, 2006). Tebyer (2006), danışanın sizde uyandırdığı duygunun ilişkide olduğu diğer insanlar için de geçerli olabileceğini belirtmiştir. Ancak bu durum size özelse bu karşıt aktarıma da işaret ediyor olabilir.

Danışanın öyküsünü ve kişiler arası ilişki tarzını değerlendirmek birkaç seans sürebilir. Yine de, psikoterapideki uzun değerlendirme prosedürleri hoş karşılanmaz. Geleneksel olarak ilk görüşmede kişiler arası ve geçmişe ilişkin sorgulamanın esas amacı, kesin ve nihai vaka formülasyonları oluşturmak veya spesifik çözümler üretmek değil, hipotezler üretmek olarak görülmektedir. Terapistlere tanınan zaman sınırlandıkça terapistler -hatta ilk görüşme esnasında daha hızlı değerlendirmeler yapmak ve ardından kısa müdahale yöntemleri uygulamak için üzerilerinde daha fazla baskı hissedecektir.

## Mevcut İşlevselliği Değerlendirmek

Geçmişe ait ve kişiler arası konuları sorguladıktan sonra görüşmeciler, önemli bir geçiş yaparak mevcut işlevselliğe odaklanmalıdır. Bu sadece mevcut işlevselliği değerlendirmek için değil, görüşmeyi geçmişe odaklı sonlandırmamak açısından da önemlidir. Mevcut işlevselliğe yapılan geçiş, şimdiki zamana hem sembolik hem de somut anlamda bir dönüş sağlayacaktır. Görüşmenin sonu danışanları geçmişe değil, güçlü yönlerine ve çevresel kaynaklara odaklanması için cesaretlendirme zamanıdır.

İlk görüşmenin son kısmındaki sorular, danışanın mevcut aktivitelerine ve eylemlerine odaklanır. Aşağıdaki ifade ve sorular, danışanın mevcut işleyiş alanları ile ilgili konuşmasını sağlayacaktır:

"Temel sorunlarınızdan ve biraz da geçmişinizden bahsettik. Şimdi şu an hayatınızda neler olduğuna geçmek istiyorum."
"Normal bir gününüzde ne tür aktiviteler var? Bana tipik bir gününüzü anlatın."
"İşte ne kadar zaman harcıyorsunuz?"
"Partnerinizle (eşinizle) ne kadar zaman harcıyorsunuz?"
"Siz ve partneriniz (eşiniz) birlikte ne gibi şeyler yaparsınız? Bu aktiviteleri ne sıklıkta yapıyorsunuz?"
"Yalnız çok vakit geçirir misiniz?"
"Yalnızken yapmayı en çok sevdiğiniz şey nedir?"

Bazı danışanlar geçmişleriyle ilgili konuşmaktan, günlük yaşamlarını konuşmaya geçmekte zorluk yaşayabilir. Bu, özellikle danışanların zor ya da travmatik çocukluk anıları varsa ortaya çıkar. Bu durumlarda, iki temel strateji kullanabilirsiniz, böylece danışanlar ilk görüşme deneyimlerini daha uygun ve gerçekçi şartlarda görebilir. Danışanlar ilk görüşmede önceki konuşmalardan dolayı etkilenmiş görünüyorsa, (a) danışanın duygularını onaylayarak ve (b) olumlu değişiklikler için umut aşılayarak karşılık vermelisiniz. Örneğin çocuğunu trajik bir kazada kaybettikten kısa bir süre sonra danışmalık için gelen bir anneye şöyle söyleyebilirsiniz:

"Oğlunuzu kaybetmenin son derece acı verdiğini anlıyorum. Siz de büyük olasılıkla bu duyguların tamamen normal olduğunu biliyorsunuzdur. Pek çok kişi çocuğunu kaybetmenin en acı verici duygusal deneyimlerden biri olduğunu kabul edecektir. Ayrıca buraya gelerek oğlunuzun ölümüyle ve duygularınızla ilgili benimle açık şekilde konuşmanızın sizin için yerinde bir davranış olduğunu bilmenizi istiyorum. Tabii ki bu, üzüntünüzü ve size acı veren duyguları hemen ortadan kaldırmayacaktır fakat bu durumlarda, acınızla ilgili konuşmak yapılacak doğru şeydir. Bu, kederli süreçle baş etmenize yardım edecektir."

Duyguların onayı, Bölüm 3'te de ele alındığı gibi danışanın duygularını fark etmek ve onaylamak demektir. Bu teknik, genellikle danışanı rahatlatır; ayrıca görüşmenin sonuna doğru danışan için acı veren ya da rahatsız edici duyguları deneyimlerken kullanılabilecek uygun bir araçtır. İlk görüşmenin sonuna doğru duygusal acı ya da sıkıntı içindeki danışana görüşmecinin söyleyebileceği şeylere ilişkin daha genel diğer bir örnek de şu olabilir:

> "Bugün konuştuklarımızdan hâlâ oldukça üzgün olduğunuzu görüyorum. Şunu bilmenizi isterim ki üzüntünüz ve mutsuz hissetmeniz son derece normal. Terapiste gelen pek çok kişi, buradan karmaşık duygularla ayrılır. Bunun nedeni, çocukluğunuzdan ya da kişisel sorunlarımızdan söz ederken rahatsız edici duygular hissetmeden konuşmanın zor olmasıdır. Aslında şu an söylediğiniz duyguları hissetmeseydiniz sanırım asıl o zaman sizin için endişeleniyor olurdum. Şu anda hissettikleriniz çok doğal."

Üzüntülü, hayal kırıklığı yaratan ya da travmatik olaylarla ilgili konuşurken kötü hissetmek çok normaldir. Terapistler danışanlara rahatlatıcı ve onaylayıcı şekilde, gerçeklere dayanan bu bilgileri vermelidir. Rahatlatma ve destek, etkili bir kapanışın gerekli parçalarıdır (Uygulamaya Geçirme 7.1'e bknz).

### Amaçları Gözden Geçirmek ve Değişimi İzlemek

Görüşmenin sonuna doğru, diğer bir anahtar mesele gündeme gelir. Danışanlar danışmanlık almaya ya da terapiye gelir, çünkü bir değişim ister ve değişim de gelecekte yaşanacaktır.

Pek çok görüşmeci, görüşmenin sonuna doğru şu tür sorular sorar: "Diyelim ki terapi başarılı oldu ve hayatınızda bazı değişiklikler fark ettiniz. Neler değişmiş olur?" Ayrıca, "Gelecek birkaç yılda değişimin ardından kendinizi nasıl görüyorsunuz?" ya da "Ne gibi kişisel hedeflere (ya da kariyer hedeflerine) ulaşmak için çaba gösterirsiniz?" gibi başka gelecek yönelimli sorular da uygun olabilir. İlk görüşmede ya da ilk terapi seanslarında, terapi hedeflerinin tartışılması sonlandırma için bir altyapı sağlayacaktır (Zaro, Barach, Nedelman ve Dreiblatt, 1977). Corey (1996), ilk görüşme değerlendirmelerine, "Anlamlı bir değişim için beklentileriniz nelerdir ve bu değişimin ortaya çıktığını nasıl anlayacağız?" (s. 13) gibi bir sorunun dahil edilmesini önermektedir. İstenen değişim için açık tanımlar koyarak danışanlar ve görüşmeciler, terapideki ilerlemeyi ortaklaşa izleyebilir ve terapinin ne zaman biteceğine birlikte karar verebilir. İlk görüşmenin başında, problemlerinden yol çıkarak danışanın amaçları formüle edilir. Ancak görüşmenin sonuna doğru, danışanın hedeflerini olumlu ve iyimser bir biçimde gözden geçirmek de ayrıca yarar sağlayacaktır.

**Uygulamaya Geçirme 7.1**

**Danışanların Yeniden Duygularını Kontrol Altına Almalarına Yardım Etme**

İlk görüşmede danışanların duygusal açıdan sıkıntı hissetmesi oldukça olağandır. Genellikle bu doğal bir süreçtir ve danışanlar doğal olarak kendilerini çeker ve ilk görüşme sonuna kadar bu konuda oldukça dikkatli davranır. Ancak bazen görüşme sonuna doğru, danışan duygusal olarak çok rahatsız olabilir ve ofisten ayrılmadan önce duygularını kontrol altına alması için yardım etmeniz gerekir. Bunu garanti altına alacak herhangi bir strateji yoksa da aşağıdaki teknikler bu konuda size yardımcı olabilir. Elbette en iyi strateji ve teknik empati içerendir.

[Şimdiki ve yakın geleceğe odaklanın] Günün geri kalanı için bir planınız var mı? Buradan ayrıldıktan sonra ne yapacaksınız? Aklınızda sizi duygusal olarak rahatlatacak bir şey var mı?

[Danışana duygusal olarak sakinleşmek için ne yaptığını sorun] evde veya terapi dışındaki bir durumda kendinizi duygusal olarak kötü hissettiğiniz zaman, daha iyi hissetmek için ne yaparsınız?

[Daha olumlu bir konudan söz edin] Az önceki konuşmamız sırasında fark ettim ki iş stresinizle çok iyi şekilde baş ediyorsunuz.

[İltifat edin veya öneride bulunun] Bugün yaptığınız gibi kendinizi bu denli açmak oldukça değerli. Kendinizi bu konuda tebrik etmelisiniz.

[Olumsuz durumu doğrulayarak danışanın bazı olumlu noktalar bulmasına yardımcı olun] Bazen olumlu şeylere tekrar dönmek oldukça zordur; bu yüzden, size başka bir konuyla ilgili bir soru soracağım. Bugünkü görüşmemizden çıkarabileceğiniz en olumlu şey nedir?

### Hedefleri Gözden Geçirme ve Değişimi İzleme

Görüşmenin sonuna doğru ele alınması gereken bir başka konu da gelecektir. Danışanlar görüşmeye değişim istediği için gelir ve değişim geleceği de içerir.

Birçok görüşmeci, ilk görüşme sonuna doğru şu tür sorular sorar: "Diyelim ki terapi başarılıydı ve hayatınızda önemli değişimler olduğunu gözlemlediniz. Ne değişirdi?" Bu durum için diğer türdeki gelişim-yönelimli sorular da uygun olabilir: "Önümüzdeki birkaç yılda kendinizde ne tür değişimler bekliyorsunuz?" veya "Geleceğe dair ne tür kişisel hedefleriniz (ya da kariyer planları) var?". İlk görüşmede veya terapinin başında, terapi hedefleri ile ilgili konuşmak, sonlandırmaya dair bir temel de oluşturacaktır (Sommers-Flnagan & Sommers-Flnagan, 2007b). İstenen değişimi tanımlarken danışan ve görüşmeci terapi tamamen sonlanırken

birlikte terapideki ilerlemeyi de gözden geçirebilir. Danışanın hedefleri, ilk görüşme başında sunulan sorun çerçevesinde tanımlanmalıdır. Bu hedefleri, görüşme sonunda olumlu bir tutumla gözden geçirmek de önemlidir.

## İLK GÖRÜŞME YÖNTEMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Geleneksel 50 dakikalık bir sürede, bu bölümde bahsedilen tüm alanları derinlemesine kapsayan bir giriş görüşmesi yürütmek maalesef imkânsızdır. Uzman bir görüşmeci olarak neleri vurgulayacağınıza, nelere önem vermeyeceğinize, neleri göz ardı edeceğinize yönelik kararlar almalısınız. Çeşitli faktörler vereceğiniz bu kararları etkileyebilir.

### Danışan Kayıt Formu

Bazı kurumlar ve uygulamacılar, danışanlarla ilgili bilgileri almak konusunda danışan kayıt formlarına ve ilk görüşme anketlerine güvenir. Görüşme saatini uzatacak bu uygulama detaylı bilgileri almak için özellikle yarar sağlayabilir. Örneğin daha önce başvurulan terapistler, aile hekimlerinin isimleri, telefon numaraları ve temel biyografik bilgiler (yani doğum tarihi, doğum yeri, eğitim bilgileri gibi) için kayıt formları kullanılabilir.

Aşırıya kaçmadığında ilk görüşme anketleri de kabul edilebilir, fakat çok fazla veya çok uzun anketler danışanları sıkabilir, hatta gözünü korkutabilir. Örneğin bazı kurumlar potansiyel danışanları değerlendirmek için 10-15 sayfalık giriş anketleri kullanabilir. Bu anketler, "Cinsel istismara uğradınız mı?" ve "Çocukken nasıl cezalandırıldığınız, anlatın?" gibi pek çok aşırı düzeyde kişisel soru içerebilir. Bu anketler çok rahatsız edici olabilir. Amacı danışana anlatılmadan herhangi bir anket kullanılmamalıdır. Ayrıca çalışma ortamına bağlı olarak standart belirti kontrol listesi ya da davranış envanterlerinin, terapi öncesi anket bataryasının bir bölümü olarak kullanılması da uygun olabilir (bununla birlikte doldurmadan önce danışanlara bu anketlerin amacı yine açıklanmalıdır).

*Kurum Ortamı*

İlk görüşmede elde edilen bilgiler çoğunlukla kurumun ya da görüşmecinin prensiplerine hizmet edecektir. Psikiyatri hastaneleri gibi bazı kurumlar tanıya yönelik geçmiş bilgileri daha ayrıntılı talep edebilir; sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlar içinse problem ya da belirti analizi, hedef belirleme ve tedavi planı daha çok önem arz edebilir. Sonuç olarak sizin yaklaşımınız da çalışma ortamınıza göre değişiklik gösterecektir.

### Kuramsal Yönelim

Görüşmecinin kuramsal yönelimi, ilk seans süresince hem alınan bilgiyi hem de bilginin nasıl alındığını ciddi bir şekilde etkileyecektir. Davranışçı ve bilişsel yönelimli görüşmeciler mevcut problemlere odaklanma eğilimindeyken psikanalitik yönelimli görüşmeciler mevcut problemlerin ötesine geçmiş bilgilere önem verir. Danışan merkezli terapistler ise mevcut duruma ve danışanların kendileriyle ilgili nasıl hissettiğine odaklanır (danışanların gerçek ve ideal benlikleri arasında herhangi bir çelişki olup olmadığı gibi). Çözüm yönelimli terapistler, geçmiş ya da mevcut problemleri incelemek yerine geleceğe odaklanır ve olası çözümlerin üzerinde durur. Ayrıca psikanalitik ve danışan merkezli görüşmeciler, detaylı danışan kayıt formunu bilgisayarlı görüşme prosedürlerini veya standart anketleri daha az olasılıkla kullanacaktır.

### Mesleki Altyapı ve Meslek Grupları

Son olarak, mesleki altyapınız ve meslek grubunuz ilk görüşmede hangi bilgilerin alınacağı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Bu kitabı yazmadan önce farklı altyapılardan gelen uzmanlara görüşme ile ilgili bir ders kitabında en çok neyin olması gerektiğini sorduk. Cevapların içerikleri ve cevaplayanların alanları arasındaki korelasyon çarpıcı derecede yüksekti. Psikiyatristler *DSM-IV-TR*'e dayanarak ruhsal durumun ve tanıya yönelik görüşmenin önemini vurguladı. Klinik psikologlar değerlendirme ve tanıyla ilgilenmenin yanı sıra problem değerlendirme, davranışsal ve bilişsel analizler üzerinde de durdu. Danışmanlar ise resmi değerlendirmelere daha az değinirken dinleme becerileri ve yardım stratejileri üzerinde daha çok durdu. Evlilik ve aile terapistleri, aileyi sosyal sistemi ve danışanın ortamını anlamanın önemine vurgu yaptı. Açıkçası tüm bu alanlara değinmek tabii ki önemlidir. Eğitiminiz, kuramsal yöneliminiz ve meslek grubunuz ana odağınızı ve belirli alanlara ne oranda dikkat edeceğinizi belirleyecektir; yine de bu alanların hiçbiri tamamen göz ardı edilmemelidir.

## KISA İLK GÖRÜŞMELER

Sağlık hizmetlerindeki masrafların kısılması ve tanımlanmış sağlık hizmeti sunumuna yönelik çabalar göz önüne alındığında, daha kısa ilk görüşmeler için yapılandırma ihtiyacı duyulmaktadır. İlk görüşmelerin amaçları, söz edilen sağlık hizmeti felsefesine bağlı çalışırken de aynı olacaktır. Problemleri ve amaçları hakkında bilgi edinirken danışana ve danışanın mevcut durumuna odaklanmak değişmez konulardır. Fakat tanımlanmış sağlık hizmetlerinde bu bilgileri alırken üç temel değişiklik yapılması gereklidir. İlk olarak, ilk görüşmeden önce görüşmeciler kayıt formu ve danışandan alınan anket verisine büyük ölçüde güvenmek zorundadır. İkinci olarak, görüşmeciler daha fazla soru sormalıdır. Zira danışanın kendini rahat biçimde ifade etmesi için daha az zaman verilecektir. Üçüncü olarak, görüşmeciler kişisel geçmiş ve kişiler arası ilişki tarzıyla ilgili bilgileri almak

için harcanan zamanı azaltmalıdır. Hem kayıt formunu ve anketleri kullanma hem de daha fazla sorma gibi basit değişiklikler söz konusu olduğu için devam eden ayrımda böyle bir formatta kişisel geçmişle ve kişiler arası davranışla ilgili kısa bilginin nasıl alınacağına odaklanılacaktır. Daha sonra, kısa görüşmeler yürütme taslağı sunulmaktadır.

### Geçmişle ve Kişiler Arası İlişki Tarzıyla İlgili Bilgi Edinme

Tanımlanmış sağlık hizmeti felsefesinin bir bölümü* iyilik halini geri kazanma sorumluluğunu danışana yükler (Hoyt, 1996). Bazı yönlerden bu model, danışana kendi ruh sağlığına daha fazla katkıda bulunma yetkisi verecektir. Danışanın geçmişini gözden geçirirken bu model içinde kalmak adına, şöyle söyleyebilirsiniz:

> "Çocukluğunuzda ve geçmişinizde olan şeylerle ilgili konuşmak için sadece birkaç dakikamız var. Bu nedenle çok kısaca, geçmişinizdeki en önemli şeyleri bana anlatın. Geçmişinizle ilgili bilmem gereken en önemli şeyler nelerdir?"

Kendilerine bu görev verildiğinde danışanlar gelişimsel tarihlerindeki birkaç kritik olayı başarıyla tanımlayabilir. Alternatif olarak, görüşmeci danışanı ikinci seansta ya da takip seansında görmek istiyorsa bir iki sayfalık özgeçmiş özeti isteyebilir. Zamanın çok değerli olduğu durumlarda, danışanınızla bu tekniği başarıyla kullanabilirsiniz. Bu danışanlara geçmişle ilgili gerekli bilgileri aktarmak için zamana duyarlı bir fırsat sunar.

Danışanın kişiler arası ilişki tarzıyla ilgili bilgileri, tanımlanmış sağlık hizmeti ortamında çok az önem taşımaktadır. Bu nedenle danışanın kişiler arası dinamikleriyle ilgili bilgi almak tanımlanmış sağlık hizmetindeki ilk görüşmelerinin bir parçası olsa da görüşmecilerin zamanının çok azını buna ayırması ya da hiç ayırmaması beklenir. Bu konuyu ele almak için çeşitli yaklaşımlar kullanılabilir. İlk olarak, danışan *DSM-IV-TR*'deki kişilik bozukluğu özelliklerini sergilemiyorsa bu konudaki bilgi göz ardı edilebilir. Bu vakalarda, görüşmeci, danışanın bir ya da daha fazla kişilik bozukluğu kümesiyle tutarlı davranışlar sergileyip sergilemediğini görmek için başlangıçta basit bir kontrol listesi formatı uygular. Kişilik bozukluğunun varlığından şüphe edilirse tanımlanmış sağlık hizmetinin politikasına bağlı olarak daha fazla ve daha detaylı tanımlayıcı ölçütler uygulanabilir ya da uygulanmayabilir.

İkinci olarak görüşmeciler, mental durum muayenesi formatının kısaltılmış formunu da kullanabilir. Bu durumlarda, danışanla ilgili notlar, raporlar danışanın "de-

---

* Orijinal metinde Managed Care Mental Health veya Managed Care Model olarak tanımlanan model, zaman ve maliyet kazanımı açısından esnekliğin-çeşitliliğin sınırlandığı, kısa süreli standart uygulamaları kapsayan sağlık modelidir. O nedenle bu terimin geçtiği yerlerde "Tanımlanmış Sağlık Hizmeti" tanımlaması kullanılmıştır. –*çn*

değerlendiriciye karşı tutumunun"doğasını ve niteliğini kısaca belirtir (mental durum muayenesi ile ilgili detaylı bilgi için Bölüm 8'e bakınız).

Üçüncü olarak, görüşmeciler seanstan sonra danışandan ne şekilde etkilendiklerini yansıtabilir. Bu yansıtmadan sonra gerekiyorsa bir sonraki seansta kişiler arası dinamikleri daha iyi anlamak için gerekli dikkatin gösterildiğinden emin olmak adına bazı hipotezler oluşturulabilir ve yazıya dökülebilir.

### Kısa Bir Görüşme Kontrol Listesi

Tanımlanmış Sağlık Hizmeti veya sınırlı sayıda seans için ilk görüşme taslağı, Tablo 7. 2'de verilmiştir. Önerimiz, aşağıdaki Tanımlanmış Sağlık Hizmeti görüşmesinin yanı sıra geniş çaplı ilk görüşmeleri pratik etmenizdir (Bkz. Uygulamaya Geçirme 7.2).

**Tablo 7.2. Kısa Bir Görüşme Kontrol Listesi**

Gerekli olduğunda, aşağıdaki konular tanımlanmış sağlık hizmeti ortamında hızlı ve etkin bir şekilde ele alınabilir.

___1. Seanstan önce danışanın bilgilerini ya da kayıt bilgilerini duyarlı bir biçimde alın. Özellikle şunu açıklayın: "Bu bilgiler, bizim daha etkin hizmet sunmamıza yardımcı olacaktır."

___2. Seanslarının başında, seansın zaman sınırları ile ilgili danışanları bilgilendirin. Bu bilgi kayıt materyallerinde de verilebilir. Bilgilendirilmiş onamla birlikte düzenle ilgili tüm bilgiler terapistle görüşmeden önce danışana verilmelidir.

___3. Danışanlara kendilerini ve problemlerini size anlatmaları için kısa bir süre (en fazla 10 dakika) tanıyın. Daha önce başlamadıysanız onuncu dakikanın sonuna doğru teşhise yönelik sorular sormaya başlayın.

___4. Danışanların temel sorununu (ve bazen ikincil sorunlarını) onlara geri özetleyin. Temel sorun alanı üzerinde çalışmak isteyip istemedikleriyle ilgili onaylarını alın.

___5. Danışanın temel sorununu gerçekçi, uzun vadeli bir hedef olarak yeni bir çerçeveye oturtmasına yardım edin.

___6. Danışanın dile getirdiği problemi ne kadar süredir yaşadığını kısaca belirleyin. Ayrıca problemlerini ne şekilde çözmeye çalıştığıyla ilgili bir değerlendirme yapmasını isteyin (daha önceden kullandıkları yaklaşımlar gibi).

___7. Sorun öncüllerini ve sonuçlarını tanımlayın fakat danışanlara problemleriyle ilgili istisnaları da sorun. Örneğin "Bana bu problemin ortaya çıkmadığı zamanlardan bahsedin. Bu anlarda problemin ortadan kalkmasına yardım eden ne gibi şeyler oluyor?" gibi.

___8. Danışanlara onların kişisel geçmişlerinin sizin için önemli olduğunu fakat geçmişlerini sorgulamak için uygun zaman olmadığını söyleyin. Onun yerine, onlardan bilmeniz gerektiğini düşündükleri iki ya da üç kritik olayı anlatmalarını isteyin. Ayrıca onlara (a) cinsel istismar, (b) fiziksel istismar, (c) travmatik deneyimler, (d) intihar girişimi, (e) şiddet davranışı veya kişisel kontrol kaybının olduğu olaylar, (f) kafa travması veya ilişkili tıbbi problemler ve (g) o anki intihar veya başkasına

zarar verme dürtüleri hakkında sorular sorun.

___9. Sürekli danışmanları olacaksanız danışanlarınızdan (iki veya üç sayfalık) kısa bir otobiyografi yazmalarını isteyebilirsiniz.

___10. Sorunlar ve nedenleri yerine, hedefleri ve çözümleri vurgulayın.

___11. Danışanlara sonraki seansa gelmeden önce tamamlamaları gereken bir ödev verin. Bu, bilişsel ya da davranışçı kendini izleme veya çözüm odaklı istisnai durum ödevi olabilir.

___12. İlk seanstan sonra, danışanların ikinci seans başında imzalayabilecekleri bir tedavi planı hazırlayın.

## Uygulamaya Geçirme 7.2

### Danışanları Önemli Bilgiler İçin Yönlendirme

Tablo 7.2'de verilen kontrol listesini kullanarak ilk görüşme yapma becerinizi geliştirmek üzere sınıfınızdan bir arkadaşınızla egzersiz yapın. Tanımlanmış sağlık hizmeti ortamında çalışan görüşmeciler, ilk görüşme süresince odaklanmak ve hedefe yönelik kalmak zorundadır. Bu önemli odağı sürdürmek konusunda şunlar faydalı olabilir:

1. Seanstan önce, danışanınızı zamanın sınırlı olduğu ve bu nedenle temel sorunlara veya önemli faktörlere bağlı kalması gerektiği konusunda bilgilendirin.
2. Danışanınız daha önemsiz alanlara giriyorsa kibarca şuna benzer bir şey söyleyerek onu tekrar yönlendirin:

"Biliyor musunuz, annenizin çevrecilikle (veya görüşülmekte olan sorun neyse) ilgili ne düşündüğü hakkında daha fazla şey duymak isterdim ancak zamanımız sınırlı olduğundan size farklı bir dizi soru soracağım. Bu görüşme ve bir sonraki görüşmemiz arasında bir otobiyografi yazmanızı istiyorum. Yaşamınızı şekillendiren kişisel geçmişiniz ve deneyimleriniz hakkında birkaç sayfa olabilir. İsterseniz otobiyografinize annenizle ilgili bilgiler koyabilir ve bunu bir sonraki seansımızdan önce getirebilirsiniz."

Danışanlar belirli konular hakkında uzun uzadıya konuşmak ister fakat bu konular hakkında yazmaları istendiğinde genellikle çok daha kısa ve özlü davranabilir.

Genel olarak kilit strateji, danışanları kibarca kendileriyle ilgili sadece gerekli ve daha ilgili konuları tartışmaya teşvik etmektir. Partnerinizle bu aktiviteyi pratik etmeden önce ya da pratik ettikten sonra tanımlanmış sağlık hizmeti görüşme yöntemlerini kolaylaştıracak nazik yönlendirme/teşvik örneği geliştirme çalışmalarına odaklanın.

## İLK GÖRÜŞME RAPORU

Rapor yazımı, klinisyenler için eşsiz ama bir o kadar da zorlayıcı görevdir. En azından beş boyutu düşünmeniz gerekir:

1. Hedef (okuyucu) kitlenizi belirlemek.
2. Raporunuzun yapısını ve içeriğini belirlemek.
3. Açık ve öz yazma.
4. Raporunuzun gizli tutulması.
5. Raporun danışanla paylaşımı.

Bu boyutları tartışmadan önce, görüşmecinin danışanın kayıtlarını tutma ve koruma sorumluluğu olduğunun vurgulanması gerekli. Bu sorumluluk bağlı bulunduğunuz kurum ve kuramsal yöneliminize göre değişmekle birlikte, gerekli kayıtları tutmadaki başarısızlık etik bir ihlal olacaktır, hatta bazı durumlarda da yasa dışıdır. APD'nin (2002) bu konudaki etik maddesi şöyle demektedir:

> Psikologlar, daha sonra kendilerinin ve diğer uzmanların vereceği hizmetleri kolaylaştırmak, hesap verebilirliği sağlamak ve kurumların veya hukukun diğer gerekliliklerini karşılamak için mesleki ve bilimsel çalışmalarını uygun şekilde belgelendirir (s. 1067).

ADD (1995) de etik kodlarında neredeyse aynı ifadeyi benimsemiştir:

> Danışmanlar, danışanlarına uzmanlık hizmeti sağlamak için gerekli olan ve kanun, yönetmelik veya ajans, kurumların gerektirdiği şekilde kayıt tutar (s. 4).

Amerikan Danışmanlık Derneği ve Amerikan Psikologlar Derneği tarafından yazılan bu kılavuzlar dikkatli hareket etmeyi ima etmektedir; yazılı dokümanların olası birden fazla kurum için standart olması gerektiğini açıkça söylemese de önermektedir. Bu bizi rapor yazımıyla ilgili ilk boyuta götürür: Hedef kitlesine karar vermek.

### Hedef Kitlesini Belirlemek

Şu soruyu düşünün: Bir rapor yazarken bunu kendiniz için mi, başka bir uzman için mi, süpervizörünüz için mi, danışanınız için mi yoksa danışanınızın sigorta şirketi için mi yazıyorsunuz? Diğer bir deyişle siz yazarken kim omzunuzun arkasından size bakıyor olabilir ya da raporu kim okuyacaktır?

Hedef kitlenin farklı niteliklerde olması rapor yazımının en zor kısmıdır. Örneğin, süpervizörünüze rapor verdiğinizi hayal edin. Süpervizörünüze bağlı olarak

danışanınızın psikopatolojisiyle ilgili sofistike tartışmalarla tanıya yönelik becerilerinizi vurgulayabilirsiniz ya da "sonucu dikkate alan düşünme biçimi, davranım bedeli, davranışsal tekrar" gibi davranışçı terimleri kullanmayı deneyebilirsiniz.

Öte yandan, danışanınızın raporu okuduğunu düşünürseniz, bu jargondan uzak durmak isteyip kesinlikle psikopatoloji konusunda karmaşık tartışmaların üzerinde durmazsınız.

Bu konularda düşündükten sonra başlangıç seviyesindeki bazı görüşmeciler engellenmişlik hissi içinde yenilgiyi kabul edip aynı raporun iki versiyonunu yazmayı düşünebilir. Bu çözüm, daha fazla ek çalışma gerektirir. Nihayetinde danışanınız onunla ilgili yazdıklarınızı (raporun diğer versiyonun amacı, yalnızca süpervizörünüzü etkilemek olsa bile) okuma hakkına her şekilde sahiptir.

Bunlara rağmen kesin olan, ilk görüşme raporunuzun farklı okuyucu kitleleri için yazılması gerektiğidir –ve bu işinizi oldukça karmaşıklaştıracaktır. Daha önce sorulan "Omzunuzun arkasından kim bakıyor?" sorunun cevabı şudur: Hemen hemen herkes. Hatta aşağıdaki listedeki kişileri ve kurumları da hayalinizdeki okuyucu kitlesine ekleyebilirsiniz:

- Danışanınız
- Süpervizörünüz
- Kurum yöneticiniz
- Danışanın vekili
- Danışanın bağlı olduğu sağlık güvencesi kurumu
- Uzman meslektaşlarınız
- Mesleki birliğinizin etik kurulu
- Devlet ya da yerel etik kurulları

Yukarıdaki tartışmadan sonra kendinizi dikkatle kaleme alınmış bir görüşme raporu yazmaya istekli ya da bu konuda açık bir şekilde paranoyak hissedebilirsiniz. Biz ise ilkini hissettiğinizi umuyoruz. İlk görüşme raporu yazma konusunda ek yönlendirmeler için bu bölümün sonundaki vaka örneğinin yanı sıra *Uygulamaya Geçirme 7.3*'ü dikkatle gözden geçirebilirsiniz.

**Uygulamaya Geçirme 7.3**

**İlk Görüşme Raporu Taslağı**

Rapor yazımında kılavuz olarak aşağıdaki görüşme raporu taslağını kullanabilirsiniz. Bu taslağın uzun olması nedeniyle uygulamalı klinik ortamlarda danışanınızın raporlarına neyi dahil edeceğinizi ve çıkaracağınızı kendiniz seçmelisiniz.

**Uygulamaya Geçirme 7.3 (devamı)**

** GİZLİ **
İlk Görüşme Raporu

| | |
|---|---|
| İSİM | : James A. Johnson |
| DOĞUM TARİHİ | : 17 Ağustos 1977 |
| YAŞ | : 25 |
| GÖRÜŞME TARİHİ | : 13 Ekim 2002 |
| GÖRÜŞMECİ | : Andrew Potter, M.A. |
| RAPOR TARİHİ | : 14 Ekim 2002 |

I. Yönlendirme Bilgisi ve Yönlendirme Gerekçesi
   A. Danışanın adı
   B. Yaş
   C. Cinsiyet
   D. Irk/Etnik bilgiler
   E. Medeni durum
   F. Yönlendirmeyi yapan kişi/kurum (ve mümkünse telefon numarası
   G. Yönlendirme nedeni (neden danışan ilk görüşme için size gönderildi?)
   H. Başvuru gerekçesi (gerekçeyi tanımlamak için danışanın sözlerinden alıntı yapın.)

II. Davranış Gözlemleri (ve Mental Durum Muayenesi)
   A. Dış görünüm (öz-bakım, göz teması, vücut duruşu, yüz ifadesi ve benzeri)
   B. Konuşmanın niteliği, miktarı ve sorgulamaya açıklık
   C. Danışanın duygudurum tanımı (gerekli durumlarda raporda alıntı kullanın)
   D. Temel düşünce içeriği (intihar düşüncesinin varlığı ya da yokluğunu da içerecek biçimde)
   E. Görüşmeci ile işbirliği düzeyi
   F. Alınan verinin yeterliliğine yönelik düşünceler

III. Başvuru Gerekçesi (ya da Hastalığın) Geçmişi
   A. Danışanın anlattığı problemler ve bunlarla ilişkili mevcut stres etkenlerini tanımlayan bir paragraf
   B. Problemin ilk olarak ne zaman başladığı ve belirtilerin gelişimini ya da seyrini ana hatlarıyla belirten bir veya iki paragraf.

**Uygulamaya Geçirme 7.3 (devamı)**

C. Gerektiğinde, ilk görüşme sırasında tanımlanan ek mevcut problemlerin bir paragraflık tanımlarını tekrarlayın (danışanların problemleri genellikle tanıya yönelik *DSM* kategorileri kullanılarak düzenlenir fakat intihar düşünceleri, cinayet düşünceleri, ilişki sorunları gibi unsurlar ayrıca listelenebilir).

IV. Önceki Tedaviler (Psikiyatrik) ve Aile Tedavi (Psikiyatri) Geçmişi
A. Bir önceki kısımda dahil edilmeyen önceki klinik problemlerin ya da dönemlerin tanımını da ekleyebilirsiniz (danışanda klinik düzeyde kaygı mevcut fakat ayrıca yeme bozukluğu tedavi geçmişi varsa yeme bozukluğu da burada belirtilmelidir).
B. Hastanede yatma, ilaçlar, psikoterapi ya da danışmanlık dahil olmak üzere önceden alınan tedavilerin tanımı.
C. Kan bağı olan tüm akrabalarda (ebeveynler, kardeşler, büyükanne büyükbaba, çocuklar teyzeler, amcalar ve kuzenlerde) bulunan tüm psikiyatrik ve madde istismarı bozukluklarının tanımlarını ekleyin.
D. Ayrıca kan bağı olan akrabalardaki önemli tıbbi hastalıkların (kanser, diyabet, epilepsi, tiroit gibi) bir listesini ekleyin.

V. Tıbbi Geçmiş
A. Geçmişteki hastane yatışlarını ve önemli tıbbi hastalıkları kısaca tanımlayın, listeleyin (astım, HIV pozitif, hipertansiyon gibi).
B. Danışanın mevcut sağlık durumuyla ilgili bir açıklama ekleyin (burada danışandan ya da doktorundan alıntı yapmak iyi olabilir).
C. Mevcut ilaçlar ve dozajları
D. Aile hekimi (veya özel hekim) ve telefon numaraları.

VI. Gelişimsel Geçmiş (Bu bölüm isteğe bağlıdır ve özellikle çocuk/ergen vakalarında eklenmesi uygun olacaktır. Bkz. Bölüm 10).

VII. Sosyal Geçmiş ve Aile Geçmişi
A. İlk anılar/deneyimler (uygun olduğunda ebeveynlerin ilgili tanımlamaları ve olası istismar ya da çocukluk travmaları dahil edilir.)
B. Eğitim geçmişi
C. Mesleki geçmiş
D. Askeri geçmiş
E. Romantik ilişki geçmişi
F. Cinsel geçmiş

**Uygulamaya Geçirme 7.3 (devamı)**

G. Saldırganlık/şiddet geçmişi
H. Alkol/Uyuşturucu geçmişi (daha önceden birincil sorun alanlarında ele alınmadıysa).
I. Yasal geçmiş
J. Eğlenceli aktivitelerle ilgili geçmişi
K. Manevi/Dini geçmişi

VIII. Mevcut Durum ve İşlevsellik
A. Sıradan bir gündeki faaliyetlerin tanımlanması
B. Kişinin güçlü ve zayıf yönleri
C. Günlük yaşamdaki normal faaliyetleri tamamlama becerisi

IX. Tanıya Yönelik İzlenimler (Tanıyla ilgili konuların ya da konulan tanıların listesiyle ilgili tartışmaları içerir.)
A. Tanıya yönelik konuların kısaca ele alınması
B. Çok eksenli tanı

X. Vaka Formülasyonu ve Tedavi Planı
A. Durumu nasıl kavramsallaştırdığınızı tanımlayan bir paragraf. Bu tanımlama, danışanla nasıl çalışacağınızla ilgili temel sağlayacaktır. Davranışçılar, danışanın belirtilerinin gelişimini etkileyen ve muhtemelen iyileşmeye yardım edecek olumsal pekiştirmelere vurgu yapacaktır. Buna karşın, psikanalitik yönelimli görüşmeciler, kişilik dinamiklerine ve geçmişteki önemli tekrar eden ilişki çatışmalarına vurgu yapacaktır.
B. Önerilen tedavi yaklaşımları için bir paragraflık açıklama (veya basit bir liste).

Andrew Potter, M.A., Rita Sommers-Flanagan, Ph.D., Süpervizör

**Raporunuzun Yapısını ve İçeriğini Belirlemek**

İlk görüşme raporunuzun yapısı meslek grubunuza, iş ortamınıza ve kişisel tercihlerinize göre farklılık gösterebilir. Örneğin psikiyatrlar, genellikle tıbbi geçmiş, ruhsal durum ve tanıya odaklanırlarken sosyal çalışmacılar, mevcut sosyal ve

gelişimsel koşullar ile geçmiş hakkında daha uzun bir açıklama yapma eğilimindedir. Aşağıda önerilen yapı (ve ona eşlik eden *Uygulamaya Geçirme 7.3*'teki taslak) herkes için uygun görünmeyebilir fakat bu yapı ihtiyaç ve ilginize göre kolaylıkla değiştirilebilir. Ayrıca, bu yapının çok ayrıntılı görülebileceğini de unutmayın; belirli koşullarda daha kısaltılmış görüşme raporları gerekebilir.

*Tanımlayıcı Bilgiler ve Yönlendirme Gerekçesi*

Danışanın adı, doğum tarihi, yaşı, ilk görüşme tarihi, rapor tarihi, görüşmecinin adı ve mesleki kimlikleri listelendikten sonra raporların çoğu okuyucuyu rapora yönlendirmek için tasarlanmış bir anlatı bölümü ile başlar. Bu kısım, tipik olarak bir ya da iki kısa paragraftan ibarettir. Tanımlayıcı bilgileri ve yönlendirme gerekçesinin özetini içerir. Psikiyatrlar genellikle bu ilk kısmı Tanımlayıcı Bilgiler ve Başvuru Nedeni olarak adlandırır. Şöyle bir şey olabilir:

> John Smith, 53 yaşında, evli, Avrupa kökenli bir erkek; psikoterapi için aile doktoru Dr. Nancy Jones MD (509-555-5555) tarafından sevk edilmiştir. Dr. Jones, Bay Smith'i "orta derecede depresif" ve "zaman zaman kaygı hissi, uykusuzluk ve mevcut işiyle ilgili genel stres" sıkıntılarıyla baş etmeye çalışan biri olarak nitelendirmiştir. İlk görüşme boyunca, Bay Smith bu sorunları doğrulamıştır; "evde eşiyle sıkıntılarının" ve "ekonomik durumunun," genel rahatsızlığını ve "utancını" artırdığını da sözlerine eklemiştir.

*Davranışsal Gözlemler (ve Mental Durum Muayenesi)*

İlk görüşme raporları somut, nesnel veriyle başlar ve sonunda daha öznel görüşmeci yargılarına doğru ilerler. İlk bölümden sonra, rapor, görüşmecinin spesifik davranışsal gözlemleriyle devam eder. Kurum koşullarına bağlı olarak eksiksiz bir mental durum muayene raporu ekleyebilir ya da eklemeyebilirsiniz (tıbbi bir ortamdaysanız mental durum muayenesinin eklenmesi daha muhtemel ve büyük olasılıkla da gereklidir). Fakat mental durum muayenesini gelecek bölümde inceleyeceğimiz için aşağıdaki örnekte mental duruma kısaca değinerek görüşmecinin davranışsal gözlemlerinin temel tanımı yapılmaktadır:

> Mr. Smith yaşına uygun görünen, biraz kısa ve hafif kilolu biridir. Saçlarının yağlı, dağınık görünüşü ve hafif düzeydeki vücut kokusu, öz-bakımının görece zayıf olduğunu düşündürmüştür. Bay Smith'in bakışları bazen donuk görünmekle birlikte bazen yoğun bir şekilde görüşmeciye odaklanmaktadır. Ayrıca sıklıkla elleriyle oynamakta ve sürekli olarak bacak bacak üstüne atarak ayaklarını sallamaktadır. Yavaş konuşsa da görüşme sorularına tutarlı, kısa ve yerinde cevaplar vermiştir; tüm görüşme sorularını anında ve direkt cevaplamıştır. Kendisini "umutsuz" ve "huzursuz" hisseden biri olarak tarif etmiştir. İntihar düşüncelerini kabul etmiş ancak intihar niyetini, "Hayatıma son vermeyi düşündüm fakat ben bunu asla yapamaya-

cak biriyim," diyerek reddetmiştir. Bay Smith görüşme sürecinde işbirliği içinde olduğundan; aşağıda verilen bilgilerin geçmişini ve mevcut durumunu yeterli ölçüde temsil ettiği düşünülmektedir.

*Mevcut Sorunun (ya da Hastalığın) Geçmişi*

Geleneksel olarak psikiyatristler görüşme raporuna "mevcut hastalığın geçmişi" isimli bir bölüm ekleyebilir. Bu terim, tıbbi model yaklaşımını yansıtır. Bu bölüm danışanın belirli bir problemini, bu probleme özgü değişimi detaylı olarak ifade etmektedir. Buna birden fazla problemin geçmişi ve tanımı da dahil edilebilir.

Bay Smith son altı hafta boyunca, yerel ağaç ürünleri şirketindeki marangozluk işine son verildiğinden beri "inanılmaz derecede keyifsiz" hissettiğini bildirmiştir. Bay Smith başlangıçta, işini kaybettikten sonra, işyerine karşı "kızgın ve kırgın" olduğunu ifade etmiştir. Yaklaşık iki hafta boyunca işten çıkarılmasına karşı öfkeli bir şekilde mücadele vermiş ve birkaç meslektaşı ile birlikte avukata danışmış. İşe geri alınmayacağı ve kuruma karşı hiçbir yasal iddiası olmadığı kesinleştikten sonra, iki iş görüşmesine gittiğini fakat ikinci görüşmesinde "paniklediğini" söylemiştir. Daha sonra ise uyumakta zorluk çekmeye başladığını, gece de dahil olmak üzere günün her saati atıştırmaya başladığını ve 10 kilo aldığını rapor etmiştir. Ayrıca konsantrasyon güçlüğü, kendini değersiz hissetme, intihar düşünceleri ve sıradan bir günde en asgari düzeyde etkinlik belirtmiştir. Şöyle ifadeler kullanmıştır: "Kendime güvenimi kaybettim. Birilerine sunabileceğim hiçbir şey yok. Artık ben bile kendimi tanıyamıyorum."

Daha önce bunun gibi derin üzüntü ve kaygı hissedip hissetmediği sorulduğunda Bay Smith, "Asla," diyerek yanıt vermiştir. Şimdiye kadar "ilk kez", "kafasında problemler" olduğunu iddia etmiştir. Bay Smith tekrarlayan panik ataklar deneyimlemediğini söylemiş ve iş görüşmesindeki "paniğini", "Sadece gerçekle bağlantı kuruyordum. İşverene sunacağım gerçekten pek bir şeyim yok," sözleriyle tanımlamıştır.

*Önceki Tedavi (Psikiyatrik) Geçmişi ve Aile Tedavisi (Psikiyatrik) Geçmişi*

Birçok danışan için bu kısım ya çok kısadır ya da yoktur. Diğerleri içinse çok geniştir ve danışanla ilgili gözden geçirdiğiniz diğer kayıtlara atıf yapmanız gerekebilir. Örneğin tedavi ile ilgili açıklama gerektiren özel bir şey yoksa (olumlu yahut olumsuz sonuçlanmış bir diyalektik davranış tedavisi benzeri özel tedavi türleri) basitçe şöyle bir özet cümlesi kurabilirsiniz: "Bu danışan Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Madde Bağımlılığı ve Depresyon tedavisi nedeniyle daha önce bir dizi ruh sağlığı uzmanına başvurmuştur." Bu bölümde ayrıca psikiyatrik sorunlardaki aile geçmişi üzerine de bilgi verilmelidir.

Bay Smith daha önce herhangi bir ruh sağlığı tedavisi almadığını bildirmiştir. Aile

hekiminden gelen yönlendirme notunda, ayakta tedavi alırken antidepresan ilaçlar önerildiği, ancak psikoterapi denemesinden yana olduğu için ilaç almayı kabul etmediği belirtilmiştir.

Başlangıçta, Bay Smith, ailesinden hiçbir üyenin daha önce ruh sağlığı uzmanına gitmediğini söylemiş fakat sonra amcasının depresyon tanısı aldığını ve 1960'larda ona "şok terapisi" uygulandığını itiraf etmiştir. Kendisi ya da ailesiyle ilgili herhangi başka bir ruhsal sorunun varlığını reddetmiştir.

*İlgili Tıbbi Geçmiş*

Danışanınızın doktorundan edindiğiniz bilgilere ve ilk görüşmede bu konuyu ne kadar ele alıp almadığınıza bağlı olarak daha fazla tıbbi geçmişten söz edebilirsiniz ya da etmeyebilirsiniz. En azından danışanınıza (a) genel sağlığını, (b) yeni ya da kronik herhangi bir fiziksel hastalığı olup olmadığını veya hastanede kalıp kalmadığını (c) reçeteli ilaçları ve (d) en son ne zaman doktora gittiğini sorun. İlaveten danışanınızın aile hekiminin ismini (veya telefon numarası) de bilgi olarak ekleyin.

Aile hekiminden Bay Smith'in tıbbi geçmişiyle ilgili çok az bilgi edinilmiştir. Görüşme boyunca Bay Smith genellikle sağlık durumunun iyi olduğunu söylemiştir. Önemli bir hastalığının olmadığını ve çocukluk ya da ergenlik döneminde hastanede yatmadığını belirtmiştir. Nadiren hasta olduğunu rapor etmiş ve işe devamlılığının olağanüstü derecede iyi olduğunun altını çizmiştir. Hatırlayabildiği kadarıyla önemli hastalıkları ve bunlarla ilişkili tedaviler, böbrek taşı (1996) ve kalın bağırsağından iyi huylu polip çıkarılması ile ilgilidir (1998). Vitamin ve glukozamin sülfat (genel sağlık ve eklem ağrıları için) aldığını fakat şu anda herhangi bir reçeteli ilaç kullanmadığını rapor etmiştir. Aile hekimi, Dr. Nancy Jones'tur.

*Gelişimsel Geçmiş*

Gelişimsel geçmiş, doğumdan önce başlar ve temel olarak gelişimsel kilometre taşlarına odaklanır. Gelişimsel geçmiş, çocuk ya da ergenlerle çalışırken daha uygundur. Bu nedenle biz gelişimsel geçmiş konusunu Bölüm 11'de tartışacağız.

*Sosyal Geçmiş ya da Aile Geçmişi*

Danışanınızın sosyal ya da aile geçmişi hakkında yazmak roman yazmaya benzetilebilir. Herkesin yaşamının inişleri ve çıkışları olur. Bir tarihçi olarak amacınız, danışanın hayatını kısa ve öz bir anlatıyla anlatmaktır. Kısa, ilgili, düzenli olun ve mümkün olduğunda danışanın hayatındaki kritik noktaları (ya da sönük noktaları) özetleyin. Bir kez daha, sosyal/gelişimsel geçmişin derinliği, genişliği ve uzunluğu ilk görüşmenizin amacına ve kurum koşullarınıza bağlıdır. Ele alınacak belirli konular Uygulamaya Geçirme 7.3'te listelenmiştir.

Bay Smith, Washington'da, Seattle'ın bir banliyösünde Kirkland'da doğup büyümüştür. Edith ve Michael Smith'in beş çocuğundan üçüncüsüdür. Şu anda 70'li yaşlarının sonunda olan ebeveynleri hâlâ evli ve Seattle bölgesinde yaşamaya devam ediyor. Yılda birkaç kez onları ziyaret eden ve sağlıklarıyla ilgili endişelerini dile getiren Bay Smith onlarla yakınlığını koruyor görünmektedir. Ebeveynleri ve kardeşleriyle önemli bir çatışma ya da sorun yaşamadığını söylemiştir.

Bay Smith erken dönem çocukluk anılarını "normal" olarak tanımlamıştır. Ebeveynlerini "sevgi dolu ve kurallara bağlı" diyerek tarif etmiştir. Aile geçmişinde cinsel ya da fiziksel istismar deneyimleri olmadığını rapor etmiştir.

Bay Smith okula doğduğu yerde gitmiş ve 1966'da liseden mezun olmuş. Kendisini "ortalama bir öğrenci" olarak tanımlamakta. Bazı gözetim cezalarını (genellikle ödevini teslim etmediği için) ve bir uzaklaştırma cezasını (okulda kavga ettiği için) içeren ufak disiplin cezaları aldığını belirtmiştir.

Liseden mezun olduktan sonra, Bay Smith, Washington'a, Spokane'e taşınmış ve kısa bir süre Spokane Falls Bölge Üniversitesi'ne devam etmiştir. Bu süre zarfında, eşiyle tanışmış ve üniversiteye devam etmek yerine iş aramaya karar vermiştir. Benzin istasyonunda pompacılık, çatı tamirciliği dahil olmak üzere bir dizi işte çalışmış ve sonunda yerel ağaç ürünleri fabrikasında iş bulmuştur. 31 yıl boyunca bu işte çalıştığını rapor etmiştir. Her zaman çalışkan olduğu ve daha önce hiçbir işinden kovulmadığını vurgulayan Bay Smith hiç askere çağırılmamış ve askeriyeye hizmet etmemiştir.

Genel olarak, Bay Smith her zaman (yakın zamana kadar) "cana yakın ve kendinden emin" olduğunu belirtmiştir. Lisede birkaç kadınla çıkmış ve Spokane'e taşındıktan sonra da bunu yapmaya devam etmiştir. 20 yaşına basmadan kısa bir süre önce, 1967'de, eşi Irene ile tanışmıştır. Eşini "kendisine mükemmel uyan" biri olarak tarif etmiş ve kendini evliliğinde mutlu bir adam olarak tanıtmıştır. Cinsel sorunları olmadığını söylemiş fakat son aylarda cinsel ilgi ve arzusunun azaldığını kabul etmiştir. İşini kaybetmesinin ardından onun "acıklı durum"unun evliliği üzerinde bir baskı oluşturduğunu ancak evliliğinin hâlâ güçlü olduğuna inandığını belirtti.

Bay Smith ve eşi 35 yıldır evli. Üç çocukları (yaşları 28-34 arasında iki oğulları ve bir kızları) vardır; hepsi de Bay ve Bayan Smith'e 100 kilometreden az mesafede yaşamaktadır. Bay Smith'e göre, çocukların hepsinin durumu oldukça iyidir. Çocukları ve yedi torunu ile sürekli temas halinde olduğunu rapor etmiştir.

Bay Smith zaman zaman "kavgalara" ya da okul yıllarında "itişip kakışmalara" karışmış fakat bu davranışların "normal" olduğunu vurgulamıştır. Kavgada hiçbir zaman silah kullanmadığını söylemiş ve en son fiziksel kavgasının üniversiteyi bıraktıktan hemen sonra "20'li yaşlardayken" yaşadığını belirtmiştir.

Alkol ve uyuşturucu Bay Smith için hiçbir zaman önemli bir sorun olmamıştır. Birkaç kez lisedeyken ve birkaç kez de üniversitede aşırı içtiğini rapor etmiştir. Ayrıca her cuma işten sonra arkadaşlarıyla "biraz bira" için dışarı çıktığından ve salıları karısıyla birlikte katıldığı bowling turnuvasında birkaç bira içtiğinden söz etmiştir. Üniversiteye kayıtlıyken marihuana denemiş fakat "hoşlanmadığını" iddia etmiştir.

Bay Smith birkaç aşırı hız cezası dışında (genellikle Spokane'den Seattle'a giderken) yasal problemleri olmadığını söylemiştir. Araçla ilgili olmayan tek cezası "üniversite günlerinde" "içki arkadaşları"ndan oluşan grupla birlikte barın dışında "kargaşaya neden olduğunu" onun "başkalarının huzurunu kaçıran davranış" olarak adlandırdığı örnektir. Küçük bir para cezası ödemesi ve işletme sahibine özür mektubu yazması gerekmiştir.

En sevdiği eğlence aktivitelerinin bowling, balık tutmak ve ördek avı olduğunu rapor etmiştir. Ayrıca kendisinin ve eşinin birlikte seyahat etmekten, kasinolarda küçük miktarlarda kumar oynamaktan hoşlandığını belirtmiştir. "Kaybetmeyi göze alabileceği"nden daha fazla para kaybetmediğini ve küçük miktarlarda oynadığı kumarı problem olarak görmediğini belirtmiştir. Son zamanlarda "eğlence"ye ilgisinin kalmadığını kabul etmiştir. Bu nedenle eğlence aktivitelerine katılımı azalmıştır.

Bay Smith bir Katolik olarak yetiştirilmiş ve hayatı boyunca kiliseye "aralıklarla" gitmiştir. Şu anda "gitmeme" döneminde olduğunu, yaklaşık dokuz aydır gitmediğini söylemiştir. Karısı düzenli olarak kiliseye gitmektedir fakat onun düzensiz katılımlarının ilişkilerinde bir problem oluşturmadığını belirtmiştir. Kendisini "Hıristiyan" ve "Katolik" olarak görmektedir.

## Mevcut Durum ve İşlevsellik

İlk görüşme raporunun bu kısmı, üç ana konuya odaklanmaktadır: (a) olağan günlük aktiviteler (b) danışanın güçlü yönleriyle ilgili kendilik algısı ve (c) günlük yaşamın yaşa uygun faaliyetlerini yeterli düzeyde yürütmek için gerekli işlevsellik. Çalışma ortamınıza ve tercihlerinize bağlı olarak bu kısmı danışanın psikolojik, bilişsel, duygusal ya da kişilik işleyişini dahil ederek genişletebilirsiniz. Bu, görüşmeciye, danışanın işlevselliğinin öznel değerlendirmesini pek çok alanda kullanma şansı sağlayacaktır.

Son zamanlarda, sıradan bir günde Bay Smith saat yedi civarında kalkmaktadır. Karısıyla birlikte kahvaltısını yapmakta ve kahvesini içmekte, gazetesini okumakta ve sonra sabah haberlerini izlemek için oturma odasına geçmektedir. Özellikle iş ilanları için ayrılan kısmı okuduğunu ve ilgilenebileceği pozisyonları yuvarlak içine aldığını söylemiştir. Fakat sabah haberler için oturma odasına geçtikten sonra dışarı çıkmak ve iş aramaktan uzak durmak için yapılabilecek her şeyi yaptığını rapor etmiştir. Bazen televizyon izlemektedir fakat çok uzun süre oturamayacak kadar "hapsedilmiş" hissettiğini, bu nedenle garaja ya da arka bahçeye çıktığını ve "etrafta amaçsızca dolandığını" söylemiştir. Öğle yemeği için genellikle kendisine bir sandviç ya da bir kâse çorba hazırlamakta ve amaçsızca dolanmaya devam etmektedir. 17.30 civarında kâr amacı gütmeyen bir dernekte yönetici olarak çalışan karısı işinden dönmektedir. Zaman zaman karısı yeni iş bulmakla ilgili planlarını ona hatırlatmakta fakat Bay Smith genelde sinirli bir şekilde karşılık vermektedir ve sonra karısı mutfağa çekilerek akşam yemeğini hazırlamaktadır. Karısıyla akşam yemeği

yedikten sonra yatana kadar televizyon seyrederek "boşa zaman harcamaya" devam etmektedir. Genel rutini, hafta sonları genellikle çocuklarının ve torunlarının ziyaretleriyle bazen karısıyla yerel kasinoya "birkaç kuruş harcamak" için çıktıkları zaman bozulmaktadır (fakat bu hafta sonu aktivitelerinin sıkışan maddi durumları nedeniyle azaldığını söylemiştir).

Olumlu özellikleri üzerinde düşünmeye teşvik edilmesi gerekse de Bay Smith kendisini normalde birçok olumlu özelliğe sahip biri olarak görmektedir. Örneğin kendisini dürüst, çalışkan bir adam, fedakâr bir eş ve baba olarak değerlendirmektedir. Ayrıca ("çalıştığı ve hayatının iyi olduğu günlere dönünce") birkaç kişi için iyi bir arkadaş ve etrafta olması eğlenceli biridir. Zekâ açısından "aptal olmadığı"nı fakat son zamanlarda "konsantre olmakta" ve "bir şeyleri hatırlamakta" bazı sorunları olduğunu iddia etmiştir. Kişisel zayıflıkları sorulduğunda, Bay Smith, "Umarım kaleminizde yeterince mürekkep vardır doktor," demiştir fakat temelde "onu sırtından atan ata geri binmek için cesaretinin olmaması" diyerek tanımladığı son zamanlardaki "ruh haline" odaklanmıştır.

Zayıf öz-bakımına ve genel olarak üretkenliğinin olmamasına karşın Bay Smith, günlük yaşamındaki çoğu aktiviteyi yeterince yerine getirme kapasitesine sahip görünmektedir. Zaman zaman akşam yemeği hazırladığını, çim biçme makinesini tamir ettiğini ve diğer ev işleri ile bakım görevleriyle ilgilendiğini rapor etmiştir. Birçok görevde dikkat dağınıklığı ve aralıklı unutkanlıkları nedeniyle daha az etkili olduğuna ilişkin algısı doğru olabilir. Kişiler arası işlevselliği, belirttiği gibi dışarıda az sayıda aktiviteye katıldığı için kısmen sınırlı görünmektedir.

*Tanıya Yönelik İzlenimler*

Belirli gerekçelerle öğrenciler, danışanlara tanı koymak konusunda genellikle isteksizdir. Yine de, sadece depresyon, kaygı, madde kullanımı, yeme bozukluğu gibi geniş tanı kategorilerini tartışsanız da pek çok ilk görüşme raporu, tanıya yönelik konularla ilgili biraz da olsa tartışma içermelidir. Bazı durumlarda, sadece tanıya yönelik düşünceleri listelemek ve tanımlanmış sağlık hizmeti kurumlarının tercih ettiği çok eksenli tanıyı koymak uygunsa da önerimiz *DSM*'nin çok eksenli tanısını takiben, tanıya yönelik meselelerin kısa ve öz olarak tartışılmasıdır. Bu kısa tartışma, okuyucuyu tanınızı nasıl kavramsallaştıracağı konusunda yönlendirir; hatta neden bir başkasını değil de belirli bir tanı etiketini seçtiğinizle ilgili bir açıklama da dahil edilebilir. Aşağıdaki tanımda, Morrison'ın (1993) belirti örüntülerini yeterli düzeyde açıklayan, şiddeti az olan tanıları belirlemede yararlanılan kılavuz kullanılmıştır.

53 yaşındaki bu danışanın net biçimde uyum bozukluğunun olduğu görülmektedir. Ayrıca majör depresyon kriterlerini karşılıyor görünse de bu tanıyı koymakta tereddüt edilmektedir. Çünkü bu depresif belirtiler, önemli ölçüde hayatındaki son dönem değişikliklerle ilişkilidir; kişisel anlamda duygudurum bozukluğu geçmişi yoktur ve ailesinde ise minimum düzeydedir. Bay Smith ayrıca, yeni iş arama gi-

rişimlerini etkileyecek düzeyde ve de depresif belirtilerden daha belirgin ölçüde önemli kaygı belirtileri göstermektedir. Benzer şekilde, bu vakaya kaygı bozukluğu tanısı da koyulabilir fakat yine bu belirtilerin başlangıcı doğrudan işini kaybetmesiyle ilişkilidir; bu da ruhsal durumu için daha hafif derecedeki bir tanının daha uygun olduğuna işaret etmektedir.

Bay Smith'in Geçici *DSM-IV-TR* çok eksenli tanısı aşağıda verilmiştir:

| | |
|---|---|
| Eksen I | : 309.28 Kaygı ve Depresyon Özellikleri olan Uyum Bozukluğu (Geçici Tanı) |
| Elenen Tanı(lar) | : Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizot, Orta Düzey |
| Eksen II: 309.28 | : Eksen II'de tanı almamıştır (V71.09) |
| Eksen III | : Yok |
| Eksen IV: Şiddetli | : 31 yıllık işinden yakın zamanda ayrılma |
| Eksen V | : GAF = 51–60 |

Bir önceki çok eksenli tanıda, *DSM*'nin eksenleri ile sağladığı imkânlardan dolayı tanıya yönelik belirsizliğin vurgulanabildiğine dikkat çekmek istiyoruz. Özellikle Eksen I'de "geçici" etiketi kullanıldı ve "elenen" tanı da (majör depresyon) dahil edildi. Ayrıca, Global İşlevsellik Değerlendirmesi Ölçeği (Global Assessment of Functioning-GAF) derecelendirmesinde bir puan aralığı kullanıldı (GAF derecelendirmesinin doğasındaki öznellik nedeniyle puan aralığı kullanımı önerilebilir; Piersma ve Boes, 1997).

*Vaka Formülasyonu ve Tedavi Planı*

Bu kısımda, vakayı nasıl kavramsallaştırdığınıza dair bir paragraf eklenebilir. Bu açıklama size, vakayı nasıl gördüğünüze ve terapötik olarak danışanla nasıl çalışacağınıza ilişkin tanımlama yapma imkânı verecektir. Tahmin edilebileceği gibi davranışçılar vakayı davranışçı terminoloji kullanarak betimlerken psikanalitik yönelimli terapistler vakaları psikanalitik terminolojiyle tarif edecektir. Genel olarak, danışanlarınızın ilk görüşme raporunu talep etme ihtimaline karşı, kuramsal jargonu asgari düzeyde tutmaya özen göstermelisiniz.

Bay Smith, aniden işsiz kalmasıyla başlayan yoğun bir uyum problemi yaşadığı izlenimi edinilen dengeli ve tutarlı biridir. Yıllarca, kimliğini işiyle ilişkilendirdiği görülmektedir. Dolayısıyla iş yaşantısının olağan yapısı olmayınca kendini depresif ve kaygılı hissetmektedir. Dahası, depresyonu, kaygısı ve iş aktivitelerinin eksikliği büyük ölçüde kendine olan güvenini sarsmaktadır. Özellikle normal yaşam döngüsü bozulduğundan ve çalışmaya verdiği büyük önemden dolayı, artık dışarı çıkmak, yeni bir iş aramak gibi etkinlikler konusunda kendisini aciz hissetmekte bu da kendine olan güvenini ve saygısını daha da azaltmaktadır.

Bay Smith'le yapılacak psikoterapi, eş zamanlı olarak iki hedefe odaklanmalıdır. Birincisi, yeni iş imkânı sağlamak mümkün olmasa da Bay Smith'in iş arama ve bulma konusunda sürekli çaba göstermeye başlaması önemlidir. Ona sadece (31 yıllık çalışmasından sonra) kimliğini yeniden yapılandırması ve işsiz biri olarak kendine yeniden değer vermeye çalışmasını önermek çok gerçekçi görünmemektedir. Bu durumda, belirlenen tedavi hedefleri şunlardır:

1. Bay Smith'in gün içerisinde iş aramasını engelleyen faktörlerin analiz edilmesi.
2. Fiziksel kaygısıyla baş etme stratejileri geliştirilmesi (rahatlama ve günlük egzersizi de içerecek şekilde).
3. Bilişsel baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması (bilişsel yeniden yapılandırma ve kendini eğitme teknikleri dahil olmak üzere).
4. Sosyal baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması (iş aramada arkadaş ve eş desteğini içerecek şekilde).
5. Sosyal-duygusal baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanması (Bay Smith öfkeli ve sosyal açıdan itici davranışlar yerine, durumuyla ilgili kişisel hislerini yakın arkadaşlarına ve ailesine gösterme konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadır).

İkinci genel amaç, ağaç ürünleri şirketinde uzun süreli çalışan biri olarak yapılandırdığı kimliğinde bu sınırlılığı ortadan kaldırarak değişiklik yapmasına yardım etmektir. Bu amaçla ilgili hedefler şunları içermektedir:

1. Bay Smith'e iş dışındaki ilişkilerinin ve eylemlerinin değerini fark etmesi için yardım etme.
2. Bay Smith'in kendisiyle aynı durumda olan biriyle nasıl konuşacağını belirlemesine yardım etmek ve sonrasında bu tutum ile "konuşmayı" kendi kendine konuşma stratejine dönüştürmesine yardım etmek.
3. Bay Smith'in emeklilikle ilgili muhtemel planlarını sorgulamak

Bay Smith'in terapisi, temelde bireysel yönelimli bir tedaviyse de eşinin bazı seanslara değerlendirme ve destek amaçlı eşlik etmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Belirttiği gibi ilişkilerinde artan düzeyde bir çatışma eğilimi mevcuttur ve Bay Smith'in bu zor, ani değişiklikle başa çıkmasına yardım etmek için birlikte çalışmak onlar için fayda sağlayacaktır.

Genel olarak yaşam düzenindeki bu yeni değişiklikle baş etmek için var olan kişisel becerilerini ve kaynaklarını kullanması amacıyla Bay Smith'i desteklemek önem arz etmektedir. Bu yaklaşımın uygulandığı 6-10 seans sonrasında gelişme sağlanamazsa ilaç tedavisi veya alternatif tedavi yaklaşımları ele alınacaktır.

### Açık ve Kısa Rapor Yazımı

Açık ve kısa bir görüşme raporu yazmak oldukça zor bir aktivitedir. Bu nedenle, ilk seferde oturup mükemmel bir rapor yazmayı beklemeyin. Diğerlerinin görmesini istediğiniz temel noktaları yakalayana kadar birkaç deneme yapmanız gerekebilir. Yazma sürecini daha dayanılır hale getirmek için şu önerileri dikkate alabilirsiniz:

- Raporu en kısa sürede (seanstan hemen sonra yazmak en idealidir; ne kadar ertelerseniz notlarınızdan yararlanarak seansı kafanızda yeniden yapılandırmak o kadar zor olacaktır).
- Mükemmel ifadeler ve belirli bir tarz üzerinde düşünmeden hemen bir taslak hazırlayın; sonra onu güvenli bir yerde saklayın ve yakın bir zamanda düzenlemek üzere taslağa geri dönün.
- Rapor yazımında hazırladığınız taslağı yakından izleyin; *Uygulamaya Koyma* 7.3'te bir taslak göreceksiniz; herhangi bir taslağı kullanmak danışan hakkında aklınıza sadece gelenleri yazmaktan daha kolay olacaktır.
- Süpervizörünüzden ya da işvereninizden ne beklendiği ile ilgili açık bilgi almaya çalışın. Standart bir format varsa onu izleyin.
- Kurumun örnek raporları varsa onlara bakın ve onları, raporunuz için model olarak kullanın.
- Pek çok beceride olduğu gibi rapor yazma da uygulama yaptıkça kolaylaşacaktır; birçok deneyimli uzman bütün bir giriş raporunu 20-30 dakikalık bir sürede tamamlamaktadır ve inanın bir gün siz de bunu yapabileceksiniz.

Kısa ve öz rapor yazımı ile ilgili bir diğer konu, ilk görüşme raporuna hangi bilgilerin dahil edileceği konusudur. Ne kadar kısa veya ne kadar detaycı olmalısınız? Rapora ne kadar derin kişisel bilgiler eklenmeli? Bunlar zor sorular ve bunları *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 7.1*'de tekrar düşünmenizi öneririz.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 7.1**

**Rapora Nelerin Dahil Edileceğine Karar Vermek**

Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği (National Association of Social Workers; USÇB, 1996) etik ilkeleri, raporunuza nelerin dahil edileceğini tartışmak için iyi bir temel sunmaktadır:

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 7.1 (devamı)**

Sosyal çalışmacılar, belgelendirilmesi mümkün ve uygun olacak şekilde danışanın mahremiyetini korumalıdır. Rapora sadece hizmetle doğrudan ilişkili bilgiler dahil edilmelidir (s. 13).

USÇB tarafından vurgulanan iki noktaya özellikle dikkat etmelisiniz. İlk olarak, "danışanın mahremiyetini" korumamız gerekli. İkinci olarak, "doğrudan ilişkili bilgiler"e bağlı kalınması gerektiğinin altını çizmişler.

Aşağıda alıntılanan ilk görüşme raporunu bu iki noktayı düşünerek okuyun:
Jane Doe, 21 yaşında, bekâr, Hispanik kökenli bir kadındır. 16 yaşındayken üvey babası tarafından tecavüze uğradığını rapor etmiştir. Jane Doe, Baylor Tıp Merkezi acil servisinde muayene edilmiş; bu muayenede vajinal yırtılma ve meni kalıntıları saptanmıştır. Sonunda üvey babası tutuklanmış ve cinsel saldırı suçundan hüküm giymiştir. Mahkûmiyetini, pozitif DNA kanıtlarına rağmen suçunu kabul etmediği uzun bir dava süreci takip etmiştir. Şu anda Doe'nun kaygı, tetikte olma hali, kâbuslar, tecavüzle ilgili geri dönüşler (flashback) ve suçluluk gibi belirtileri vardır. Bu belirtilerin, üvey babasının Teksas eyalet hapishanesinden salıverilmesiyle ilişkili biçimde yoğunlaştığı görülmektedir.

Geçen beş yıl boyunca Bayan Doe ve biyolojik annesi arasında büyük çatışmalar yaşanmıştır. Annesinin onun tecavüzle ilgili açıklamalarına "hiçbir zaman inanmadığını" ve üvey babasına bağlı kalmaya devam ettiğini rapor etmiştir. Annesi Hispanik kökenli bir göçmendir ve yerel bir market olan K-Mart'da çalışmaktadır; kocası hapse girdiğinden beri daha fazla ekonomik zorluk yaşamaktadır. Bu çatışmalar ve finansal zorluklar sonunda Bayan Doe'nun yaklaşık bir iki yıl boyunca sürekli olarak (18 yaşına gelene kadar) koruyucu aileye verilmesine neden olmuştur.

Bayan Doe, şu anda, William Mills adlı bir erkekle romantik bir ilişkisinin olduğunu söylemiştir. Bay Mills'in "beyaz" olduğuna, annesinin bu durumdan hoşnut olmadığına dikkat çekmiştir. Bay Mills'in onun "cinsel hassasiyetleri' konusunda destekleyici ve anlayışlı olduğunu belirtmiş fakat William'ın da şahsi bazı cinsel problemleri olduğunu eklemiştir. Bay Mills'in problemleri Bayan Doe'nun cinsel kaygısıyla birleşince, suçluluk hissinin anlamlı ölçüde arttığı görülmektedir. Örneğin Bay Mills için kendisini yetersiz bir cinsel partner olarak görmektedir. Bu da annesine ve üvey babasına karşı hissettiği suçluluk, kızgınlık karışımı duyguları daha da artırmaktadır.

İlk görüşme raporunu yazdığınız ve tekrar okuduğunuz her vakada kendinize, "Danışanımın mahremiyetine saygı gösteriyor muyum ve onu koruyor muyum?" ve "Sadece tedavisi için gerekli ve tedavisiyle ilişkili bilgileri mi rapora koyuyorum?" diye sormalısınız.

Bu rapor örneğinde, danışanın mahremiyetini riske atan herhangi bir

şey olduğunu düşünüyor musunuz? Raporda, ilgili olmayan herhangi bir bilgi var mı? Danışan rapora göz atmak istese nasıl hissederdiniz? Kime bu raporu göstermek konusunda kendinizi rahat hissederdiniz?

### Raporlarınızın Gizli Tutulması

Gizliliği her zaman vurgulamak gereklidir. Hepimiz danışanlarımızın hayatlarıyla ilgili kişisel bilgilerini bize emanet ettiğini ve bu bilgilere değerli mücevherlermiş gibi davranmamız gerektiğini hatırlamalıyız. Görüşme raporunun gizliliğini güvence altına almak için raporlarımızın üzerine GİZLİ mührü basmalı ya da yazmalıyız. Tabii ki bu gizliliği garantilemez ama doğru yönde atılmış bir adımdır.

Buna ek olarak, danışanların kayıtları için yeterince güvenli bir ortamın olduğundan emin olun. Raporlarınızı, danışanların ya da yetkili olmayan meslektaşlarınızın kazara görebileceği şekilde masanızın üzerinde ya da bilgisayarda bırakmayın. Yazılı kayıt tutuyorsanız onları güvenli bir şekilde saklamak daha kolaydır (kapısında kilit olan ofisteki kilitli bir dosya dolabı yeterli olacaktır) fakat elektronik kayıt tutuyorsanız durum daha karmaşık olabilir (Welfel, 2006).

Kayıtları gizli tutmak için bilgisayar sistemlerine güvenen kurumlar ve kişiler özel bir problemle karşılaşabilir. Raporlar sadece disket, flash disk ya da sabit disklerde depolanıyorsa bu bilgiyi kalıcı olarak kaybetme ihtimali vardır (disketin bozulması ya da sabit diskin çökmesi). Bu nedenle her zaman danışan kayıtlarının en az iki elektronik kopyasını saklamak gerekir.

Bilgisayar çağıyla ilişkili bir diğer problem, elektronik kayıtlara sınırlı erişimdir. Bazı bilgisayar uzmanları tarafından birkaç saat içinde çözülebilse de en azından bilgisayar dosyaları için erişim kodu ve kullanıcı şifresi kullanılmalıdır. Welfel ve Heinlen (2001) de ayrıca yazılı veya disket kayıtlarında kod numarası ve takma adların kullanılmasını önermişlerdir.

### Raporu Danışanınızla Paylaşmak

Danışanların, yasal açıdan tıbbii/psikolojik/danışmanlık kayıtlarına ulaşım hakkı olmasına rağmen, görüşme raporunu danışana verirken dikkatli olmanız gereklidir. Tüketici hakları sebebiyle danışanların kayıtlarına ulaşma hakkı vardır. Öte yandan, bazı danışanlar yazdıklarınızı yanlış anlayabilir veya yanlış yorumlayabilir, bunun da anlamı, bilgi verirken başınızı belaya sokabilirsiniz.

Pek çok durumda, şu kuralları izlemeliyiz:

- Danışmanlığın başında danışanlara, kayıt tutacağınızı ve onların bu kayıtlara ulaşım hakları olduğunu bildirin.
- Yeri geldiğinde, alınan kayıtların bazı bölümlerinin ilgili diğer uzmanlarla

iletişim kuracak şekilde farklı bir dilde yazıldığını; bu nedenle de kayıtları okumanın ya da anlamanın kolay olmayabileceğini söyleyin.

- Danışanlar kayıtları talep ederse onları vermeden önce gözden geçirmek istediğinizi söyleyin; böylece yanlış yorumlanma ihtimalini azaltırsınız, hatta böyle bir uygulamanın profesyonel etik ilkelerince önerildiğini söyleyebilirsiniz.
- Danışanlar kayıtları talep ettiğinde, bir randevu ayarlayın (ücretsiz) ve kayıtlara birlikte göz gezdirin.
- Danışanınızla görüşmeleriniz sonlandıysa size karşı öfkeliyse ya da sizinle tekrar görüşmeyi kabul etmiyorsa (a) (kayıtların yanlış yorumlanmayacağını umut ederek) onlarla buluşmadan kayıtları verebilirsiniz (b) kayıtları sadece yetkin başka bir uzmana vermeyi kabul edebilirsiniz ya da (c) kayıtları vermeyi (haklı mesleki gerekçelere dayanarak) kabul etmeyebilirsiniz.
- Durum ne olursa olsun, danışanınızın talebi üzerine ona fevri davranmak yerine süpervizörünüzle kayıtların verilmesi konusunu tartışın.

Danışanlar kayıtları görmek istediklerinde, sakin kalmak ve danışanın bu haklarını kabul etmek önemlidir. Kayıtların paylaşımı için bir prosedürünüzün olması ve bu prosedürü yakından takip etmeniz de gereklidir.

## ÖZET

İlk görüşme, ruh sağlığı uzmanları tarafından yürütülen görüşmenin belki de en temel türüdür. Genellikle yeni bir danışanın, tedavi alacaksa hangi tür tedavinin uygun olduğunu belirlemek amacıyla bilgi almasını içerir. İlk görüşme, temelde bir değerlendirme görüşmesidir. Bu nedenle sıklıkla birçok soru kullanımını gerektirir.

İlk görüşmenin üç temel amacı vardır: (a) danışanın problemlerini ve hedeflerini (b) danışanın kişilik özelliklerini, kişisel geçmişini ve ruhsal durumunu ve (c) danışanın mevcut durumunu değerlendirmek.

Danışanın problemlerini ve hedeflerini değerlendirmek, görüşmecinin kişinin sıkıntısının ana kaynağıyla birlikte, bu sıkıntıyı destekleyen diğer problem alanlarını tanımlamasını da gerektirir. Problemler ve hedefler olası terapötik müdahale için öncelik sırasına konmalı ve seçilmelidir. Görüşmecilerin danışan belirtilerini analiz etmesi ve kavramsallaştırmasına yardım edecek pek çok sistem vardır. Genellikle bu sistemler danışanın belirtilerinden önce ve sonra ortaya çıkan faktörlerin, olayların tanımlanmasını kapsamaktadır.

Danışanla ilgili kişisel geçmiş bilgilerini almak hassas ve zorlu bir süreçtir; bu nedenle görüşmeciler yönlendirici olmadan görüşmeye başlamalıdır. Kişisel geçmiş, erken dönem çocukluk anılarından ebeveyn ve aile deneyimlerinin tanımlarına, oradan okul ve arkadaş ilişkilerine ve oradan da iş durumuna doğru geçiş yapar. Görüşmeciler danışanlarından alacakları geçmişle ilgili bilgiler konusunda seçici ve

esnek olmak zorundadır; aslen bir tek görüşmede ele alınamayacak kadar çok bilgi vardır.

İlk görüşmede odaklanılacak son önemli konu da danışanın mevcut işlevselliğidir. Görüşmeciler mevcut işlevselliğe, görüşmenin sonuna doğru odaklanmalıdır çünkü bu, danışanın mevcut durumunu, hem yükümlülüklerini hem de sahip olduklarını fark etmesini sağlar. Görüşmenin sonunda danışanın güçlü yönlerinin, çevresel kaynakların üzerinde hafifçe durmalı ve geleceğe, hedef belirlemeye odaklanmalıdır.

Danışan kayıt formu ve ilk görüşme anketleri, görüşmeciye başlangıçta ele alacağı bazı konulara önceden karar verme konusunda yardım edebilir. Görüşmecinin kuramsal yönelimi, terapötik ortam, mesleki altyapı ve bağlı olunan kurum da ayrıca ilk görüşmenin odağını belirleyebilir. Tanımlanmış sağlık hizmetlerinde ilk görüşme formatı, ihtiyaca göre belirlenen yaklaşımın ana hatlarıyla ilgili bölümde belirtilmiştir.

Danışanlar ilk görüşmeye, pek çok sebeple gelir. Yeni bir danışanla görüşme yapığınızda karşılaşacağınız en yaygın problemlerden biri de madde bağımlılığı ve travmadır. Madde bağımlılığı ve travma sorunları olan danışanlarla görüşme yöntemleri ayrıca ele alınmıştır.

İlk görüşme raporunu yazmak, görüşmecilerin çoğu için başlıca zorluklar arasındadır. Görüşme raporunu hazırlarken okuyucu kitle, raporunuzun yapısı ve içeriği, nasıl açık ve kısa yazılacağı, raporunuzu nasıl gizli tutacağınız üzerine düşünün.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Davis, S.R., & Meier, S.T. (2001). *The elements of managed care: A guide for helping professionals*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co. Davis ve Meier, sağlık hizmeti modelleriyle ilgili önemli bilgiler sunmaktadır.

Jongsma, A.E., Peterson, L. M., & Bruce, T. J. (2006). *The complete adult psychotherapy treatment planner* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons. Bu kaynak tedaviyi planlama için güzel bir kaynaktır.

Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy.* New York: Springer. Bu Lazarus, BASIC ID modelinin detaylarını verdiği çoklu-model davranış terapisi hakkındadır.

Lazarus, A.A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way.* New York: Springer. Bu kitapta Lazarus, çoklu-model değerlendirme ve tedavi modelinin en son tanımını yapmaktır.

Teyber, E. (1997). *Interpersonal process in psychotherapy: A relational approach.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. Bu kitap Bölüm 6'dan 8'e kadar kişiler arası perspektiften değerlendirme üzerine odaklanır. Kişiler arası psikoterapötik yaklaşımları uygulamak isteyen başlangıç seviyesindeki lisansüstü öğrenciler için iyi bir kaynaktır.

BÖLÜM 8

# *MENTAL DURUM MUAYENESİ*

*Bazı insanlar, yaşadığımız dünyayı ona yabancılaşmadan, tam bir bilimsel titizlik ile sorgulamayı istiyor. Bu, hiç kolay bir iş değil, ama daha da önemlisi gerçekten mümkün mü?*

—R. D. Laing, *The Voice of Experience*

BÖLÜM AMAÇLARI

Ruh sağlığı çalışanı olarak uzman kimliğiniz, danışanınızın ruhsal durumunu değerlendirme ve bunu açıklama becerisine sahip olmanızı gerektirir. Bu bölümde tipik bir mental durum muayenesinin temel unsurlarını ele alacağız. Özellikle danışanın mental durumunu değerlendirmek için kullanılabilecek yaklaşımları göreceksiniz. Bu bölümde şunlara değineceğiz:

- Mental durum muayenesinin tanımı.
- Mental durum muayenesi yaparken göz önünde bulundurulacak bireysel ve kültürel konular.
- Genel mental durum muayenesindeki temel unsurlar: Danışanın dış görünüşü, tutum, duygu ve duygudurumu, konuşma, düşünce, algı bozuklukları, oryantasyon ve bilinç, bellek, zekâ, danışanın güvenirliği, yargılama becerisi ve içgörü.
- Ne zaman kapsamlı bir mental durum muayenesine ihtiyacınız olduğu ya da olmadığı.
- Mental durum muayenesi raporuna neleri koyabilirsiniz, nasıl kısa ve öz mental durum değerlendirmesi raporu yazabilirsiniz?

Mental durum değerlendirmesi psikiyatri alanında önemli bir yere sahiptir. Psikiyatriye başvuruda bulunan birçok kişi, o ya da bu şekilde bu tür bir değer-

lendirmeye maruz kalır. Mental durumu incelemek üzere uygulanan prosedürler, görüşmecilere ciddi bir imkân sunar.

Bir başka kişinin zihinsel durumunu hızlı ve belirli bir yöntemle değerlendirebileceğiniz düşüncesi aslında hem heyecan verici hem de cüretkâr bir düşüncedir. Birinin mental durumunu objektif olarak analiz etme ve değerlendirme olasılığı doğal olarak heyecan yaratır. Öte yandan, bunu hızlı ve doğru şekilde belirli prosedürlerle ele alabileceğine dair duyulan inanç ise gerçekten fazla cüretkâr bir tutumdur.

Lang'in ima ettiği gibi bilimsel bir titizlikle tarafsız ve duygulardan arındırılmış biçimde -özellikle zihnin sorgulanması neredeyse imkânsızdır. Öyleyse neden koca bir bölümü mental durum değerlendirmesine ayırdık?

İster beğenin ister beğenmeyin, uzmanlar bazen uzun süreli bir ilişkinin oluşmasına imkân vermeyen durumlarda karar vermek durumunda kalabilir. Dahası, bazı durumlarda ise başka biri hakkında önemli bilgileri elde etmek için tasarlanan standart prosedürler oldukça faydalı olabilir. Mental durumu değerlendirmek, puanlamak ve yorumlamak için hem objektif hem de kapsamlı bir sisteme gereksinim duyarız. O yüzden, mental durumu değerlendirmeden söz etmeden önce, insanların objektifliğini ele almamız gerekiyor.

## OBJEKTİFLİK

Tam bir objektifliği yakalamak için duygusal açıdan nötr olma durumuna gereksinim vardır. Bakış açınıza bağlı olarak ne yazık veya şükür ki insan doğasında ne tam bir objektifliğe ne de duygusal açıdan tam bir nötr olma durumuna yer vardır. The *Tao of Physics* adlı çalışmasında Fritjof Capra (1975), bu konuyu şöyle ele almaktadır:

> Atom fiziğindeki gözlem süreçlerinin analizi göstermiştir ki atom altı partiküllerinin bağımsız olarak bir anlamı yoktur ancak deneyin hazırlanması ve ölçüm sürecinde gerçekleşen bir etkileşim içinde anlaşılabilirler. Atom fiziğinde, doğadan bir insanmış gibi bahsedemeyiz (s. 19).

Atom fiziğinde olduğu gibi kesin ve net kavramların olduğu bilim dallarında bile duygu ve inanç gibi insani kavramlar gözlemlenen durumu etkilemektedir. Öyleyse insanlar söz konusu olduğunda, hem katılımcı hem de gözlemci olduğumuzu unutmamalıyız. Bu durumda klinik görüşmeciler, görüşmeci-danışan ilişkisinde yer alan aktif bir katılımcı olarak davranışlarımız onları etkileyebileceği için basit bir şekilde danışanları gözlemlediğimiz ve değerlendirdiğimiz gerçeğini akıllarında tutmalıdır. Örneğin, tamamen tesadüfi faktörlere bağlı olarak görüşmecinin duygudurumu, direk veya dolaylı olarak danışanın duygudurumunu etkileyebilir. Siz de doktorunuzun stili veya yaklaşımından duygusal veya fiziksel olarak etkilendiğiniz zamanları hatırlayabilirsiniz. Ancak aşırı düzeydeki duygusal nötrlük veya objektiflik, ne tam olarak istenebilir ne de faydalı olacaktır; bu yüz-

den, duygusal ipuçlarımızı veya tepkilerimizi yardımcı olmak istediğimiz insanı tam olarak anlamak için kullanabiliriz. Bu hem karşıt aktarım tepkilerini hem de danışanın bizi etkilediği diğer durumları kapsamaktadır. Bu nedenle, mental durum değerlendirmelerinin zorluğu da duygusal duyarlılığı uygun düzeydeki objektif tutumla birleştirmektir.

## MENTAL DURUM MUAYENESİ NEDİR?

Mental durum muayenesi, mental durum ya da koşullarla ilişkili klinik gözlemleri organize etme ve değerlendirme yöntemidir. Mental durum muayenesinin temel amacı, mevcut bilişsel süreçleri değerlendirmektir (Strub ve Black, 1977). Fakat son yıllarda, mental durum muayenelerinin daha kapsamlı olduğunu görüyoruz; hatta bazıları geçmiş bilgiler, tedavi planı ve tanısal izlenimler gibi bölümleri de içeriyor (Robinson, 2001). Mental durum muayenesi, bu bölümde mevcut bilişsel işlevlerin değerlendirmesine vurgu yapan Strub ve Black'in yaklaşımını benimseyen bir model olarak tanımlanmıştır. Kitabın diğer bölümleri ise kişisel geçmiş ve psikolojik tanıya yönelik görüşmeler ile tedavi planına ayrılmıştır.

Mental durum muayenesi, tıbbi ortamlarda oldukça yaygın kullanılır. Psikiyatride mental durum muayenesi, tıptaki fiziksel muayenenin bir benzeri olarak kabul edilir (Siassi, 1984). Hastane ortamında ciddi rahatsızlıkları olan hastalar için psikiyatrların günlük mental durum muayenesi istemeleri olağan bir durumdur. Sonuçlar, her bir hasta için kısa ve özet tanımlamalar içeren orta uzunluktaki bir paragrafla rapor edilir (Bkz. *Uygulamaya Geçirme 8.1*). Tıbbi ortamda mental durumun bildirimi temel prosedürdür. Tıbbi ruh sağlığı alanında çalışmak isteyenler, mental durum muayene raporları aracılığı ile diğer uzmanlarla iletişim kurma konusunda yetkin olmalıdır.

## GENEL MENTAL DURUM MUAYENESİ

Mental durum muayenesinde ele alınan temel konular, uygulamacıya ve çalışma ortamına göre çeşitlilik gösterir. Aşağıda listelenen kategoriler en faydalı olanlardır:

1. Dış görünüm
2. Davranış/Psikomotor aktivite
3. Değerlendiriciye (görüşmeciye) yönelik tutum
4. Duygulanım ve duygudurum
5. Konuşma ve düşünce
6. Algı bozuklukları
7. Oryantasyon ve bilinç
8. Bellek ve zekâ
9. Güvenirlik, yargılama ve içgörü

## Uygulamaya Geçirme 8.1

### Mental Durum Muayene Raporları

Aşağıda mental durum raporuna yönelik örnekler bulabilirsiniz. İyi bir rapor kısa, açık ve özdür; bu bölümde bahsedilen tüm konulara hitap eder.

#### Mental Durum Raporu 1

Gary Sparrow, 42 yaşında, beyaz bir erkektir; hastanenin acil servisine geldiğinde dağınık ve bakımsız olduğu rapor edilmiştir. Görüşme süresince, heyecanlı ve huzursuz bir tutum sergilemiş, sıklıkla koltuk değiştirmiştir. Değerlendiriciyle iletişiminde sabırsız ve bazen kaba olduğu görülmüştür. Bay Sparrow, bugün hayatının en mutlu günü olduğunu çünkü profesyonel golf ligine katılmaya karar verdiğini bildirmiştir. Duygulanımı değişkendir fakat konuşmasının içeriği ile tutarlıdır (15 numaralı bogey* sayısını attığını söylerken ağlamaklı olmuştur). Konuşması yüksek sesli, baskılı ve fazla detaylıdır. Düşünce uçuşmaları olduğu ve düşünceler arası bağlantıları kaybettiği gözlenmiştir. Atletik performansıyla ilişkili büyüklük sanrıları (delüzyonları) tanımlanmıştır. İşitsel halüsinasyonlar rapor etmiştir (Tanrı ona işi bırakmasını ve profesyonel bir golfçü olmasını söylemiş) ve atletik ve cinsel başarıları konusunda takıntılıdır. Zaman ve yer yönelimi vardır ancak Arnold Palmer'ın gayri meşru oğlu olduğunu iddia etmektedir. İntihar ve cinayet düşünceleri olmadığını bildirmiştir. Muayenenin zekâ ya da bellekle ilişkili bölümlerine katılmayı reddetmiştir. Bay Sparrow, güven vermemektedir ve yargılamada zayıflıklar sergilemektedir. İçgörüsü yoktur.

#### Mental Durum Raporu 2

67 yaşında, Afrika kökenli Amerikalı bir kadın olan Helen Jackson, Cedar Springs Bakım Evi'ndeki rutin kontrolde değerlendirilmiştir. Öz-bakımı yerindedir ve muayenede işbirliğine isteklidir. Genel duygu durumunu "çaresizlik" olarak tanımlamıştır çünkü yakın zamanda "gözlüklerini kaybetmiştir." En belirgin duygusu, aralıklarla ortaya çıkan ve genellikle eşyaları yanlış yere koyma ya da değerlendiricinin sorularına cevap vermede zorluk yaşamakla ilişkili kaygıdır. Konuşması yavaş, tereddütlü ve sakindir. Tekrar tekrar şalının omzundan kaymasını kontrol etmekte; kişisel eşyaları, kıyafetleri ve genel görünümüyle ilgili kaygılanmaktadır. Za-

* Golfte beraberlikten bir fazla sayı. –çn

**Uygulamaya Geçirme 8.1 (devamı)**

man zaman da dış görünüşünün uygun olup olmadığını sorgulamaktadır ("İyi görünüyor muyum? Biliyorsunuz, sonra pek çok ziyaretçim olacak."). Bayan Jackson'ın kişi ve yer oryantasyonu vardır fakat muayene tarihini 9 Ocak 1981 olarak belirtmiştir (oysa tarih 8 Temmuz 2002'dir). Yedili sayı serisini hesaplayamamıştır ve ayrıca üç maddeden hiçbirini hatırlayamaması üzerine "Oh, sanırım beni oyuna getirdin, öyle değil mi, evlat?" gibi ifadelerle endişeli olduğunu dile getirmiştir. Ancak sonrasında, "Nasılsa beni tekrar ziyaret edersin," diyerek hızlıca memnun bir hale geri dönmüştür. Atasözü yorumları açıktır. Yargılama, güvenirlik ve içgörü anlamlı şekilde zayıflamıştır.

Mental durum muayenesi sırasında, *danışanın mevcut işlevselliği* hakkında hipotezler oluşturmak için gözlemlerden yararlanılır. Mental durum muayeneleri, tanıya yönelik önemli bilgiler sağlasa da bu muayene temelde sadece tanıya yönelik ya da tam bir psikometrik yöntem değildir (Polanski & Hinkle, 2000). Kültürel ve bireysel konularla ilgili kısa bir tartışmadan sonra, takip eden kısımda geleneksel mental durum muayenesinde ele alınan her değerlendirme alanı ayrıca tanıtılacaktır.

### Bireysel ve Kültürel Konular

Pek çok değerlendirme yönteminde olduğu gibi ruhsal durum muayenesi de görüşmecinin kültürel duyarsızlığına ve dolayısıyla hatalara açıktır. Danışanın ruhsal durumunun bir açıdan kültürün yansıması olduğu görüşü dikkate alınmalıdır; bireyin kültürü onun ruhsal durumunu belirleyebilir.

Olası yanlış ya da kötü kullanımlarına karşın mental durum muayenesi, çokkültürlülük konusunda bilgili ve duyarlı değerlendiriciler için oldukça faydalı olabilir. Sonuçta, devam eden kısımda Nijeryalı yazar Chinua Achebe'den yapılan bir alıntıda bahsedildiği gibi (1994) delilik kişinin bakış açısına bağlıdır:

> Şarkıdan sonra konuşmacı, adı İsa Mesih olan Tanrı'nın oğlu hakkında konuştu. Okonkwo, bu adamların kasabadan atılması ya da cezalandırılması umudunu taşıyan tek kişi olarak şöyle söyledi:
>
> "Siz, bize sadece tek bir iyi olduğunu anlattınız. Şimdi de onun oğlundan söz ediyorsunuz. O halde, onun karısı da olmalı." Kalabalık buna katıldı.
>
> Konuşmacı, "Karısı olduğunu söylemedim," dedi biraz zayıf ve etkisiz bir tonla... Konuşmacı konuyu göz ardı ederek kutsal üçlü (baba, oğul ve kutsal ruh) hakkında konuşmaya devam etti. Sonunda Okonkwo bu adamın deli olduğuna tamamen ikna oldu. Omuzlarını silkti ve palmiye şarabını içmek için uzaklaştı (s. 146-147).

Bazen kültüre özgü inançlar, özellikle dini inançlar, dışarıdan birine delilik (ya da sanrı) gibi görünebilir. Aynı şey fiziksel aktiviteler, eğlence aktiviteleri, evlilik ve aile ritüelleri ile ilişkili inançlar ve davranışlar için de söylenebilir. Örneğin bazı durumlarda oruç zorunlu olarak hastaneye yatırılma için bir gerekçe olarak kabul görürken diğer durumlarda dini uygulamalarla ilişkilendirilebilir (Polanski ve Hinkle, 2000). Genel olarak, pek çok değerlendirme yönteminde olduğu gibi, mental durum muayenesi yapanlar, danışanlarının ruhsal durumuyla ilgili kesin sonuçlara varmadan önce bireysel ve kültürel konuları duyarlılıkla ele almalıdır (*Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.1*'e bakınız).

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.1**

**Zekâyı Değerlendirmek Üzere**

**Örnek Mental Durum Değerlendirme Soruları**

Mental durum değerlendirmesinde zekâ durumunu sorgulamak için hazırlanan birçok soruyu telif hakkından dolayı burada direkt vermek uygun olmayacaktır. Aşağıdaki sorular, bu tür sorulara örnek olabilir.

**Genel bilgi düzeyi**

Altı büyük ABD şehrini söyleyin.
New York'tan Roma'ya seyahat ederken hangi yöne doğru gidersiniz?
Vietnam Savaşı sırasında ABD başkanı kimdi?
Hangi başkan, köleleri özgürlüğe kavuşturdu?
Otomobillerden hangi zehirli kimyasal madde salınır?
Steve Wonder'ın mesleği nedir?
Kızlarla/erkeklerle takılmak ne demektir?

**Soyut düşünme**

Kalem ve daktilo ne açıdan birbirine benzer?
Balina ve yunus ne açıdan birbirine benzer?
Akıl akıldan üstündür atasözü ne anlama gelir?

**Yargılama**

Bir parkta çalılar arasına gizlenmiş bir silah bulsan ne yapman gerekir?

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.1 (Devamı)**

Eğer bir milyon lira kazansan nasıl harcardın?
Los Angeles ile Chicago arası uzaklık ne kadardır?
Bir gün çölde kalacak olsan ne yapardın?
En iyi arkadaşının, patronun eşi ile ilişkisi olduğunu öğrenseydin ne yapardın?

**Bölüm 2**

Bu soruları gözden geçirdikten sonra, küçük gruplar oluşturun ve bu sorulardaki bireysel ve kültürel yanlılıkları tartışın. Örneğin, bazı sorular genç, bazıları ise yaşlı danışanlar, diğerleri ise farklı kültürden gelen danışanlar için yanlılık barındırıyor olabilir. Her bir soruyu grupla analiz edin ve zekâyı daha iyi değerlendirebilecek sorular üretmeye çalışın. Mükemmel zekâ değerlendirme soruları mümkün müdür?

Not: Buradaki test maddeleri örnek amaçlıdır. Görüşmeciler resmi değerlendirme yaparken standardize edilmiş test materyalleri kullanmalı. Sadece birkaç soru ile danışanın işlevselliğine dair çıkarımlar yapmak doğru olmayacaktır.

### Dış Görünüm

Mental durum muayenelerinde, görüşmeciler danışanın dış görünüşüyle ilgili notlar alır. Gözlemler fiziksel özelliklerle sınırlıdır ancak bazı demografik bilgilerde bu bölüme dahil edilebilir.

Mental durum muayenesinde genel olarak dikkat edilen fiziksel özellikler, kişisel bakım, kıyafet, gözbebeğindeki büyüme/küçülme, yüz ifadesi, terleme, makyaj, piercing veya dövme, boy, kilo ve beslenmeyi içermektedir. Görüşmeciler sadece danışanın nasıl göründüğünü değil, görüşmeciyle nasıl etkileşime girdiğini ve görüşmeye nasıl tepki verdiğini de yakından gözlemlemelidir. Morrison (1993), "Girişte el sıkışırken danışanın avuç içlerinin kuru veya nemli olduğuna dikkat etmelisiniz" (s. 106) der. Benzer şekilde Shea (1998), "Deneyimli klinisyenler Herkül'ün denetim oluşturmaya kararlı demir parmaklarıyla mı yoksa reddedilmeyi bekleyen Charlie Brown'ın nemli avuçlarıyla mı karşılaştıklarını fark edebilmelidir" (s. 9) demektedir.

Danışanın fiziksel görünümü mental durumunun bir göstergesi olabilir. Dahası, fiziksel görünüm belirli bir psikiyatrik tanının da göstergesi olabilir. Örneğin büyümüş gözbebekleri bazen madde alımıyla küçülmüş gözbebekleri maddeyi bırakmakla ilişkili olabilir. Tabii ki, büyümüş gözbebekleri madde alımı için kesin kanıt olarak kabul edilemez; bu sadece yapbozun bir parçasıdır ve böyle bir sonuca meşru bir şekilde ulaşmadan önce daha fazla kanıt gerekecektir.

Danışanın cinsiyeti, ırkı ve etnik kimliği de mental durum muayenesinde ayrıca belirtilecek somut değişkenlerdir. Bu faktörlerden her biri psikiyatrik tanı ve tedavi planıyla ilişkili olabilir. Örneğin, çeşitli *DSM* tanılarının temel kriterleri, cinsiyete göre çeşitlilik göstermektedir. Othmer ve Othmer'in (2002b) de belirttiği gibi dış görünüm ve biyolojik yaş arasındaki ilişki de önemli olabilir. "Olduğundan daha yaşlı gösteren hastaların, uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı, organik ruhsal bozukluğu, depresyon ya da fiziksel hastalık geçmişi olabilir" (s.114).

Mental durum raporunda, danışanın dış görünümü aşağıdaki gibi tasvir edilebilir:

> Maxine Kane, 41 yaşında, Avustralya kökenli Amerikalı bir kadındır; yaşından daha genç görünmektedir. Değerlendirmeye kısa bir etek, sivri topuklular, aşırı makyaj ve sarı saçlarla gelmiştir.

Danışanın fiziksel görünümü çevresinin ya da içinde bulunduğu ortamın göstergesi olabilir (Paniagua, 2001). Bir önceki örnekte Bayan Kane'in işyerinden –dizi setinden– doğrudan randevuya gelip gelmediğini bilmek önemlidir.

### Davranışlar ve Psikomotor Aktiviteler

Bu kategori, fiziksel eylemlerle ilgilidir. Değerlendirme boyunca danışanın hareketlerine dikkat edilmeli ve kaydedilmelidir. Değerlendiriciler, göz temasının olmaması (kültürel farklılıkları göz önünde bulundurarak), yüzünü ekşitme, aşırı göz hareketleri (tarama), tuhaf ya da tekrarlanan el kol hareketleri ve duruş gibi fiziksel hareketlerin yanı sıra aşırı ya da kısıtlı vücut hareketlerini de izlemelidir. Danışanlar belirli düşünceleri ya da duyguları (paranoya ve depresyon gibi) deneyimlediğini inkâr edebilir fakat vücut hareketleri tam tersini söyleyebilir (tetikte duruş, tarama ya da yavaşlamış psikomotor aktiviteler ve yüz ifadesinin olmaması).

Aşırı vücut hareketleri kaygı, uyuşturucu tepkisi ya da bipolar bozukluğun manik evresiyle ilişkili olabilir. Azalmış hareketler organik beyin hasarı, katatonik şizofreni ya da uyuşturucu alımı sonrası sersemliğini gösteriyor olabilir. Depresyon, huzursuzluk ve kaygı içeren aşırı psikomotor uyarım durumu ya da psikomotor gerileme ile kendini gösterebilir. Bazen paranoyak danışanlar dışarıdan gelecek bir tehdide karşı tetikte olmak için sürekli olarak görüş alanlarını tarar. Tekrarlanan motor hareketler (ayakkabılarının tozunu almak gibi) obsesif kompulsif bozukluğun varlığına işaret edebilir. Benzer şekilde, kıyafetten ya da ciltten hayali tiftik ya da kir toplamak uyuşturucu/ilaçlara toksik reaksiyonlarla ilişkili olabilir.

### Değerlendiriciye (Görüşmeciye) Karşı Tutumlar

Ebeveynler, öğretmenler ve ruh sağlığı uzmanları genellikle *tutum* kelimesini aşırı şekilde kullanır. Birisi bir öğrenci ya da danışanın "tutum sorunu" ya da

"kötü tutumu" olduğunu söylediğinde, tam olarak ne demek istendiğini anlamak zor olabilir.

Ruh sağlığı alanında "görüşmeciye karşı tutum," danışanların, görüşmeciye yönelik verdikleri tepki veya sergiledikleri davranış anlamına gelmektedir; tutum kişiler arası bağlamda ortaya çıkan davranış olarak tanımlanabilir. Somut fiziksel özelliklerin ve fiziksel hareketlerin gözlemlenmesi, danışanın görüşmeciye yönelik tutumunu değerlendirmek için temel sağlar. Ayrıca görüşmecinin sorularına karşı danışanın verdiği cevaplar, ses tonu, göz teması, beden duruşu gibi sözel olmayan faktörleri ve yanıtın gecikmesi, doğrudan ya da kaçamak cevaplar gibi sözel faktörleri içeren tepkilere ilişkin gözlemler, görüşmecinin danışanın tutumuyla ilgili karar vermesini kolaylaştıracaktır.

Mental durum değerlendirmesindeki bu kısım, daha önceden tartışılan duygusal öznellikten fayda sağlayacaktır. Görüşmeciler danışanlara dürüstçe cevap vermek konusunda kendilerine izin vermelidir ve sonra danışanların tutumlarına yönelik kendi tepkilerini mercek altına almalıdır. Bu yargılar, görüşmecinin içsel bilişsel ve duygusal süreçlerine dayanır, neticede kişisel önyargılara açıktır. Örneğin erkek görüşmeci çekici bir kadının davranışlarını beklentisi veya isteği dolayısıyla baştan çıkarıcı görebilir. Farklılıklar, bireysel ya da kültürel faktörlerden kaynaklanabilir. Bir uzman olarak, görüşmeci danışanın herhangi bir davranışını, abartılı biçimde, genel danışan tutumu ya da bazı durumlarda kişisel özellik olarak yorumlamaktan uzak durmalıdır. Danışanın davranışı hakkında yargılarda bulunurken ya da atıflar yaparken Bölüm 6'da sorunlu davranışlar için verilen kriterleri hatırlamalı ve kendi kendinize sormalısınız:

Bu davranış, olağandışı ya da istatistiksel olarak nadir görülen bir davranış mı? Davranış, işte ya da evde, danışanı ya da danışanın çevresindeki diğer kişileri rahatsız ediyor mu?

Davranış uyumsuz mu; yani danışanın zorluklarını artırıyor mu?

Danışanın davranışı, mevcut çevresel ya da kültürel faktörlere bağlı olarak mazur görülebilir mi?

Danışanın görüşmeciyle ilişki kurabileceği pek çok yol vardır. Danışanın görüşmeye ya da görüşmeciye karşı tutumunu tanımlayan, yaygın kullanılan kelimeler Tablo 8.1'de listelenmiştir.

## Duygulanım ve Duygudurum

*Duygulanım (affect)*, mental durum muayenesi esnasında *görüşmeci* tarafından gözlenen hâkim duygusal ruh hali/tonu olarak tanımlanabilir. Buna karşın, *duygudurum (mood)* ise *danışanın rapor ettiği* duygusal durumudur.

### *Duygulanım*

Duygulanım genel olarak (a) içeriği ve çeşidi (b) aralığı ve süresi (çeşitliliği ve süresi olarak da bilinir) (c) uygunluğu ve (d) derinliği ve yoğunluğu açısından ele

alınır. Her bir tanımlayıcı ifade ileride daha fazla ele alınacaktır.

*Duygulanım* İçeriği. İlk olarak, danışanda hangi duygulanımı gözlemlediğinizi tanımlamalısınız. Üzüntü mü, öfori mi, kaygı mı, korku mu, öfke mi yoksa başka bir duygu mu? Duygu içeriği tanımlayıcıları yüz ifadeleri, duruş, hareket ve danışanınızın ses tonunu kapsar. Örneğin danışanınızı yere bakan gözler ve asgari düzeyde hareketle (psikomotor gerileme) birlikte gözyaşları içinde görürseniz, muhtemelen onun "üzgün" olduğu sonucuna varırsınız. Buna karşın, kenetlenmiş yumruklar, sıkılmış dişler ve güçlü ifadeler sizi, danışanınızın "öfke" duygusu sergilediği sonucuna götürecektir.

**Tablo 8.1. Danışanın Değerlendiriciye Yönelik Tutumunu Tanımlamak Üzere Kullanılabilecek Kavramlar**

*Öfkeli:* Danışan değerlendirmeciye yüzünü ekşiterek ve fiziksel ya da sözel jestlerle saldırabilir. Görüşmeciye "el hareketi" yapabilir ya da değerlendiricinin sorusuna cevaben, "Bu salakça bir soru" ya da "Tabii ki öfkeliyim, sen zaten söylediğim şeyleri tekrar etmekten başka hiçbir şey yapamaz mısın?" diyebilir.

*İşbirlikçi:* Danışan görüşmecinin tepkilerine ve sorularına doğrudan cevap verir. Bilgi almaya ya da problemleri çözmeye çabalayan görüşmeciye, eşlik etmeye açıkça gayret gösterir. Sık sık kafa sallama ve alıcı vücut duruşu yaygındır.

*Düşmanca:* Danışan dolaylı olarak nahoş ve iğneleyicidir. Alaycılık, görüşmecinin yorumları ya da soruları üzerine gözlerini belirgin bir iğrenme ile devirme ya da yüzünü ekşiterek bakma, örtük ya da örtük olmayan bir düşmanlığı gösterebilir. Bu davranış örüntüsü, suç işleyen gençler arasında özellikle yaygındır (J. Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1998).

*Sabırsız:* Danışan koltuğun ucunda oturur. Duraksamalara ya da görüşmecinin düşünüp taşınarak konuştuğu zamanlara tahammülü yoktur. Kaygılarıyla ilgili hemen bir cevap istediğine ilişkin cümleler kurar. Bu tutum, düşmanca davranışlarla ya da A Tipi kişilikte olduğu gibi rekabetçilikle ilişkili olabilir.

İlgisiz: Danışanın görünümü ve hareketleri, görüşme ile bir ilgisinin ya da kaygısının olmadığını göstermektedir. Danışan esneyebilir, parmaklarını oynatabilir, alakasız konulara ya da detaylara dalıp gidebilir. Bu danışan ayrıca kayıtsız olarak da tanımlanabilir.

*Sokulgan:* Danışan yalakadır. Görüşmecinin pekiştirme ve onayı için aşırı arzuludur. Kendisini fazla olumlu bir şekilde sunmaya çalışabilir ya da görüşmecinin söylediği her şeye kulabilir. Aşırı baş sallama, göz teması kurabilir ve gülümseyebilir.

*Yoğun:* Danışanın göz teması süreklidir ya da danışanın vücudu neredeyse öne doğru uzanır ve görüşmecinin her kelimesini aşırı dikkatle dinler. Danışanın ses düzeyi yüksek ve ses tonu güçlü olabilir. Bu danışan, ilgisizin tam zıttıdır.

*Manipülatif:* Danışan değerlendiriciyi kendi amaçları doğrultusunda kullanmak için çaba sarf eder. Kendi menfaatleri için değerlendiricinin ifadelerini yorumlayabilir. "Davranışı hiç adil değil, değil mi doktor?" gibi ifadeler görüşmecinin onayını talep etmeye yönelik çabalardır ve manipülasyonu yansıtır.

**Tablo 8.1. Danışanın Değerlendiriciye Yönelik Tutumunu Tanımlamak Üzere Kullanılabilecek Kavramlar (devamı)**

*Kötümser*: Danışan adeta görüşmecinin söylediği her şeye karşı çıkar. Açıkça doğru olan yansıtmalara, farklı cümlelerle dile getirilmiş ifadelere ya da özetlere katılmayabilir. Sorulara cevap vermeyi reddedebilir ya da görüşme süresince tamamıyla sessiz kalabilir. Bu davranış ayrıca muhalefet olarak da adlandırılır.

*Açık*: Danışan problemleri ve endişelerini açık bir şekilde doğrudan tartışır. Ayrıca değerlendirmecinin önerilerine ve yorumlarına da açık olabilir.

*Pasif*: Danışan çok az ya da hiç aktif itiraz sunmaz, görüşmeye çok az katılır veya görüşmeye katılmaz. Danışan şuna benzer şeyler söyleyebilir: "Nasıl isterseniz." Ne söylemesi ya da yapması gerektiğinden bahsedilene kadar sadece pasif bir şekilde oturur.

*Baştan çıkarıcı:* Danışan baştan çıkarıcı ya da müstehcen bir şekilde kendine dokunabilir (vücudundaki bölgeleri ovabilir). Vücudunu sergileyebilir, "çok yakın" olmak ya da değerlendiriciye dokunmak için çaba gösterebilir. Görüşmeciye cilveli ve müstehcen sözel yorumlar yapabilir.

*Şüpheci:* Danışan kuşkuyla odayı inceleyebilir (hatta bazıları gizli mikrofon olup olmadığını kontrol ederler). Gözleri kısarak ya da göz ucuyla bakmak da ayrıca şüphecilik olarak yorumlanabilir. Değerlendirmecinin ne yazdığı ya da bu bilgilerin neden gerektiği ile ilgili sorular da şüpheciliğe işaret edebilir.

Kişiler konuşurken çok çeşitli duygu ifadeleri kullansa da duygu içeriği genellikle aşağıda verilenlerden biriyle tanımlanabilir:

| | |
|---|---|
| Öfkeli | Suçlu ya da Pişman |
| Kaygılı | Mutlu ya da Sevinçli |
| Utanmış | Huzursuz |
| Öforik | Üzgün |
| Korkmuş | Şaşkın |

*Aralık ve Süre.* Duygu aralığı ve süresi, normal koşullarda, danışanın mevcut durumuna ve tartışılan konuya göre çeşitlilik gösterir. Genel olarak, –klinik görüşme süreci dahil– geniş aralıktaki duygu durumlarını deneyimlemek pozitif akıl sağlığı ile ilişkilendirilmiştir (Pennebaker, 1995). Fakat bazı durumlarda, danışanın duygu aralığı aşırı değişken olabilir veya çok kısıtlı olabilir. Tipik olarak, manik ya da histrionik kişilik özellikleri olan danışanlar, mutluluktan üzüntüye tekrarlayarak değişen aşırı geniş aralıkta duygusal durumlar dışavururken kompülsif özellikleri olan danışanlar kısıtlı duygu sergiler. Bu örüntüye sahip danışanlara değişken duygulanımı olan danışanlar da denir.

Bazen danışanlar, sınırlı duygusal yaşantıdan dolayı çok az duygu sergiler ya da hiç duygu ortaya koymaz. Duyguların açığa vurulmadığı durumlar, genel olarak

duygusal sığlaşma veya küntleşme olarak ifade edilir. Bu ifade, diğer kişilerle duygusal ilişki kuramadığı gibi görülen danışanlar için kullanılır. Bu durum şizofreni, şiddetli depresyon ya da Parkinson gibi nörolojik tanıları olan kişilerde görülebilir.

Bazı durumlarda, antipsikotik ilaç kullanan danışanlar minimal duygu yansıtır. Duygusal küntlüğe çok benzeyen bu durum, duygusal *kısıtlılık* olarak tanımlanır çünkü duygusal tepkiler mevcuttur fakat sınırlıdır ve minimal düzeydedir.

*Uygunluk.* Danışanın duygusunun uygunluğu, konuşması ve hayatındaki olaylar bağlamında değerlendirilir. Çok sıklıkla şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi sorunları olan danışanlarda uygun olmayan duygular gözlemlenir.

Danışanın duygusunun uygunluğuna karar verme, bazen diğerlerine oranla daha kolay olabilen öznel bir süreçtir. Örneğin danışan trajik bir olaydan (çocuğunun ölümü gibi) açıkça bahsediyorsa ve açıklanamaz şekilde kıkırdıyor ve mantıklı bir sebep yokken gülüyorsa değerlendirmecinin danışanın duygusunun "konuşmasının içeriği açısından uygunsuz" olduğu sonucuna varması için yeterince kanıtı olacaktır. Buna karşın, bazen danışanların uygun gözükmeyen bir yerde gülümsemek, gülmek, ağlamak için kendilerine özgü geçerli sebepleri olabilir. Örneğin sevilen biri uzun süreli bir hastalıktan öldüğünde danışan için gülmek ya da gülümsemek rahatlama, dini inançlar ya da diğer faktörlerle ilişkili nedenlerle uygun olabilir. Benzer şekilde, çeşitli kültürlerden gelen danışanlar, pek çok ana akım Kuzey Amerikalı ruh sağlığı uzmanının olağandışı bulacağı tepkiler verebilirler. Burada önemli olan danışanın duygusal tepkilerinin uygunluğu ya da uygunsuzluğu hakkındaki yargılarımızda duyarlı ve dikkatli olmamızdır.

Uygunsuz duygulanımın bir çeşidi, daha fazla açıklamayı gerektirir. Özellikle bazı danışanlar kişisel durumlarına çarpıcı bir duygusal kayıtsızlık gösterebilir. Derin kayıtsızlık çok çeşitli danışan tiplerinde görülse de en yaygın olanı, somatizasyon bozukluğu olan danışanlardır. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar, bazen fiziksel yetersizliklerinden (felç, körlük) hava hakkındaki bir tartışmanın eşlik ettiği bir aldırmazlıkla bahseder. Uygunsuz duygudurumunun özel bir çeşidi olan bu durum *la belle indifference** olarak adlandırılır (Stone, Smyth, Carson, Warson & Sharpe, 2006).

*Derinlik ya da Yoğunluk.* Değerlendiriciler için duyguyu derinlik ya da yoğunluk olarak tarif etmek de oldukça tipiktir. Bazı danışanlar adamakıllı üzgün görünürken bazıları daha yüzeysel bir üzüntü duygusu yaşıyor gibi görünür. Danışanın duygusunun derinliğine karar vermek zor olabilir çünkü pek çok danışan "duygularını ele vermemek" için çok fazla çaba gösterir. Fakat yine de danışanın ses tonu, duruşu, yüz ifadesi ve yeni bir konuya geçme (ya da geçmeme) becerisi aracılığı ile görüşmeci, danışanın duygusal derinliği ya da yoğunluğu ile ilgili en azından bazı bulgular elde edebilir. Duygusal yoğunluk değerlendirmelerini danışanların

* Fransızca mağrur kayıtsızlık veya aldırmazlık anlamına gelir. –çn

yoğun düzeyde duygusal ya da ciddi derecede yüzeysel olduğu durumlarla sınırlandırmanızı öneriyoruz.

Mental durum raporunda danışanın duygulanımını tanımlarken az önce tanımlanan tüm boyutları kullanmak gerekmeyebilir. En yaygın yaklaşım, danışanın duygu içeriğini tanımlamaktır. Bir sonraki en yaygın yaklaşım da duygunun uygunluğu ile birlikte duygu aralığı ve süresidir; bununla birlikte duygu yoğunluğu kısmen rapora daha az dahil edilir. Üzüntülü duygu içeriği, kısıtlı dışavurum ve olumsuz hayat olaylarıyla tutarlı konuşma içeriği sergileyen depresif danışanların tipik ruhsal durum raporu şöyle olabilir:

> Değerlendirme boyunca Bayan Brown'un duygulanımı zaman zaman üzüntü ağırlıklıydı ancak genelde kısıtlı duygulanım sergiledi. Duygulanımı, konuşmasının içeriği açısından uygundu.

Buna karşın, manik belirtiler ortaya koyan danışanların daha farklı duygu tanımlayıcıları olabilir:

> Öforik (içerik ya da çeşit): Maniyi düşündüren davranışlara işaret etmektedir (danışan mutlak gücü olduğunu iddia eder, huzursuzluk ve kaygı içeren aşırı psikomotor uyarım durumu ve artmış psikomotor aktiviteler sergiler, abartılı jestleri vardır). Değişken (aralık ve süre): Kısa sürede geniş aralıkta duygusal ifadelere işaret etmektedir (danışan gözyaşları içindeyken hızla kahkaha atmaya başlar).
>
> Konuşmanın içerik ve yaşam olayları açısından uygunsuz olması (uygunluk) (danışan işini kaybetme ve eşinden ayrılma konusunda öfori sergiler, diğer bir deyişle danışanın duygusal durumu mantıksal olarak anlaşılır değildir).
>
> Sığlık (derinlik ya da yoğunluk): Derinliğin ya da duygunun devamlılığının çok az olduğuna işaret etmektedir (danışan "mutluyum çünkü gülümsüyorum" ve "gülümsemek her şeyin çaresidir," iddiasındadır).

Örneğin bir önceki danışan şöyle tanımlanabilir:

> ...temelde değişken, uygunsuz ve yüzeysel olduğuna işaret eden öforik duygulara sahip biri olarak tanımlanabilir.

*Duygudurum (Mod)*

Mental durum muayenesinde, duygudurum duygulanımdan farklıdır. Duygudurum basitçe danışanın genel ve hâkim duygu durumu hakkındaki şahsi bildirimleridir. Duygudurum, "Depresyonda mısınız?" gibi kapalı uçlu ve danışanın belirli bir cevabı vermesini öneren yönlendirici sorularla değil, "Kendinizi son zamanlarda nasıl hissediyorsunuz" ya da "Duygudurumunuzu benim için tanımlar mısınız?" gibi basit, yönlendirici olmayan, açık uçlu bir soruyla doğrudan değerlendirilmelidir. Duygudurumu sorulduğunda, bazı danışanlar fiziksel durumları-

na ya da mevcut yaşam olaylarına dayanan tanımlarla cevap verebilir. Bu olursa sadece dinleyin ve "Duygularınız hakkında neler söylersiniz? Bunun (fiziksel durum ya da yaşam olayları) hakkında neler hissediyorsunuz?" sorularıyla görüşmeye devam ettirebilirsiniz.

Danışanın duygudurumuyla ilgili sorunuza verdiği cevabı kelimesi kelimesine kaydetmek gerekebilir. Bu, danışanın bir durumda rapor ettiği duygu durumunu diğer bir durumda rapor ettiği duygu durumuyla karşılaştırmayı kolaylaştırır. Ayrıca danışanın rapor ettiği duygu durumuyla, sizin danışanın duygusuyla ilgili değerlendirmelerinizi karşılaştırmak açısından da önemlidir. Danışanın kendi bildirdiği duygudurumu, yine kendi bildirdiği düşünce içeriği ile karşılaştırılmalıdır çünkü düşünce içeriği belirli bir duygu durumunun hâkimiyetini açıklayabilir.

Duygudurum, duygulanımdan bazı özellikler temelinde farklılaşmaktadır. Duygudurum duygulanımdan daha uzun süreli olma eğilimindedir. Duygudurum spontan olarak kolayca değişmez. Duygudurum duygusal bir arka plan içerir. Duygu görüşmeci tarafından gözlenirken duygudurum danışan tarafından rapor edilir (Othmer ve Othmer, 2002b). Diğer bir deyişle (benzetme meraklıları için) duygulanım hava durumu ise duygudurum iklimdir.

### Konuşma ve Düşünce

Mental durum muayene formülasyonlarında, konuşma ve düşünce çok yakın ilişki içindedir. Aslında mental durum muayenesi yapan görüşmeci, konuşma yoluyla düşünce süreçlerini ve içeriğini gözlemler, değerlendirir. Fakat düşünce süreçlerini gözlemlemek ve değerlendirmek için farklı yollar da vardır. Sözel olmayan davranışlar, (işitme sorunu olan danışanlarda) işaret dili ve yazı da danışanın düşünme süreçleriyle ilgili değerli bilgiler sağlar. Mental durum muayenesinde, konuşma ve düşünce hem ayrı ayrı hem de birlikte değerlendirilebilir.

#### *Konuşma*

*Konuşma* genellikle hız, ses düzeyi ve miktar açısından tanımlanır. Hız, danışanın gözlenen konuşma hızına işaret eder. *Ses düzeyi*, danışanın ne kadar yüksek sesle konuştuğuyla ilgilidir. Hem hız hem de ses düzeyi aşağıda verilenlere göre sınıflandırılabilir:

Yüksek (hızlı ve yüksek)
Orta (normal ve ortalama)
Düşük (yavaş ve yumuşak)

Danışanın konuşması, genellikle baskılı (yüksek hız), yüksek sesli (yüksek ses düzeyi), yavaş ya da tereddütlü (düşük hız), yumuşak, duyulması güç (düşük ses düzeyi) olarak tanımlanabilir.

Danışanlar rahat bir şekilde konuşursa görüşmeciler konuşmayı ve düşünceyi

daha iyi değerlendirebilir. Genellikle mental durum raporları, doğrudan yönlendirilmeden ya da kendiliğinden süren konuşmayı tarif eder. Konuşmaları *spontan* olarak tanımlanan danışanlarla görüşme yapılması kolaydır ve bu danışanlar, içsel düşünce süreçlerine mükemmel erişim sağlayabilir. Fakat bazı danışanlar konuşmaya açıkça direnç gösterir ve sorulara sadece kısaca cevaplar verir. Bu danışanlar, "*konuşma yoksunluğu/azlığı*" sergiliyor şeklinde tanımlanır. Sorulara çok yavaş cevap veren bazı danışanlar ise *gecikmesi* ya da uzun süreli tepki gecikmesi olan danışan şeklinde tanımlanabilir.

Belirgin konuşma özellikleri ya da konuşma bozuklukları da not edilmelidir. Bunlar aksayan, yüksek, cırtlak, düşük, çatallı ses perdesi düzeylerini, kötü veya yanlış telaffuzu kapsayabilir. Pek çok durumda değerlendirici, "Danışanın konuşması normal hızda ve normal ses düzeyindeydi," yorumunu yapabilir. Konuşma bozuklukları sözcükleri söylemede güçlük (kelimeleri söyleme ve telaffuzda problemler), ritimsiz konuşma (mırıldanma, uzun duraklamalar ya da sözcüklerdeki hecelerde gecikmeler gibi ritim/artikülasyon sorunları), hızlı konuşma (hızlı, düzensiz ve tutuk konuşmalar) ve kekemeliği içerir. Sözcükleri söylemede güçlük, ritimsiz konuşma ve hızlı konuşma sıklıkla belirli beyin hasarlarıyla ya da ilaç/uyuşturucu toksinliği ile ilişkilidir; örneğin mırıldanma Huntington hastalığı olanlarda, geveleyerek konuşma ise alkollü hastalarda ortaya çıkabilir.

*Düşünce Süreci*

Düşünceyi gözlemleme ve değerlendirme, iki ana kategoriye ayrılır: Düşünce süreci ve düşünce içeriği. *Düşünce süreci*, danışanın kendisini nasıl ifade ettiğiyle ilgilidir. Diğer bir deyişle düşünce düzenli ve mantıksal bir şekilde ilerlemekte midir? Danışanlar kendilerini ifade ederken "Sadede gelebiliyorlar mı?" Pek çok durumda, psikopatolojik süreçleri yakalamak için danışanın konuşmasından harfi harfine bir örnek almak faydalı olabilir. Aşağıdaki örnek uzmanlık eğitimi için görev yerini değiştiren danışanın terapistine yazdığı mektuptan alınmıştır:

> Sevgili Bill;
> Sonunda başarılı oldum ve nihayet tutumuma ilişkin pek çok iyi sağduyu kazandım. Umarım kız kardeşiniz nihayet gerçekten iyileşir. Evli olup olmadığınızdan emin değilim fakat kendinizle ve geleceğinizle ilgili planlarınızla bir yerlerde, bir şekilde her nasılsa mutlu olmanızı isterim. İşe yarayan sanatoryumlardan birinde olacağımı zannediyorum ve her şey gerçekten iyi olacak,
> Şimdilik hoşçakalın.

Bu mektubu yazan danışanın, düşünme sürecinde işlev bozukluğu olduğu açıktır. Düşünceleri düzenli değildir ve çok az tutarlıdır. İlk olarak iletişimi, bağlantıları kaybettiğine işaret etmektedir. Gelecek kelimesini yazdıktan sonra danışan tam bir tutarsızlık içine girmiş ve bunu gideremeyiştir (örneğin "Laf salatası", Tablo 8.2).

Konuşma ve düşünce süreçlerini tanımlamanın pek çok yolu vardır. En yaygın düşünce süreci tanımlayıcılarından bazıları Tablo 8.2'de açıklanmıştır. "Danışanın konuşma ya da düşünce sürecini tarif ederken ruh sağlığı uzmanı şöyle diyebilir: "Danışanın konuşması yüksek sesli ve baskılıydı. İletişimi bazen tutarsızdı; düşünce uçuşmaları sergiledi ve yeni kelimeler uydurdu."

Baskın olmayan kültürel gruplardan gelen danışanlar mental durum muayene sorularına hızla ve kolaylıkla cevap vermede bazen zorluk yaşar. Örneğin Paniagua'nın da (2001) belirttiği gibi "İngilizceyi akıcı konuşmayan danışanlar düşünce ketlemesi yaşayabilir" (s.34). Düşünmenin ya da konuşmanın aniden kesilmesi ile karakterize edilen bu özel durum kaygı, şizofreni, depresyon semptomlarına işaret ediyor olabilir. Yine de "pek çok günlük konuşma ortamında yerel aksanla konuşan Afrika kökenli Amerikalı danışanlar standart Amerikan İngilizcesinin beklendiğini hissettiğinde, standart Amerikan İngilizcesindeki ifadeleri ve cümleleri kurmak için çok fazla zaman harcayacaktır" (s. 34).

*Düşünce İçeriği*

*Düşünce içeriği*, danışanın konuşmalarındaki özel anlama işaret etmektedir. Halbuki düşünce süreci, danışanın *nasıl* düşündüğü anlamına gelir. Danışanın anlattıkları, görüşmeciye ruhsal durumla ilgili değerli bilgiler verebilir.

**Tablo 8.2. Düşünce Süreçleri Tanımlayıcıları**

*Engelleme*: Konuşma akışının ortasında ani kesilme. Ortamda, danışanın konuşmayı bırakmasını gerektirecek açık bir dış etken yoktur ve danışan neden konuşmayı bıraktığını açıklayamaz. Engelleme, danışanın aşırı kaygı yüklü bir konuyu ele almaya yakın olduğu anlamına gelebilir. Ayrıca sanrılı düşüncelerin ve bozulmuş algısal deneyimlerin araya girdiğini de gösterebilir.

*Lafı Uzatma*: Danışanın verdiği çok fazla ve gereksiz detay. Bazen entelektüel düzeyi yüksek kişiler (bilim insanları ve hatta üniversite profesörleri gibi) lafı uzatabilir; esasen onlar önemli bir noktaya temas edebilir fakat bunu doğrudan ve etkili şekilde yapmaz Lafı uzatma ya da aşırı ayrıntılandırma, savunuculuğun bir işareti olabilir ve paranoyak düşünce tarzıyla ilişkili olabilir. (Bu sadece profesörün bir derse iyi hazırlanmadığının göstergesi de olabilir.)

*Uyaklamalı* Çağrışımlar: İlişkisiz kelimeleri ya da ifadeleri, sadece benzer sesleri olduğu için birleştirmek. Genellikle kafiye ya da aliterasyon yoluyla ortaya çıkar: "Korktuğum zaman, aman, saman, yaman..." veya "Gelmiş geçmiş, seçmiş, tekmiş, yekmiş, yakmış..." Bazıları özellikle buna takılıp kalır (aşağıya bakın). Çağrışımlar genellikle çok rahatsız danışanlarda görülür (şizofren vb.). Tabii ki tüm psikiyatrik belirtilerle birlikte, bazen belirli durumların ya da alt kültürün bunu desteklediği, bu vakalarda durum anormal görülmemelidir (Rap grup üyelerinin uyaklama davranışları anormal değildir).

**Tablo 8.2. Düşünce Süreçleri Tanımlayıcıları (devamı)**

*Düşünce Uçuşması*: Düşüncelerin parçalı olduğu sürekli ve aşırı üretken konuşma. Genellikle, fikir bir önceki fikir ya da bir olay tarafından uyarılır ama fikirler arasındaki ya da fikirler ve olaylar arasındaki ilişki zayıf olabilir. Danışanın düşüncelerinde bağlantıları kaybetmesiyle (aşağıya bakın) karşılaştırıldığında fark edilebilir bağlantılar vardır. Fakat lafı uzatmaktan farklı olarak danışan, ana konuya gelemez ve hiçbir zaman gerçekten sorulan soruyu cevaplamaz (manik ya da hipomanik danışanlar gibi). Pek çok normal kişi de aşırı kafein aldıktan sonra düşünce uçuşması yaşayabilir.

*Gevşek Bağlantılar*: Düşünceler ve fikirler arasında mantıksal ilişki eksikliği. Bazen görüşmeciler, bağlantıları yakalayabilir fakat bunu yapmak için çok çaba sarf etmelidir. "Sizi seviyorum. Geçim hayatın bir görevi. Sizi kilisede görmüyor muyum? Bence ensest korkunç bir şey," örneğinde, danışan sevgiyi düşünmekte; devamında cemaat yoluyla dışa vurulan Tanrı sevgisini, sonrasında kiliseyi ve sonra da kilisede ensest hakkında duyduklarını sunmaktadır. Bağlantılar gevşektir fakat tam anlamıyla yok da değildir. Bu tarz bir iletişim şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni, diğer psikotik, psikotik öncesi ya da sonrası bozuklukların göstergesi olabilir. Tabii ki çok yaratıcı kişiler düzenli olarak gevşek bağlantılar sergileyebilir ancak çoğu, fikirlerini yansıtabileceği toplum tarafından kabul gören bir yol bulmayı başarır.

*Mutizm*: Neredeyse tam bir anlatımsızlıktır. Danışanın başkalarıyla ilişkisine yönelik bazı işaretler olabilir fakat bunlar genellikle sınırlıdır. Mutizm, otizmin veya şizofreninin, katatonik alt grubuna işaret edebilir.

*Yeni kelime üretme*: Danışan kelimeler yaratır. Bunlar yanlış telaffuzun ötesindedir ve o anda kendiliğinden kelime icat eder; diğer bir deyişle bu kelimeler düşündüren yaratıcı bir sürecin ürünleri değil, anlık ürünüdür. Danışanla kelimenin anlamı ve kökü konusunda konuşmak önemlidir. Olağandışı kelimeler, gerçek kelimeler olabildiği gibi popüler bir şarkıdan, televizyon şovundan veya diğer kaynaklardan da alınmış olabilir. Yeni kelimeler genellikle istemsiz yaratılır. Kelime üretimi, genellikle psikotik bozukluklarla ilişkilidir.

*Perzeverasyon/Tekrarlama*: Tek bir cevap ya da fikrin istemsiz tekrarı. Perzevarasyon/tekrarlama kavramı, konuşmada ya da harekette görülebilir. Tekrarlama genellikle beyin hasarı, beyin hastalığı ve psikotik bozukluklarla ilişkilidir. İkaz edene kadar, gençler genellikle bu davranışı sergiler, normal gençler de tekrarlamada çok ısrarcı olabilir fakat uygun şekilde motive olursa kendi istekleriyle kendilerini durabilir.

*Teğet Geçme*: Lafı uzatmaya benzer fakat danışan hiçbir zaman ana konuya dönmez ve sorulan soruya cevap vermez. Teğet geçen konuşma, lafın uzadığı konuşmalara göre daha fazla düşünce bozukluğu gösterir ama bağlantı kayıplarına göre daha az düşünce bozukluğu ve düzensizliği içerir. Teğet geçen konuşma, fikir uçuşmalarından da farklıdır çünkü fikir uçuşmalarında daha fazla konuşma üretkenliği vardır.

*Laf Salatası*: Tamamen ilgisiz kelime dizileri üretmek. Laf salatası muhtemelen düşünme düzensizliğinin en yüksek seviyesidir. Laf salatası yapan danışanlar tutarsızdır (laf salatasına örnek için önceki danışanın mektubunun ikinci yarısını inceleyin).

Danışan görüşme süresince çok farklı konulardan söz edebilir. Ancak bazı özel konuların içerikleri, mental durum muayenesinde fark edilmelidir ve sorgulanmalıdır. Bunlar arasında sanrılar, obsesyonlar, intihar ve cinayet düşünceleri ya da planları, belirli fobiler ve herhangi bir duyguya, özellikle suçluluğa saplanma (intihar düşünceleriyle ilgili sorgulamalar hakkında fikir edinmek için Bölüm 9'a bakınız) olabilir. Çoğu mental durum muayenesinde, intihar düşünceleri ya da dürtüleri hakkında rutin sorular sormak önemli olsa da intiharı değerlendirme konusunu Bölüm 9'a kadar erteliyoruz. Bu bölümün kalan kısmı, sanrıları (delüzyonlar) ve obsesyonları değerlendirme konusuna odaklanacaktır.

*Sanrılar,* hatalı inançlar olarak tanımlanabilir. Çok derinlerde saklanır ve gerçeklikten kopuşu ifade eder; hakikatlere ya da gerçek olaylara dayanmaz. Belirli bir inancın sanrı olması için bu inancın danışanın kültürel, dini ya da eğitim geçmişi ile açıklanamaması gerekir. Danışanların sanrılı ifadelerini kelimesi kelimesine kaydetmek faydalı olabilir. Değerlendirici, danışanların sanrılı inançlarına doğrudan karşı çıkmamalıdır. Onun yerine, "Durumun bu (sanrı) olduğunu nereden biliyorsunuz?" gibi danışanın inancını keşfetmeye yönelik bir soru daha faydalı olabilir (Robinson, 2007).

Danışanlar çok çeşitli sanrı türlerinden bahsedebilir. *Büyüklük sanrılarında,* kişinin kendi yeteneği ya da statüsüyle ilgili yanlış inançları vardır. Büyüklük sanrısı olanlar sıklıkla olağanüstü zihinsel güçleri, fiziksel kuvvetleri, zenginlikleri ve cinsel güçleri olduğuna inanır. Genellikle objektif gerçeklik ve inançları arasındaki tutarsızlıklardan etkilenmezler. Bazı durumlarda, büyüklük sanrısı olan danışanlar, tarihteki ya da günümüzdeki önemli kişiler olduğuna inanmaya başlar. (Napolyon, İsa Mesih, Jan Dark özellikle yaygındır).

*Kötülük yapılacağına ilişkin sanrıları* ya da *paranoid sanrıları* olan danışanlar, başka insanların "onlardan kurtulmak" istediği ya da onları gözetlediği gibi yanlış inançları dile getirir. Böyle sanrıları olan danışanlar evlerinin ya da telefonlarının gizlice dinlendiğine ya da FBI ajanı olan komşuları tarafından gözetim altında tutulduğuna inanabilir. Paranoid sanrıları olan danışanların çoğunlukla referans fikirleri de vardır; yani danışanlar, hatalı olarak sıradan olayların ve hadiselerin gerçekte kendilerine referans olarak ortaya çıktığına inanır. Örneğin pek çok paranoid danışan televizyon, gazete ya da radyonun kendilerine bir şey anlattığına ya da kendileri hakkında konuştuğuna inanır. Danışmanını haftada iki kez gören, hastanede kalan bir adam acı içinde her gece televizyonda hayat hikâyesinin yayınlandığından ve bu nedenle diğer hastalar ile toplum önünde aşağılandığından yakınmıştır.

Bazı dış güçlerin ya da baskıların kontrolü, etkisi altında olduğunu hissetmek ve buna inanmak *uzaylı kontrolü sanrısı* olarak bilinir. Belirtiler genellikle danışanın kendi isteklerini ve sorulmalıklarını yadsımayı içerir. Danışanlar, kuklalar gibi, pasif ve kişisel kontrol ortaya koyamadığını hissettiklerini rapor etmiştir. Geçmiş yıllarda Ruslar ya da komünistler tarafından kontrol edildiğini bildirmek oldukça

popülerdi; yakın geçmişte, içine cin/ruh girmesi, uzaylılar tarafından kaçırılma ya da doğaüstü/uzaylı güçler tarafından kontrol edilme daha sıklıkla görülmeye başlamıştır.

*Somatik sanrılar* kanser, kalp hastalığı, bağırsak tıkanıklığı gibi tıbbi bir durumu ya da hastalığı olduğuna ilişkin yanlış inançları içerir. Somatik sanrısı olan danışanlarda beklendiği gibi AIDS sıklıkla karşılaşılan bir saplantı olmuştur. Çok rahatsız danışanlar da damardan uyuşturucu almadığı ya da cinsel ilişkiye girmediği halde AIDS'li olduğunu iddia edebilir. (Nash, 1996). Benzer şekilde, danışanlar cinsel ilişki yaşamadıkları halde hamile olduğuna inanabilirler. Anoreksik danışanlar, kötü beslenmeden ölmek üzere oldukları halde hatalı olarak çok kilolu olduğuna inanabilir. Bir kadının, kafasında fetüs büyüdüğüne inandığı vakada olduğu gibi bazen somatik sanrılar da diğer sanrılara benzer şekilde tuhaf özelliklere sahip olabilir. Ayrıca somatik sanrılar sıklıkla mevcut veya son dönemki tıbbi keşiflerle ilgili de olabilir (Hegarty, Catalano & Catalano, 2007).

Depresif danışanların genellikle *kendini değersizleştirme sanrıları* olabilir. Kendilerinin "şimdiye kadarki en kötü vaka" olduklarına ya da (öyle olmadığı halde) yeteneklerinin, becerilerinin büyük ölçüde azaldığına inanabilirler. Genel olarak kendini değersizleştirme veya küçümseme yorumları günahkârlık, çirkinlik ve aptallıkla ilgili ifadeler içerir. Bazı durumlarda, danışanlar kendileriyle ilgili olumsuz hissettirecek davranış ya da düşüncelere kendilerini kaptırır.

Özellikle somatik sanrı olasılığı olan vakalarda danışanın gerçekten sanrılı olup olmadığına karar vermek için somut kanıtlar aramak her zaman önemlidir. Tıbbi bir durumun varlığına karar vermek ya da bunu reddetmek için somatik sanrıları olan danışanların bir hekim tarafından muayene edilmesi gerekir. Sanrılı inançları keşfetmek değerlendirmecilere danışanın düşünme süreçleriyle ve kişisel yaşantılarıyla ilgili içgörü de sağlayabilir. Büyüklük sanrısı olan danışanlar, kendilerini önemsiz ve ihmal edilmiş hissediyor olabilir. Paranoid danışanlar hiç kimseye güvenemeyebilir ve bu nedenle, kendi güvensizlik hislerini diğer kişilere yansıtabilir ve başkalarının onları sürekli izlediğine inanabilir.

Diğer yandan, danışanın psikolojik dinamiklerini değerlendirmenin yanı sıra sanrılarının gerçekte bir temeli olduğu ihtimalini de aklımızda bulundurmalıyız. Örneğin ailesine müstehcen veya küfürlü sözlerle bağıran genç bir erkek, gerçekte Tourette Sendromu olabilir. Paronoid ya da güvensiz bir kadının bu tutumla ilgili geçerli nedenleri olabilir (gerçekten de eski kocası tarafından takip ediliyor olabilir).

### *Obsesyonlar*

*Obsesyonlar* tekrarlayan ısrarcı fikirler, düşünceler ve görüntülerdir. Gerçek obsesyonlar genellikle istemsizdir. Onları deneyimleyenler tarafından bile genellikle anlamsız ve mantıksız görülür. Danışanlar kasıtlı olarak çok çeşitli meseleler hakkında uzun uzadıya düşünür. Belirli bir düşünceyi düşünüp düşünmemek

üzerindeki istemli kontrolü kaybederse obsesyonlu olarak kabul edilirler. Obsesif kompülsif bozukluğu olan bir danışanın "solucan" ve "mikroplar"la ilgili obsesyonları vardı. Bir keresinde, caddede bisiklete binerken caddenin karşı tarafındaki çöp konteynırında açık çöpler olduğunu fark ettiğini ve bir şekilde "bazı çöplerin onun dudaklarında olduğu" düşüncesine yenik düştüğünü söylemişti. Yoğun obsesyonları genellikle kompülsif davranışlar takip eder. Aynı vakada, danışan başını caddenin karşısına ve çöpe uzatmasının mümkün olup olmayacağını anlamak için caddede ileri geri gitmek zorunda hissetmiştir. Bu durum obsesyonların mantıksız ve bazen neredeyse sanrılı doğasını gösterir.

Beraber çalıştığımız çocuk yaştaki danışan, hasta büyükannesini hayatta tutma düşüncelerine saplanmıştı. Sürekli onu düşünürse ve her gün çeşitli sihirli ritüelleri yaparsa büyükannesinin kanserinin ilerlemeyeceğine inanıyordu. Bu ritüeller, elbette, kompülsiyonlar olarak kategorize edilebilirdi. Bunun yanı sıra yanağındaki belli bir noktayı çizmeye başlamıştı; böylece bu acı, ona büyükannesini düşünmeyi hatırlatacaktı. Çizme davranışı da kompülsiyon olarak kabul edilebilirdi. Çılgınca, durmadan büyükannesini düşünmesi ve büyükannesini hayatta tutabilme gücüne inancı da obsesyondu.

Kompülsiyonları olan pek çok kişi ya yıkama ya da kontrol etme davranışı sergiler. Sürekli olarak bir şeyleri yıkama ya da temizleme ihtiyacı içindedir. Belirli bir olayın ortaya çıkıp çıkmadığını ya da çıkıp çıkmayacağını sürekli olarak kontrol etmelidirler. Kompülsiyonların en yaygın örnekleri elleri yıkamak, anahtarları kontrol etmek ve yatak odasına ya da eve bir saldırganın girip girmediğini kontrol etmektir. Klinik açıdan önemli kompülsiyonlar, neredeyse her zaman, klinik açıdan önemli obsesyonları takip eder.

Obsesyonlar temelde kuşku hissi ile karakterize edilir. Obsesif kompülsif danışanlar genellikle şunları merak eder:

"Ellerim gerçekten temiz mi? Kirlendim mi?"
"Ön kapıyı kilitlemeyi unuttum mu?"
"Ocağı (ışıkları, müzik setini) kapatmayı unuttum mu?"
"Yatağımın altında biri var mı?"

Bazen herkes obsesif düşüncelere kapılsa da bu düşünceler klinik olarak ya da tanısal anlamda önemli olmayabilir. Tedavi sürecine katkıda bulunan bir bilgi *klinik* açıdan önemlidir; tanı sürecini destekleyen bilgi ise *tanıya yönelik* önem taşır. Mental durum muayenesinde, obsesyonları değerlendirmek her zaman önemlidir çünkü değerlendiriciye danışanın ne hakkında düşünerek zaman harcadığını gösterir. Bu bilgi klinik olarak önemli olabilir; empati ve tedavi planını olumlu yönde etkileyebilir. Fakat aynı obsesyon teşhis açısından önemli olmayabilir. Örneğin danışan zaman zaman ortaya çıkan, işte, okulda, evde, eğlence aktivitelerindeki işlevselliğini engellemeyen obsesyonlar tarif ederse bunlar klinik tanı açısından

önem taşımayabilir. Son dönemki araştırmalar bunları normal obsesyonlar olarak tanımlamaktadır (Rassin, Cougle & Muris, 2007).

### Algı Bozuklukları

Algı bozukluklarının iki temel çeşidi vardır: Varsanılar (halüsinasyonlar) ve illüzyonlar. *Varsanılar,* yanlış duyumsal izlenimler ya da deneyimlerdir. İllüzyonlar ise var olan uyaranın gerçekte olduğundan oldukça farklı görünmesine neden olan algısal çarpıtmalardır.

Varsanılar, beş temel duyunun herhangi birinde ortaya çıkabilir: Görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma. Varsanılar arasında en sık rapor edilenler işitsel olanlardır.

Genellikle başkalarının duymadığı şeyleri (sesler gibi) duyduklarını rapor eden danışanlar, ya işitsel bir rahatsızlık ya da şizofreniden mustarip olabilir. Fakat bazen bu deneyimler kimyasal intoksikasyon ya da akut travmatik stres nedeniyle de ortaya çıkar. Ek olarak, insanlar genellikle uykuya dalarken ya da hemen kalktığında ortaya çıkan halüsinasyonlara benzer tuhaf algısal deneyimlerden bahseder. Bu tür algı bozuklukları normaldir –ve hipnogojik ya da hipnopompik uyku evreleri esnasında ortaya çıkar– ve birçok kişinin uyku örüntüsünde yer alabilir (Cheyne & Girard, 2007). Bu nedenle halüsinasyonları değerlendirirken bu deneyimlerin ne zaman deneyimlendiği her zaman belirlenmelidir. Söz konusu bu deneyim sadece danışan uyku aşamalarındayken ortaya çıkarsa teşhis açısından daha az önem taşır.

Görüşmeciler bu alanları sorgularken sanrıların ve varsanıların psikotik doğası ve obsesif kompülsif semptomların tuhaf yapısı nedeniyle özellikle dikkatli ve sorgulayıcı olmalıdır. Robinson (2007), bu konuda sorgulama yaparken üç konuya özen göstermeyi öneriyor:

- Danışanın bilgi paylaşımı konusunda rahat hissetmesi için çaba gösterin.
- Sunulan tuhaf inanç ve ifadelerin ardındaki mantığı anlamaya çalışın.
- Hastanın içgörü düzeyine ve var olan durumun sanrılardan ne kadar farklı olduğuna dair karar verin.

Bu değerlendirme için şu örnek soruları da vermektedir:

- Söylediklerinizle gerçekten ilgileniyorum: Lütfen biraz daha bahseder misiniz? (çaba göstermek)
- Tüm bunlar ne zaman başladı? (çaba göstermek)
- Şimdiye kadar neler oldu? (içerik ve mantığı anlama)
- Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz? (sanrılardan farklılığı değerlendirme)
- Bu olanları nasıl açıklıyorsunuz? (sanrılardan farklılığı değerlendirme)

Aşağıdaki örnek görüşme diyaloğu, görüşmecilerin danışanlara olağandışı ya da tuhaf yaşantılarını kabul etmede nasıl yardım edeceğini göstermektedir:

**Görüşmeci:** "Başınıza gelebilecek durumlarla ilgili sorular soracağım. Bu sorulardan bazıları size çok tuhaf ya da olağandışı görünebilir. Daha önce söz etmediğiniz şeyler için hatırlatıcı da olabilir."
**Danışan:** "Tamam."
**Görüşmeci:** "Bazen radyo yayınları, televizyon haberleri, programlar sanki oradaki kişiler doğrudan sizinle konuşuyormuş gibi çok kişisel hissettirebilir. Belirli bir programın doğrudan sizin hakkınızda ya da kişisel olarak sizinle konuştuğu hiç aklınıza geldi mi?"
**Danışan:** "Dün geceki program benim hayatımla ilgiliydi. Ben ve Cindy Crawford hakkındaydı."
**Görüşmeci:** "Cindy Crawford'u tanıyor musunuz?"
**Danışan:** "Tabii ki, o benim kadınım."
**Görüşmeci:** "Onunla nasıl tanıştınız?"
**Danışan:** "Onun oynadığı beş ya da altı filmin yönetmenliğini yaptığım sırada tanıştık."

Bir sonraki diyalog ise işitsel algı bozukluklarını örneklendirmektedir:

**Görüşmeci:** "Sizin oldukça hassas bir insan olduğunuzu fark ettim. Kulaklarınız iyi duyar mı?"
**Danışan:** "Evet, aslına bakarsanız pek çok kişiye göre çok daha iyi duyarım."
**Görüşmeci:** "Gerçekten mi? Pek çok kişinin duyamadığı şeyler duyar mısınız?"
**Danışan:** "Duvarlardan diğer odadaki kişilerin konuştuğunu duyabilirim."
**Görüşmeci:** "Şu anda?"
**Danışan:** "Evet."
**Görüşmeci:** "Pekiyi, bu sesler ne diyor?"
**Danışan:** "Ben ve Cindy hakkında konuşuyorlar. Cinsel yaşamımız hakkında..."
**Görüşmeci:** "Görmeniz nasıl? O da keskin midir? Başkalarının göremediklerini görür müsünüz?"

Bir sonraki diyalog obsesyon değerlendirmesini örneklendirmektedir:

**Görüşmeci:** "Bazen insanlar, kafalarında bir şarkı ya da ezgiye takılıp kalır. Onu düşünmekten kendilerini alamazlar. Bu tür bir deneyim yaşadınız mı?"
**Danışan:** "Tabii ki, herkes yaşamaz mı?"
**Görüşmeci:** "Evet doğru. Merak ettiğim, bir çeşit müzik ezgisi gibi aklınızdan atmak istediğiniz ancak başaramadığınız belirli düşünceler var mı?"
**Danışan:** "Belki bazen ama bu önemsiz bir şey."
**Görüşmeci:** "Peki, görüntüler hakkında ne söylersiniz? İstemediğiniz halde

aklınıza gelen ve kurtulamadığınız görüntüler var mı?"

Bu örneklerde görüşmecinin, "Oldukça hassas biri gibi görünüyorsunuz", "Bazen insanlar kafalarında bir şarkı ya da ezgiye takılıp kalır," diyerek ve sonra var olan belirtilerle ilgili soru sormaya devam edip her bir patolojiyi nasıl normalleştirdiğine dikkat edin. Robinson'un (2007) yaklaşımına dair örnekleri de bulacaksınız.

Görsel ya da işitsel halüsinasyonlar genellikle organik durumlarla da ilişkilidir. Bu durumlar, madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu, beyin travması ya da beyinle ilgili rahatsızlıklar olabilir. Akut atak yaşayan danışanlar, bu duyumsal deneyime neden olduğuna inandığı obje ya da organizmaları (böcekler gibi) atmak amacıyla kıyafetlerini ya da derilerini çekiştirebilir. Benzer şekilde, var olmayan kişilere ya da objelere ulaşmaya çalışırlar ya da onlara seslenebilirler. Açıkçası, danışanlar böyle deneyimleri rapor ettiğinde ya da siz danışanların algı bozuklukları deneyimlediğini gözlemlediğinizde, bozukluk oldukça ciddi boyuta varmıştır. Mutlaka acil bir tıbbi değerlendirme ya da müdahale yapılmalıdır.

### Oryantasyon (Yönelim) ve Bilinç

Mental durum değerlendirmesinde danışanların mevcut durumlarına yönelik farkındalıklarının olup olmadığı da rutin olarak değerlendirilir. Danışanın yöneliminin olup olmadığı sorusu, aslında, temel bilişsel işlevleri değerlendirmek demektir. Değerlendirici danışana üç basit soru sorar:

"Adınız nedir?"
"Şu anda neredesiniz (şehir ya da binanın bulunduğu yer)?"
"Bugünün tarihi nedir?

Danışan bu sorulara doğru cevap verdikten sonra değerlendirici notlarına özetle, danışan "O X 3" (üç yönelim) diye not düşebilir; bu not danışanın kim, nerede ve günün hangi gün olduğuyla ilgili temel düzeydeki farkındalığına işaret eder. Yönelimini değerlendirme, bilinç bulanıklığını ve *oryantasyon bozukluğunu* ölçmenin direkt yollarından biridir. Aşırı düzeyde rahatsız danışanlar, bu basit soruların bir ya da daha fazlasına doğru cevap veremeyebilir. Yönelimle ilgili sorulara cevap verememek, vermeye direnç göstermek (ya da cevap vermeyi reddetmek) yönelim bozukluğuna işaret edebilir. Aşağıdaki örnekte, yakın zamanda beyin travması geçiren, hastanede yatan bir hastayla görüşülmektedir:

**Görüşmeci:** "Size tuhaf gelebilir ama birkaç soru soracağım. Cevap verirken elinizden gelenin en iyisini yapın. Bana lütfen söyleyin, bugün günlerden ne?"
**Danışan:** "Bana bisikletimi sürdüğüm ve başımda kaskımın olmadığı söylendi."
**Görüşmeci:** "Bu doğru. Ama ben hâlâ merak ediyorum, bugün günlerden ne?
**Danışan:** "Bir bardak su alabilir miyim?"

Birkaç dakikadan sonra danışanın zaman yönelimi sorularını geçiştirmeye çalıştığı netleşti. Ayrıca burada değerlendirmecinin basit zaman yönelimi sorularıyla işe başladığını da gözden kaçırmayın (o günün tarihini değil, sadece haftanın hangi günü olduğunu). Danışanlar yönelim sorularına cevap vermeye direnç gösterdiğinde, özellikle de ek bulgular yönelim bozukluğuna işaret ederse geçici olarak da olsa bu danışanlarda yönelim bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Oryantasyon seviyesi daha çok ya da daha az ayrıntılı sorularla da sorgulanmaya devam edilebilir. Örneğin danışanlara yaşadıkları ilçe, ülkeyi kimin yönettiği, belediye başkanı veya yerel gazetenin adı sorulabilir. Ayrıca onlara hastane personelini, ziyaretçileri ve aile üyelerini tanıyıp tanımadığı da sorulabilir. Fakat bu ek sorular, danışanın zekâ düzeyi, sosyal farkındalığı ya da kültürel geçmişi gibi faktörlerden etkilenebilir ve dolayısıyla bu sorular her zaman yönelimin doğru göstergeleri olmayabilir.

Yönelim, pek çok nedenden dolayı bozuk olabilir. Genel sebepler madde intoksikasyonu, son zamanlarda geçirilen beyin travmasını ve demansı (Alzheimer gibi) içerir. Mental durum değerlendiricisinin görevi, danışanın yönelim bozukluğunun sebebini bulmak değildir fakat yönelim bozukluğunun varlığı ya da yokluğu doğru ve kısa bir biçimde belgelendirilmelidir.

Deliriyum vakalarında, akut yönelim bozukluğu olan danışanlar yavaş yavaş bilinç kaybına uğrayabilir. Deliriyum tipik olarak birkaç dakikadan birkaç güne kadar değişen sürelerde bilinç, dikkat, algı ve bellek değişkenlikleri olarak gözlenebilir (Moraga & Rodriguez-Pascual, 2007). Artık deliriyumu değerlendirmek için farklı değerlendirme araçları da kullanılmaktadır; örneğin Mini-Mental Durum (Anthony, 1982; Edlund ve ark., 2006), Organik Beyin Sendromu (Edlund ve ark., 2006) ve Richmond Ajitasyon-Sakinlik Ölçeği (Ely ve ark., 2004; Peterseon ve ark., 2006). Akut deliriyum vakalarında aşamalı biçimde bilinçk kaybı yaşanır. Yönelim bozukluğu olduğunda danışanlar, genellikle ilk önce zaman, sonra yer ve en son da kişi farkındalığını kaybeder. Yönelim genellikle ters sırayla geri kazanılır (kişi, yer ve zaman).

Yönelim için sorgulama, yönelimi tam olan danışanlar tarafından rahatsız edici bulunabilir. Bu basit sorularla aşağılandıklarını hissedebilirler. Diğer yandan, bilişsel bozukluğu olan danışanlar bazen basit sorulara cevap verme konusunda öfkeli davranışlarda bulunabilir. Bu, kısmen doğru cevabı hatırlayamadıkları için uyguladıkları bir savunma taktiğidir. Bu nedenle yönelim için yapılan sorgulamada danışanlara her zaman nazikçe yaklaşılmalıdır. Danışanlara yönelimle ilgili soruların rutin değerlendirme prosedürü olduğunu söylemek faydalı olacaktır. Danışanın benlik yönelimi görüşmenin en başında kontrol edilmelidir. Aşağıdaki listede verilen sorular, sosyal iletişim ve sohbet tarzı ile kullanılabilir.

**Kimlik/Kişi**

"Adınız ne? Nerelisiniz?"
"Şu anda nerede yaşamaktasınız?"
"Boş zamanlarınızda neler yaparsınız?"
"Çalışıyor musunuz? (Öyleyse) Hayatınızı ne yaparak kazanıyorsunuz?"
"Evli misiniz? (Öyleyse) Eşinizin ismi ne?"
"Hiç çocuğunuz var mı?"

Yer
"Son birkaç günde (ya da saatte) çok fazla şey oldu; merak ediyorum da benim için nerede olduğunuzu tarif edebilir misiniz?"
"Hangi şehirde olduğumuzu hatırlıyor musunuz?"
"Şu anda bulunduğumuz binanın adı ne?"
"Hastanenin hangi bölümünde olduğumuzu biliyor musunuz?"

Zaman
"Son günlerde tarihleri takip edebiliyor musunuz?"
"Bugünün tarihi nedir? (Danışan hatırlayamazsa tahmin yürütmesini isteyin; tahminler sizin yönelim bozukluğunun seviyesini anlamanıza yardım edebilir.)"
"Haftanın hangi gününde olduğumuzu biliyor musunuz?"
"Hangi aydayız (ya da yıldayız)?"
"Ne kadar zamandır buradasınız?"

Bilinç, genellikle, uyanıklık durumundan komaya kadar olan bir süreklilik üzerinde değerlendirilir. Değerlendirmeciler yönelim derecesini değerlendirdikleri gibi, bilinç seviyesini de değerlendirirler çünkü iki kavram ilişkili olsa da aynı değildir. Değerlendirmeciler, danışanın tepkilerini ve davranışlarını seans boyunca gözlemlese de bilinç için bir tanımlayıcı seçer.

Tanımlayıcılar şunlar olabilir:

Uyanık
Kafası karışık
Bulanık
Uyuşuk
Bilinçsiz
Komada

Danışanın bilişsel olarak görece sağlıklı olduğu kararını verdikten sonra değerlendirici, "Danışan uyanık ve kişi, yer ve zaman yönelimi yerindeydi," diye not alabilir. Buna karşın akut atak durumundaki veya anılan durumlarda olan danışanları ise "Danışanın bilinci bulanık; kişi yönelimi yerinde (O X 1) ancak bulun-

duğumuz yılı 2007 yerine 1997 diyerek hatalı tanımladı ve değerlendirmenin yapıldığı yerin hangi şehirde olduğunu söyleyemedi," gibi ifadelerle tanımlayabilir.

### Bellek ve Zekâ

Mental durum muayeneleri, genellikle bellek ve genel zekânın dahil olduğu, danışanın daha ileri düzeydeki bilişsel yeteneklerinin yüzeysel ölçümlerini içerebilir.

#### *Bellek*

Mental durum muayenesi, hızlı bir bellek taraması sunabilir fakat belirli bir bellek bozukluğunun varlığına yönelik kesin ve net bir cevap sağlamaz. Resmi nöropsikolojik değerlendirmelerin, bellek bozukluğunun yapısını ve kapsamını belirlemesi gerekir.

*Bellek*, genel olarak, geçmiş deneyimleri hatırlama becerisi olarak tanımlanır. Mental durum muayenelerinde, üç tip bellek değerlendirilir: Uzun süreli, yakın geçmiş ve anlık/çalışan. *Uzun süreli bellek*, uzak geçmişteki olayları, bilgileri ve kişileri hatırlamakla ilgilidir. *Yakın geçmiş belleği*, yaklaşık bir hafta öncesindeki olayları, bilgileri ve kişileri hatırlamakla ilgilidir. *Anlık/çalışan bellek*, sadece dakikalar önce maruz kalınan bilgi ya da verinin hatırlanması anlamına gelir.

Uzak geçmişteki olayları hatırlamak, danışanın geçmişindeki bilgileri kronolojik bir şekilde gözden geçirmeyi gerektirir. Bazı klinisyenler, uzun süreli belleğin değerlendirmesini ilk görüşmedeki geçmişle ilgili bilgi alma kısmına serpiştiriverir. Bu çeşit bir değerlendirme doğum tarihi ve yeri, gidilen okulların isimleri, evlilik tarihi, danışan ve kardeşleri arasındaki yaş farkları gibi soruları içerir. Uzun süreli belleğin sadece danışanın beyan ettiği bilgilere dayandırılmasındaki problem, değerlendirmecinin danışanın geçmiş deneyimleri ve bilgileri doğru hatırlayıp hatırlamadığını kesin olarak bilemeyecek olmasıdır. Bu problem, uzun süreli bellek bozukluğunu değerlendirmedeki temel ikilemi hatırlatır: Hikâye uydurma olasılığı.

*Hikâye uydurma (confabulation)*, hatıraların o anda uydurulması ya da çarpıtılması anlamına gelir. Hikâye uydurma, hatırlama esnasında gerçekleşir ve bellekten geri çağırma sürecinde sıkıntıyı ima eder; çağrılan bilginin doğruluğunun test edilmesini gerektirir (Metclfi Langdon & Coltheart, 2007). Hikâye uydurma, genellikle hatırlama sırasında ortaya çıkar. Belirli bir dereceye kadar, hikâye uydurma normal görülebilir (Loftus, 2001). Esasen evliliklerdeki büyük anlaşmazlıkların önemli olaylarla ilgili hatıralar birbirine uymadığında ortaya çıkabileceği iddia edilebilir. Bu olasılık, özellikle bireyler geçmişle ilgili sorulara cevap verme baskısı hissettiğinde ortaya çıkar. Danışan belirli bir hatıranın sadece bir bölümünü hatırlayabilir ancak bu hatırayı ayrıntılı şekilde düşünme baskısı hissettiğinde

hikâye uydurma ortaya çıkabilir. Aşağıda, hikâye uydurmaya ilişkin basit bir uzun süreli bellek testi örneğini bulabilirsiniz.

**Görüşmeci:** "Şimdi belleğinizi test etmek için birkaç soru soracağım."
**Danışan:** "Evet bunu tahmin ediyordum."
**Görüşmeci:** "1950'den beri Amerika'da başkanlık yapmış beş kişinin ismini sayar mısınız?"
**Danışan:** "Tamam. Truman... Ronald Reagan... Evet, Bush ve sonra tekrar Bush var. Neredeyse diğerini de bulacağım... Dilimin ucunda."
**Görüşmeci:** "İyi gidiyorsunuz. Tek ihtiyacınız, bir kişi daha."
**Danışan:** "Evet biliyorum, bunu yapabilirim."
**Görüşmeci:** "Acele etmeyin."
**Danışan:** "Jefferson. O kişi, William Jefferson."

Bu örnekte, değerlendirmeci hevesli ve destekleyici davranarak danışanı biraz baskı altına alıyor. Değerlendirmecinin sözlerine dayanarak neredeyse danışanı bellek testini geçmesi için cesaretlendirdiği söylenebilir. Baskı olduğunda, olumlu ya da zorlayıcı anlamda, insanlar genellikle baskıyı azaltmak ve kişiye istediğini vermek için bir şeyler yapma eğiliminde olur.

Bir önceki örnek, danışanın tarihsel olaylarla ilgili belleğine ilişkindir. Buna karşın, danışanlara kişisel geçmişleriyle ilgili soru sorduğunuzda, soruya bağlı olarak, danışanın cevabının doğruluğunu onaylamanız ya da reddetmeniz mümkün olmayabilir. Örneğin danışan çocukken "kaçırıldığını" söylerse iddiasının doğruluğunu değerlendirmek zor olabilir.

Danışanların geçmişleriyle ilgili sorulara verdikleri cevaplar her zaman bir dereceye kadar hata ve hikâye uydurma içerir. Değerlendirmecinin sorumluluğu, danışanın geçmişiyle ilgili bildirimlerinin doğruluğuna karar vermektir. Gerçeğin peşinden gitmek zorlayıcı bir deneyim olabilir.

Hikâye uydurulduğundan ya da bellek bozukluğundan şüphe edildiğinde, danışana çocukluğunda ya da erken yetişkinlik döneminde meydana gelen objektif olaylarla ilgili soru sormak faydalı olabilir. Bu, genellikle sosyal ya da politik olaylarla ilgili önemli ve hatırlanabilir sorgulamaları içerir ("Siz büyürken başbakan kimdi?" "Hangi ülkeler İkinci Dünya Savaşı'na katıldı?" "Lise yıllarınızda en popüler eğlence aktivitelerinden bazıları nelerdi?"). Tabii ki sosyal ve politik sorular kültürel azınlıklar açısından haksızlık olabilir; o nedenle bu stratejileri kullanırken dikkatli olmalısınız.

Danışanın geçmişle ilgili bildirimlerinin doğruluğu tartışmalı ise bu bilgileri doğrulamak için danışanın ailesine ya da arkadaşlarına danışmak faydalı olabilir. Bu tarz bir uygulama sorun olabilir çünkü bilginin verilmesi durumunda tüm taraflar yasal koruma için imza atmalıdır. Ayrıca, arkadaş ve aile üyeleri size karşı dürüst olmayabilir. Hatta onların da bozulmuş ya da uydurulmuş hatıraları olabi-

lir. Sonuç olarak, danışanın kişisel geçmişini doğrulamak bazı durumlarda gerekli olsa da bunun sorunsuz olacağı varsayılamaz.

Danışanlar bellek problemleri olduğunu doğrudan kabul edebilir. Fakat bu kabulün bellek bozukluğu için bir kanıt olduğu söylenemez. Ayrıca danışanın bellek problemlerini kabul etmesi bozukluğun nörolojik ya da organik bir yapısı olduğu anlamına da gelmez. Esasen, kafa travması ya da beyin hasarı olan danışanlar, bazen bellek problemlerini kabul etmeme ve onları hikâye uydurma yoluyla gizlemeyi daha çok tercih edebilir. Bunun tersine, depresif danışanlar da genellikle beyinlerinde bir sorun olduğundan yakınarak bilişsel becerilerindeki azalma derecesini abartabilir (Othmer ve Othmer, 2002b).

Aslında depresif danışanların bilişsel becerileri gerçekten zarar görmüş olabilir. Bu kavram, *yalancı bunama* olarak adlandırılır (Dunner, 2005). Diğer bir deyişle depresif danışanlarda organik bir bozulma yoktur fakat hâlâ duygusal temelli bellek problemleri yaşayabilirler. Pek çok vakada, depresyon hafiflediğinde bellek problemleri de çözülür.

Danışanların yakın geçmiş ve anlık/çalışan belleklerini değerlendirmek uzun süreli belleği değerlendirmekten daha kolaydır. Çünkü yakın geçmişteki yaşantıları doğrulamak daha olasıdır. Danışan yatan hasta ise neden hastaneye yatırıldığı, hangi tedavinin uygulandığı ve danışanın iletişim içinde olduğu hastane personeli ile ilgili sorular sorulabilir. Danışanlara kahvaltıda ne yediği, bir önceki gün ne giydiği ya da geçen haftanın hava durumunu hatırlayıp hatırlamadığı sorulabilir.

Anlık bellek, sürekli dikkat ve bilişsel verilere konsantrasyon becerisi gerektirir. Danışanın anlık belleğini değerlendirmenin birkaç yolu vardır. Bunlardan en yaygın olanları yedi basamaklı sayı serileri, yedişer geri sayma, kısa hikâyeleri hatırlama ve sayı dizisidir (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Wechsler & Stone, 1945).

*Geriye saymada*, danışandan "100'den başlayıp geriye doğru yedişerli sayması" istenir (Folstein ve ark., 1975, s. 197). Ancak aşırı düzeydeki kaygı, konsantrasyona engel olabilir ve performansı olumsuz etkileyebilir –bazen bu kaygı bozukluğu olan danışanlarda da görülebilir ama matematik ya da performansa dayalı görevlerde geçmişte zorluk yaşayan danışanlarda da görülebilir. Farklı kültürel gruplardan gelen danışanlar da bu görevde zorluk yaşayabilir; bu kısmen kavrama zorluğundan kısmen de bu tip aktivitelere katılımdaki deneyim eksikliği yüzündendir (Paniagua, 2001). Ayrıca yedişer sayma aktivitesinin, bilişsel işlevleri değerlendirmek için kullanılmasına yönelik araştırmaların sayısı azdır (Hughes, 1993). Sonuç olarak kaygı düzeyi, kültür ve eğitim altyapısı, dikkat dağınıklığı ve yöntemin olası geçersizliği faktörlerinin hepsi yedişer sayma aktivitesi ile danışanın belleğini değerlendirirken göz önünde tutulmalıdır (Ganguli, Ratcliffi Huff & Belle, 1990).

*Sayı dizisi.* "Size sayı dizileri söyleyeceğim. Ben bitirdiğimde aynı sırayla tekrar edin," diyerek uygulanır. Sonrasında sayı dizileri danışana açık ve net bir şekilde, sayılar arasında bir saniyelik aralıklar bırakılarak okunur. Değerlendirmeciler, danışanın doğru bir şekilde tekrar edebileceğini düşündüğü kısa sayı dizileriyle başlar ve sonra daha uzun dizilerle ilerler. Örneğin:

**Görüşmeci:** "Konsantrasyon becerinizi kontrol etmek için sizinle basit bir test yapmak istiyorum. Önce ben bir sayı dizisi söyleyeceğim. Ben bitirdiğimde siz bu sayıları aynen bana tekrar edeceksiniz. Tamam mı?"
**Danışan:** "Tamam."
**Görüşmeci:** "İlk sayı dizisi geliyor: 6–1–7–4."
**Danışan:** "6 . . . 1 . . . 7 . . . 4."
**Görüşmeci:** "Şimdi bunu deneyelim: 8–5–9–3–7."
**Danışan:** "Eee . . . 8 . . . 5 . . . 9 . . . 7 . . . 3."
**Görüşmeci:** "Şimdi başka bir dizi: 2–6–1–3–9. (Değerlendirmecinin danışanın yanlış cevabına dikkat çekmediğini fakat sadece danışana doğru cevap vermesi için yeni bir şans vermek amacıyla yine beşli dizi söylediğini fark edin. Genellikle danışan belirli sayıdaki rakamların oluşturduğu dizi setlerinin iki denemesinden birine doğru cevap verirse her ikisine de yanlış cevap verene kadar, bir sonraki aşamaya geçilebilir)."

İleriye doğru olan sayı dizileri tamamlanınca yaygın olarak geriye doğru olan sayı dizileri uygulanır.

**Görüşmeci:** "Şimdi sizden biraz daha farklı bir şey isteyeceğim. Bir kez daha kısa sayı listeleri okuyacağım fakat bu sefer ben bitirdiğimde, sizden bu sayıları tersinden söylemenizi isteyeceğim. Örneğin 7–2–8 dersem siz ne diyeceksiniz?"
**Danışan:** "Eee . . . 8 . . . 2 . . . 7. Bu gerçekten zormuş. Gerçekten kısa sayı dizileri olmaları iyi."
**Görüşmeci:** "Haklısınız. Sanırım anladınız. Şimdi şunu deneyelim: 4–2–5–8."

Danışanlar belirli bilişsel görevlerde sergilediği performanslar konusunda özellikle hassas olabilir. Cevapları aşırı güvenden (cevap verme gerekliliklerinin farkında olmama ya da kötü performansla ilgili korkulardan olabilir) bahane uydurmaya (bugün iyi günümde değilim), performans kaygısıyla ilgili açık kabullere (korkarım bir yanlış daha yaptım. Ben bunda gerçekten berbatım) kadar değişen çeşitli tepkiler gösterebilirler. Danışanların bilişsel performans testlerine nasıl tepki gösterdiği zayıf noktaları kabul etme yetersizliği, kötü performansı meşrulaştır-

ma veya bahane uydurma tarzı ya da olumsuz öz-değerlendirme eğilimi gibi önemli klinik bilgileri ortaya çıkarabilir. Ancak akılda tutulmalıdır ki sayı dizisi performansında olduğu gibi tüm bilişsel değerlendirmeler eğitim düzeyi, dil ve kültürel altyapı gibi faktörlerden etkilenmektedir (Ostrosk-Solis & Lozano, 2006).

Danışanlar bellek problemleri nedeniyle sevk edildiğinde, ilk olarak mental durum muayenesi yapmak uygun olur. Ancak bunu her zaman daha ayrıntılı klinik değerlendirme takip etmelidir. Özellikle bellek değerlendirmesinin ilk aşamalarında, bellek bozukluğu rapor eden hastayı doğrulamak amacıyla değerlendirmecilerin bu konuda bilgili aile üyeleriyle görüşme yapmaları gereklidir. Görüşmeciler aile üyelerine özellikle bellek sorunlarının başlangıcı, süresi ve şiddeti ile ilgili sorular sormalıdır.

*Zekâ*

Zihinsel işleyişin değerlendirilmesi, özellikle bu değerlendirme kısa klinik görüşme esnasında yapılıyorsa geleneksel olarak tartışmalı bir konudur (Flanagan, Genshaft, ve Harrison, 1997; Ortiz & Dynda, 2005). Değerlendirmenin olası yanlış kullanımına karşın, zihinsel işleyişle ilgili genel birkaç cümle kurulur. Ancak mental durum muayenelerinde yaygın kısa ve sınırlı ilişki kurulduktan sonra zekâya yönelik yargılama yapılırken özellikle dikkatli olunması gerekmektedir. Değerlendirmeler kısa klinik görüşmelere dayanıyorsa zihinsel işleyişle ilgili ifadeler kesinlik içermemelidir.

Zekânın tek bir tanımının olduğu çoğunlukla tartışma götürür bir iddiadır. Wechsler (1958), zekâyı, kişinin "amaçlı hareket etmek, mantıklı düşünmek ve çevresini etkin bir şekilde idare etmek için... genel kapasitesi" (s. 35) olarak tanımlamıştır. Genel olarak bu tanım hâlâ kullanılmaktadır. "Danışanın becerikli olduğuna ve sonuç olarak pek çok yaşam alanında yeterli derece işlev gösterdiğine yönelik kanıtlar var mı?" ya da "Danışanlar hayatlarında, klinik psikopatolojiden değil de zihinsel yeteneklerinin sınırlılığından ortaya çıkan hatalar yaparlar mı?" soruları kritiktir.

Bunlar zor sorular olsa da mental durum muayenesinin sonucunda her birine cevap bulmaya çalışılır. Araştırmalar zekâyı genel uyumluluk eğiliminden çok birkaç özel yeteneğin bileşimi olarak görmenin daha makul olabileceğini önermektedir (Sternberg, 2005; Sternberg ve Wagner, 1986). Bu tanımı kullandığımızda, bireyin bir alanda güçlü zihinsel yeteneklere sahip diğerlerinde ise eksik olduğu değerlendirilebilir. Sternberg ve Wagner (1986) üçlü zekâ kuramını ortaya atmış ve üç zekâ formu tanımlamıştır:

Akademik problem çözme
Pratik zekâ
Yaratıcı zekâ

Üçlü zekâ kavramını kullanarak yapılan mental durum değerlendirmesinde danışanın sosyal yetkinlik, hayatta kalma becerileri ve mekanik problemlere yaratıcı çözümler sunma kabiliyeti gibi pratik ve yaratıcı zekâ becerilerinin olduğu sonucuna ulaşabilir. Oysa aynı kişi örgün eğitim almamışsa, katı bir şekilde, akademik problem çözme becerileri perspektifinden değerlendirildiğinde zeki olmadığı sonucu çıkarılabilir.

Gardner'ın (1983, 1999) çoklu zekâ kuramı, insan zekâsının yedi ya da sekiz farklı forma ayrılabileceğini söylemektedir. Bu perspektif, eğitimciler arasında oldukça popüler olsa da, şu ana kadar bu alanda yeterince araştırma yapılmamıştır. Gardner'ın (1999) ve Sternberg'in (2005) kuramları açısından insanların zihinsel kapasitelerini çok çeşitli yollarla ortaya koyabileceğini hatırlatmak çok önemlidir. Bu hatırlatma, sadece tek bir zihinsel boyuta (dil/kelime kullanımı) dayanarak azınlık ya da düşük sosyo ekonomik statüden gelen danışanların zekâ düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşmamızı önleyebilir.

Mental durum muayenesi sırasında zekâ birkaç yolla ölçülebilir. İlk olarak, doğal zekâ, danışanın eğitim seviyesinden çıkarılabilir. Tabii ki bu yöntemin akademik zekâya fazla değer yüklediği açıktır (Gould, 1981). İkinci olarak, zekâ danışanın dili kavrayışı ve kullanımı ile ölçülebilir (sözcük dağarcığı ve sözel kavrayış). Sözcük dağarcığının IQ'nun en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Bu yöntem kültürel azınlıkların aleyhine, örgün eğitim alanların lehinedir (Ortiz & Ochoa, 2005). Üçüncü olarak, zekâ, danışanın bilgi birikimini ölçmek için tasarlanmış sorulara verdiği cevaplardan çıkarsanabilir. Bir kez daha, bilgi birikimi genellikle eğitim geçmişinin yan ürünüdür ve bilgiyi ölçmek için kullanılan sorular da genellikle yanlı olacaktır. Dördüncü olarak, zekâ, danışanın soyut düşünme yeteneğini değerlendirmek için tasarlanmış sorulara verdiği cevaplar aracılığı ile ölçülebilir. Beşinci olarak, sosyal yargıları ölçmek için tasarlanmış sorular, zihinsel işleyişi değerlendirmek için kullanılabilir. Altıncı olarak, zekâ, yönelim, bilinç ve bellek testlerindeki gözlemlerden yola çıkarak yorumlanabilir. Bu yöntemlere dayanarak zihinsel işleyişle ilgili açıklamalar, özellikle de azınlık üyesi danışanlar söz konusuyken, geçici yargılarla ifade edilmelidir.

## Güvenirlik, Yargılama ve İçgörü

### *Güvenirlik*

*Güvenirlik*, danışanın inanılırlığı ve güvenilirliğini ifade eder. Güvenilir bilgi verenler yaşam geçmişini, mevcut kişisel bilgilerini, dürüstçe ve doğru olarak sunma çabası gösterir. Buna karşın, bazı kişiler de oldukça güvenilmez olabilir. Farklı nedenlerle hayatlarındaki olaylar ve kişisel geçmişleri hakkında çarpıtmalar yapar, hikâyeler uydurur ya da bariz bir şekilde yalan söylerler.

Danışanın görüşme sırasında dürüst olup olmadığını tespit etmek genellikle çok zordur. Çok deneyimli görüşmeciler bile danışanları tarafından kandırılabilir (Yalom&Leszcz, 2005). Örneğin çalıştığımız bir vakada, oldukça depresif erkek danışan psikiyatri hastanesine yatırıldı. Hastanenin hobi aktivitelerine katılmak isteyip istemediğini sorduğumuzda danışan, "Hareket edemeyecek kadar kötüyüm," cevabını verdi. Bir sonraki gün, dışarıda yapılan aktivitede, gözetimsiz bırakıldığı sırada, aynı danışan tıbbi onay olmadan hastaneden kaçacak enerjiyi bulmayı başarmıştı. Dolayısıyla bu danışanın hareket edemediğiyle ilgili daha önceki bildirimi son derece güvenilmezdi.

Güvenirlik, gözlenebilir faktörlere dayanarak tahmin edilebilir. Detaylara dikkat eden ve sizin sorularınızı anında kavrayabilen danışanların güvenilir bilgi veren kişilerden olmaları muhtemeldir. Buna karşın, sorulara anlaşılmaz ya da savunmacı cevaplar veren danışanların güvenilmez olma ihtimali daha fazladır. Bazı durumlarda hikâyelerinin bazı bölümlerini isteyerek atladıkları ya da önemsemedikleri açıkça hissedilebilir.

Danışanın güvenilir olmadığından şüphe ederseniz, hikâyesini doğrulayacak aile üyeleri, işverenler ya da diğer danışanlarla irtibata geçmeniz faydalı olabilir. Bu adım sorun teşkil edecekse de genellikle gereklidir. Danışanın hikâyesini tartışabileceğiniz hiç kimse yoksa davranışlarını yakından izlerken danışanınızla ilgilenerek görüşmeye dikkatle devam etmeniz tavsiye edilir. Ayrıca mental durum raporunuzda danışanın güvenirliği ile ilgili çekincelerinizi de belirtmelisiniz.

*Yargılama*

İyi düzeyde yargılamaları olan kişiler, tutarlı bir şekilde hayatını olumlu etkileyen yapıcı ve uyumlu kararlar verebilir. Klinik ortamda, ilk görüşme sırasında danışanın aktivitelerini, ilişkilerini ve mesleki seçimlerini sorgularken danışanın yargılamaları da değerlendirilebilir. Örneğin danışanın düzenli olarak yasadışı aktivitelere karışıp karışmadığını ya da yıkıcı gözüken ilişkileri olup olmadığını sorun. Danışan hayati risk içeren aktiviteler yaparak tehlikeyle flört etmekte midir? Açıkçası yasadışı faaliyetler, yıkıcı ilişkiler ve hayati risk içeren aktivitelere tutarlı katılım, kişinin ilişki ve faaliyet seçimleriyle ilişkili zayıf yargılamada bulunduğuna kanıt teşkil edecektir.

Ergenlik dönemindeki danışanlar sıkça zayıf yargılamada bulunur. Örneğin birlikte çalıştığımız 17 yaşındaki danışan, bir saat önceki vardiyasında hoşlanmadığı ve tembel olarak gördüğü bir personelle birlikte çalışmak üzere görevlendirildiği için komilik yaptığı pahalı restorandaki işini birdenbire bırakmıştı. Altı ay sonra hâlâ parasının olmadığından şikâyet ediyor ve iş arıyordu. Bu durum, yüzeysel görüşlülüğün ve zayıf yargılamanın açık bir örneği olduğu halde, dürtüsel hareketini savunmaya devam etti.

Bazı danışanlar, özellikle dürtüsel ergenler ya da manik evrenin ortasında olan

yetişkinler, büyük ölçüde yargı bozuklukları sergileyebilir. Onlar fiziksel, zihinsel ve sosyal cesaretlerini ciddi düzeyde abartabilir ya da hafife alabilir. Örneğin manik danışanlar mali işler söz konusu olduğunda sorunlu iş girişimleri yaparak ya da büyük paralarla kumar oynayarak son derece zayıf düzeyde yargılama sergileyebilirler. Benzer şekilde, sarhoş araç kullanmak, rastgele ve korunmasız cinsel ilişkiye girmek ya da suç davranışına karışmak da genel olarak zayıf yargılamanın kanıtı olarak kabul edilebilir.

Yargılama, danışanın rapor ettiği belirli davranışlara dayanarak değerlendirilir; ek olarak, sıklıkla danışanın varsayımsal senaryolara cevap vermeleri istenerek de değerlendirilebilir.

*İçgörü*

İçgörü, danışanın şahsi problemlerini kavrayışı anlamına gelir. Örneğin, tükenme belirtileri ile başvuran erkek danışanı ele alalım. Görüşmede kendisine kaygı ya da gerilim yaşayıp yaşamadığı soruldu. Yüzeysel nefes alış verişi, boynundaki kızarmalar, sıkılı yumruklarına rağmen, gerilim yaşamadığı ve bu nedenle gevşemeyi öğrenmenin hiçbir faydasının olmayacağı konusunda ısrarcıydı. İlerleyen tarihlerdeki sorgulamalarda bazı durumlarda yaşadığını söylediği tükenme ve kronik yüksek gerilim arasında bir bağ olup olamayacağı sorusu sorulduğunda cevabı kısa ve özdü: "Hayır, size söyledim; gerilimle ilgili bir sorunum yok." Bu danışan açık bir problem alanı konusunda kesinlikle hiçbir içgörü ortaya koymamıştır.

Mental durum muayenesinin sonuna doğru, danışandan belirtilerinin sebebi ya da sebepleri hakkında fikir yürütmesini istemek faydalı olacaktır. Bazı danışanlar oldukça kuvvetli içgörü örneği gösteren cevaplar verirken bazıları yakalanmış olabileceği bir takım fiziksel hastalıklardan bahsetmeye başlayabilir (Bilmiyorum, belki de bir hastalığım vardır); bazılarının ise altta yatan olası sebep ve dinamiklerle ilgili hiçbir fikri yoktur. İçgörüsü yüksek kişiler, genellikle duygusal ya da psikososyal faktörlerin belirtilerini destekleme olasılığını mantık çerçevesinde tartışabilir; en azından biyolojik olmayan faktörleri de dikkate alır ve tartışmaya açıktır. Buna karşın, çok az içgörüsü olan ya da hiç içgörüsü olmayan danışanlar durumları için olası psikososyal ve duygusal açıklamalarla karşılaştıklarında daha savunmacı olabilir; birçok vakada, içgörüsü olmayan danışanlar göz göre göre problemleri olduğunu inkâr eder.

Mental durum değerlendirmesinde danışanın içgörü düzeyi şu dört tanımlayıcıdan biri kullanılarak tarif edilebilir:

İçgörü *Yoksunluğu:* İçgörüsü eksik danışanlar, herhangi bir problemi olduğunu kabul etmez. Onları tedaviye ya da hastaneye yatmaya teşvik eden kişileri suçlarlar. Açıkçası bu danışanlar belirtileri için makul bir açıklama yapamaz çünkü problem yaratan belirtilerinin olduğunu inkâr eder. Görüşmeci bir problemin var olabileceğini söylediğinde çok savunmacı olabilirler

*Zayıf* İçgörü: Küçük sorunları ya da bazı sıkıntı veren belirtileri olduğunu kabul eden fakat belirtileri için sadece fiziksel, tıbbi ya da durumsal açıklamalara inanan danışanlar genellikle zayıf içgörü sahibidir. Yaşam olaylarının ya da duygusal durumların –bir şekilde– kişisel problemleri ya da hastalıkları desteklediği gerçeğini kabul etmeye yönelik dirençleri vardır. Bu danışanlar problemlerinde payı olan kişisel sorumluluklarının ya da fiziksel olamayan faktörlerin varlığını inkâr eder. Problemin varlığını kabul etseler de tedavi için sadece ilaçlara, ameliyatlara ya da problemleri için suçladıkları kişilerden uzak durmaya bel bağlamaları muhtemeldir.

*Kısmi* İçgörü: Tedavi gerektirebilecek bir problemleri olduğunu kabul etmemekten çok kabul eden danışanlar kısmi içgörü sahibi olarak kabul edilir. Ancak bu içgörü geçicidir ve bu danışanlar genellikle erkenden tedaviyi bırakabilir. Bu danışanlar, durumsal ya da duygusal faktörlerin güncel koşullarını nasıl etkilediğini ve kendi davranışlarının problemlerinde nasıl etkili olduğunu zaman zaman dile getirir. Bu faktörlere odaklanmak konusunda isteksizdirler ancak nazik hatırlatmalar onları tıbbi olmayan tedavi yaklaşımlarına yönelmeye teşvik eder.

Yüksek İçgörü: Uygun tedavi gerektiren bir problemleri olduğunu kolaylıkla kabul eden danışanların yüksek içgörü sahibi olduğu kabul edilir. Bu danışanlar yaşamında değişiklik yapması gerektiğinde bunun sorumluluğunu alır. Terapistten aldıkları asgari yardımla fiziksel olmayan tedavi yaklaşımlarını dile getirir ve uygularlar. Hatta bu danışanlar, hastalıklarını ele almaya yönelik tıbbi olmayan yöntemler formüle etmede alışılmadık biçimde yaratıcı olabilir.

## MENTAL DURUM MUAYENESİ NE ZAMAN KULLANILIR?

Resmi anlamda mental durum muayeneleri tüm danışanlar için uygun değildir. Temel kural şudur: Danışanın psikopatolojisinin yoğunlaştığından şüphe edildiğinde, mental durum muayenesi daha gerekli hale gelir. Danışan iyi uyum gösteriyorsa ve tıbbi bir ortamda çalışmıyorsanız eksiksiz mental durum muayenesi yapmaya muhtemelen gerek duymayacaksınız. Ancak tanı ya da danışanın psikopatolojisi hakkında sorularınız varsa ve tıbbi bir ortamda çalışıyorsanız resmi anlamda mental durum muayenesi uygulamak genel bir rutin haline gelecektir (MDD kontrol listesi için Tablo 8.3'e bknz).

**Tablo 8.3. Mental Durum Değerlendirme Kontrol Listesi**

| Kategori | Gözlem | Hipotez |
|---|---|---|
| Dış görünüm | | |
| Davranış/psikomotor aktiviteler | | |

| | | |
|---|---|---|
| Değerlendiriciye karşı tutum | | |
| Duygulanım ve duygudurumu | | |
| Konuşma ve düşünce | | |
| Algı bozuklukları | | |
| Yönelim ve bilinç | | |
| Bellek ve zekâ | | |
| Güvenirlik, yargılama ve içgörü | | |

Bazı uygulamacılar neredeyse her zaman bu danışanlarla geleneksel mental durum muayenesi yürütmenin uygunsuz olduğunu önermektedir (Paniagua, 1998, 2001). *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.2* kültürel çeşitliliği olan danışanlarla mental durum muayenesi yürüttüğünüzde geçerli olmayan sonuçlara ulaşmanızın olasılığı hakkında sizi duyarlı hale getirmek için hazırlanmıştır.

Mental durum muayenesi de dahil olmak üzere tüm değerlendirme yöntemleri aslında kültürel olarak yanlıdır. Sonuç olarak değerlendirmeciler, farklı kültürel geçmişlere sahip danışanlarla çalışırken bu bölümdeki yöntemleri uygulamak hususunda dikkatli olmak zorundadır.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.2**

**Mental Durumda Kültürel Farklar**

Kültürel normları gözetmek, danışanın ruhsal durumunu değerlendirirken çok önemlidir. Geleneksel mental durum muayenesinde ele alınan her kategoriyi incelerken çok farklı davranan ancak kendi kültürel ya da etnik gruplarında "normal sınırlar" içinde kalan kültürleri düşünmeye çalışın. Örneğin keder, stres, aşağılanma ya da travma gibi durumların kültürel dışavurumlarını düşünün. Henüz göç etmiş azınlık grup üyeleri makul olarak kafa karışıklığı, korku veya direnç gösterebilir. Dahası, travmatik ya da stresli durumlarda, yetersizliği olan kişiler yanlış da anlaşılabilir.

Görüşmeciyi danışanın mental durumuyla ilgili uygun olmayan ve geçersiz sonuçlara götürebilecek çokkültürlü ruhsal durum gözlemlerini yaparken bir partnerle birlikte çalışabilirsiniz. Aşağıda listelenen ruhsal durum kategorilerini kullanabilirsiniz:

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 8.2**

| Kategori | Gözlem | Geçersiz Sonuç | Açıklama |
|---|---|---|---|
| Dış görünüm | Çeşitli sayıda dövme ve piercing | Antisosyal eğilim | Danışan, dövme ve piercingin norm olarak görüldüğü bölge veya alt kültürden geliyor |
| Davranış/psikomotor aktiviteler | Göz teması yok, yere bakıyor | Depresif belirti | Kültürel olarak uygun göz teması |
| Değerlendiriciye karşı tutum | İşbirlikçi değil, düşmanca tutum | Karşı gelme sorunu, otorite ile problem veya kişilik bozukluğu | Baskın kültürün istismarı söz konusu |
| Duygulanım ve duygudurumu | Oğlunun ölümüyle ilgili hiç duygu yok | Uygun olmayan, sınırlı duygulanım | Danışanın kültüründe ölümle ilgili duyguların ifadesi kabul görmüyor |
| Konuşma ve düşünce | Parçalı, bütünsel olmayan konuşma örüntüsü | Olası psikoz | İngilizce üçüncü dili ve aşırı stres altında |
| Algı bozuklukları | Görüntüler gördüğünü rapor ediyor | Psikotik belirtiler | Yerli kültüründe görüntüler kabul edilir, istenir deneyimler |
| Yönelim ve bilinç | Üç nesnenin ismini veya sayı dizisini hatırlayamadı | Dikkat eksikliği, intoksikasyon | Dil problemi nedeniyle soruları anlamıyor |
| Bellek ve zekâ | Önceki başkanları hatırlayamadı | Bellek sorunu | Göçmenlik statüsü |
| Güvenirlik, yargılama ve içgörü | Kişisel geçmişi ile ilgili yalan söylüyor | Düşük güvenirlik | Baskın kültürdeki Beyaz görüşmeciye güvenmiyor |

Temel mental durum değerlendirme ve tanı ilkelerini, azınlık gruplarına uygulamadan önce değerlendirmecinin olası kültürel açıklamaları da sorgulaması gereklidir. Tüm görüşme yöntemlerinde olduğu gibi danışanın bireyselliğine ve kültürel altyapısına saygılı olmalı, bunları görüşme sonuçlarına her zaman dahil etmelisiniz. Görüşmeciler açısından, özellikle de nesnel değerlendirme yöntemlerini uygularken bu gerçeğin hatırlanması önemlidir.

## ÖZET

Mental durum muayeneleri, klinik gözlemleri mevcut mental durum değerlendirmesini en uygun haliyle yapabilecek şekilde organize etmenin bir yoludur. Tıbbi ortamda bu uygulanmanın yapılması oldukça yaygındır. Mental durumla ilgili bilgiler, tanı sürecinde faydalı olsa da mental durum muayenesi temelde teşhise yönelik bir uygulama değildir.

Eksiksiz bir mental durum muayenesi, görüşmecinin danışanın işlevselliğini şu dokuz alanda gözlemlemesini ve sorgulamasını gerektirir: Dış görünüş, davranış ya da psikomotor aktiviteler, değerlendiriciye (görüşmeciye) karşı tutum, duygulanım ve duygudurum, konuşma ve düşünce, algı bozuklukları, yönelim ve bilinç, bellek ve zekâ, güvenirlik, yargılama ve içgörü. Mental durum muayenesinde yapılan klinik gözlemlerin geçerliliği, danışanların farklı bireysel ya da kültürel altyapılara sahip olması durumunda tehlikeye girebilir.

*Dış görünüm*, danışanın cinsiyet, yaş ve ırk gibi fiziksel, demografik özellikleri anlamına gelirken *davranış ve psikomotor aktiviteler*, danışanın görüşme boyunca yaptığı fiziksel hareketlere karşılık gelir. Hareketler aşırı, sınırlı ya da tuhaf olabilir veya hiç hareket olmayabilir. Danışanın görüşme süresince sergilediği hareketlerinin belgelendirilmesi, ruhsal durumla ilgili yargılarınızı destekleyebilecek önemli bulgular içerir.

Danışanın değerlendirmeciye karşı tutumu, temel olarak değerlendirmeciye ya da görüşmeye karşı kişiler arası tutumlarla incelenir. Danışanın tutumuyla ilgili kararlar, görüşmecinin görüşme sırasındaki duygusal tepkilerinden etkilenebilir. Sonuç olarak görüşmeciler danışanın tutumunu sınıflandırırken çok dikkatli olmalıdır.

*Duygulanım*, mental durum muayenesi esnasında görüşmeci tarafından gözlenen hâkim duygusal ruh hali olarak tanımlanabilir. Buna karşın, *duygudurum* danışanın rapor ettiği duygusal durumudur. Duygu, içerik, tür, aralık, çeşitlilik, süre, uygunluk, derinlik veya yoğunluk açısından tanımlanabilir. Buna karşın duygudurumu, sadece danışanın "Bugün nasıl hissediyorsunuz?" sorusuna verdiği cevaba karşılık gelir.

Konuşma, düşünce ve algı bozuklukları, danışanın işlevselliğinin mental durum muayenesinde değerlendirilen birbiriyle ilişkili boyutlarıdır. Düşüncenin de-

gerlendirilmesi iki ana kategoriye ayrılabilir: Düşünce süreci ve düşünce içeriği. *Düşünce süreci*, danışanın *nasıl* düşündüğü olarak tanımlanır; lafı uzatma, düşünce uçuşması ve gevşek bağlantılar gibi süreçle ilgili tanımlayıcıları içerir. Buna karşın *düşünme içeriği*, danışanın *ne* düşündüğü olarak tanımlanabilir; sanrıları ve obsesyonları içerir. İntihar ve cinayet düşünce içerikleri de rutin olarak mental durum muayenesinde belirtilir. Algı bozuklukları varsanı ve illüzyonları içerir. *Varsanılar*, yanlış ya da hatalı algı deneyimleriyken, *illüzyonlar* çarpıtılmış algısal rahatsızlıklardır.

Danışanın yönelimi, belleği ve zekâsı mental durum muayenesinde değerlendirilen bilişsel işlevler arasında yer alır. Mental durum muayenesinde yapılan zekâ ve bellek değerlendirmesi sadece yüzeysel değerlendirmelerdir; olası bir sorun fark edilirse daha ciddi ölçümler kullanılmalıdır. Görüşmeciler bu tür değerlendirmeleri yaparken kültürel önyargılardan kaçınmaya dikkat etmelidir.

Güvenirlik, yargılama ve içgörü mental durum muayenesinde değerlendirilen ileri düzeydeki kişiler arası/bilişsel işlevlerdir. *Güvenirlik*, danışanın kendisi ve durumlarla ilgili bildirimlerinin inanılırlığı ve doğruluğu anlamına gelir. *Yargılama*, dürtüsel aktivitelerin ve zayıf karar alma süreçlerinin varlığı ya da yokluğuna karşılık gelir. İçgörü, danışanın duygusal ve psikolojik olarak problemlerinin doğasının farkında olma düzeyiyle ilgilidir. Güvenirlik, yargılama ve içgörüyü değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanılır.

Genellikle psikopatolojiden şüphe edildiği durumlarda, mental durum muayenesi uygulanır. Danışanlar günlük hayatındaki problemler için hastanede yatmadan dışarıdan yardım alıyorsa mental durum muayenesi daha az önem taşıyacaktır. Tüm değerlendirme yöntemlerinde olduğu gibi burada da danışanın kültürel altyapısı göz önünde bulundurulmalı ve değerlendirme raporuna dahil edilmelidir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Folstein, M.E., Folstein, S.E. ve McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189–198. Bu makale, danışanın ruhsal durumunu değerlendirmeye yardımcı hızlı bir yöntem sunar. Bu kısa ruhsal durum değerlendirmeleri, psikiyatri ve geriatri ortamlarında rağbet görmektedir.

Morrison, J. (1994). *The first interview: A guide for clinicians* (sayı 2., *DSM-IV* için yeniden düzenlenmiştir). New York: Guilford Press. Bu kitap, ruhsal durum muayenesini tartışan iki bölüm içermektedir. Belirli ruhsal durum belirtileriyle ilişkili, tanıya yönelik olası tanımları yapmak açısından yol göstericidir.

Othmer, E. ve Othmer, S.C. (2002b). *The clinical interview using DSM-IV-R* (sayı 1., Fundamentals). Washington, DC: American Psychiatric Press. Kitapta yer alan, "Mental Durumu Değerlendirmede Üç Yöntem" başlıklı Bölüm 4, özellikle tavsiye edilmektedir.

Paniagua, F. A. (2001). *Diagnosis in a multicultural context.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Polanski, P.J. ve Hinkle, J.S. (2000). The mental status examination: Its use by professional counselors. *Journal of Counseling and Development, 78,* 357–364. Danışmanlıkla ilgili önemli bir dergide basılan bu kısa makale, tüm ruh sağlığı mesleklerinde mental durum muayenelerinin danışmanın değerlendirilmesinin merkezinde yer aldığını göstermektedir.

Robinson, D.J. (2001). *Brain calipers: Descriptive psychopathology and the psychiatric mental status examination* (2. Baskı). Port Huron, MI: Rapid Psychler Press. Bu kitap, örnek soruların ve ilgili bulguların tartışmalarıyla ruhsal durum muayenesine (MSE) genel bir bakış sağlar. Resimler, mizah, anımsatıcılar ve özet şemalarıyla dolu eğlenceli yaklaşım kullanır. Ayrıca kısa ruhsal durum muayenesi ayrılan bölümü yararlı olacaktır.

Strub, R.L. ve Black, W. (1999). *The mental status examination in neurology* (4. Baskı.). Philadelphia: F. A. Davis. Bu eser, tıp öğrencileri için yazılmış, popüler ve klasik bir ruhsal durum muayenesi eğitim kitabıdır. Belirli bilişsel görevlerde hastanın performansını değerlendirmeye yönelik bazı normların yanı sıra danışanın ruhsal durumunu belirlemekte etkin pratik ve duyarlı yöntemler de sağlayacaktır.

BÖLÜM 9

# İNTİHAR DEĞERLENDİRMESİ

*Çelişkili gibi görünse de intiharla ile ilgili iki temel gerçek vardır: (a) bir kişi sırf kendini depresif (rahatsız ya da bunalmış) hissediyor diye intihar etmez ve (b) neredeyse tüm vakalarda, kişi kendisine mantıklı görünen sebeplerden dolayı intihar girişiminde bulunur.*

—E.S. Shneidman, "*Aphorisms of Suicide and Some Implications for Psychotherapy*"

## BÖLÜM AMAÇLARI

İntihar pek çok kişinin konuşmaktan ve üzerine düşünmekten hoşlanmadığı bir konudur. İyi ya da kötü, intihar hakkında düşünmek ve konuşmak profesyonel görüşmelerin önemli bir parçasıdır. Bu bölümde, bütünlüklü bir intihar değerlendirme görüşmesi yürütmek için gerekli, uygulamaya yönelik önerileri ana hatlarıyla belirteceğiz ve tartışacağız. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- İntihara yönelik kişisel bakış açınızı ve tepkilerinizi değerlendirmenin önemi.
- İntihar istatistikleri.
- İntiharla ilişkili risk faktörleri ve intihar riskinin değerlendirmesi için kullanılabilecek yöntemler.
- Depresyon, intihar düşünceleri, intihar planları, otokontrol ve intihar niyeti dahil olmak üzere kapsamlı bir intihar değerlendirme görüşmesinin nasıl yürütüleceği.

- Geleneksel intihar değerlendirme ile güncel, yapısal ve işbirlikçi değerlendirme yaklaşımları arasındaki farklar.
- Depresyonu ve intihar eğilimi olan danışanlara yönelik olumsuz ve olumlu nitelikte soru kullanımı.
- İntihara eğilimli danışanlara yönelik empati ve ilişki stratejileri, intihara karşı alternatifleri belirleme, duygusal acıyı ayrıştırma, intihar önleme sözleşmesi yapma, yönlendirici olma, hastaneye yatma ve yönlendirmeyle ilgili karar verme sürecini de içerecek şekilde intihara eğilimli danışanlarla krize müdahale yöntemleri.
- Kendini yansıtma, danışmanlık, belgelendirme ve tamamlanmış intiharlarla baş etme de dahil olmak üzere intihara eğilimli danışanlarla çalışırken yardımcı profesyonel yöntemler.

Ruh sağlığı uzmanlarının karşılaştığı en sıkıntılı görevlerden biri, intihara veya cinayete teşebbüs eğilimi olan danışanlarla çalışmaktır (Kleepsies & Dettmer, 2000). Bu gerilimin küçük bir dozunu aklımızda canlandırmak için çok fazla hayal gücüne gerek yoktur. Sadece şu kısa ve trajik senaryoyu düşünebilirsiniz: *Yeni görüşmeye başladığınız danışanınız size, kendini* öldürmekle *ilgili planlarını anlatıyor... ona yardımcı olmak için bir tedavi planı hazırlıyorsunuz... iyi olacağı konusunda size garanti veriyor ve seans sonunda ilginiz için teşekkür ediyor... ancak bir sonraki hafta, intihar ediyor.* İntihara eğilimli danışanlarla çalışırken pek çok görüşmeciyi korkutan nedenlerden biri olan bu olaylar dizisi, kişisel ve profesyonel açıdan oldukça yıkıcı olabilir.

Bu bölümü okuduktan sonra intihara eğilimli bir danışanla görüşme yapma olasılığı söz konusu olduğunda, kişisel tutumunuz ve kaygınız üzerinde çalışmanız gerekecektir (Cummings, 2006; Herron, Ticehurst, Appleby, Perry ve Cordingley, 2001) çünkü intihar önleme deneyimi olmayan sağlık personeli, bazen intihara eğilimli kişilere karşı olumsuz tutumlara sahip olabilir. İntihara eğilimli bir kişiyle hiç görüşme yapmayacağınızı düşünmek çok iyimser bir düşünce olur. Hatta bunu gerçekleştirmeye çalışmak büyük olasılıkla etik bir davranış olmaz. Bazen danışanlar sizinle konuşmak için sandalyeye oturana kadar, intihar dürtülerinin derinliğini fark edemezler bile.

Ruh sağlığı uzmanları, danışanın kendisi ya da başka biri için tehdit olduğunu keşfettiğinde kural açıktır: Gizlilik muhakkak ihlal edilmelidir. Uzmanlık yetkimiz, hayattan yanadır. Danışan intihar ya da cinayet planlarını bir uzmana rapor ettiğinde, uzmanın temel görevi, yasal olarak danışanları ve olası kurbanları korumak için bir dizi iletişimde bulunmaktır (Costa ve Altekruse, 1994; *Tarasoff vs. Regents of the University of California,* 1974; Gellerman & Suddath, 2005; Simone

& Fulero, 2005). Açıkçası başkasının ölümcül düşüncelerinin sorumluluğunu taşıyor olmamız hem korkutucu hem de stresli bir durumdur.

Gelen danışanın intihara eğilimi olup olmadığını önceden bilmek mümkün olmadığından, başlangıç düzeyindeki görüşmeciler bile intihar ya da cinayete eğilimli bir danışanla yüz yüze gelme olasılığına karşı hazırlıklı olmalıdır (Know ve ark., 2006; Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1995a). Bu gibi danışanlarla çalışmaya yönelik hazırlık, insana yönelik tüm hizmetler için hazırlanan eğitim programlarının temel bileşeni olmalıdır (Barrio, 2007; Bongar, 2002; Packman, Marlitt, Bognar & Pennuto, 2004). Bu bölümde, intihara eğilimli danışanlarla çalışırken karşılaşabileceğiniz profesyonel ve kişisel konuları irdeleyeceğiz. Tüm terapist adaylarının, intihara eğilimli danışanlarla görüşme yapmak ve onları değerlendirmek için hâkim olması gereken özel ve en son gelişmeleri yansıtan yaklaşımları ana hatlarıyla ele alacağız.

## İNTİHARA YÖNELİK KİŞİSEL TEPKİLER

Bir kavram ve eylem olarak intihar, birçok kişide çok güçlü duygular çağrıştırır. Vince Foster, Marilyn Monroe ve Kurt Cobain gibi herkesin bildiği intiharlarda olduğu gibi intihar uzak bir yerde gerçekleşse bile ülke ve dünya çapında intihar oranlarını yükseltecek şekilde pek çok insanı derinden etkileyebiliyor (Gould, Jamieson & Romer, 2003). Benzer şekilde, intihara yönelik kişisel bakış açısından dolayı intihar girişimine yönelik destekleyici eylemleri ile Dr. Kevorkian Amerika Birleşik Devletleri'nde felsefi ve ahlaki tartışmalara yol açtı (Kleespies, 2004). Bu bölümü okurken ve önerdiğimiz görüşme stratejilerini uygulamaya başladığınızda, duygusal düğmelerinizden bazılarına basıldığını hissedebilirsiniz. Bu his, size yakın bir kişi intihar girişiminde bulunduysa veya intihar ettiyse ya da siz, pek çok kişi gibi hayatınızın bazı dönemlerinde intihar etmeyi düşündüyseniz özellikle geçerli olacaktır. Bu bölümü, duygusal tepkilerinizin farkında olarak okumanızı ve bu tepkileri meslektaşlarınızla eğitmenlerinizle tartışmanızı öneriyoruz. Bölümün sonunda, intihar ve görüşmeci üzerindeki duygusal etkileri ile ilgili tartışmalara tekrar döneceğiz.

## İNTİHAR İSTATİSTİKLERİ

Hastalık Kontrol Merkezleri, 1991 yılında 30.810 Amerikalı'nın intihar ettiğini bildirmiştir. O zamandan beri her yıl bu sayı –en yüksek girişim sayısı, 1995'te 31.284 kişi, en düşüğü de 1999'da 29.199 kişi olmak üzere– çok az farklılık göstermiştir (Anderson, 2001; Heron, 2007). Ancak 1991'den 1999'a kadar ABD nüfusu giderek arttığından intihar oranları önemli ölçüde düşmüştür. 1991'de orta-

lama intihar oranı 100.000 kişide 12.2 iken, 1995 yılında 100.000 kişide 11.91'dir ve 1999'da 100.000'de 10'un altına düşmüştür. Genel olarak ABD'de intihar, ölüm nedenleri sıralamasında 11. sıradadır.

Klinik görüşme sırasında intihar riskini değerlendirmek için gösterilen çaba, pek çok koşulda, haklı gerekçelere bağlıdır. İlk olarak, intihar klinik popülasyonda genel popülasyona kıyasla daha sıklıkla görülmektedir (klinik depresyonu, panik bozukluğu, alkolizmi ve şizofrenisi olan danışanlar daha fazla risk altındadırlar; Baldessarini, Pompili & Tondo, 2006; Coryell, 2006; Packman ve ark., 2004). İkinci olarak, intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazladır (Evans, Hawton & Rodham, 2004). ABD'de her gün yaklaşık 1,900 yetişkinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Anderson, Kochanek & Murphy, 1997). Klinik görüşmeciler sadece tamamlanmış intiharlardan sonra değil, intihar girişimleri gerçekleşmeden önce de görev alabilir; özellikle tamamlanmış intiharlardaki birçok faktörle ilişkili ciddi intihar girişimleri söz konusudur (Evans ve ark., 2004). Son olarak, klinik, etik ve yasal açıdan hatalı olarak danışanın intihara eğilimli olabileceğine karar vermenin, hatalı olarak danışanın intihara eğilimi olmadığına karar vermeden daha iyi olacağını söylemek gereklidir.

İntiharı yordamanın zorluğuna karşın, ruh sağlığı uzmanları intihar eğilimli danışanlara etik ve yasal açıdan, intihar riski değerlendirmesi yapmak zorundadır (Bognar, 2002; Finch, 2006; Kutcher & Chehil, 2007). Doğru değerlendirme, intiharı önlemedeki ilk adımı oluşturur.

## İNTİHARI DEĞERLENDİRME GÖRÜŞMESİNDEKİ ANAHTAR BİLEŞENLER

Profesyonel intihar değerlendirme görüşmeleri birçok bileşenden oluşmaktadır. Ancak tüm yazar ve uzmanlar arasında bu bileşenlerin neler olduğuna veya bu tür görüşmelerin nasıl yapılması gerektiğine dair bir fikir birliği yoktur. Yine de, bir adım ileri giderek intihar değerlendirme görüşmelerindeki bu bileşenlerin neler olduğuna yönelik görece kapsamlı bir taslak ile birlikte bu konudaki yapısal yaklaşımı ele alacağız.

## İNTİHAR RİSK FAKTÖRLERİ VE DEĞERLENDİRME

İntiharla ilişkili pek çok risk faktörü vardır. Ancak intiharın göze çarpan net bir yordayıcısı yoktur. Litman'ın (1995) belirttiği gibi:

> Şu anda herhangi bir kişinin intiharını tam olarak net bir şekilde yordamak imkânsızdır. Bu konuda gelişmiş istatistiksel modeller... ve deneyimli klinisyenlerin yargıları da eşit derecede başarısızdır. Bana depresif ve intihar eğilimi olan bir hasta intihar ederken onunla eşit düzeyde depresif ve intihar eğilimi olan diğer dokuz hastanın neden intihar etmediği sorulduğunda, "Bilmiyorum," diye cevaplamak durumundayım (s.135).

İntihar risk faktörlerini okurken *bir danışanda bu faktörlerin olmamasının onun intihar dürtülerinden tamamen uzak olduğuna dair hiçbir güvence sağlamadığını* unutmayın. Yine de kural olarak intihar değerlendirmesi yaparken ne kadar uzak görünse de intihar olasılıklarına karşı hazırlıklı olmalısınız.

*Depresyon*

Depresyon ve intihar davranışı arasındaki ilişki çeşitli bulgularla desteklenmiştir (Coryell, 2006; Ellis, 2006b). Bazı uzmanlar intihardan önceki depresyonun, evrensel olduğunu ileri sürer. Bu iddiaya bir destek de Westefeld ve Furr'un (1987) üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleminde, intihar girişiminde bulunanların en azından belirli bir düzeyde depresif belirtiler deneyimlediğini gösterdiği bilimsel çalışmalarından gelmektedir. Bu yakın ilişki, bazı yazarların ve araştırmacıların depresyonu ölümcül bir hastalık olarak etiketlemesine neden olmuştur (Coppen, 1994).

Klinik bakımdan depresif danışanların yüzde 5-10'unun intihar girişiminde bulunduğu tahmin edilmektedir (Litman, 1995). Depresif kişilerdeki intihar eğiliminin depresyonun şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir; hastanede kalan veya ayakta tedavi gören orta düzeydeki depresif grupta intihar yaygınlığı sadece yüzde iki oranındadır (Bostwick ve Pankratz, 2000).

Tüm depresif danışanlar intihara eğilimli olmasa da depresyon belki de en genel intihar yordayıcısıdır. Ayrıca depresyon, klinik görüşmelerde güvenilir şekilde değerlendirilebilecek bir yordayıcıdır (Hamilton, 1967). Depresyonu değerlendirmeye yardımcı görüşme teknikleri bu bölümün sonunda ele alınacaktır.

Geçmiş yirmi küsur yılda yapılan araştırmalar, depresif danışanlardaki intihar davranışlarıyla ilişkili bir dizi değişken tanımlamıştır (Fawcett, Scheftner, Fogg & Clark, 1990; Fawcett & Rosenblate, 2000; Marangell ve ark., 2006; Quendo ve ark., 2007):

- Ciddi düzeydeki kaygı
- Panik ataklar
- Zevk alamama/anhedoni
- Genel uykusuzluk
- Tekrarlayan kasıtlı kendine zarar verme
- Fiziksel/cinsel istismar öyküsü
- İş sorunları
- İlişkinin sonlanması
- Ümitsizlik

Genel olarak, genel ve şiddetli sıkıntı –bazıları *ruhsal/psişik acı* diye adlandırır (Shneidman, 1996) ve genellikle depresyon olarak tanımlanır– intiharın oldukça önemli bir yordayıcısıdır. Ayrıca kişinin yaşamıyla ilgili *umutsuzluk* ve *çaresizlik* gibi belli başlı olumsuz bilişsel değerlendirmeleri, hem depresif hem de depresif

olmayan danışanlar için önemli değişkenlerdir (Ellis, 2006b; Goldston, Rebousin & Daniel, 2006).

### Cinsiyet, Yaş, Irk, Din ve Mevsimsel Değişimler

İntihar oranları demografik bilgilere göre çeşitlilik göstermektedir. Yine de yaş, cinsiyet ve ırk gibi değişkenlere göre yüksek ve düşük düzey risk grupları hakkında bilgi sahibi olmak görüşmecilere yardımcı olacaktır. *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 9.1* bu değişkenlere dair bilgiler içermektedir.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 9.1**

**İntihar Yordayıcıları Olarak Cinsiyet, Yaş ve Irk**

Tarihsel olarak, intihar riskini yordamak için çeşitli demografik bilgiler kullanılmıştır. Örneğin, genelde intihar oranları erkeklerde, kadınlardan 3-4 kat daha fazladır; intihar açısından genç ve yetişkin erkekler, genç kız ve kadınlardan daha fazla risk altındadır.

Ne yazık ki birçok demografik faktör, diğer karıştırıcı değişkenlerden dolayı intihar risk değerlendirmesinde belirsizliğini sürdürmektedir. Cinsiyet faktörüne geri dönersek kadınların erkeklerden üç kat daha fazla girişimde bulunduğu da bilinmektedir. Bu karışıklığa dair pek çok açıklama getirilse de bu örüntüler ve nedenleri ile ilgili kesin bir bilgi mevcut değildir. Ancak kadınların girişim olasılığı fazla diye intihar girişimlerini önleme çabalarını sadece kadınlara endekslemek yersiz olacaktır. Yerine, ofise gelen her kadın ve erkek eşit düzeyde ilgi, dikkat ve değerlendirme ve hata önleme çabasını hak eder. Benzer şekilde, siyahi kadınların oldukça düşük intihar oranları veya yaşlı Asya kökenlilerin yüksek intihar oranları, farklı ırktan insanlarla karşılaştığınızda farklı değerlendirme yapacaksınız anlamına gelmez. İntihar değerlendirmesinin ne kadar ayrıntılı veya kapsamlı olacağı, kapıdan içeri giren danışanın özelliklerine bağlı olarak belirlenecektir.

İntihar riskinin birçok danışanda yaşla birlikte arttığı da doğrudur. Ancak intihar verilerinin analizi, kesin ve doğrusal bir bulgu sunmayacaktır. Packman ve arkadaşlarının söylediği gibi "intihar oranları kültüre, etnik kökene ve ırka göre değişir, ancak her grup kendine özgü bir örüntüye sahiptir" (2004, s. 699).

Değişken örüntüye rağmen, bazı eğilimleri akılda tutmakta fayda vardır. Hastalık Kontrol Merkezi'nin 2004 verilerine dayanarak bu faktörler:

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 9.1 (devamı)**

- Tüm ırk ve yaş grupları arasında, erkekler kadınlardan daha olasılıkla tamamlanmış intihar girişiminde bulunmaktadır.
- Alaskalı yerliler ve Amerikalı Kızılderililer arasındaki intihar oranları 20-44 yaş arasında hemen hemen 15-19 yaş arasındakiler kadar yüksektir (29.1-31.1/100.000).
- 20 yaş ve üzeri Beyaz erkeklerdeki intihar oranları oldukça yüksektir (22.0-27.6/100.000).
- En düşük intihar oranı, siyahi kadınlarda gözlenmektedir.
- Tipik olarak yaşla birlikte intihar oranı artsa da Alaskalı yerli ve Amerikali Kızılderili erkeklerdeki oran yaşla birlikte azalmaktadır.

Yüksek riskli grupları yordamanın zorluğunu daha iyi anlamak için, 15-19 yaş aralığındaki Alaskalı yerli ve Amerikalı Kızılderili gençler arasındaki tamamlanmış intihar oranı % .032 veya 3.125 kişide 1'dir. İyi haber, intiharın yüksek risk grubundakilerde bile nadiren gözlenmesidir. Kötü haber ise bu durumda bu grupta intiharı yordamanın daha zorlaşmasıdır.

Irk ve din, bazen intihar riskini azaltan faktörler olarak işlev gösterebilmektedir. Örneğin, Afrikalı Amerikalı kadınlardaki düşük intihar oranı, bu durumun spesifik dini inançlarla ilişkili olabilecek yüksek düzeydeki ailevi sorumluluklar ile ilgili olabileceğini akla getirmektedir. Ancak ırk ve din temelli intihar oranlarındaki değişkenliği anlamak üzere yeterli sayıda araştırma henüz yoktur.

İntihar davranışındaki bölgesel veya mevsimsel değişkenliğe ilişkin, hemen herkes bir şekilde, Seattle ve Alaska'da kış mevsiminde intihar oranlarının arttığını düşünebilir. Her şeyden evvel karanlık, koyu renkli bulutlar ve yağmur depresyon ve intiharla ilişkilidir öyle değil mi? Ancak her ne kadar karanlık, koyu renkli bulutlar ve yağmur bazı insanları rahatsız etse de bunlar intihar oranları üzerinde sistematik bir etkiye sahip değildir. Aslında ABD'de intihar oranları özellikle güneybatı bölgesinde yüksek düzeydedir ve dünya çapında ilkbahar mevsiminde daha fazladır; yine de bu spekülasyonları da destekleyecek kesin bilgi olmadığını akılda tutmak gereklidir.

Şehirler arasındaki intihar oranları açısından ilk dört sırada yer alan Montana'da, böyle yüksek oranları açıklamak için pek çok önermede bulunulmuştur. Alkol tütekim oranları, sosyal izolasyon, silah edinme kolaylığı, düşük dindarlık düzeyi, yüksek orandaki erkekler, şehir nüfusundaki Kızılderili oranı vb. bunlardan pek çoğu, mantıklı ve anlaşılır gelebilir. Ne yazık ki şu ana kadar, Montana'daki orana

veya belirli bir grup, ırk, cinsiyet vb. nitelikteki grubun diğerlerine göre neden daha fazla intihar girişiminde bulunduğuna ilişkin kesin bir açıklama yoktur.

### Sosyal İzolasyon ve Kişiler Arası Faktörler

İntihar riskini artırdığı düşünülen bir dizi sosyal ve kişiler arası faktör vardır (Kposowa, 2001; Overholser, 2003). Özellikle Joiner intiharın kişiler arası kuramını öne sürerek klinik görüşmecilere bu konuda bir yardım sunmaktadır (Joiner Jr, Wingate & Otamendi, 2005; Var Orden, White, Gordon, Bender & Joiner, 2008). Joiner ve arkadaşları bu kuramla ilgili şunu söylemiştir:

> Yakındaki diğer insanlar ile birlikte olmak, böyle bir gruba ait olmak veya onların iyiliği için çaba sarf etmek o kadar önemlidir ki bu ihtiyacın engellenmesi (yani birlikte olmak ve algılanan sıkıntı) intihar isteğiyle yakından ilişkili bir faktördür (Van Orden ve ark., 2008, s. 72).

Kişiler arası kuram işsizlik, sosyal izolasyon, azalan üretkenlik ve fiziksel yetersizlik gibi bazı sosyal faktörlerin artan intihar riski ile neden ilişkili olduğuna açıklık getirmeye çalışmaktadır. Araştırmalar boşanmış, dul ve eşinden ayrılan insanların yüksek risk kategorisinde olduğunu ve bekâr, hiç evlenmemiş insanların evlilerden neredeyse iki katı daha fazla intihar oranına sahip olduğunu göstermektedir (Anderson ve ark., 2007; Lambert & Fowler, 1997). Joiner'ın kuramına göre, başkalarının yaşamlarına katkıda bulunmak yerine kendisini aile ve arkadaşlarına yük olarak görmek ve aidiyet hissetmemek risk faktörü olarak işlev görmektedir. Bu kuramdan hareketle bekâr olmak, kendini bir gruba ait hissetmemek veya sosyal açıdan yük olarak görmek, en yüksek risk gruplarından biri olan 70 yaş üzeri erkeklerin davranışları açısından açıklayıcı olmaktadır. İlginç şekilde eşinden ayrılmış ve eşi ölen kadınlar için bu durum, bir risk faktörü olarak görülmemektedir (Brockington, 2001). Bu durumdaki kadınlarda sosyal ilişkililik eğilimi, sosyal izolasyon veya bir gruba ait hissetmeme faktörlerinin etkisini azaltmış olabilir. Ayrıca bazı araştırmalar, fiziksel hastalıklarda fiziksel eksiklikten ziyade, bu durumdan ötürü yaşanabilen sosyal izolasyon ve depresyonun intihar riski ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir.

### Fiziksel Sağlık

Hastanede kalan danışanlardaki intihar oranlarıyla ilgili araştırmaların çoğu psikiyatrik hastalara odaklanmaktadır fakat intihar, hastanenin medikal ya da cerrahi bölümlerinde kalan hastalar arasında da görülmektedir. Araştırmacılar, risk artışıyla şu faktörleri ilişkilendirmektedir: Sık majör cerrahi müdahale, kronik acıyla ilişkili depresyon ve değişmiş vücut fonksiyonları, ölüm ve acı çekme kor-

kusu, aciz kalma, felç, eklem iltihabı ve sosyal destek kaybı. Hemodiyaliz ve HIV'li hastalar özel risk grupları olarak tespit edilmiştir fakat tanıdan bağımsız olarak fiziksel hastalığın şiddetiyle, fiziksel acıyla ve hastalığın gelecekteki seyriyle ilgili öngörüler ile birlikte Joiner'ın sosyal yük kavramıyla ilişkili olarak intihar oranı artabilir (Joiner Jr. ve ark., 2002, 2005). Hastanede yatan psikiyatrik hastalara benzer şekilde, tıbbi hastalar da taburcu olduktan kısa süre sonra yüksek intihar davranışları sergileyebilmektedirler (McKenzie ve Wurr, 2001).

### Kişisel Kaynaklar

Sosyal ve kişisel kaynakların, intihar olasılığındaki rolü göz ardı edilmemelidir. Bu faktörleri: (a) gıda, barınma, giyim, ulaşım, (b) yeterli sağlık hizmeti; (c) fiziksel ve ruhsal dayanıklılık, (d) gerçekleştirilmeye çalışılacak üretken ve anlamlı faaliyetler ve (e) başkalarıyla kurulan anlamlı ve destekleyici ilişkiler olarak sıralamak mümkündür. Bu temel kaynaklar birey için ne kadar ulaşılabilirse intihar riski o kadar düşüktür (Lambert ve Fowler, 1997).

Yalnız yaşamak, genellikle intihar riskini artırmaktadır. Ancak izolasyon ve yalnızlık duyguları, grup içinde yaşayan kişide bile şiddetli olabilir. Öte yandan yalnız yaşayan bir kişinin değerli ve tatmin edici destek sistemi olabilir. İzole hissetmek ve sosyal olarak kopuş, kişinin yaşam koşullarından daha önemlidir ancak açıkçası ikisi de intihar değerlendirme yönteminde ele alınmalıdır.

Yakın zamanda önemli kayıp yaşayanlar da yüksek intihar riski olan kişiler olarak kabul edilir (Hall ve ark., 1999). Bu kayıplar (a) iş kaybı, (b) statü kaybı, (c) sevilen birinin kaybı ve (d) fiziksel sağlık ya da bedensel hareketlilik kaybı gibi birçok şekilde ortaya çıkabilir. Hatta bazı kişilerde, evcil bir hayvanın kaybı bile riski artırabilir (Packman ve ark., 2004).

### Madde Kötüye Kullanımı

Alkolikleri ve diğer madde bağımlılarını yüksek risk kategorisine yerleştiren çalışmaların sonuçları kesin değildir (Fawcett ve ark., 1990; Preuss ve ark., 2003; Sher, 2006). İntihar problemleri ve madde bağımlılığı çok yakın ilişkili bulunmuştur. Alkol ve diğer maddelere bağımlılık, bu bağımlılık depresyon, sosyal izolasyon ve diğer intihar risk faktörleri ile ilişkiliyse kişileri intihara eğilimli hale getirmektedir.

Alkol ve uyuşturucu kullanımının intiharı kolaylaştırmasının sebebi ketlemeyi (inhibisyonu) azaltmasıdır. Kimyasal madde etkisi altındayken insanlar, daha dürtüsel hareket edebilir. İntihar da genellikle dürtüsel bir hareket olarak kabul edilmektedir. Pek çok kuramcı, intihar girişiminden önce ne kadar plan yapıldığından bağımsız olarak, ilaç içildiği, tetiğin çekildiği ya da bileğin kesildiği anda vakaların çoğunda ketlemenin ortadan kalktığına inanmaktadır (Shneidman, 1996). Alkol

ya da uyuşturucu kullanımı intihardan korkan pek çok kişiye, bu planı gerçekleştirmek için gerekli cesareti (ya da gözü karalığı) verebilir.

**Ruhsal Bozukluklar ve Psikiyatrik Tedavi**

Pek çok intihar görece az sayıda ruhsal bozuklukla ya da durumla ilişkilidir. Yüksek risk grubu hastalık tanıları arasında:

- Majör depresif bozukluk
- Bipolar bozukluk
- Şizofreni
- Madde kullanımı, bağımlılık ve Madde Kötüye Kullanımı ile ilgili bozukluklar
- Sınır kişilik bozukluğu
- Antisosyal kişilik bozukluğu
- Anoreksiya

Genel olarak bakıldığında belirli ruhsal bozukluklarla ilişkili intihar riskinin ardında sıkıntı, ajitasyon, düşünce bozukluğu, sorunlu sosyal ilişkiler ve ümitsizlik gibi faktörler yer alabilir. Örneğin, psikotik özellikli majör depresif bozukluk veya şizofreni tanısı olan hastaların ciddi varsanıları olabilir. "Kendini öldür" veya "Ölmeyi hak ediyorsun" şeklinde mesajların olduğu varsanıları olabilir. Kendine zarar verme önerisi olan sanrıları deneyimleyen hastalar, risk altındadır ve hastaneye yatırılması gerekebilir.

Öte yandan, histrionik veya antisosyal kişilik bozukluklarında intihar girişimleri nadir görülen olaylar değildir fakat bu gruplarda tamamlanmış intihar oranları daha düşüktür. Kişilik bozukluğu olan kişilerde sıklıkla bulunan intihar eğilimli davranışlar manipülatif görünse bile ciddiye alınmalıdır. Ne yazık ki sahte intihar girişimlerinin bile ölümcül sonuçları olabilir (Zahl & Hawton, 2004).

Hastaneye ruhsal bozukluklar nedeniyle kabul edilen kişiler için taburcu edildikten hemen sonraki dönem, intihar için yüksek risk taşıyan bir dönemdir. Bu özellikle şu kişiler için daha geçerli olabilir:

- Daha önce intihar girişiminde bulunanlar
- Kronik ruhsal bozukluğu olanlar
- Yeni hastaneye yatırılanlar
- Yalnız yaşayanlar
- İşsizler
- Evli olmayanlar
- Depresyona karşı yatkınlığı olanlar

Dahası, şizofreni hastalarıyla yapılan büyük ölçekli bir çalışmada, özellikle ta-

burcu edildikten sonraki ilk beş günde intihar riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (Rossau & Mortensen, 1997).

### Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)

Literatürde, seratonine özgü geri alım inhibitörlerinin (serotonin specific reuptake inhibitors-SSRIs; örn., Prozac, Zoloft) intihar eğilimi olmayan kişilere verilmesi durumunda, bu kişilerde ketlemenin ortadan kalkmasına/azalmasına ve ajitasyona yol açarak intihar eğilimini artırabileceğine dair bazı bulgular vardır (Healy, 2000; King ve ark., 1991; Teicher, Glod ve Cole, 1990). SSRI türü ilaç kullanımının dürtüsel intihar girişimlerini artırdığına dair bulgular artmaya devam ettiğinden bu konudaki tartışmalar sürmektedir.

Fransa, Kanada ve İngiltere'deki ilgili resmi kurumlar SSRI türü ilaç kullanımını sınırlandırsa da ABD'de ilaç kutusu üzerindeki uyarı kutucukları ile satışı devam etmektedir. Eylül 2004'te, ABD Yiyecek ve İlaç Uygulamaları Kurumu (Food and Drug Administration-FDA) SSRI-intihar riskini lehine oy çokluğu ile bir karar almıştır. Sonrasında başka bir panelde ilaç kutusu üzerindeki uyarı kutucuğu konma kararı çıkmıştır. Uyarıda şöyle denmektedir:

> Çocuklarda, ergenlerde ve genç yetişkinlerdeki Majör Depresif Bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yapılan kısa süreli çalışmalarda antidepresanlar, plaseboyla kıyaslandığında intihar düşüncesi ve davranışı riskini artırdığı görülmüştür. Antidepresan tedavisine başlayan farklı yaş gruplarındaki hastaları, klinik gidişat, intihar olasılığı ve davranışlardaki sıradışı değişiklikler açısından yakından takip edilmeli ve gözlenmelidir. Bu gözlem ve ön değerlendirmenin aileler ve bakım verenler tarafından yapılması ve gerektiğinde ilacı veren hekime müracaat edilmesi tavsiye edilir.

2006'da FDA SSRI'lardaki intihar uyarısını 18-24 yaş aralığındaki yetişkin hastaları da kapsayacak şekilde genişletmiştir (FDA, 2007).

Bunlar henüz ön çalışma bulguları olsa da SSRI alan hastalarda ketlemenin ortadan kalkması ve ajitasyondan dolayı intihar dürtülerini artırma olasılığı hâlâ tartışılmaktadır. Birçok ilaç firması ve araştırmacı FDA ile aynı kanıda olmasa da hastaların intihar riski yönünden dikkatlice izlenmesi ve bu sürecin belgelendiğinden emin olunması gereklidir (Sommers-Flanagan & Campbell, yayında).

### Cinsel Yönelim

Gay ve lezbiyenlerin heteroseksüel gençlere göre daha fazla intihar riski taşıyıp taşımadığıyla ilgili bazı tartışmalar da vardır (Gibson, 1994; Muehrer, 1995). Bununla birlikte bir çalışma, cinsel kimlik konularında mücadele eden genç danı-

şanların ortalamanın üzerinde intihar riski taşıdıklarının göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır (McDaniel, Purcell & D'Augelli, 2001; Russell & Joyner, 2001). Genel popülasyonda olduğu gibi gay ve lezbiyen gençler arasında da madde kötüye kullanımı ve psikopatoloji ile intihar riski arasında bir ilişki mevcuttur (McDaniel ve ark., 2001).

### Travma ve İstismar Geçmişi

Ünlü terapist Donald Mecihenbaum (2006) son dönemde 35 yaş üzerindeki intihar düşünceleri olan bir hastası ile ilgili bilgi vermektedir:

> İntihar eğilimi olan bazı hastalarımla olan deneyimlerimi ve bunca yıllık klinik çalışmalarımda toparladığım klinik notlarımı gözden geçirdiğimde, hepsinde ortak olan bir şey var: Savaşa maruz kalma (ilk vakamda olduğu gibi), cinsel istismar ve soykırımdan kurtulma da dahil olmak üzere mağduriyet öyküsü (Mecihenbaum, 2006, s. 334).

Klinik araştırma sonuçları Mecihenbaum'un açıklamasını destekler niteliktedir. Özellikle ayakta tedavi gören 200 hastanın dosyalarının incelendiği bir çalışmada, çocuk cinsel istismarının intihar eğilimi hususunda depresyondan daha güçlü bir yordayıcı olduğu ortaya çıkmıştır (Read, Agar, Barker-Collo, Davies & Moskowitz, 2001). Benzer şekilde, the *National Comorbidity Survey*'in ($N$ = 5.877) verileri çocukken cinsel istismara uğrayan kadınların iki ile dört kat daha fazla, cinsel istismara uğrayan erkeklerin dört ile 11 kat daha fazla intihara teşebbüs ettiklerini göstermiştir (Molnar, Berkman ve Buka, 2001). Yakın zamanda fiziksel ya da cinsel istismara uğramak da intihar dürtülerini destekleyebilmektedir (Thompson ve ark., 1999).

### Önceki Girişimler

Önceki intihar girişimleri önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca daha ciddi girişimler daha sonraki tamamlanmış intiharlar için önemli bir yordayıcıdır.

İngiltere'de yapılan geleceğe yönelik 15 yıllık bir çalışmada özellikle kadınlar arasında, kasıtlı ve tekrarlı kendine zarar vermenin intihar girişimi için önemli bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (Zahl & Hawton, 2004). Çalışma sonunda intihar girişiminin, bir defa kendine zarar verme öyküsü olan kadınlarda % 1.9 iken tekrarlayan şekilde kasıtlı kendine zarar verme öyküsü olan kadınlarda, % 4.7 olduğu gözlenmiştir. Çalışmada kasıtlı kendine zarar verme, istemli olarak zehirlenme veya kendini yararlanmadan dolayı hastaneye başvurma olarak tanımlanmıştır. Çalışmada, tekrarlı ve kasıtlı kendine zarar verme eğiliminin hem kadınlarda hem erkeklerde ama özellikle kadınlarda daha belirgin intihar için bir risk faktörü ol-

duğu, kanaatine varılmıştır. Ayrıca yazarlar, danışanlara önceki intihar veya zarar verme öyküsünün olup olmadığının sorulmasını tavsiye etmiştir.

### Uyarı İşaretleri

İntihar riski ile ilgili başka uyarı işaretleri de vardır. Bunlar arasında (a) intihardan söz etmek, (b) intihar düşünceleri, (c) intihar planı, (d) sahip olduğu eşyaları başkalarına verme, mallarını satma vb. hazırlık işaretleri, (e) davranışlarda dikkat çekici değişimler, (f) hayatın anlamsızlaştığına veya yaşama amacını kaybettiğine dair sözel ifadeler kullanma, (g) ilişkilerde bozulma veya ayrılık, (ğ) kaçacak yer kalmayacakmış kıstırılmış hissetme bulunmaktadır. İntihar değerlendirme aracı olarak klinik görüşmede bu tür uyarı işaretlerini gözlemlemek ve bunlara yönelik notlar almak faydalı olacaktır.

### Risk Faktörlerini Birleştirme

Risk faktörlerini, aritmetik olarak üst üste ekleyerek toplayamazsınız. Toplamda çok az risk faktörü taşıyan bir danışanın intihar etmeyeceğinden kesinlikle emin olamayacağınız gibi yüksek risk taşıyan ve düzenli olarak hastanede yatan bir danışanın da intihar edeceğinden emin olamazsınız. Bir dizi araştırmacının tanımladığı gibi intihara yatkın prototip depresyonda, alkol bağımlısı, sosyal olarak izole, fiziksel problemleri olan ve ateşli silahlara ulaşabilen yaşlı beyaz erkekler olsa da toplumda bunu yapmayan birçok beyaz erkek de bulunmaktadır. Fakat gerçek hayatta, sadece prototipler yoktur ve daha önce tartışıldığı gibi intiharı yordamak hiçbir zaman kolay değildir; o yüzden, kapsamlı intihar değerlendirme görüşmesinin amacı intiharı yordamak değil, intihar riskini yordamaya çalışmak ve bu riski etkin biçimde yönetmektir.

Devam eden bölümde klinik görüşmede elde edilebilecek intiharla ilintili bilgileri gözden geçireceğiz. İlk görüşmede edindiğiniz bilgilere bağlı olarak, daha önce söz edilen risk faktörlerini ayrıca incelemek isteyebilirsiniz. Örneğin görüşmede travma, istismar vb. risk faktörlerini değerlendirmeye dahil ettiğimizi göreceksiniz. Bu konuda tam ve kapsamlı bir değerlendirme için *Uygulamaya Geçirme 9.1*'i inceleyebilirsiniz.

## İNTİHARA YÖNELİK AYRINTILI DEĞERLENDİRME

Neredeyse hepimiz hayatımızın bir noktasında intiharı düşünebiliriz. Bazılarına göre bu, yaşamak için tüm olumlu nedenlerle ilgili düşüncelerin karşı koyduğu, yalnızca geçici bir düşüncedir. Ancak bazıları için intihar ciddi bir konudur. Birkaçı için ise bu bir saplantı haline gelir. Bazı vakalarda intihar gösterileri, ölmeye yönelik ciddi bir arzudan ziyade dikkat ya da yardım çağrısıdır. Diğer va-

kalarda ise bunun tersi doğrudur: Hayat, ölümü daha tercih edilir kılacak kadar tatminsizlik, hayal kırıklığı ya da acı dolu hale gelmiştir. Ruh sağlığı uzmanlarının görevi, danışanın intihar düşüncelerinin geçici mi yoksa ciddi mi olduğunu ortaya çıkarmaktır. İntihar eğilimini incelemek için bir dizi standart değerlendirme aracı olsa da aşağıdaki bölüm danışanın intihar riskini değerlendirmede klinik görüşmeyi öne çıkarmaktadır.

Geleneksel psikiyatrik ve psikolojik intihar değerlendirme görüşmeleri şu bileşenleri içermektedir:

Önceki risk faktörlerini içeren ancak onlarla sınırlı olmayan kapsamlı bir intihar risk değerlendirmesi

Ailede benzer bir öykünün varlığı, tıbbi ve psikolojik öykü ve önceki kişisel girişimler de dahil olmak üzere kişisel öykünün alınması

İntihar düşünceleri, planları, niyet ve kontrol de dahil olmak üzere mevcut mental durum değerlendirmesi

Son yıllarda alandaki bazı öncü yazarlar ve uygulamacılar, bu konuda geleneksel yaklaşım dışına çıkmaya başlamıştır. Spesifik olarak Jobes (2006) "İşbirliğine Dayalı İntihar Değerlendirmesi ve Yönetimi"* adlı bir model geliştirmiştir. İDİDY'de, etkin bir intihar değerlendirmesi ve yönetimi için güven ve işbirliği geliştirmenin önemine vurgu yapmaktadır. Bu yaklaşım hem kuramsal hem de görgül açıdan desteklenmektedir (Jobes, Wong, Conrad, Drozd & Neal-Walden, 2005).

### İntihar Değerlendirme Görüşmesi ve Müdahalesi

İntihar düşünceleri ve davranışları eskiden beri birincil olarak bir tıbbi veya psikiyatrik müdahale ile ele alınan sıradışı bir ruhsal durum olarak görülmüştür. Bu bakış beraberinde birçok durumda bir uzman tarafından tıbbi-psikiyatrik değerlendirmeyi ve sonrasında da tıbbi bir müdahaleyi getirmiştir. Özelikle Jobes ve arkadaşları (2006), ısrarlı biçimde girişimde bulunan kişilere görece empati ve işbirliğinden uzak intihar etmeme kontratları imzalatma çabasını eleştirmektedir. Bu tıbbi model temelli yaklaşım uygulandığında amaç, kişiyi hayatta tutmak ve yasal sorumluluğu netleştirmektir. Ancak burada insani yön geri planda kalmaktadır. Jobes ve arkadaşları tarafından önerilen CAMS yaklaşımı, hem değerlendirmeyi hem de müdahaleyi yeniden düzenlerken danışanı kendi duygusal durumu

* Orijinali "Collaborative Asessment and Management of Suicidality" ve kısaltma olarak CAMS, Türkçe'de İDİDY olmaktadır. –çn

ve intihar düşüncesi için uzman olarak görmektedir. Jobes, Moore ve O'Connor (2007) bu durumu şöyle açıklamaktadır:

> CAMS yaklaşımı, danışanı zorla hastaneye yatırmanın ve "güvenlik" kontratlarının zorlayıcılığından dolayı ortaya çıkabilecek güç çatışmalarından uzaklaştırır ve danışmanı "yönlendirici uzman" statüsünden çıkarır (s. 285).

Ayrıca CAMS yaklaşımı, kontrol, güç, içsel çatışmaların dile getirilmesi gibi alanlardaki kişisel gereksinimi konusunda danışanı baş etme veya sorun-çözümü konusunda güçlendirerek görüşmeci-danışan ilişkisini eşit kılar ve güçlendirir (Jobes, 2006). CAMS modelini kullanarak görüşmeci ve danışan işbirliği içinde İntihar Durum Formu ve duruma yönelik müdahale yöntemleri üzerinde birlikte çalışabilirsiniz (Jobes ve ark., 2004).

### Yapısal Bir Eleştiri

CAMS yaklaşımı, psikiyatrik tanıyı ve insani koşulların tıbbileştirilmesine karşı çıkan yapısal yaklaşımla da tutarlıdır (Horwitz & Wakefield, 2007; Overholser, 2006; Sommers-Flanagan & Campbell, yayında). Görüşmecinin intiharla ilgili öyküyü ve diğer bilgileri almak için danışanla yaptığı görüşmedeki tutumunun bazı vakalarda depresif belirtiler ve ilişkili intihar düşüncelerini artırma olasılığı olabilir. Bu olasılık postmodern yapısalcı ve sosyal yapısalcı kuramlarınca sıkça dile getirilmektedir. İntihara yönelik resmi bir değerlendirme ve müdahale görüşmelerinden söz etmeden önce bu bilgiyi gözden geçirmek istiyoruz. Her ne kadar yapısalcı olarak bilinmese de Fred'un aşağıdaki sözleri bu görüşü destekler niteliktedir:

> Sözcükler aslında sihirlidir ve günümüz sözcükleri, geçmişten gelen sihirli güçlerini hâlâ sürdürür. Sözcüklerle bir kişi başka bir kişiyi istemli olarak mutlu edebilir veya ümitsizliğe sürükleyebilir... Sözcükler duyguları harekete geçirir ve genel manada insanlar arasında etkileşimi sağlayan etkileyici araçlardır (Freud, 1961, s. 17).

Freud, bazı sözcüklerin kullanımının danışanı etkileyeceğini ve bazı duygu durumlarını tetikleyebileceğini söylemektedir. Bir sonraki bölümde bu gözlemi doğrulayan çağdaş yaklaşımı ele alacağız.

### Ayrımsal Etkinleştirme Kuramı

Ayrımsal etkinleştirme kuramı (Differentail Activation Theory), daha önce depresif olan ve intihara meyilli kişilerin olumsuz bir duygu durumundayken bilgi

işlemleme süreçlerindeki yanlılığın arttığını ileri sürmektedir. Kuram bu durumu şöyle açıklamaktadır:

Bir kişinin öğrenme geçmişinde-özellikle depresyon epizodlarında olumsuz duygudurumu olumsuz bilgi işlemleme eğilimi ile ilişkilendirilir (bellekte, yorumlamada ve tutumlardaki yanlılıklar). Bu duygu durumuna herhangi bir dönüş bu örüntüyü tekrar canlandırır ve atıf genel, olumsuz ve benliğiyle alakalı olduğunda (örneğin "Ben başarısız biriyim; değersizim ve kimse beni sevmiyor"), nüksetme ve depresyonun tekrar yaşanma olasılığı oldukça artar (Lau, Segal & Williams, 2004, s.422).

Kuram ve kuramı destekleyen görgül araştırma bulguları, klinik görüşmede belirli sorgulama prosedürleri zaten depresyonda olan bir kişiyi daha olumsuz bir duygu durumuna sokarak olumsuz bilgi işlemleme sürecini ve intihar eğilimini artırabileceğini göstermektedir. Aslında depresyonda olan ve olmayan danışanların bu tür duygudurum tetiklenmelerinden etkilendiğini göstermektedir (lau ve ark., 2004; Mosak, 2000; Teaasdale & Dent, 1987).

Örneğin son dönemde yapılan bir çalışmada katılımcılar üç gruba ayrılmıştır: (a) intihar eğilimi olan depresif katlımcılar, (b) intihar eğilimi olmayan depresif katlımcılar ve (c) depresyon öyküsü olmayanlar (Lau ve ark., 2004). Önce katılımcılara sekiz dakika depresif bir Rus operası dinletilirken "Kendimle ilgili hoşlanmadığım şeyler var" gibi cümlelerden oluşan 40 olumsuz ifade okumaları istenmiştir. Sonrasındaki değerlendirmelerde katılımcılar genellikle duygudurumlarının kötüleştiğini rapor ederken ve uygulama sonrasında yaptıkları bilişsel sorun-çözümü görevinde uygulama öncesine kıyasla daha düşük bir performans gösterdikleri gözlenmiştir. Ayrıca intihar eğilimi olan depresif katılımcılar (yani (a) koşulundakiler), diğer karşılaştırma gruplarına oranla sorun-çözümü görevinde daha fazla hata yapmıştır. Yazarlar bu durumda "...duygudurum normale döndüğünde, bilişsel değişkenler ve koşullar normale dönebilir ancak intihar eğilimi olan depresif katılımcılar duygudurumundaki değişimlere farklı şekilde tepki verme eğiliminde olabilir" (s. 428) çıkarımını yapmışlardır. Sorun-çözümündeki bu olumsuz değişim Edwin Shneldman'ın daha sonra ele alınacak olan zihinsel daralma kavramı ile de tutarlı görünmektedir.

Genel olarak bu araştırma, insanların depresif ve intihar eğilimi olsun olmasın, duygudurumlarının çok hızlı şekilde değişebileceğini ve oldukça basit deneysel manipülasyonlardan bile çabucak etkilenebileceğini göstermektedir. Ayrıca depresif olan bireyler ayrımsal etkinleşme yaşayabileceğini ve dolayısıyla kendi, başkaları ve geleceğe dair bilişsel atıflarındaki artan oranda yanlılıklar olabileceğine işaret etmektedir. Dahası, daha önce intihar eğlimi olan bireyler, olumsuz bir duygudurumu içerisindeyken sorun-çözme becerileri de olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

*Depresyonla İlişki Sosyal, Kültürel ve Görüşme Faktörleri*

Bir önceki araştırma bulgularına ilaveten, insanlardaki depresyon ve intihar eğilimine katkıda bulunabilecek bir dizi güncel sosyal ve kültürel faktörden söz etmek mümkündür. ABD medyasında her zamankinden daha fazla depresyon ve intihara yönelik tıbbi açıklamalarla karşılaşmak mümkündür. Birçok kitap, magazin dergisi ve internet sitesi insanları, kendilerinde depresyon, bipolar bozukluk ve kaygı bozukluğu gibi birçok bozukluk ve AIDS/HIV veya diğer birçok rahatsızlığın olup olmadığı yönünde test edebileceği bilgilerle doludur. Özellilke ilaç sektöründeki reklamlar insanları, bir takım ilaçları almanın duygusal veya davranışsal sorunlarına faydası olup olmayacağını sormaları için doktorlarına başvurmalarını önermektedir. Ne yazık ki birçoğumuz kişisel bilgilerimizden veya genel bilgi olarak (zamanla 8 dk'lık Rus operası kadar güçlü etkiye sahip olabilen), kişisel eksikliklerden söz edildiğinde tepki olarak çok çabuk şekilde olumsuz bir duygudurumuna girebileceğimizi biliriz. Sonuç olarak, sürekli artan depresyon oranları ve bunlara yönelik piyasaya çıkan ilaç tedavileri ile depersif durumlara yönelik artan farkındalık arasında bir ilişki olduğunu söylemek hiç de süpriz olmayacaktır.

İntiharı değerlendirme süreci ile daha ilişkili bir durum da çoğunlukla olumsuz duygudurumların var olup olmadığına odaklanan görüşmecilerin bu durumları artırabileceğidir. Bu olasılık, bilinçli olarak neye odaklanırsak odaklanalım, ister gevşeme ister kaygı, depresyoni mutluluk vb. onun gelişme olasılığından söz eden yapısalcı kuramla da tutarlı görünmektedir. Bu durum aslında intihar değerlendirme görüşmelerinde canlandırma egzersizleri yapan öğrencilerimizin, uygulama sonrası kendilerini kötü veya depresif hissetmeleri ile de tutarlı görünmektedir.

Esas endişemiz, intihar ve depresyon değerlendirme görüşmelerindeki geleneksel medical yaklaşım, bazen altta yatan depresif biliş ve duygusal süreçlere katkıda bulunabileceğidir. Sonuç olarak, intihar değerlendirme görüşmeleri ile ilgili sonraki kısımda, bu tür görüşmelerde depresyon ve intihar eğilimine yönelik olumsuz sorular kadar olumlu deneyimler ve duygudurumlarına yönelik soruların yani bu iki durum arasında bir denge olduğunu göreceksiniz. Bu durumun iki işlevi vardır. İlki, olumlu sorular ve sorgulamalar, danışanları olumlu deneyimlere de odaklanmasına katkıda bulunur ve böylece danışanın mevcut duygudurumunu ve sorun-çözme becerilerine olumlu katkıda bulunur. İkinci olarak, danışan olumlu kişisel deneyimlere odaklanamıyorsa ve olumlu bir duygudurum sergileyemiyorsa bu durum, daha kronik ve ciddi bir depresif durum veya intihar eğilimine işaret ediyor olabilir. Genel olarak buradaki birincil olarak verilmek istenen mesaj, depresyon ve intihar değerlendirme görüşmeleri yaparken kullandığımız kelimeler, sorular ve dile her zaman dikkat etmemiz gerekitiğidir.

*Yeni Bir Danışan ve İntihara Uygun Değerlendirme Tutumu Benimsemek*

Daha güncel tedavi yaklaşımları (örneğin Diyalektik Davranış Terapisi gibi) ve

CAMS yaklaşımı ile tutarlı olacak şekilde, depresif ve intihar meyili olan danışanlarla çalışırken yeni ve farklı bir tutum benimsemeniz gerektiğini düşünüyoruz. Özellikle şu konuları dikkate alın:

Depresyon ve intihar eğilimi, kısmen herkesin yaşayabileceği koşullardan kaynaklanan doğal durumlardır. Dolayısıyla size başvuran bir danışan depresif belirtiler ve intihar eğilimi taşıyorsa bu illa da normalden sapma veya ruhsal bozukluk anlamına gelmez.

Depresif ve intihar eğilimi ile ilgili belirtiler doğal ve normaldir; bir görüşmeci olarak bunu kabul edip ona gore davranmalısınız. Bu özellikle danışan sosyal olarak izole, duygusal olarak karmaşa içinde ve diğer insanlara yük olduğunu düşünüyorsa (Johner, 2005) daha fazla önem arz etmektedir. Kendine zarar verme ile ilgili duygu ve düşünceler olsa dahi danışanın duygularını kabul edin ve dile getirmesine fırsat tanıyın.

CAMS yaklaşımında, danışanların intihar düşünceleri ve dürtülerini yargılamadan dinlemeniz tavsiye edilmektedir. Bu düşünce ve dürtüler danışanlarınızın kişiler arası ve yaşam sorunları ile baş etmek için kullandığı kişiye özel çabaların yansımalarıdır.

Sürekli olarak danışanın depresif ve intihar eğilimi ile ilgili durumunu derinlemesine sorgulamak yerine görüşmede olumlu ve yaşamak için gerekçelere de odaklanan sorular sorun. Danışanın olumlu deneyimlerini sormayı unutmak, dışarı çıkarak temiz hava almayı unutmaya benzer.

Depresyonda olan birçok insan, tedavi olsun olmasın bir şekilde iyileşebilmektedir. Ayrıca birçok insan yaşama alternatifi olarak intiharı düşünebilir ve elbette, ciddi olarak düşünen veya buna hazırlık yapan ve hatta girişimde bulunan insanlar nihayetinde yaşamayı tercih etmektedir.

Sırada son bir uyarı var. İnsanlar, kendini kötü hisseden bir kişiye intiharı alternatif olarak hatırlatacağı endişesi ile sıklıkla intihar düşüncesini direkt olarak sormaktan çekinir. İntihar düşüncesi veya dürtüsüne dair sorular sormak, olumsuz ve depresif düşünce ve duyguları derinlemesine sorgulamakla aynı şey değildir. Olumsuzlar ile birlikte olumlu ve çözüm odaklı konular arasında bir denge kurmak hem akıllıca hem de faydalı olacaktır fakat intiharı sormamak değil.

### Depresyonu Değerlendirme

Bütünlüklü bir intihar değerlendirme görüşmesi ayrıntılı bir depresyon değerlendirmesini içerir. Depresyon hem diğer intihar risk faktörleri (madde kötüye kullanımı, olumsuz sağlık koşulları gibi) ile ilişkilidir hem de önemli bir intihar yordayıcısıdır.

*DSM-IV-TR*'ye göre, depresyonun, iki temel türü vardır:

- Majör depresyon (daha akut ve şiddetli depresyon)
- Distimik bozukluk (daha kronik ve görece hafif bir depresyon türü)

## Uygulamaya Geçirme 9.1

### Ayrıntılı İntihar Değerlendirmesi İçin Kapsamlı Bir Kontrol Listesi

Risk faktörlerini inceleyip bunlara aşinalık kazandıktan sonra, uygulama ve canlandırma aktivitelerinde bulunun. Aşağıda verilen kontrol listesi, ayrıntılı bir intihar değerlendirmesi yapılacak hemen her koşulda kullanılabilir. Farklı danışanlardan bilgi almak ve uygulamaları yapmak önemlidir çünkü enerji, ortam, ayrılan zaman ve benzeri unsurlar bu bilgileri alırken sıkıntıya yol açabilir. Gönüllü bir arkadaşınızla ya da sınıf arkadaşınızla intihar değerlendirme uygulama etkinliği düzenleyin. Aşağıdaki kontrol listesini kullanarak hangi risk faktörlerinin danışanınıza uyduğunu belirleyin. Kendi kendinize listenin ne kadarını hatırladığınızı görmek için uygulamayı önünüzde liste olmadan da yapmak faydalı olabilir.

İntihar Değerlendirme Risk Faktörleri Genel Kontrol Listesi

_____ 1. Danışan yaş/cinsiyet özellikleri nedeniyle intihara yatkın bir gruptadır.
_____ 2. Danışan daha önce intihar girişiminde bulunmuştur.
_____ 3. Danışan aşırı ya da kötüye kullanım düzeyinde alkol/uyuşturucu tüketmektedir.
_____ 4. Danışan belirli bir ruhsal bozukluk için *DSM-IV* tanı ölçütlerini karşılamaktadır.
_____ 5. Danışan işsizdir.
_____ 6. Danışan evlenmemiştir, yalnızdır ya da izole yaşamaktadır.
_____ 7. Danışan fiziksel sağlık sorunları yaşamaktadır.
_____ 8. Danışan yakın dönemde önemli bir kişisel kayıp (beceri, nesne veya kişi) yaşamıştır.
_____ 9. Danışan gençtir ve cinsel sorunları vardır.
_____ 10. Danışan çocukluğunda cinsel istismara uğramıştır veya şu anda fiziksel ya da cinsel istimar kurbanıdır.
_____ 11. Danışan depresyon tanı ölçütlerini karşılamaktadır.
_____ 12. (Depresyondaysa) Danışan aşağıdaki belirtilerden bir ya da daha fazlasını deneyimlemektedir:
Panik ataklar
Genel kaygı
Zevk alınan aktivitelere yönelik ilgi kaybı veya zevk alamama
Depresif dönemlerde alkol kötüye kullanımı

**Uygulamaya Geçirme 9.2 (devamı)**

Azalmış konsantrasyon
Genel uykusuzluk

_____ 13. Danışan önemli derecede umutsuzluk, çaresizlik ya da aşırı düzeyde suçluluk rapor etmektedir.

_____14. Danışan intihar düşünceleri rapor ediyor.
Değerlendirmenizde şunlara dikkat edin:
Düşüncelerin sıklığı (Bu düşünceler ne sıklıkta ortaya çıkıyor?)
Düşüncelerin süresi (Düşünceler başladığında ne kadar süre devam ediyor?)
Düşüncelerin yoğunluğu (1 ile 10 arasında değişen ölçekte, bu düşünceler ne kadar zorlayıcı?)

_____15. Danışan intihar planından bahsetmektedir.

_____16. Danışan spesifik bir plandan bahsetmektedir.

_____17. Danışan ölümcül veya oldukça ölümcül bir plandan bahsetmektedir

_____18. Danışan intihar planını gerçekleştirmek için kullanacağı araçlardan bahsetmektedir.

_____19. Danışan yakın sosyal desteği olmadığını rapor etmektedir.

_____20. Danışan, oto kontrolünün düşük olduğunu rapor etmektedir.

_____21. Danışanın dürtüsel davranış geçmişi vardır.

_____22. Danışan geçmişte aşırı kontrollü davranmıştır veya şu an sınırlı duygusal tepkiler sergilemektedir.

_____23. Danışan orta ya da yüksek düzeyde kendini öldürme niyeti rapor etmektedir (ya da daha önce ölümcül bir girişimi vardır).

_____24. Danışan, belirgin bir iyileşme göstermiş, ruh ve sinir hastalıkları hastanesinden son dönemde taburcu edilmiştir.

_____25. Danışana, yakın zamanda, ketlemenin kalkmasıyla veya ajitasyonla ilişkili bir SSRI reçete edilmiştir.

Majör depresyon ya da distimik bozukluk tanısı koymak için danışanın, belirli ölçütleri karşılaması gerekir. Buradaki tartışmanın amacına bağlı olarak, belirli tanı kriterlerinin üzerinde daha az, depresyonun genel belirtileri üzerinde daha çok durulacaktır.

*DSM*, üç ana kategoride toplanabilecek depresyon belirtilerine ek olarak buradaki tartışmayla ilgili ilave belirtiler içermektedir.

- Duygudurumla İlgili Belirtiler
- Fiziksel Belirtiler
- Bilişsel Belirtiler
- Sosyal/Kişiler Arası Belirtiler

*Duygudurumla İlgili Belirtiler*

Depresyon *DSM-IV-TR*'de duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırıldığından, depresyon değerlendirmesine mental durum muayenesindeki duygudurum sorularıyla başlamak mantıklı olacaktır. "Son zamanlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" ya da "Benim için duygudurumunuzu tarif eder misiniz?" gibi sorular iyi bir başlangıç olacaktır. Danışanın duygudurumunun niteliğine odaklanın. Daha sonra danışanınızı doğru anladığınızdan emin olmak için söylediklerini farklı kelimelerle tekrar ifade edin (Şu anda kendinizi oldukça üzgün ve ümitsiz hissediyorsunuz gibi görünüyor).

*DSM-IV-TR*'de depresif duygudurumu "çoğu zaman, neredeyse her gün, ya öznel bildirimle (üzgün ya da boş hissetme) ya da başkalarının yaptığı gözlemlerle (ağlamaklı görünmek) depresif duygudurumu olarak tanımlanır. Not: Çocuklarda ve ergenlerde asabi bir duygudurumu da olabilir" olarak tanımlanabilir (American Psikaytri Birliği, 2000, s. 327). Sonuç olarak, "üzüntü, boşluk, ya da asabiyet (genç danışanlarda)" rapor etmek yerine danışanınız, "Sadece son zamanlarda kendimi gerçekten çok kötü hissediyorum," diyebilir. O durumda onun söylediklerini farklı cümlelerle ifade ederken (*DSM* yerine) danışanınıza benzer bir dil kullanarak cevap vermelisiniz. *DSM*'nin tanıya yönelik resmi dilini, görüşmenizde daha sonra kullanabilirsiniz.

Danışanınızın duygudurumunun *niteliğini* belirledikten sonra, duygudurumunun *niceliğini* değerlendirmeye geçmelisiniz. Burada duygudurum derecelendirmesi faydalı olabilir. Örneğin:

**Görüşmeci:** "Kendini çok kötü hissettiğini söyledin. Şimdi bilmek istediğim ne kadar 'kötü' ya da şu anda ne kadar kötü hissettiğin; genellikle kendini nasıl hissedersin ve en kötü durumdayken ne kadar kötü hissediyorsun. 1'den 10'a kadar bir derecelendirme yapsan, 1 hissedebileceklerinin en kötüsü ve 10 mutlak mutluluk olsa şu anda hissettiğin üzüntüyü nasıl değerlendirirsin?"

**Danışan:** "Bilmiyorum, tahminen ben üçe yakınım."

**Görüşmeci:** "Son zamanlarda nasılsın? Son iki üç hafta için aynı derecelendirme üzerinde, en kötü kaç düzeyinde hissettin?"

**Danışan:** "Sanırım geçen hafta sonu yaklaşık üçteydim. Şimdiye kadar en kötü o zaman hissettim."

**Görüşmeci:** "Oldukça yoğun görünüyor. Normal duygudurumun nasıl? Üz-

gün ya da depresif hissetmediğinde, normal duygudurumuna kaç verirsin?" **Danışan:** "Genel olarak mutlu bir insanım. Sanırım genel duygudurumum yaklaşık altı veya yedi."

Bu diyalogda, görüşmeci önemli değerlendirme bilgileri almıştır. Görüşmeci böylece, sayısal bir ölçek üzerinde, danışanın öznel rahatsızlığının derecelendirmesi bilgisini edinmiştir. İstatistiksel analiz seviyesinde olmasa da bu yaklaşım önemlidir; danışanın öznel rahatsızlığını sayısal olarak değerlendirmek açısından oldukça etkin bir yaklaşımdır.

*DSM*'ye göre, yetişkinlerdeki majör depresif bozukluk, iki temel duygudurum belirtilerinden biriyle karakterizedir. Belirtildiği gibi duygudurum belirtilerinden biri üzüntülü ya da depresif duygudurumunun varlığıdır. Fakat üzüntülü ya da depresif duygudurumu yokken bile yetişkin danışanlar ikinci gruptaki belirtileri, genellikle zevk veren aktivitelere ilginin azalmasını ve zevk kaybını deneyimliyorlarsa bu depresyonla nitelendirilebilir.

Danışanlar, bazen birdenbire artık keyif, ilgi duymazlar ya da eğlenmez. Beklendiği gibi hayat da daha az değerli görünmeye başlar. Zevk alamama olarak da bilinen bu duygudurum belirtileri, intihar olasılığını artıran özel depresif belirtilerdir. Sonuç olarak, intihar değerlendirmesi yapan görüşmeciler her zaman danışanın olağan sosyal, eğlence, cinsel ya da diğer eğlenceli aktivitelerden kişisel haz alıp almadığını kontrol etmelidir.

Danışanın duygudurum tepkilerini göstermemesi, depresyon türlerini ayırt etmemize yardım edebilecek diğer bir durumdur. Bu durum, zevk almamaya benziyorsa da biraz daha farklıdır ve genellikle doğrudan sorularla değil, doğrudan gözlemle değerlendirilebilir. Özellikle depresif danışanlarla görüşme yaparken olumlu olaylardan söz ediyorken de tepkilerini gözlemlemelisiniz. Alternatif olarak, seansta umut ya da benzeri diğer olumlu faktörlerden söz ettiğinizde danışan gülümsemeyebilir ya da farklı bir duygudurumu sergilemeyebilir.

Suçluluk hissi ve umutsuzluk, depresyonla ilişkili diğer duygusal durumlardır. Ancak bunları burada tartışmak yerine, bilişsel belirtiler bölümünde ele alacağız çünkü bazı duygusal durumlar, genellikle spesifik ve güçlü bilişler tarafından yaratılır ya da düzenlenir (bir sonraki bölüme bakınız).

*Fiziksel Belirtiler*

Depresif danışanlar, depresyonlarının bir parçası olarak sık sık fiziksel belirtiler gösterir. Psikiyatristler bu belirtileri, genellikle bitkisel hayat ya da nörovejatatif işaretler olarak adlandırır ve onları biyolojik depresyonun başlıca özellikleri olarak görür (Morrison, 1993). Depresyonun bu fiziksel işaretleri/belirtileri ile ilgili en ilginç nokta, çoğunun iki yönlü olmasıdır. Diğer bir deyişle, danışan bir sürekliliğin ya bir ucunu ya da diğer ucunu deneyimleyebilir. Depresyonda olan danışanlar çoğunlukla şunları rapor eder:

- İstemsiz belirgin kilo kaybı ya da kilo alımı.
- Nerdeyse her gün iştahta azalma ya da artma.
- Nerdeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
- Ajitasyon belirtileri (aşırı ya da gereksiz hareketler) ya da psikomotor yavaşlama (olağandan daha az hareket).

Fiziksel belirtilerin ilk üçü, genellikle danışanlara sorularak doğrudan değerlendirilebilir. Psikomotor, ajitasyon/yavaşlamayla ilgili doğrudan sorgulama mümkünse de mental durum muayenesi bölümünde belirtildiği gibi bu belirti ayrıca danışanın davranışlarını doğrudan gözlemleyerek de değerlendirilebilir.

Depresyonun diğer önemli fiziksel belirtisi yorgunluktur. Depresif danışanların yaygın olarak enerji seviyeleri düşüktür; bazen sürekli yorgunluk nedeniyle günün çoğunu ya da tümünü yatakta geçirir. Danışanın genel enerji düzeyinin eski yüksek halinden farklı olup olmadığı doğrudan sorulan sorularla değerlendirilebilir. Bununla ilişkili olarak, zevk alamamanın bir belirtisi olan cinsel isteksizlik yorgunluktan kaynaklanabilir ya da yorgunluk cinsel isteksizliği artırabilir.

Fiziksel belirtileri sorgulama genel olarak aşağıdaki gibi konuları içeren açık uçlu sorular ile yapılabilir:

"Enerji düzeyiniz nasıl?"
"Enerji düzeyiniz öncekinden daha iyi, kötü veya her zaman olduğu gibi mi?"
"İyi uyuyabiliyor musunuz?"
"Uyumak için yattığınızda ne gibi düşünceler sizi rahatlatıyor?"
"Sizi uyanık tutan ne gibi düşünceler aklınızdan geçiyor?"
"Ne tür yiyecekleri seversiniz?"
"En son ne zaman iştahınız normaldi?"

*Bilişsel Belirtiler*

Danışanlar depresyondayken sıklıkla çok çeşitli, olumsuz bilişler deneyimlerler. Bazı kuramcılar danışanın bilişlerinin depresyona neden olduğuna inansa da bazıları danışanın düşüncelerinin bir yan ürün ya da ikincil bir depresif özellik olduğuna vurgu yapmaktadır. Depresif bozukluklar doğru tespit edildiğinde, bilişsel özelliklerin doğası gereği birincil mi yoksa ikincil mi olduğu çok az önem taşır çünkü *DSM*'yi hazırlayanlar da dahil olmak üzere herkes belirli bilişsel faktörlerin varlığının depresyona işaret ettiğini bilir.

En yaygın bilişsel faktör değersizlik, suçluluk ve umutsuzluktur. Değersizlik ya da yetersizlik düşünceleri ve duyguları doğrudan değerlendirilmelidir. Faydalı olabilecek sorular şunlar olabilir:

- Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- Bana son dönemlerde kendinizle ilgili özellikle iyi hissettiğiniz bir zamandan bahsedin.
- Son günlerde, kendinizi kişisel yetersizliklerinizle ve eksikliklerinizle ilgili çok fazla düşünürken yakalıyor musunuz?

Depresyonun bilişsel özellikleriyle ilgili temel bir konu da *odaklılık* kavramıdır. Depresyondaki danışanlar genellikle olumsuz düşüncelere odaklıdır ya da bu düşünceler onları zihinsel olarak tüketir. Bu değersizlik hissi için de geçerlidir fakat suçluluk ya da pişmanlık söz konusu olduğunda durum daha nettir. Depresyondaki bazı danışanlar, herhangi bir şeyi düşünmekte zorluk yaşar fakat konu ne olursa olsun onun hakkında kendilerini suçlu hisseder. Danışanlar önüne bakıp kendini ya da sevdikleri birini hayal kırıklığına uğrattıkları olayı düşünmekten vazgeçemiyor gibi göründüğünde, görüşmeci olarak, bu suçluluk sürecini neredeyse doğrudan gözlemleyebilirsiniz.

"Normal" ya da geçici üzüntü hisleri, genellikle aşırı, ısrarcı ya da tekrarlayan değersizlik, suçluluk düşünceleri ve duyguları içermez. Buna karşın, orta ya da şiddetli düzeyde depresyonu olan danışanlar değersizlik hissi veya gerçek, abartılı, hayali bir günahın ya da sınırı aşmanın getirdiği yükü rapor eder.

Sizin sayılara olan yakınlığınıza ve danışanınızın derecelendirme işine (duygudurumuyla ilgili belirtilerin tanımlandığı bir önceki ayrımda olduğu gibi) duyarlılığına bağlı olarak, depresyon değerlendirmesinin bir noktasında ek derecelendirmeler almak isteyebilirsiniz. İntiharla ilişkilendirilmiş özellikle önemli bir bilişsel belirti de umutsuzluktur. Derecelendirme görevini şöyle sorarak tekrarlayabilirsiniz:

> "Şimdi daha önce bahsettiğimiz 1'den 10'a kadar olan aynı ölçek üzerinde, bu sefer 1'in anlamı hayatınızın düzeleceğine dair hiç umudunuzun olmaması ve 10'un anlamı da hayatınızdaki her şeyin düzeleceğine, kendinizi daha iyi hissetmeye başlayacağınıza dair tamamen umut dolu olmanız olsun; kendinizi nasıl derecelendirirsiniz?"

Danışanınızın umutsuzluk duygusuyla ilgili fikir sahibi olmanız iyidir çünkü geleceğe umutsuz bakmak, depresyonun daha doğru bir göstergesi olabilir (Ellis, 2006a). Danışanlar gelecek için umut beslediğinde, intihar olasılığı görece düşüktür. Kısa ve uzun vadeli hayat planlarına yönelik hedeflerini belirten danışanlar çok az umut, plan ya da hayalden bahseden danışanlara göre daha az intihar riski taşır.

Umutsuzluk, "Bazı şeylerin değişeceğinden emin değilim" ya da "Kendimi bildim bileli böyle hissediyorum ve muhtemelen de her zaman böyle hissedeceğim,"

gibi ifadelerle kendini gösterebilir. Buna karşın, danışanın geleceğe yansıtma becerisi ve yapıcı ya da eğlenceli planlar yapması, umudun önemli bir göstergesidir.

Şiddetli depresyonu olmayan danışanlarda bu görülebilir. Kısacası, gelecek-odaklı sorular umutsuzluğu değerlendirirken faydalıdır.

- Yarın için planlarınız neler?
- Bundan beş yıl sonra ne yapıyor olacaksınız?
- Yakında ya da herhangi bir zamanda daha iyi hissetmeye başlayacağınızı düşünüyor musunuz?

Ayrıca danışanın geçmiş deneyimine özel veya üçüncü şahıslarla ilgili sorular danışanın umutsuzlukla değerlendirilmesinde kullanılabilir:

"Kendinizi durgun hissettiğinizin farkındayım. Geçmişte kendinizi iyi hissetmek için neler yapardınız?"
"Sizin gibi şeyler yaşayan samimi bir arkadaşınıza ne önerirdiniz?"

Depresif düşünme tarzı ile ilişkili diğer önemli özellik de çaresizliktir. Danışanların bakış açısından çaresizlik, kendilerini daha iyi hissetmek için gerekli değişiklikleri yapmak konusunda yetersiz olduğuna yönelik inanç ya da duygu anlamına geliyor olabilir. Çaresizlik rapor etmeleri, görüşmeciden dolaylı bir yardım isteği olabilir. Kendi hayatlarındaki değişiklikler üzerinde etkili olamasalar da sizin bunu yapacağınıza inanabilirler.

Depresyondaki danışanlar ayrıca ek bilişsel belirtiler sergiler; bunlar: (a) konsantrasyon zorlukları ("Konsantre olmanıza ne yardımcı olur?") (b) ölüm ve intiharla ilgili tekrarlayan düşünceler ("Ölümle ilgili düşünceleriniz oluyor mu?" veya "Hayatı yaşanır kılacak ne gibi düşünceleriniz var?") (c) karar verme veya problem çözme zorlukları ("Kendinizi ne zaman zinde hissedersiniz?") (d) zihinsel kısıtlama veya alternatif çözümleri görememektir ("Daha iyi hissetmek veya daha olumlu düşünmek için neler yapabilirsiniz?").

*Sosyal/Kişiler Arası Belirtiler*

Depresyonun en yaygın kişiler arası göstergesi arkadaşlardan, aileden ve olağan sosyal aktivitelerden kopmaktır. Bu gibi duygusal kopmaların işaretlerini iyi dinleyin çünkü bazen depresyondaki danışanlar izole olduğunun tam anlamıyla farkında olmaz. Bütün resmi göremediğinizde, danışanı tanıyan kişilerden de bilgi almanız gerekebilir. Bilgi veren kişiler depresyondaki arkadaşlarını ya da aile üyelerini değişmiş, uzak, ulaşması zor, ümitsiz veya son derece alıngan ve huzursuz olarak tanımlayabilir.

**Kişisel ve Aile Öyküsü**

Kişisel öykü ile ilgili stratejiler Bölüm 7'de ele alınmıştı. İntihar eğilimi olan kişilerle görüşme yaparken Bölüm 7'de anlatılan aile soyağacı veya genogram faydalı olabilir.

Görüşmeci, kişisel ve aile öyküsünü alırken danışanın şahsen ve aile üyelerinin önceki intihar girişimleri veya kendine zarar verme öyküsünü almaya özen göstermelidir. Hastaneye başvurma veya yatma ile sonuçlanan daha evvelki girişimler ve tekrarlı kendine zarar verme sonraki girişimlerin ciddi bir yordayıcısıdır (Haw ve ark., 2007). Bazı durumlarda görüşmeci, aile öyküsü veya genogram için yeterli zaman ayıramayabilir ama en azından tamamlanmış intihar ve girişim konularına dair sorular sorabilir ve danışan için bu tür duygusal açıdan sıkıntılı konulardan söz ederken empati gösterip destek verebilir.

### İntihar Düşüncesini Sorgulamak

Risk faktörlerini ve depresyonunu değerlendirdikten sonra danışanınızın intihar riski olduğu ile ilgili endişeleriniz varsa doğrudan ve soğukkanlılıkla ona intihar düşüncelerinin varlığı ya da yokluğu hakkında sorular sormalısınız. Bu oldukça zor olabilir. Yeni mezunlar görüşmelerde en zor alanların genellikle *intihar* ve *cinsellik* hakkında soru sormak olduğunu söyler. Pek çok kişi için zor soruları ayrıntılı, şefkatli, profesyonelce ve soğukkanlılıkla sormayı öğrenmek uygulama deneyimi gerektirir (bu nedenle gidip meslektaşlarınızla cinsellik ve intihar kelimelerini söyleme alıştırmaları yapmalısınız). Ayrıca Hahn ve Marks'ın (1996) yürüttüğü çalışmada, önceden intihar eğilimi olan danışanların yüzde 97'sinin ilk görüşmede eski intihar girişimlerinden bahsetmek konusunda en azından nötr ya da istekli olduğunu aklınızda tutmanız faydalı olabilir.

İntihar düşüncelerini sormanın tuhaflığı ile baş etmenin bir yolu da rahat hissettiğiniz kelimelerle standart bir soru geliştirmenizdir. Örneğin:

> "Her görüşmede standart bir uygulama olarak değindiğim ve sorguladığım bir başka konu daha var; şimdi size onu soracağım: Hiç ölüm veya intihar hakkında düşünceleriniz oldu mu?"
> "Yüzde 10 ile yüzde 20 arasında değişen oranda ergenlerin intihar düşüncelerinin olduğunu okumuştum. Bu senin için de geçerli mi?"
> "Bazen insanlar kendini kötü, umutsuz veya depresif hissettiğinde aklından bir çözüm yolu olarak intihar geçer. Hiç bu tür kendine zarar verme düşünceleri geçti mi aklından?"

İntiharla ilgili doğrudan soru sormanın kişinin kafasına bu fikirleri yerleştireceği korkusu yaygındır. Ancak bu durumun olduğunu gösteren hiçbir klinik kanıt

yoktur (Jobes, 2006). Tersine, danışanların çoğu intihar düşünceleriyle ilgili konuşma konusunda rahatlamaktadır (Hahn ve Marks, 1996). Ayrıca kendine zarar veren düşüncelerin paylaşılmasına yönelik bu davet, sizin bu konuyla ilgili rahat hissettiğiniz, durumu kontrol altına aldığınız ve problemi ele alma yetkinliğiniz olduğu konusunda danışana güvence verecektir.

Intihara eğilimli danışanların çoğu ama hepsi değil, soru sorulduğunda kendine zarar veren düşünceleri olduğunu çabucak kabul eder. Bazıları, belki de oto kontrollerini doğrulamak için bu tür düşünceleri kabul etmeyebilir. Kabul etmezlerse rahat bir nefes verip hemen konunun peşini bırakmayın. Kişi için bu gibi düşünceleri kabul etmeyi daha kolay hale getirmelisiniz. Wollersheim (1974), şu örneği vermektedir:

> Bu soruyu sordum çünkü neredeyse herkes hayatı boyunca zaman zaman intiharı düşünür. Bu düşüncede anormal hiçbir şey yoktur. Aslında bunalımdayken bu durum çok normal bile gelebilir. Düşüncenin kendisi zararlı değildir. Ancak kendimize zarar vermeyi dikkatle ve sıklıkla düşündüğümüzü fark edersek bu bir şeylerin kötü gittiğinin işareti olabilir. Bu durum, hayatı daha tatmin edici kılmak için biraz çaba göstermeye başlamak gerektiğinin işareti olabilir (s. 223).

Danışan intihar düşüncelerini kabul ettiğinde bu düşüncelerin başlangıcı, sıklığı, öncül faktörleri, yoğunluğu ve süresi araştırılmalıdır. Tabii ki bu konular işbirliği içinde ele alınmalıdır. İntihar düşüncelerini ve değişkenliğini sorgulamak, danışanın intihar planının olup olmadığını sorgulamaya doğru devam etmelidir (Busch & Fawcett, 2004).

### İntihar Planlarını Değerlendirmek

Bir kez görüşmeciyle olumlu ilişki kurulduğunda, danışanların çoğu intihar planlarıyla ilgili en azından bazı detayları verir. Danışanınızın planını araştırmaya aşağıdaki gibi bir soruyla ve onun söylediklerini farklı kelimelerle ifade ederek başlamak yararlı olacaktır:

"Bazen, ölseydiniz herkes için daha iyi olacağını düşündüğünüzden bahsettiniz. Peki, bu düşüncelere göre hareket etseydiniz kendinizi nasıl öldüreceğinize dair planınız var mı?"

Birçok danışan intihar planlarıyla ilgili sorulara, aslında intihar düşüncelerini gerçeğe dönüştürmek gibi bir planları olmadığı güvencesini vererek cevap verir. Din, korku, çocuklar ve hayatta kalmak için farklı nedenler ileri sürebilirler. Tipik olarak "Ah, evet bazen intiharı düşünüyorum fakat bunu hiçbir zaman yap-

mayacağım," diyebilirler. Danışanın yaşamak için nedenlerini duyduktan sonra yeterince rahatlayabilir ve onun intihar planlarını daha fazla sorgulama ihtiyacı hissetmeyebilirsiniz. Ancak danışan olası intihar planından bahsederse bu planı daha fazla araştırmak gerekecektir.

Danışanın intihar planını araştırır ve değerlendirirken şu dört noktayı incelemelisiniz (Miller, 1985): (a) Planın belirliliği (*specificity*); (b) yöntemin ölümcüllüğü (*lethality*); (c) önerilen yöntemin ulaşılabilirliği (*availability*) ve (d) sosyal ve yardım kaynaklarının yakınlığı (*proximity*). Bu dört sorgulama alanının İngilizce kısaltması olan BÖÜY [İngilizce kısaltması ile SLAP] kolaylıkla hatırlanabilir.

### Belirlilik

Belirlilik (*Specificity*), danışanın intihar planındaki detaylar anlamına gelmektedir. Danışanın intiharı tamamlamak için gerekli olan detaylarla ilgili düşünceleri var mıdır? Genelde, plan ne kadar belirli veya belirginse intihar riski o kadar fazladır. Bazı danışanlar açıkça intihar yönteminin taslağını çıkarır. Bazıları bu sorudan kaçarken bazıları ise şöyle der: "Ah, ölseydim her şey ne kadar kolay olurdu diye düşünüyorum ama gerçekte bir planım yok." Bu noktada, danışanı planının ayrıntıları ile ilgili ne kadar zorlayacağınız sizin klinik yargınıza kalmaktadır.

Bu çeşit bir sorgulama, iki önemli amaca hizmet eder. İlk olarak, danışana intihar planı yapmanın olağandışı olmadığı güvencesini verir. İkinci olarak, soru danışanın intihar planıyla ilgili düşünceleri olduğunu varsayar ve onları sorgular. Yine pek çok vakada, Wollersheim'in (1974) tavsiyesine uyup danışanın olumlu cevabını normalleştirmenizi ve kolaylaştırmanızı öneriyoruz:

> "İntiharı düşünen insanların, bunu nasıl yapabileceği ile ilgili en azından gelip geçici düşünceleri vardır. İntihar etmeye karar verirseniz bunu nasıl yapacağınızla ilgili ne düşünüyorsunuz?" (s. 223)

Yapısal görüş açısından Wollershiem'ın (1974) yaklaşımı danışanı daha olumsuz bir duygudurumuna sürükleyebilir, intihar düşüncelerinde artışa yol açarken problem çözme tutumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Öte yandan, geleneksel intihar değerlendirme modelleri bu tür düşünce ve planların kapsamlı olarak değerlendirmesini gerekli görmektedir. Örneğin Packman ve arkadaşları (2004), "Klinisyen, her birine uygun şekilde ve zaman ayırarak hazırlanarak çeşitli yöntemlerle bilgi toplamalıdır (s. 88).

Bir görüşmeci olarak, danışanın önceki intihar girişimlerini veya planlarını ayrıntılı şekilde derinlemesine sorgulamanın gerçekten yararlı olup olmayacağı önemli bir sorudur. Tıbbi-tanısal öngörü açısından ayrıntılı bilgi önemli görünse de yapısal yaklaşım açısından bu olumsuz etkiye sahip bir girişim olacaktır. Bu in-

tihar değerlendirmelerinde paradoksal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir tarafta Clark'ın (1998) vurguladığı gibi, düşüncelerin zihni ne kadar meşgul ettiği, zamanlaması, prova edilip edilmediği gibi deneyimsel ayrıntılar intihara yönelik risk artışına işaret eder ve bu yüzden önemlidir. Öte yandan, intihar planlarının ayrıntılı biçimde aşama aşama sorgulanması bir ölçüde bu tür düşüncelerin zihni daha fazla meşgul etmesine ve intihar planına ilişkin bilişlerin canlanmasına katkıda da bulunabilir.

Bu ikircikli konu için görüşmecinin işbirlikçi bir yaklaşımı benimsemesi gerektiğini düşünüyoruz (Jobes, 2006). Bilginin alınmasının gerekli olduğuna inanıyorsanız danışan ile işbirliği ve ittifak içinde bilgi alın. Ayrıca ilerledikçe olumlulara vurgu yapan soruları uygulamanıza muhakkak ekleyin. Örneğin:

"İntiharla ilgili düşüncelerden kurtulmak için neler yaptınız?"
"İntihar hakkında düşünürken kendiliğinden yaşama isteğinizi pekiştiren ne tür düşünceler aklınıza geldi?"
"Az evvel intihar planlarınıza ilişkin konuştuk; şimdi de yaşam planlarınız ile ilgili konuşalım."
"Bu tür intihar düşüncelerinizle baş etmek için elinizdeki olumlu yönleriniz veya içsel kaynaklarınız neler?"

*Ölümcüllük*

Öldürücülük *(Lethality)*, intihar planının uygulanmasının ne kadar hızla ölüm getireceği anlamına gelmektedir. Öldürücülük arttıkça intiharı tamamlama riski de artar. Öldürücülük, belirli bir yöntemin nasıl kullanılacağına bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Danışanınızın yüksek intihar riski taşıdığını düşünürseniz sadece hangi yöntemi seçtiğini değil (ateşli silahlar, aşırı toksik doz, jilet gibi) bu yöntemi nasıl uygulayacağını da sorgulamalısınız. Örneğin danışanınız karnına, şakağına ya da ağzına ateş ederek mi vurmayı planlıyor? Aspirin mi yoksa siyanür mü içmeyi planlıyor? Planı, jiletle bileklerini mi yoksa boğazını mı kesmek? Her örnekteki, ikinci alternatif, kuşkusuz ki daha ölümcül.

*Ulaşılabilirlik*

Ulaşılabilirlik *(Availability)*, danışanın intihar planını ne kadar çabuk uygulayabileceği anlamına gelir. Planın hemen gerçekleştirilebilmesi için kullanılacak araçlar ulaşılabilir midir? Danışan belirli bir ilacı aşırı dozda almayı planlıyorsa bu ilacın ulaşılabilir olup olmadığını kontrol edin. (Şu düşünceyi aklınızdan çıkarmayın: Pek çok kişi intihar girişimi için evlerindeki ecza dolaplarında gereğinden fazla ilaç bulundurur.) Zaten açık olanı vurgulayacak olursak danışan aracını uçurumdan aşağı sürerek intihar etmeyi planlıyorsa ve ne araba ne de uçurum mev-

cutsa risk kendisini vurmayı planlayan ve yatak odasında dolu bir silah bulunan kişiye göre daha düşüktür (Hawton, 2007).

*Yakınlık*

Yakınlık (*Proximity*), sosyal desteğin yakınlığı anlamına gelir. Yardım kaynakları ne kadar yakındadır? Danışan intihar girişiminde bulunduğunda müdahale edecek ve onu kurtaracak kişiler var mıdır? Danışan ailesiyle mi, oda arkadaşıyla mı yaşamaktadır? Danışan yakınında hiçbir arkadaşı ya da tanıdığı/komşusu olmadan mı yaşamaktadır? Danışan gününü çoğunlukla yalnız mı yoksa etrafında insanlarla mı geçirmektedir? Genel olarak, danışan yardım kaynaklarından uzaklaştıkça intihar riski artmaktadır.

Danışanla düzenli görüşüyorsanız belirli aralıklarla planı hakkında sorular sormalısınız. İntihar planları değişebilir; bu değişiklikleri gözlemek danışanın intihar riskiyle ve ilerlemesiyle ilgili son gelişmelerden haberdar olmanızı sağlayacaktır. Jobes ve arkadaşları (2007), peşpeşe üç seans intihar düşünceleri, planları ve davranışları rapor edilmeyene kadar, her seansta yapılan işbirlikçi bir yeniden değerlendirmenin sürdürülmesini önermektedir.

## Danışanın Otokontrolünü ve Geçmişteki ya da Ailesindeki İntihar Girişimlerini Değerlendirmek

İntihar riskini değerlendirirken danışanın otokontrolüne inancını da değerlendirmelisiniz. Kontrolünü kaybetmekten ve intihar girişiminde bulunmaktan korkan kişiler de yüksek risk altındadır. Danışanın otokontrol algısını doğrudan sormak önemlidir. Şöyle sorabilirsiniz: "Bunu şu anda yapmak istemeseniz bile sonra kontrolünüzü kaybedebileceğinizle ve kendinizi öldürmeye çalışacağınızla ilgili hiç endişeleniyor musunuz?" Ayrıca danışanın genel otokontrol düzeyini de sorgulayabilirsiniz ve otokontrolünde son zamanlarda görülen değişiklikleri sorabilirsiniz. Danışan kontrolü kaybetmekten korktuğunu kabul ederse intihar riski yükselmiş demektir. Danışan daha fazla içsel kontrol hissedene kadar, dışsal kontrolün sağlanabileceği hastaneye yatma ya da diğer değişiklikleri artık dikkate alma zamanı gelmiş olabilir.

Danışanın benlik kontrolünü ayrıntılarıyla araştırmalısınız. Danışanın geçmişte intihara yönelik düşünceleri olduysa kontrolünü kaybedip intihar etmekten alıkoyan şeyin ne olduğunu sorun. Bu bilgi, değerli bir terapötik müttefik olabilir. Geçmişte işe yarayan bir şeyin, yeniden işe yarama şansı yüksektir. Örneğin danışanınız aşağıdakine benzer ifadelerde bulunabilir:

**Danışan:** "Evet, genellikle gece geç saatlerde kontrolümü kaybetmekten korkuyorum."

**Görüşmeci:** "Gece en zorlu zamanmış gibi görünüyor."

**Danışan:** "Gece yarısından nefret ediyorum."

**Görüşmeci:** "Yani, gece geç saatlerde, özellikle gece yarısı civarında, bazen kontrolünüzü kaybetmekten ve kendinizi öldürmekten korkuyorsunuz. Fakat şimdiye kadar bunu yapmanızı engelleyen şeyler oldu."

**Danışan:** "Evet, çocuklarımın sabah onları uyandırmaya gitmediğimde nasıl hissedeceklerini düşünüyorum. Bu düşünce kafamda yankılanmaya başlıyor. Bu, beni gerçekten intihar etmekten alıkoyuyor."

Bir önceki gibi kısa bir söyleşinin, ne danışanın güvende olduğuna ne de danışanın hastaneye yatmasının gerektiğine karar vermek için yeterli olduğu düşünülmemelidir. Fakat danışanın çocuklarına olan sevgisi gibi güçlü hafifletici faktörler otokontrolünün kaybına karşı işe yarayacaktır.

Danışanınızın geçmişinde dürtü kontrolü problemi olup olmadığını bilmek onun kontrolünü kaybetme ve intihar etme eğiliminin olup olmayacağını belirlemede size yardım edebilir. Örneğin danışanın ani sözel çıkışlara ya da fiziksel kavgalara karşı eğilimi varsa bu dürtü kontrolünde problem olduğuna ve artan intihar riskine işaret edebilir. Ayrıca çoğu zaman duygusal olarak aşırı kontrollü ancak ender durumlarda kontrolü *tamamen* kaybeden kişiler de daha fazla risk altında olabilir. Bu tür kanaate dayalı kararlar vermek çok stresli olduğundan, kontrolü kaybetme korkusu rapor eden bir danışanız varsa hemen süpervizyon ya da danışmanlık aramalısınız.

### İntihar Niyetini Değerlendirmek

İntihar risk değerlendirmesinin bir diğer bileşeni, danışanın intihar niyetini sorgulamaktır. İntihar etme niyeti öz-bildirim, arkadaş ya da aile bildirimi ile ya da davranışsal gözlemle belirlenebilir. Aslında niyeti değerlendirmek, danışanların kendini öldürmeyi amaçladığını gösterecek şekilde konuşup konuşmadığına ya da buna yönelik hareket edip etmediğine karar vermeyi gerektirir.

Bazı danışanlar kendilerini öldürme çabalarında ısrarcı ve yaratıcıdır. İğne, jilet ve tehlikeli pek çok madde yutan danışanlar olabilir (örneğin Drano ve Campho Phenique). Bazıları kendilerini boğmak için derin sulara atlamış olabilir. Bazıları ise yastık kılıflarıyla kendilerini asmayı ya da soda şişesi veya kutusuyla bileklerini kesmeyi başarmıştır. Bazı danışanların kendilerini nasıl öldüreceğine dair dikkatle hazırlanmış planları olabilir ya da hayatlarına son verebileceği herhangi bir araçtan yararlanmaya hazır olabilir. Burada söylenmek istenen, bu danışanların kendilerini öldürme *niyetlerinin* olmasıdır; umutsuzca kendilerine zarar vermenin yollarını aramışlardır. İntihar niyeti sıklıkla danışanın önceki girişimlerinin ölümcüllüğü ile ilişkilidir (Kumar ve ark., 2006).

Niyet "hiç yok, hafif, orta, şiddetli ve aşırı düzeyde" türünde bir derecelendirilmeye tabi tutulabilir. Ancak daha önce tartışılan duygudurumunun ve umutsuzluğun öznel derecelendirilmesinden farklı olarak, bu kez danışanlardan niyetlerini derecelendirmelerini istemek bir fayda sağlamayacaktır. Niyetleri şiddetli ve aşırı ise muhtemelen, sizin onları hayatta tutmak için hastaneye yatıracağınızın farkında olduklarından bunu kabul etmeyecek veya dile getirmeyeceklerdir (Freedenthal, 2007). Dolayısıyla niyet dolaylı olarak ölçülmelidir ya da danışanın planına, geçmişteki intihar girişimlerine ve genel tavırlarına bağlı olarak yorumlanmalıdır. Niyet ne kadar yüksekse intihar riski o kadar artacaktır.

## İNTİHARA MÜDAHALE ETMEK

Aşağıdaki yönergeler, kusursuz olmasa da intihar gibi bir kriz esnasında durumu nasıl ele alacağınızla ilgili temel fikirler edinmenizi sağlayacaktır. Yönergeler, Shneidman'ın (1996) intihara eğilimli danışanlarla çalışan terapistlere verdiği şu tavsiyeyle tutarlı görünmektedir: "Acıyı azaltın, engelleyicileri kaldırın, baskıyı azaltın; en azından az da olsa bu üçünü yapın" (s. 139).

### Dinlemek ve Empatik Olmak

İntihara eğilimli danışanlarla tedaviye yönelik çalışırken ilk kural, onların düşüncelerini ve duygularını dikkatle dinlemektir. Genellikle intihara eğilimli danışanlar kendini izole hisseder ve bu nedenle onlarla empatik bağ kurmak gereklidir. Depresif ya da intihar düşüncelerini ve duygularını şimdiye kadar hiç kimseyle açıkça tartışmamış olabilirler. Sonuç olarak, onların ne kadar perişan ve umutsuz hissettiğini doğru algıladığınızı bilmelerine fırsat verin (Shneidman, 1980, 1996).

Açıkçası danışan intiharla ilgili konuşmaya başladığında, şok ya da sürpriz ifadeleri takınmaktan kaçınılmalıdır. Bunu söylemek yapmaktan daha kolaydır fakat danışanın düşüncelerini ve duygularını bir durum olarak ele almalısınız. Bu, danışanınıza sizin daha önce benzer meselelerle uğraştığınızı gösterecektir ve onların deneyimlerinin tamamen olağandışı olmadığı konusunda güven verecektir. Bazı durumlarda, intihar dürtülerinin doğal tepkiler olduğunun farkında olarak aşağıdakine benzer bir ifadeyle açıkça güven verici ve destekleyici olmak isteyebilirsiniz:

> "Yakın zamanda karınızı, işinizi ve sağlığınızı kaybettiğiniz için bazı zorluklar yaşadığınızdan bahsettiniz. Sizin durumunuzda kendini öldürmeyi düşünmek hiç de olağandışı bir durum değil. Sizin durumunuzdaki pek çok kişi hayatın yaşamaya değer olup olmadığını sorgulayabilir."

### Terapötik İlişki Kurmak

Danışanınıza empatiyle yaklaşmaya çalışırken onunla terapötik ilişki kurmaya da çalışmalısınız. İDİDY (CAMS) yaklaşımında değerlendirme için İntihar Durum Değerlendirme Formu (İDDF) kullanılmaktadır ancak değerlendirme sadece intihar riskiyle ilgili objektif bilgi toplama amacıyla yapılmaz. Değerlendirme aslında görüşmecinin, "danışana özel" bu durumu daha iyi anlaması için yapılır (Jobes ve ark., 2007). İntiharı değerlendirme görüşmesinde İDDF'yi standart bir form olarak kullanma veya standart bir yaklaşım olmadan duruma özgü bir tutum takınma kararı verirken temel prensip aynı olmalıdır: Değerlendirme sürecinin amacı, olumlu bir ittifak kurrarak birlikte çalışmak için işbirliği kurmak ve empatik davranmaktır. Danışanınızı değerlendirirken umut aşılayan empatik bir yaklaşım faydalı olacaktır:

> "Şu anda muhtemelen yaşamın çok da değerli olmadığını düşünüyorsunuz ama bu fikirlerin değişebileceğini ve büyük olasılıkla durumun sizin için daha iyi olacağını bilmenizi isterim. Gerçek şu ki, depresyona giren hemen herkes bunun üstesinden gelir ve kendini daha iyi hisseder ve bu "daha iyi hissetme" sürecini terapiye katılarak hızlandırabilirsiniz."

Araştırmalar, psikolojik ya da duygusal rahatsızlığı olan, depresyondaki kişilerin olumlu olayları ya da duyguları hatırlamada güçlük çektiğini göstermektedir (Lau ve ark., 2004). Danışanlarınızın olumlu olayları ve geçmişteki olumlu duygusal deneyimleri hatırlamasına yardım edebilirsiniz. Bu arada depresyondaki ve intihara eğilimli pek çok danışan için olumlu herhangi bir şeyi hatırlamanın kolay olmadığı konusundaki empatik yaklaşımınızı sürdürmelisiniz.

Son olarak, intihara eğilimli danışanlar sizin ne söylediğinize kulak vermekte zorlanabilir. Depresyondaki ve intihara eğilimli danışanlarla çalışırken zaman zaman önemli mesajları tekrarlayarak yavaş ve açık konuşmalısınız.

### İntihar Önleme Kontratları

İntihar önleme kontratları, ilgili literatürde ilk olarak 1970'lerde ortaya çıkmıştır (Drye, Goulding & Goulding, 1973). Son zamanlarda ise ruh sağlığı uzmanlarının görev aldığı bakım hizmetlerinde bu tür kontratlar neredeyse standart hale gelmiştir. Bir yaşam çizgisi ve sorumluluk belgesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak intiharı değerlendirme ve müdahale alanındaki birçok uzman ciddi biçimde bu kontratları eleştirmektedir (Bryan & Rudd, 2006; Jobe, 2006; Rudd, Mandrusiak & Joiner, 2006). Örneğin gözden geçirme çalışmalarında Rudd ve arkadaşları (2006), intihar önleme kontratlarının beklenilenin tam tersi klinisyenin sorumluluğunu artırdığı sonucuna ulaşmıştır. Sonuç olarak, işbirlikçi bir ilişki

bağlamında olumlu bir tedavi planınız yoksa bu tür kontratların klinik uygulamalarda kullanmamanızı tavsiye ediyoruz.

### İntihara Karşı Alternatifleri Tanımlamak

> İntihardaki birincil düşünce bozukluğu, bakış açısını daraltarak acı dolu, tatminsiz bir yaşamı sürdürme ve bu yaşama son verme şeklinde sadece iki seçenek görme halini alan, daralma olarak da adlandırılabilecek bir durumdur (Shneidman, 1984, s. 320–321).

Psikolojik sıkıntılarını azaltmak ve baş etmek için daha etkin ve pratik bir plan geliştirmelerine yardımcı olmak, intihara yönelik müdahalelerde kritik bir bileşendir. Bu plan ayrıca gevşeme, farkındalık, geleneksel tıbbi uygulamalar, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek mekanizmaları veya sosyal izolasyonu ve sosyal bir yük olma algısını azaltan diğer yöntemleri de içerebilir (Joiner, 2005). Geleneksel intihar önleme kontratları yerine, danışanın tedavi protokolüne bağlılığını veya terapiyi sürdürmelerini sağlayan bir yaklaşım daha faydalı olabilir (Rudd ve ark., 2006). Bu durumda bu tür uygulamalara, "Müdahale Taahhütü", "Kriz Reaksiyon Planı" veya "Güvenlik Planı" gibi isimler verilebilir (Jobes, yayında). Sadece danışanın intihar etmeyeceği yönünde verdiği bir söze odaklanmanın ötesinde, böyle bir yaklaşım danışanı depresif belirtiler veya intiharla ilgili tepkilerini ele alabileceği bir dizi aktiviteye yönlendiren, daha kapsamlı ve olumlu bir tutum sunacaktır.

Aslında intihar, yaşama bir alternatiftir. Danışanlarla intiharın felsefi olarak kabul edilir bir davranış biçimi olup olmadığını tartışmak faydasızdır (bunu kendi danışanlarımızla denedik). Danışanınızla intihar edip etmemesi konusunda tartışmak yerine, onların intihara *ek olarak* başka seçeneklerini de tanımlamalarını sağlamalısınız.

Genellikle intihara eğilimli danışanlar zihinsel daralmadan mustarip olduğundan, intiharın alternatifi olan seçenekleri göremez. Shneidman'ın (1980, s. 310) önerdiği gibi danışanlarınızın yaşam seçeneklerine karşı bakış açılarını "genişletmesine" yardım edin. Danışanların engelleyicilerden ve zihinsel at gözlüklerinden kurtulması, intiharın tek alternatif olmadığını görmesi gerekir.

Shneidman (1980), intihara eğilimli hamile bir genç kadınla onun zihinsel at gözlüklerini çıkarması amacıyla üzerinden geçtikleri bir alternatif listesi hazırladıkları vakadan söz etmiştir. Danışanlarla ilişkisini güçlendirmek ve aynı zamanda onların yapıcı alternatiflere karşı zihinlerini açmak için bu çözüm uygulanabilir ve somut bir yaklaşımdır. Yaşamın bu ikilemi hakkında beyin fırtınası yaparak düşünceleri kâğıda dökün. Danışanları listeyi genişletmesi için destekleyin fakat siz de pek çok öneri sunun. Tüm alternatifler listelendikten sonra, danışandan alter-

natifleri tercih sırasına göre dizmelerini isteyin. Danışanın intiharı en iyi seçenek olarak belirtme ihtimali her zaman vardır (bu noktada siz önemli bir değerlendirme bilgisi almış olursunuz). Diğer yandan, Shneidman'ın yöntemiyle intihara eğilimli danışanların daha tercih edilir, başka seçenekleri keşfetmeleri de şaşırtıcıdır.

### Ruhsal Acıyı Ayrıştırmak

Rosenberg (1999, 2000), intihara eğilimli danışanlar için faydalı olabilecek bilişsel bir yeniden değerlendirme müdahalesi tanımlamıştır. Özetle şöyle söylemektedir: "Terapist, danışanın aslında kendini ortadan kaldırmak yerine dayanılmaz acıları ortadan kaldırmak istediğini anlamasına yardımcı olabilir" (s. 86). Bu teknik, intihara eğilimli danışanlara yardım edebilir çünkü bir yandan danışanların ruhsal acısına gereken empati sağlanırken diğer yandan da danışanların, benliğin varlığına son vermek değil acının varlığına son vermek istediklerini görmelerini sağlar.

Benzer şekilde, Rosenberg (1999) terapistlerin, danışanların "intihara eğilimli" hissetme ifadesi ile genel olarak ne kast edildiğini yeniden değerlendirmelerine yardım etmelerini tavsiye etmektedir. Rosenberg, danışanların intihar düşüncelerini ve dürtülerini "harekete geçmek için gerçek niyet" olarak değil de duygularının derinliği ile ilgili iletişim kurma biçimi olarak görmelerinden fayda sağlayacaklarının altını çizmektedir (s. 86). Tekrarlamak gerekirse intihara eğilimli danışanlara yönelik bu yaklaşım, kısmen akıllıca bilişsel bir yeniden değerlendirmeyle kısmen de terapistin empatik mesajıyla danışanların harekete geçme ihtiyacını azaltabilir.

### Yönlendirici Olmak

Danışanlar kendileri için açık bir tehdit oluşturduğunda, kültürümüzde ve kanunlarımızca, müdahale etmek ve koruma sağlamak görüşmecinin sorumluluğundadır. Pek çok danışman ve psikoterapist için bunun anlamı, olağandan daha fazla yönlendirici bir rol sergilemektir. Terapistin danışanına doğrudan ne yapması, nereye gitmesi, kimi araması ve buna benzer konuları anlatması gerekebilir. Ayrıca bu, danışanı bireysel ihtiyaçlarına göre önleyici görünen günlük egzersizlere, eğlenceli aktivitelere, dini aktivitelere katılmaya sevk etmek gibi güçlü terapötik müdahaleleri içerebilir.

Şiddetli ya da aşırı intihar eğilimi olan danışanların hastaneye yatırılması da gerekebilir. Böyle bir danışanınız varsa olumlu olmaya çalışın ve hastaneye yatma ihtiyacı, bunun olası faydaları konusunda yönlendirici olun. Danışanların hastane de yatmakla ilgili önyargıları olabilir. Aşağıdakilere benzer ifadeler, konuyu açmakta size yardımcı olabilir:

> "Daha güvenli ve daha fazla kontrol hissedene kadar, bir süreliğine hastanede kalma olasılığı hakkında ne hissettiğini/ne düşündüğünü merak ediyorum."

"Hastanede kalmanın, sizin için şu anda doğru şey olduğunu düşünüyorum. Dinlenebilir ve daha iyi hissetmeye çalışabilirsiniz. Hastane personeli oldukça ilgilidir. Sizinle görüşmek için orada olacaklar fakat aynı zamanda sizi yalnız bırakıp dinlenmenize de izin vereceklerdir."

"Bazı kişiler hastanede kalmak konusunda rahatsız hisseder. Bence bunu denemeli ve işe yarayıp yaramadığını görmelisiniz. Bunu birkaç gün ya da bir haftalığına deneyebilirsiniz. Hayatın sizin için daha iyi olabileceği düşüncesindeyim ancak bunun olması için sizin de bazı adımlar atmanız gerekiyor. Hastaneye yatmak bu adımlardan biri. Bu, kendinize ve nasıl daha iyi hissedeceğinize odaklanırken size güvenli bir yerde olma şansı tanıyacak."

Linehan (1993, 1999), geliştirdiği diyalektik davranış terapisine dayanarak kronik intihar girişimleri olan danışanlarla çalışırken intihar davranışlarını azaltmak için kullanılacak bir dizi yönlendirici yaklaşım ele almıştır. Şunları önermektedir:

- Empatik bir yaklaşımla danışana intihar etmemesi talimatını vermek.
- İntiharın iyi bir çözüm olmadığı ve daha iyi bir çözüm bulunabileceği konusunda danışanı tekrar tekrar bilgilendirmek.
- Öğüt vermek ve danışana kötü hissettiğinde, olumlu bir eylem planı oluşturamadığında ne yapması gerektiğini anlatmak.

### İlaç Kullanımı

Yaygın tıbbi uygulamaya karşın, intihar söz konusu olduğunda antidepresan tedavisinin etkinliği ile ilgili kesin bir bulgu yoktur. Daha önce söz edildiği gibi FDA'nın önerisi ile ergenlerde veya genç yetişkinlerde SSRI tedavisinin intihar eğilimini artırma ihtimalinden dolayı bu tür ilaç kutularına bu konuda bir uyarı eklenmiştir.

Bu noktada psikoterapi intihar vakalarında en iyi seçenek gibi görünmektedir. Birçok türdeki çalışma da bu düşünceyi destekler niteliktedir (Brown ve ark., 2005; Fitzpatrick, Witt & Schmidt, 2005; TADS Takımı, 2007). Dolayısıyla bu tür durumlarda profesyonel standart yaklaşımın, mantıklı ancak bilimsel açıdan kesinleşen bulgular olmasa da intihar eğilimi olan danışanlar için ilaç tedavisinin eşlik ettiği destekleyici ve işbirliğine dayalı psikoterapi veya danışmanlık olduğu söylenebilir. Yine de geleneksel olarak tıp alanındaki uzmanlar en iyi müdahalenin ilaç tedavisi olduğunu savunabilir; ancak bunu destekleyen çok az çalışma vardır.

### Hastaneye Yatma ve Yönlendirmeyle İlgili Kararlar Vermek

İntihar değerlendirmesi yaparken pek çok uzman bu bölümde tanımlananlara benzer görüşme yöntemleri kullanır. Ancak değerlendirme tamamlandığında, danışanın tedavisine nasıl devam edileceği hâlâ bir soru işaretidir.

Karar verme sürecinde ilk olarak ele alınacak soru, danışanın ne kadar intihara eğilimli olduğudur? İntihar eğilimi hiç yoktan aşırı düzeye uzanan bir süreklilik üzerinde ölçülebilir. Hafif ya da orta düzeyde intihar eğilimi olan danışanlar ayakta tedavi alabilir. Açıkçası, sık ve yoğun intihar düşünceleri olanlar ile daha belirgin planları olanlar (BÖÜY'ü kullanarak değerlendirebilirsiniz) yakından gözlemlenmesi gerekenlerdir. Hafif ya da orta düzeyde intihar eğilimi olan danışanlarla intihar önleme sözleşmesi yapmanızı öneriyoruz. Ayrıca pek çok seçenek içinden intiharla ilgili ayrıntılı konuşmayı da tavsiye ediyoruz. Ancak hafif ya da orta düzeyde intihar eğilimli danışanlar için daha az sorumluluk almanın ve daha az yönlendirici davranmanın faydalı olacağına inanıyoruz.

Orta düzeyde intihara eğilimli bir danışan, birtakım önemli risk kategorilerine uyuyorsa bazen onları şiddetli intihar eğilimi olan danışanlar gibi değerlendirebilirsiniz. Örneğin 55 yaşında, sürekli intihar düşünceleri ve belirsiz planları olan depresif bir erkeği düşünün. Bu erkek sosyal olarak izole ve depresyonu başladığından beri alkol tüketimi artmış. Bazı klinik konulara bağlı olarak bu danışan hastaneye yatırılmak için (genelde şiddetli ya da aşırı intihar eğilimi olan danışanlar için kullanılan yöntem) iyi bir aday olabilir. Bu, özellikle daha önce intihar girişiminde bulunan danışanlar için daha geçerli bir kanı olacaktır.

Şiddetli ya da aşırı intihar eğilimi olan danışanlar, hızlı ve yönlendirici müdahalelerde bulunmayı gerektirir. Tedavi seçeneklerini düşünürken bu danışanlar, mümkünse yalnız bırakılmamalıdır. Onun yerine, mesleki sorumluluğunuzun onların güvenliğini sağlamak olduğu konusunda danışanları destekleyici fakat yönlendirici bir şekilde bilgilendirin. Bu tür eylemler, polis, ilçe veya belediye ruh sağlığı uzmanlarıyla iletişimi gerektirebilir. Özel bir eğitiminiz yoksa ve bu kurumunuzun bir prensibi değilse şiddetli ya da aşırı intihar eğilimi olan danışanları *hiçbir zaman* kendi başınıza bir psikiyatri kurumuna yönlendirmeyin. İntihara eğilimli danışanlar, hastaneye yatmaktan kaçmak ve intihar hedeflerine ulaşmak için hareket eden araçtan atlayabilir, kendilerini nehre atma girişiminde bulunabilir ve kendilerini otoban trafiğine atabilir. Başarılı olup olmadıklarından bağımsız şekilde bu girişimin kendisi hem danışan hem de görüşmeci için travmatik olacaktır.

Hastaneye yatmanın (aşırı intihar eğilimi olan danışanlar için muhtemelen en iyi seçenek olsa da) orta düzeyde ya da ciddi intihar eğilimi olan bazı danışanlar için en iyi seçenek olmamasının bazı nedenleri vardır. Örneğin bazı danışanlar için hastaneye yatmanın kendisi travmatiktir. Sosyal olarak kabul gören destek ağlarından koptuklarında öz-saygıları ve işlevsellikleri azalabilir. Bazı durumlarda ise çalışan ve yeterli sosyal destek ağı olan intihar eğilimli danışanlar için hastaneye yatmamak daha iyi olabilir. Bu durumlarda, danışanla irtibatınızı artırabilir, hatta belki her iş günü kısa görüşmeler yapabilirsiniz.

Danışanın o gün ne kadar intihara eğilimli göründüğüne bakmadan, intihar durumunun değişip değişmediğini saptamak için sürekli kontroller yapmalısınız. Da-

nışanınızın bir önceki gün orta düzeyde intihara eğilimli olması nedeniyle o gün de orta düzeyde intihara eğilimli olacağını varsaymayın.

## MESLEKİ KONULAR

Sizin sorumluluğunuz, intihara eğilimli danışanlarla çalışırken uygulamadaki mesleki standartlara ulaşacak kadar yetkin ve ilgili bir uzman olmaktır. Mesleki standartları yakalamak uygulamalarınızı daha etkin kılacak ve danışanınızın intiharı tamamlaması durumunda sizi manevi ve mesleki bakımdan koruyacaktır (Jobes, 2006; Sommers-Flanagan, 2007).

Pek çok mesleki konu, intihar değerlendirmesi ile ilişkilidir. Bu konulardan bazıları kişiseldir bazıları mesleki ve yasal konulara vurgu yapmaktadır. Bazen ise kişisel konuları mesleki, yasal olanlardan ayırmak zordur. Bir sonraki ayrımda bu konular kısaca tartışılacaktır.

### İntihara Eğilimli Danışanlarla Çalışabilir misiniz?

Bazı görüşmeciler, intihara eğilimli danışanlarla çalışmaya çok uygun değildir. Depresyondaki ve intihara eğilimli danışanlar, onlara yardım etmeye çalışanlara karşı genellikle öfkeli ve saldırgan olabilir. Ancak saldırgan danışanlarla bile olumlu ilişkiyi devam ettirmek ve çok fazla sinirlenmemek sizin sorumluluğunuzdadır. Hiddetli ya da intihara eğilimli danışanların yorumlarını kişisel olarak üzerinize almamalısınız.

İntihara eğilimliyseniz ve sizin intihar düşünceleriniz varsa intihara eğilimli danışanlarla sürekli çalışmaktan kaçınmak doğal olarak akıllıca olacaktır. İntihara eğilimli danışanlarla çalışmak, depresif düşüncelerinizi tetikleyebilir ve depresyonu ve intihar eğilimlerinizi artırabilir.

İntiharla ilgili güçlü değerler de önemli bir diğer mesleki konu olabilir. Bazı kişiler güçlü bir şekilde intiharın bir seçim olduğuna ve bunu gerçekten istiyorsa danışanların intihar etmelerinin engellenmemesi gerektiğine inanır (Szasz, 1986):

> İntihara yönelik isteklerle ilgili tüm konular, temel insan hakkıdır (yasal ve felsefi anlamda). Kendini öldürmenin, her zaman iyi ve övgüye değer olduğunu söylemek istemiyorum; demek istediğim, sadece, kendini öldürmek isteyen kişileri engellemek veya önlemek için devletin gücüne yasal olarak başvurulmaması ve bu gücün bu amaçla kullanılmamasıdır (s. 811).

Diğer yandan, Shneidman (1981), intihara eğilimli kişilerin duygusal ve psikolojik durumlarının doğasının haklı görülemeyeceğine inanmaktadır, İntihar "geğirme hakkından" daha önemli bir hak değildir. Danışan bunu yapmak zorunda hissediyorsa bunu yapacaktır" (s. 322).

İntiharı destekleyen, reddeden güçlü bir bakış açınız ya da dini inancınız varsa bu inançlar intihara eğilimli danışanlarla çalışırken sizin nesnelliğinizi ve yardı-

mınızı ortaya koymanızı engelleyebilir (Neimeyer, Fortner & Melby, 2001). İlk görüşme yapabilirsiniz; bunu da profesyonelce ve destekleyici bir şekilde yapmaya çalışabilirsiniz. Ancak düşünceleriniz danışanı olumsuz değerlendirmenize yol açıyorsa intihar eğilimli danışanları daha tarafsız ve etkin çalışabilecek uzmanlara yönlendirmeyi düşünebilirsiniz. Bazı gruplarla ya da problem alanlarıyla çalışmak istememeniz başarısızlık anlamına gelmez. Asıl bu alanlara odaklanmamanız ve önemini fark etmemeniz ya da bu nedenle danışana zarar vermeniz *başarısızlıktır.*

### Danışmanlık

Ruh sağlığı uzmanları ve eğitmenleri olarak, sürekli meslektaş danışmanlığı almanın yetkin ve etik bir uygulama için gerekli olduğunu düşünüyoruz (Sommers-Flanagan, 2007). Meslektaşlara ve süpervizörlere danışmanın iki amacı vardır: İlki, görüşmecilere çok fazla ihtiyaç duyulan uzmanlık desteğini sağlar; intihara eğilimli danışanlarla çalışmak zor ve streslidir, başka uzmanların tavsiyeleri ise faydalıdır. Daha önce belirttiğimiz gibi fiziksel ve ruhsal sağlık açısından, intiharı değerlendiren uzmanlar yalnız çalışmamalıdır.

İkincisi, danışmanlık ayrıca her bir bireysel vakada uygun uygulama standartları hakkında geribildirim sağlayacaktır. Eylemlerinizi (ya da onların yokluğunu) savunmanız söz konusu olduğunda profesyonel standartlar doğrultusunda olağan ve uygun şekilde çalıştığınızı göstermeniz gerekecektir; danışanlık mesleki yeterliliğinizi gözden geçirmenin bir yoludur.

### Belgelendirmek

Uzman görüşmeciler, danışanlarla iletişimlerini her zaman belgelendirmelidir (Shea, 2004; Wiger, 1999). Özellikle intihara eğilimli danışanlarla çalışırken klinik kararlarınızın arkasındaki nedenleri belgelendirmeniz önemlidir. Örneğin şiddetli ya da aşırı intihar eğilimi olan bir danışanla çalışıyorsanız ve hastanede yatması gerekmediğine karar verdiyseniz tam olarak neden bu kararı verdiğinizi ana hatlarıyla yazılı olarak belirtmelisiniz. Danışanınızla intihar önleme sözleşmesi yaptıysanız ve danışanınız iyi düzeyde sosyal destek kaynaklarına sahipse hastanede yatırmama kararınızı haklı gösterebilirsiniz.

İntihar eğilimi olan danışanlarla çalışırken aşağıdakileri yaptığınızı gösteren belgeleri tutmalısınız:

1. Ayrıntılı intihar riski değerlendirmesi
2. Yeterli geçmiş bilgi
3. Daha önceki tedavilerle ilgili kayıtlar
4. İntihar düşünceleri ve dürtüleriyle ilgili doğrudan sorular
5. Bir ya da daha fazla danışmana danışılması

6. Gizlilik sınırları
7. İntihar müdahaleleri
8. Danışana sunulan kaynakların (telefon numarası ve benzeri) listesi

Belgelendirmeyle ilgili olarak, "bir olay belgelendirilmediyse hiç olmamıştır" ilkesini unutmayın (ek bilgi için Bkz. *Uygulamaya Geçirme 9.2*).

### Tamamlanmış İntiharlarla Baş Etmek

Danışanınızın intiharı tamamladığı talihsiz bir olayda, bazı kişisel ve yasal meselelerin farkında olmalısınız (Gross, 2005). İlk olarak, profesyonel ve kişisel destek arayın. Bazen psikoterapistler keder ve suçluluk hisleriyle başa çıkmak için psikoterapi ya da danışmanlık almaya ihtiyaç duyabilir. Diğer durumlarda, meslektaşlarla intihar sonrası destekleyici tartışmalar yapmanız yeterli olabilir. Bazı uzmanlar, intihara neden olan faktörleri belirlemek için "psikolojik otopsi" yapar (Pouliot & De Loe, 2006; Shneidman, 2004). Psikolojik otopsi, özellikle intihara eğilimli danışanlarla düzenli çalışan uzmanlar için faydalı olabilir; otopsiler gelecekteki vakalarda intiharları önlemeye yardım edebilir.

İkincisi, koşullara bağlı olarak, hemen bir avukata danışabilirsiniz. Yasal durumunuzu ve kendinizi en iyi biçimde korumayı bilmeniz gerekir (Gross, 2005). Yasal desteği bağlı olduğunuz meslek örgütünden alabilirsiniz.

Avukatınız kesin bir şekilde karşı değilse muhtemelen ölen danışanınızın ailesi için de ulaşılabilir olmalısınız. Sizinle yüz yüze buluşmak ya da kayıplarını sadece telefon üzerinden konuşmak isteyebilirler. Durumu danışanın ailesiyle konuşmayı kabul etmezseniz onları öfkelendirebilirsiniz; yasal açıdan öfkeli aileler sizin açık ve adil olduğunuzu düşünen ailelere kıyasla aleyhte dava açma eğilimindedir. Ölen danışanınızın ailesine söylediğiniz herhangi bir şeyin size karşı kullanılabileceğini unutmayın. Bu nedenle onlarla neler tartışabileceğiniz hakkında avukatınıza danışın.

**Uygulamaya Geçirme 9.2**

**Değerlendirme Yöntemlerinizin İncelenmesi: Belgelendirme Yönergeleri**

Sınıf önünde daha önceki egzersizlere benzer bir uygulama yapmak için intihar değerlendirme uygulamasına katılacak cesur iki kişi bulun. Aşağıdaki önemli hususları göz önünde bulundurarak sınıftaki diğer öğrencilerin yaptığınız değerlendirmeyi yorumlamasını isteyin.

**Uygulamaya Geçirme 9.2 (devamı)**

İntihar Değerlendirme Belgeleri Kontrol Listesi

İntihar değerlendirme belgelerinizin profesyonel standartları karşıladığından emin olmak için aşağıdaki maddelerin üzerinden geçin.

_____ 1. Gizlilik sınırları ve bilgilendirilmiş onay tartışıldı.
_____ 2. Aşağıdakileri içeren ayrıntılı bir risk değerlendirmesi yapıldı:
_____ Risk faktörleri değerlendirmesi.
_____ İntihar değerlendirme araçları ve anketleri.
_____ İntihar düşünceleri, planı, danışanın otokontrolü ve intihar niyeti değerlendirilmesi.
_____ 3. Danışandan intihar davranışıyla ilişkili (aile üyelerinin geçmiş intihar girişimleri, geçmiş girişimlerin ölümcüllüğü gibi) geçmiş bilgiler alındı.
_____ 4. Önceki tedavi kayıtları istendi/alındı.
_____ 5. Bir ya da daha fazla lisanslı ruh sağlığı uzmanından danışmanlık alındı.
_____ 6. Uygun intihar önleme sözleşmesi oluşturuldu.
_____ 7. Danışana acil/kriz durumu kaynakları ile ilgili bilgi sağlandı.
_____ 8. Yüksek intihar riski taşıyan vakalarda, uygun ve ilgili kurumlar (polis merkezi) veya aile üyeleri ile iletişime geçildi.
_____ 9. Uygun intihar müdahale stratejileri belirlendi, uygulandı

Aileye karşı tutumunuz, danışanınızın durumuyla ilgili onlarla neler paylaştığınızdan daha önemli olabilir. "Avukatım böyle bir soruya cevap vermememi önerdi," gibi cümlelerden uzak durun. Danışanınızın ölümünden kaynaklanan üzüntünüzle ilgili açık olmak için çaba gösterin fakat suçluluk hissinizle ilgili konuşmaktan kaçının ("Ah, keşke son seansımızdan sonra onu hastaneye yatırma kararı vermiş olsaydım," demeyin). Aileyle konuşmanız terapötik düzeyde hem onlar hem de sizin için önemli olabilir. Pek çok durumda aile, sizi, sevdikleri birinin iyileşmesine yardım etmeye çalışmış biri gibi görecektir. Yapmaya çalıştıklarınıza karşı şükran duyacaklar, bir dereceye kadar, onların kederini ve kaybını paylaşmanızı bekleyeceklerdir. Tabii ki her vaka farklıdır ancak yasal korkularınızın mesleki kaygılarınızın ve insanlığınızın önüne geçmesine lütfen izin vermeyin.

**Son Yorum**

İntihar, ilk görüşmelerde ve devam eden seanslarda alışılagelmiş bir konudur. Başlangıç düzeyindeki görüşmeciler, intihar değerlendirmelerini yetkinlikle ya-

pamayacaksa danışanla bu tür bir görüşme yapmamalıdır. İntihara eğilimli danışanlarla yeterli hazırlık olmadan çalışmak, sadece kaygı yaratmakla kalmaz aynı zamanda riskli ve amatörcedir.

İntihar değerlendirme görüşmelerini yürütmede, uygulamaların yerini hiçbir şey tutamaz. Tekrarlanan pratikler ve uygulamalar, intihar değerlendirme görüşmelerini aşırı kaygı duymadan yetkinlikle yürütme olasılığını artıracaktır.

Böyle bir durum söz konusu olduğunda burada anlatılan diğer görüşme bilgileri ve risk faktörlerini tekrar tekrar gözden geçirmenizi tavsiye ediyoruz. İntihara eğilimli bir danışanı değerlendirmeniz gerektiğinde, hemen risk faktörlerini, depresyonu, düşünceleri, planı, kontrolü, niyeti, müdahaleyi, danışanı ve belgelendirmeyi aklınıza getirmelisiniz. Bu bölümde, intihar değerlendirme görüşmelerinin içeriğindeki kritik konuları hatırlamanızı sağlayacak bazı kontrol listeleri verilmiştir.

Son olarak, bu bölümde danışanın intihar eğilimine yönelik klinik görüşme konusunu ele aldık. Depresyon, umut ve intihar dürtülerini değerlendirmek için literatürde pek çok standart ölçüm vardır. Araştırmalar bazen danışanların intihar fikirlerini anket formlarında, klinisyenlerle yüz yüze görüşmelerden olduğundan daha çok açığa vurduğunu göstermiştir. Bu nedenle kurumların ve özel sektördeki uygulamacıların giriş formlarına intihar düşünceleriyle ilgili soruları rutin olarak dahil etmesi faydalı olabilir.

## ÖZET

İntihar önemli bir sosyal problemdir ve teorik olarak, önlenebilir bir ölüm sebebidir. İntiharla ilgili pek çok mit vardır; bunun sebebi, kısmen intihar davranışlarıyla ilişkili pek çok farklı risk faktörünün olmasıdır. Öne çıkan risk faktörleri arasında depresyon, umutsuzluk, yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, çalışma durumu, fiziksel sağlık, madde bağımlılığı, önceki intihar girişimleri ve ruhsal bozukluklar sıralanabilir.

İntihar risk değerlendirmesi yapmak bazı önemli adımları atmayı gerektirir. İlk olarak intiharla ilişkili yaygın risk faktörlerini bilmeli ve sorgulamalısınız. İkinci olarak, danışanın depresyonunun düzeyini araştırmalısınız. Üçüncüsü, danışanın intihar düşüncelerinin (intihar fikirleri) sıklığını, süresini ve yoğunluğunu değerlendirmelisiniz. Dördüncüsü, danışanın intihar planı olup olmadığına açıklık getirmelisiniz. Beşincisi, uygun durumlarda, BÖUY açısından danışanın intihar planlarının belirliliğini, yöntemin ulaşılabilirliğini, ölümcüllüğünü, destek kaynaklarının yakınlığını değerlendirin. Altıncısı, danışanın otokontrolünü; bu konuyla ilgili doğrudan soru sorarak, yaşama sebeplerini belirleyerek ve danışanın dürtüsel davranış geçmişini sorgulayarak değerlendirin. Yedincisi, danışanın kendini öldürme niyetinin olup olmadığını sorgulayın.

Geleneksel tıbbi-tanısal-psikolojik yaklaşımlar, intihar söz konusu olduğunda

eğilimin düzeyini belirleme ve uygun kararlar verme konusunda görüşmecinin sorumluğunu vurgular. Son dönemde, işbirlikçi intihar değerlendirme prosedürleri dikkat çekmeye başlamıştır. Bu prosedürler, intihar eğilimini önemli bir iletişim aracı olarak görmekte ve sorgulanarak anlaşılması gerektiğini benimsemektedir. Geleneksel yöntemlerin özellikle daha önce depresyon öyküsü olan danışanlarda bu süreci canlandırdığı ileri sürülmektedir. Dolayısıyla görüşmecilerin olumsuz ve olumlu içerikli sorularda bir denge oluşturması gerekir.

İntihara eğilimli danışanlarla çalışırken etkin dinleme stratejileriyle birlikte olumlu ilişki ve terapötik ilişki kurmak da önemlidir. Destekleyici dinleme kritik önem taşır. İntihara eğilimli danışanlar intihar düşüncelerini ve isteklerini daha önce hiç kimseyle paylaşmamış olabilir. Onların acılarını ve ıstıraplarını anladığınızı bilmelerine izin verin fakat umutlu olmak için iyi nedenler olduğunu da görmeye başlamalarına yardım edin; depresyondaki ya da intihara eğilimli pek çok danışan gelişme gösterir ve yeniden hayatın yaşamaya değer olduğunu hissetmeye başlar.

İntiharın olası bir seçim olup olmadığı hakkında tartışmaktan uzak durun. Onun yerine, intiharın pek çok seçim arasından sadece biri olduğuna vurgu yaparak danışanın kişisel seçimleriyle ilgili bakış açısını genişletmeye odaklanın. Danışanın intiharın ciddi ve kalıcı etkileri olan bir karar olduğunu ve önce diğer tüm seçeneklerin keşfedilebileceğini anlamasına yardım edin. Danışanı, güçlendiren yaşam faaliyetlerine yeniden katmaya çalışın.

Danışanın intihar dürtülerinin hastaneye yatmasını gerektirip gerektirmediğine karar vermek zordur. Karar vermeyi kolaylaştırmak için danışanın intihar riski derecelendirilebilir. Ancak görüşmecilere her intihar vakasını en etkin şekilde nasıl ele alacağını gösteren hatasız bir formül yoktur. İntihar eğilimini değerlendirme dereceleri hiç yoktan, hafif, orta, şiddetli ve aşırı düzeye doğru çeşitlilik gösterir. Hafif ve orta düzeyde intihara eğilimli olanlar ayakta tedavi alabilir. Şiddetli ve aşırı intihara eğilimli danışanların genellikle hastaneye yatırılması gerekir.

Görüşmeciler intihara eğilimli danışanlarla çalışırken profesyonel standartları bilmeli ve bunlara uymalıdır. Mümkünse görüşmeciler intihara eğilimli danışanlar konusunda diğer uzmanlara danışmalıdır. Tüm profesyonel kararları açıkça belgelendirmelisiniz. Danışanın gerçekten intihar etmesi gibi talihsiz bir durum karşısında, ilgili ayrımda, görüşmecilere takip edecekleri bazı anahtar adımlar tavsiye edilmiştir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

### Mesleki Kitaplar ve Makaleler

Campbell, F.R. (2006). *Aftermath of suicide: The clinician's role.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. Bu kitap, intihar girişiminde bulunan insanlara yardım etme üzerine odaklanmaktadır. Yazar özellikle, Klinisyenin rolü ve kayıp konusu üzerinde durmaktadır.

Cummings, J.L. (2006). Suicidal patients: The ultimate challenge for master psychotherapists. In W. O'Donohue, N. A. Cummings, & J. L. Cummings (Eds.), *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist* (pp. 309 – 328). Amsterdam, Netherlands: Elsevier. Bu bölüm, uzman terapistlerin intihar konusunu çalışırken yaşayabileceği kaygı ve güven konusunu ele almaktadır.

Healy, D. (2000). Antidepressant induced suicidality. *Primary Care in Psychiatry, 6,* 23–28. Bu kitap, serotonine özgü geri alım engelleyicilerinin, bazı durumlarda, danışanın intihar eğilimini nasıl artırdığına odaklanır.

Horwitz, A.V., & Wakefi eld, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.* New York: Oxford University Press. Bu kitap mevcut tanı sisteminin aslında depresyona nasıl katkıda bulunduğunu ele almaktadır.

Jacobs, D.G. (1999). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass. Yedi yüz sayfanın üzerindeki bu kılavuz, intihar değerlendirmesi ve müdahalesi hakkında psikiyatrik tıbbi görüş verme sürecini ayrıntılarıyla ele almaktadır.

Jobes, D.A. ve Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability: Assessing and revising policies, procedures, and practice in outpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 91–99. Uygulamaya yönelik bu makale, intihara eğilimli danışanlarla çalışan kurumlar ve klinikler için faydalı kılavuzlar içermektedir; eklerinde idari formlar ve yöntemler yer almaktadır.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press. Bu kitap, Joiner'in intiharın kişiler arası kuramını anlatmaktadır.

Meichenbaum, D. (2006). *Trauma and suicide: A constructive narrative perspective.* Washington, DC: American Psychological Association. Günümüz öncü psikologlarından biri tarafından yazılan bu kitap, travma ve intihar ilişkisini ele almaktadır.

Shea, S.C. (1999). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors.* New York: John Wiley & Sons. Tüm kitap, temel olarak, intihar fikirlerini ve danışanların niyetini ortaya çıkarmak için kullanılacak görüşme yöntemlerine odaklanmaktadır.

Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind.* New York: Oxford University Press.

Dünyada en ünlü intihar bilimcisi, bu güçlü kitapta, intihar dürtüleriyle ilişkili psikolojik acıyı gösteren üç vakayı incelemektedir. İntihar eğilimi yüksek gruplarla çalışacak olanların okunması gereken bir kitaptır.

Szasz, T.S. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist, 41*, 806–812. Bu makalede Szasz, zorlayıcı intihar önleme çabalarının bireysel insan haklarını ihlal ettiğine yönelik kışkırtıcı görüşünü özetlemektedir.

Wendler, S., & Matthews, D. (2006). *Cultural competence in suicide risk assessment.* In R.I. Simon & R.E. Hales (Eds.) The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. Bu bölüm, intihar ve intihar riskiyle ilişkili kültür, göç, kültürleşme ve diğer faktörleri incelemektedir.

### İntiharı Önlemeye Destek Kurumları ve İnternet Siteleri

American Foundation for Suicide Prevention (Amerikan İntiharı Önleme Vakfı), 120 Wall Street, 22nd Floor, New York, NY 10005. Phone: 888-333-AFSP or 212-363-3500. www.afsp.org

American Association of Suicidology (Amerikan İntihar Bilimi Birliği), Alan L. Berman, Ph.D., Executive Director, 4201 Connecticut Avenue, N.W., Suite 310, Washington, DC 20008. Phone: 202-237-2280. www.suicidology.org

National Organization for People of Color Against Suicide (Ulusal İntihar Karşıtı Beyaz Olmayan Kişiler Örgütü ), P.O. Box 125, San Marcos, TX 78667 830-625-3576. E-mail: db31@swt.edu.

Suicide Prevent Triangle (Türkçe çevirisi, İntihar Önleme Üçlemesi): SuicidePreventTriangle.org. Destek gruplarını, kendi kendine intihar değerlendirme yöntemlerini, intiharla ilgili yazılım programlarını ve eğitici/kaynak bilgileri listelemektedir.

BÖLÜM 10

# *TANI VE TEDAVİ PLANI*

Psikoterapi alanlarını, kabaca beş grupta toplayabiliriz: Psikotikler, nörotik ya da sürekli bir rahatsızlığı olanlar, sarsılmış kişiler, uyumsuzlar ve halinden memnun olmayanlar.

—J. Frank ve J. Frank, *Persuasion and Healing*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Tıbbi model açısından bakıldığında, klinik görüşmenin birincil –ve bazen de tek– amacı danışan için uygun tanı ve tedavi planının tanımlanmasıdır. Bu bölümde, tanının felsefi ve pratik yönlerini ele alacağız; ayrıca danışmanlığa veya psikoterapiye adım atan danışanlar için tedavi planının oluşturulmasında kullanılan çeşitli yaklaşımları gözden geçireceğiz. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı, Revize Edilmiş Metin*'e (*DSM-IV-TR; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000*) göre ruhsal bozuklukların tanımını da içerecek şekilde psikiyatrik tanının temel ilkelerini.
- Değerlendirme ve tanı ile ilgili ortak sorunları
- Tanıya yönelik değerlendirme yöntemlerini ve prosedürlerini.
- Tanıya yönelik klinik görüşmeleri yürütmek amacındaki temel yaklaşımları.
- Bütünsel ya da biyopsikososyal tedavi planı yaklaşımını.
- Danışanların problemlerini, ilgili hedefleri belirleme ve terapi sürecini yönlendirecek tedavi planını oluşturma yöntemi.
- Danışanın kaynaklarını belirli yaklaşımlarla eşleştirmenin tedavi açısından önemi.

## PSİKİYATRİK TANI İLKELERİ

Ruh sağlığı tedavisi arayan kişilerin deneyimlediği rahatsızlıkları kategorize eden çok sayıda resmi ve gayri resmi sistem mevcuttur. Bu sistemler, bölümün başında verilen alıntıdaki kadar basit ve sezgisel ya da toplam 943 sayfada 300'ün üzerinde ruhsal bozukluk tanımı içeren *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'ndaki (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-*DSM*) kadar karmaşık olabilir (American Psikiyatri Birliği, 2000). *DSM* genel olarak Kuzey Amerikalı ruh sağlığı uzmanları tarafından bir tanı rehberi olarak kabul edilir. İlk baskısı 1952'de, ikinci baskısı 1968'de, üçüncü baskısı 1968'de, üçüncü baskının revizyonu 1987'de ve dördüncü baskısı 1994'te basılan *DSM-IV*'ün son revizyonu ise 2000 yılında yapılmıştır *(DSM-IV-TR)*. Bu kadar çok gözden geçirmeye ve kapsamlı içeriğe rağmen, Widiger'ın (2000) vurguladığı gibi tanı kavramı hâlâ tartışmalıdır.

Psikiyatrik tanı ve ruhsal bozukluk kavramlarına yönelik süregelen tartışmalar o kadar derindir ki *DSM-IV-TR* "Ruhsal Bozukluğun Tanımı" altbaşlıklı kısa fakat açık bir bölümle başlar. Bu bölümde, *DSM* yazarları, işevuruk tanımı yetersiz "kavrama dayalı" teşhis kitabı hazırladığını açıkça kabul etmektedir:

> ... bu el kitabı ruhsal bozukluk sınıflandırması sunsa da "ruhsal bozukluk" kavramının kesin sınırlarını belirleyen bir tanımın var olmadığı kabul edilmelidir. Ruhsal bozukluk kavramı, tıptaki ve bilimdeki pek çok kavram gibi tüm durumları kapsayan tutarlı, işevuruk bir tanımdan yoksundur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, s. xxx).

Bu nedenle ilerleyen sayfalarda tanısal stratejileri tartışırken cesaret edip kısmen böyle bir konuya girişeceğimiz konusunda sizi önceden uyarıyoruz. Yine de bilim insanları ve uzmanlar olarak, bunun macera, hile ve çözüme kavuşamamış bir anlaşmazlıktan daha dolu, büyüleyici bir yolculuk olduğuna inanıyoruz.

### Uygulamaya Geçirme 10.1

#### Tanıların Geleceği: *DSM-V*'e Doğru

*DSM-V* geliyor, hazır olun. 2011 yılında planlanmaya başlayan bir hareket olsa da *DSM-V* neredeyse hazır*. Planlar yapıldı, konferanslar düzenlendi, birçok makale ve kitap yayımlandı. Aslında yayımlanmasından önce, 1996 ile 2008 yılları arasında PsyINFO veritabanında *DSM-V* ile ilgili 203 yayın olmuştu bile. *DSM-V* yayını birçok tartışmayı ve umarız ki gelişmeyi de beraberinde getirecek. Aşağıda, *DSM-V* ile ilgili hazırlıklar için çalışan çeşitli

* *DSM-V* 2013 yılında piyasaya sürülmüştür. –çn

**Uygulamaya Geçirme 10.1 (devamı)**

çalışma gruplarının listesini bulacaksınız. Her çalışma grubu, bazı konuları özel olarak ele almaktadır:

*DSM Terminoloji Çalışma Grubu:* bu grup, (a) ruhsal bozukluk tanımını açıklamak, (b) kategorik, boyutsal veya bileşik tanı etiket sistemini belirlemek, (c) *DSM* ve ICD sınıflandırma sistemleri arasında örtüşüm sağlamak ve (d) *DSM-V*'te değişen bozukluklar için spesifik ölçütler belirlemek amacıyla çalışmaktadır.

*Sinirbilim ve Genetik Çalışma Grubu:* Bu grup, *DSM*'de tanımlanan patofizyolojik temelli tanı sınıflandırmasına odaklanmaktadır. Bu yaklaşım, *DSM-IV*'teki tanısal sistemden biraz farklıdır. Bu grup, *DSM*'de tanımlanan bozuklukların spesifik biyolojik koşullara bağlı olup olmadığını değerlendirmektedir. Geçmişte *DSM* kuramdan ve etiyolojiden bağımsız bir içeriğe sahipti. Gelecekte bu değişebilir ve daha güçlü bir biyolojik yönelim benimsenebilir.

*Gelişimsel Konular ve Tanı Çalışma Grubu:* Bu grup, gelişim ve psikiyatrik tanı arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Bunun bir örneği de biyoekolojidir. Biyoekoloji, gelişen organizmalar ve değişen çevresel koşullar arasındaki etkileşimi ele almaktadır. Gelişimsel sinirbilim, genetik ve epidemiyoloji bu grubun temel konuları arasında yer almaktadır.

*Kişilik ve İlişkili Bozukluklar: DSM* kişilik bozuklukları tanı grubu ile ilgili yoğun tartışmalar yaşanmıştır; bu grup da kişilik bozukluklarını gelişen bir tanı sistemi ile ele almaktadır. Bu alanda önemli bir gelişme, boyutsal sisteme geçiştir. Ruhsal bozuklukların kategorik bir tanımlama yerine süreklilik bağlamında ele alındığı bir sistemden söz ediyoruz. Bu grup ayrıca, kişilik bozuklukları ve Eksen I bozuklukları eş tanılarını da incelemektedir. Ayrıca bireyler yerine ilişkilerdeki işlev sorunlarına odaklansa da *DSM*'de ilişkisel bozukluk terminolojisi ile ilgili de çalışmalar da bulunmaktadır.

*Ruhsal Bozukluklar ve Engellilik:* bu grup, psikiyatrik tanılar ile engellilikler arasında daha net ve güvenilir ayrımlar yapabilmek için çalışmaktadır. Tanısal ve bağlamsal süreçler (örneğin engellilik ile ilintili halk sağlığı sistemindeki motivasyonel faktörler gibi) ile birlikte engelliliğe ilgili belirti şiddetini derecelendirme veya inceleme çalışmaları yapılmaktadır.

*Kültürler Arası Konular:* Bu grup, psikiyatrik tanılardaki birçok sosyal ve kültürel faktörü incelemektedir. Hastalıkların seyrindeki belirli sosyal ve kültürel koşulların etkilerini anlamak hedeflenmektedir.

Bu çalışma grubu örneklerinden de görebileceğiniz gibi *DSM-V*'in yayımlanma süreci ciddi bir projedir. Psikiyatrik tanılar ilginizi çekiyorsa 200'den fazla yayında adı geçen ve daha da fazla geçecek olan bir başka durum, neredeyse başka bir tür tanı olacak kadar (*DSM* V Takıntı Bozukluğu) da ilginizi çekebilir.

### Ruhsal Bozuklukları Tanımlamak

Büyük olasılıkla kişisel deneyimlerinizden fark ettiğiniz gibi ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklar arasına kesin bir çizgi çizmek çoğunlukla zordur. Bazen, fiziksel olarak hasta olduğunuzda, stres düzeyinizin ve ruhsal durumunuzun da hastalığınızı desteklediğini fark etmişsinizdir. Diğer taraftan, duygusal ya da psikolojik bir sıkıntı yaşadığınızda, fiziksel durumunuz (belki fiziksel acı ya da hastalık) da duygusal durumunuzu ve düşünme süreçlerinizi bazen ciddi oranda etkiler (Hurwitz, 2004; Jakovljevic, 2006; Witvliet ve ark., 2008). Ruhsal ve fiziksel problemleri ayırt etmenin zorluğunu *DSM* yazarları da dile getirmiştir:

> Çok sayıda literatür bulgusu, "ruhsal" bozukluklarda çok fazla "fiziksel" ve "fiziksel" bozukluklarda çok fazla "ruhsal" yön olduğunu göstermektedir. "Ruhsal" bozukluk ifadesindeki problem, çözümünden daha açık bir şekilde ortadadır ve ne yazık ki yerini tutacak bir alternatif bulamadığımız için bu ifade *DSM-IV*'ün başlığında kalmaya devam etmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, s. xxx).

Ruhsal bozuklukların nasıl adlandırılacağı ve zihnin mi yoksa vücudun mu bu bozuklukların temel aktörü olduğu konusundaki tartışmalar halen sürse de *DSM-IV-TR* yazarlarının dünyadaki pek çok kişide gözlemlenebilen çok sayıda önemli bilişsel, duygusal davranışsal problemleri ve sıradışılıkları tanımladıklarını söylemek yerinde olacaktır. Bu ruhsal durumlar ya da bozukluklar, milyonlarca insanın hayatında tahmin edilemez acılara, çatışmalara ve sıkıntılara yol açmaktadır. Nasıl adlandırırsak adlandıralım, bu ruhsal bozukluklar var oldukları gibi, bireyler, eşler, aileler ve toplum üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır.

*DSM-IV-TR*, tanısal ve kategorik bir sistemdir (*Uygulamaya Geçirme 10.1*'e bknz); bunun anlamı, belirli tanılarla ilgili belirti setleri ve tanımlamaları sunması ve bireylerin bir tanı alması veya almamasıdır. *DSM-IV-TR*'nin giriş bölümünde şu kriterler ile genel bir ruhsal bozukluk tanımı önerilmektedir:

1. bireyin deneyimlediği
2. (a) sıkıntı yaratan (örn., şiddetli belirti düzeyi)
   (b) engel oluşturan (işlevselliğin bir veya daha fazla önemli alanda azalması gibi) veya
   (c) özgürce davranmasını engelleyen
   (d) ve ölüm de dahil olmak üzere ciddi düzeyde sıkıntı, rahatsızlık veya sorunlara yol açabilen
3. klinik olarak anlamlı bir davranışsal ya da psikolojik sendrom veya örüntü

*DSM-IV-TR*'deki tanılar için verilen ölçütler, bazı belirtileri ya da durumları ruhsal bozuklukların dışında tutacak şekilde tasarlanmıştır. Neyin ruhsal bozukluk olarak *görülmemesi* gerektiğine dair örnekler ve ölçütler de sunmaktadır:

> ... bu sendrom ya da örüntü belirli bir olaya –örneğin yakın birinin ölümüne– gösterilen olağan ve kültürel olarak kabul gören bir tepki olmamalıdır. Gerekçesi ne olursa olsun, bireydeki davranışsal, psikolojik ya da biyolojik bir bozukluğun yansıması olmalıdır. Birey ve toplum arasındaki belirgin farklılık (politik, dini veya cinsel) ya da çatışma, bireydeki bozukluğun bir sonucu değilse ruhsal bozukluk değildir... (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, s. 31)

Öngörüldüğü gibi *DSM-IV-TR*'de *ruhsal bozuklukların* genel tanımındaki önemli belirsizlikler devam etmektedir. "Klinik olarak anlamlı davranışsal ya da psikolojik sendrom veya örüntüler"in ne olduğuna dair tartışmalar hâlâ devam etmektedir. Dahası, bu el kitabı, "kültürel olarak kabul gören" davranışsal tepkilerin ruhsal bozukluk olarak görülmeyebileceğini söylese de kabul görme tanımı belirsizdir. Ruhsal bozuklukları tanımlamadaki bu belirsizlik ve öznellik, *DSM*'nin eleştirildiği bir diğer alandır (Eriksen & Kress, 2005; Horowitz, 2002; Horowitz & Wakefield, 2007). Örneğin Szasz (1970), şöyle demektedir:

> Ne tür sosyal sapkınlıklar veya sıradışılıklar ruhsal bozukluk olarak görülebilir? Cevap, psikiyatrik açıdan ruh sağlığı tanımının zorunlu kıldığı kurallara ve ilkelere karşı benimsenen bireysel davranışlardır. Uyuşturucudan uzak durmak ruh sağlığı için önemli ilkelerden biri ise uyuşturucu kullanmak ruhsal hastalığın bir belirtisi haline gelir; soğukkanlı ve sakin davranmak ruhsal sağlığın bir kuralıysa depresyon veya öfori ruhsal hastalığın belirtisi olur; buna benzer örnekler çoğaltılabilir (s. 31).

Szasz'ın bu bakış açısı oldukça kabul görmektedir. Nihayetinde, *DSM*'nin *ruhsal bozukluklar* için sunduğu genel tanım ve her bir birey için önerilen ruhsal bozukluk kriterleri, öznel yargılamalar gibi görünmektedir.

### Neden Tanı?

Szasz (1970) gibi pek çok öğrenci tanı kavramını tamamıyla reddetmektedir. *DSM-IV-TR* hakkında eleştirel davranmakta, tanıların, danışanlara bir etiket yapıştırarak onların bireysel özelliklerini göz ardı ettiğine ve onları, insanlıktan çıkardığına inanmaktadır. Morrison (1993), bunu *hasıraltı etme* (*pigeholing*) olarak adlandırmaktadır. Bu kitabın yazarları olarak söz konusu şikâyetleri anlıyoruz, bireye tanı koymayla ilgili problemlerin olduğu görüşüne de katılıyoruz; bu konudaki felsefi ve pratik argümanları da vererek tanısal değerlendirme stratejileri ve yöntemleri konusuna geçiyoruz.

#### *Felsefi Destek*

Nasıl adlandırırsak adlandıralım, ruhsal bozukluk kavramı varlığını sürdürmektedir. İnsanoğlu var olduğundan beri duygusal sıkıntılar, ruhsal acılar, kişilik patolojileri ve intihara eğilimli davranışlar da var olmuştur. Psikiyatrik tanılar, belirli özelliklere dayanarak ruhsal bozuklukları sınıflandırmak ya da kategorize

etmek üzere tasarlanmıştır. Ruhsal bozukluklar, bozuklukların benzerlik ve farklılıkları, gidişatı ve sonucu ile ilgili bilgiler, en uygun ve en etkili tedavileri sağlamak konusunda bize yardım etmektedir. Bu bilgiler, danışanlarına yardım etmek isteyen ruh sağlığı uzmanlarına güvence ve yetki sağlar. Ek olarak, bu bilgiler ruhsal bozuklukları önlemede yol gösterici olabilir.

*Pratik Destek*

Doğru tanının çok sayıda olumlu pratik sonuçları vardır. Tanı, danışanın deneyimlediği belirtilerin ve sorunların bütünsel ve organize tanımıdır. Bu kestirme tanıma ulaşmak, dikkatli bir gözlem, araştırma gerektirir. En doğru tanıya ulaştıktan sonra uygulayıcı diğer uzmanlarla, sigorta veya sağlık hizmetleriyle ya da ilgili taraflarla iletişim kurabilir.

Aslında en iyi ihtimalle tanı, geçici bir varsayımdır. Bu varsayım, görüşmeciyi yapbozun farklı parçalarını bir araya getirmeye, çeşitli belirtiler ve problem alanları arasındaki ilişkileri geçici olarak adlandırmaya zorlar. Böylece bazı öngörülebilir tepkilere göre genel bir eylem planı uygulamaya işaret eder. Planlı müdahaleler kuramın ve tekniğin bilinçli kullanımı için zemin sağlar.

Uzmanlar arası iletişimi ve hipotez testini sağlamasının yanı sıra tanının son olumlu ve pratik yanı şudur: Bazen etiket, danışanlar için büyük bir rahatlamadır. Danışan yardım almaya bir dizi kafa karıştırıcı ve korkutucu sorunla, sıkıntıyla ya da belirtiyle gelir. Yalnız ve sadece kendisi bu problemi yaşıyormuş gibi hissedebilir. Şimdiye kadar hiç kimsenin bu kadar işlevsiz, bu kadar tuhaf, bu kadar endişeli ya bu kadar çok "garip" olmadığını düşünebilir. *Tanı almak*, sorunlarının isimlendirilmesi, sınıflandırılması ve tanımlanması danışanlar açısından oldukça rahatlatıcı olabilir. Başkalarının –pek çok kişinin– travmaya benzer şekilde tepki verdiğini, depresyonu benzer şekilde yaşadığını ya da belki benzer sıradışı başa çıkma stratejileri (irrasyonel düşünceler veya zararlı kompülsiyonlar gibi) geliştirdiğini fark etmek rahatlatıcı olabilir. Bazı uzmanlar, tanıda umudun ima edildiğini ve bu süreçte umudun aşılandığını, artırıldığını vurgulamaktadır (Bucciarelli, 2005; Frank & Frank, 1991; Pierce, 2004).

### Tanıya Yönelik Belirli Kriterler

Bir danışana *DSM* tanısı koymak, ruhsal bozukluklar için tatmin edici genel bir tanımlama yapmaya kıyasla görünürde daha basit ve tanımlıdır. Sonuçta, doğru tanı, çeşitli belirti kümelerinin ya da örüntülerinin (sendrom gibi) varlığına ya da yokluğuna bağlıdır. Pek çok durumda *DSM-IV-TR* tanı için belirli, bir şekilde ölçülebilir kriterler sunar. Tipik olarak, *DSM* tanıları, ilgili bazı faktörlerin de yer aldığı ve diğer türdeki rahatsızlıkları dışlayan, var olan durumu tanımlamak için oluşturulmuş belirtiler listesi olarak görülebilir. Örneğin birinin *DSM*'nin yaygın kaygı bozukluğu tanısını alması için Tablo 10.1'deki kriterleri karşılaması gerekir.

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ

Yaygın kaygı bozukluğu tanısına yönelik kriterler, doğru tanı koymak için gerekli görevleri örneklendirmektedir. İlk olarak, A kriterine göre uzman, danışanın "aşırı" kaygı ya da endişe yaşayıp yaşamadığını, kaygının ne sıklıkta ve kadar uzun süreyle ortaya çıktığını, bireyin kaç olay ya da eylemle ilgili kaygı veya endişe hissettiğini saptamalıdır. Bu bilgi (Bölüm 6'yı ve belirti sıklığını süresini, yoğunluğunu içeren tanımlarımızı hatırlayın) hem görüşmecinin belirtilerle ilgili bilgi alma kabiliyetine hem de danışanın belirtilerle ilgili bilgileri kolay, anlaşılır şekilde rapor etme becerisine bağlıdır. Ayrıca, A kriterinin gerektirdiği bilgiler, görüşmecinin ve danışanın öznel tepkilerini de içermektedir (neyin "aşırı"olduğuna dair yargılar gibi).

Tablo 10.1. Genellenmiş Kaygı Bozukluğu İçin Tanı Kriterleri (*DSM-IV-TR:* 300.02)

A- En az altı ay süreyle hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı gibi) aşırı kaygıya ve endişeye (evham) kapılma.
B- Kişi kendini endişelere kapılmaktan alıkoyamaz.
C- Aşağıdaki altı belirtiden en az üçüne kaygı ve kuruntu eşlik eder:
1- Huzursuzluk, aşırı heyecan ya da endişe duymak.
2- Kolay yorulmak.
3- Düşünceleri odaklayamamak ya da zihnin durmuş gibi olması.
4- İrritabilite.
5- Kas gerginliği.
6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekmek, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku).
D- Endişe ve kaygının odağı Eksen I bozuklukları, (panik bozukluklardaki) panik atak yaşamakla, (sosyal fobideki gibi) topluluk içinde utanmakla, (obsesif kompülsif bozukluklardaki gibi) kirlenmekle, (ayrılık kaygısı bozukluğundaki gibi) evden ya da yakın akrabalardan uzak kalmakla, (anoreksiya nervozadaki gibi) kilo almakla, (somatizasyon bozukluğundaki gibi) çeşitli fiziksel şikâyetlerle ya da (hastalık hastalığı olmadaki gibi) ciddi hastalıklara yakalanmakla ilgili kaygı ya da endişeler değildir; bu kaygı ve endişe sadece travma sonrası stres bozukluğunda ortaya çıkmaz.
E- Kaygı, endişe ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki, önemli başka işlevsel alanlarda bozulmaya neden olur.
F- Rahatsızlık, bir maddenin doğrudan fizyolojik etkileri (uyuşturucu kullanmak, ilaç tedavisi) ya da genel bir tıbbi durumdan (hipertiroit) kaynaklanmaz. Kaygı ya da endişe sadece duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar ya da yaygın gelişimsel bozukluklar süresince ortaya çıkmaz.

Not: *DSM-IV-TR* tanı kriterleri Amerika Psikiyatri Birliği'nin izni ile basılmıştır.

İkinci olarak, B kriteri altında, görüşmeci danışanın endişeyi kontrol etmeyi ne kadar zor bulduğunu değerlendirmelidir. Bu bilgi görüşmecinin, geçmişte danışanın kaygısını azaltmak için neler denediği ve başa çıkma çabalarının ne kadar işe yaradığı ile ilgili sorular sormasını gerektirir; danışanın başa çıkma becerilerinin ve çabalarının değerlendirmesini zorunlu kılar.

Üçüncü ve belki de en açık tanısal görev görüşmecinin, danışanın kaygıyla ilişkili belirli belirtileri deneyimleyip deneyimlemediğini belirlemesidir. Ne yazık ki oldukça açık bu görev bile özellikle belirtileri az ya da fazla rapor etme motivasyonu olan danışanlar söz konusu olduğunda sorunlarla doludur. Örneğin maluliyet ödemesi almak isteyen danışanlar, belirtilerini abartmaya istekli olabilir. İşini sürdürmek isteyen danışanlar ise belirtilerini en aza indirgeyebilirler. Sonuç olarak sorgulama esnasında görüşmecinin, danışanın rapor ettiği belirtilerin geçerliliği ve güvenilirliği konusunda tetikte olması şarttır. (J. Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1998).

Dördüncü olarak, *yaygın kaygı bozukluğu* tanısı koymak için görüşmecinin diğer *DSM* tanı kriterleriyle ilgili de bilgi sahibi olması gerekir. Yaygın kaygı bozukluğu tanısı koymak için D kriterinde listelenen diğer sekiz tanı hükümsüz kılınmalıdır. Görüşmeci travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, obsesif kompülsif bozukluk ve benzerleri ile ilgili az çok bilgi sahibi olmalıdır. Bunun kolay bir iş olmadığı açıktır; bu uzun bir eğitim, uygulama ve süpervizyon gerektirir.

Beşinci olarak, kriter E, görüşmecinin rapor ettiği kaygı belirtilerinin "klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki önemli başka işlevsel alanlarda bozulmaya" neden olup olmadığını belirlemesini gerektirir (Widiger, 1997). Bu kriter tanısal etiket için gerekli olsa da, doğası gereği özneldir: "...*DSM-IV*'teki hiçbir yerde, el kitabının 'Klinik Önem Kriterleri' başlıklı kısmında bile, klinik açıdan belirgin bozulmanın ne olduğu tarif edilmemiştir" (s. 6).

Altıncı olarak, F kriterine göre, kesin bir tanı koymadan önce, görüşmeciler danışanın kaygı belirtilerinin madde alımından, maddeye maruz kalmak veya genel bir tıbbi durumdan kaynaklanıp kaynaklanmadığını saptamalıdır. Neredeyse tüm *DSM-IV-TR* tanı kategorilerinde madde alımı ya da tıbbi durumlar nedensel faktörler olarak dışlanmalıdır.

Genel olarak, yaygın kaygı bozukluğu örneği, tanı koyacak görüşmecilerin baş etmek zorunda kaldığı bir dizi konuyu örneklendirmektedir. Ne yazık ki tanıya yönelik görüşmeler için şöyle söylenebilir: Tanıya yönelik görüşme yöntemlerini öğrenmek önemlidir ancak bazen doğru tanı koyabilmek için karışıklık yaşamaya hazır olmak gerekebilir.

**Değerlendirme ve Tanı Problemleri**

Danışanın yaygın kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığından emin olmak için görüşmeci değerlendirme esnasında C kriterindeki altı belirtiden üçünün olup olmadığına karar vermelidir. Bu noktada, yaygın kaygı bozukluğuna ilişkin *DSM-IV-TR* kaynaklı belirli soru dizilerini danışana direkt sormak yeterli (ve meşru) olabilir. Örneğin, aşağıdaki sorular yöneltilebilir:

1. Geçtiğimiz altı ay içinde veya daha uzun süredir, kendinizi çoğunlukla huzursuz, çok endişeli veya diken üzerinde hissettiniz mi?
2. Son altı ay içinde, çoğunlukla kolay yorulduğunuzu hissettiniz mi?
3. Son altı ay içinde, çoğu zaman düşüncelerinize odaklanma/konsantrasyon konusunda zorlandığınız oldu mu?
4. Son altı ay içinde, çoğu zaman kendinizi sinirli hissettiniz mi?
5. Son altı ay içinde, çoğu zaman kas gerginliği yaşadınız mı?
6. Son altı ay içinde, uykuya dalmada zorluk yaşadınız mı? Düzenli olarak huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku gibi uyku bozukluklarınız oldu mu?

Bu basit ve doğrudan tanı yaklaşımını kullanmak, bazı durumlarda doğru tanıya ulaşmamızı sağlayacaktır. Ancak aslında doğru tanıya yönelik değerlendirme süreci çok daha karmaşık olabilir. Psikiyatrik tanıların yapısal yaklaşım ve ayrımsal etkinleştirme kuramı (differential activation theory) açısından eleştirilerinde olduğu gibi peş peşe sorulan olumsuz odaklı sorular hastanın kaygısını, duygudurumunu, işbirliğini ve dolayısıyla tanısal güvenirlik ve geçerliğini ters yönde etkileyebilir (Eriksen & Kress, 2005; Lau et al., 2004; Wiley, 2004).

*DSM-IV-TR*'nin giriş bölümünde, yazarlar, tanı kriterlerin eğitim almamış bireylerce mekanik bir şekilde uygulanmaması gerektiğini vurgulamaktadır: "*DSM-IV*'te yer alan tanı kriterleri, klinik yargıları destekleyecek birer kılavuz hizmeti sunmak amacıyla tasarlanmıştır; yemek kitaplarındaki tariflere benzemez" (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, s. xxxii).

Tanısal değerlendirme stratejilerinin ve yöntemlerinin detaylı tanımına geçmeden önce, danışanlara doğru tanı koymakla ilgili birkaç sorundan daha bahsetmeliyiz:

*Yanlı ya da eksik bilgilendirme:* Danışanlar belirtilerini tarif ederlerken açık ve dürüst olmayabilir (Jaghab, Skodnek, & Padder, 2006; Othmer & Othmer, 2002a). Dürüst oldukları durumlarda bile belirtilerini *DSM* kriterleriyle tam olarak eşleşecek şekilde anlatmakta zorlanabilirler. Ayrıca bilgileri danışandan değil, başkalarından (öğretmenlerden, ebeveynlerden, romantik partnerlerden) alıyorsanız kontrolünüz dışındaki pek çok sebepten dolayı geçersiz bilgi alabilirsiniz. Aslında araştırmalar, aynı bireyi çocuk, ebeveyn, öğretmen ve benzeri başka kişi-

ler değerlendirdiklerinde bile aralarındaki uyuşmanın oldukça düşük olabileceğini göstermiştir (Safford, Kendall, Flannery Schroeder, Webb, & Sommer, 2005). Buna karşın, özellikle çocuklarla ya da ergenlerle çalışırken görüşmecilerin tanıya ilişkin bilgileri ebeveynlerden ve diğer mevcut kaynaklardan almaları gerekebilir.

*Görüşmecinin karşıt-aktarımı:* Görüşmeci olarak, nesnelliğinizi kaybedebilir ve danışanın size sağladığı bilgileri çarpıtabilirsiniz. Bu, kısmen karşıt-aktarım nedeniyle ortaya çıkabilir (Forester, 2007; Lacoursiere, 2005). Örneğin danışan size olumsuz bir tepki gösterirse ona daha ağır bir tanı vererek "cezalandırma" dürtüsü hissedebilirsiniz. Benzer şekilde, danışandan hoşlanırsanız tanıyı daha da önemsizleştirebilirsiniz.

*Eş Tanı:* Pek çok durumda danışanlar, birden fazla *DSM* tanısının özelliklerini taşır. Hatta çocuklarda, eş tanı sık karşılaşılan bir durumdur (Rousaville, 2007; Wakefield, Schmitz, First & Horwitz, 2007). Eş tanı problemi, uygun teşhisi açıklığa kavuşturmayı daha zor hale getirebilir.

*Ayırıcı tanı:* Bazı danışanlar iki ya da daha fazla tanıya uyarken bazıları kafa karıştırıcı belirti grupları rapor eder ve tanısal netlik sağlamak için daha fazla sorgulamaya gereksinim duyarsınız. Örneğin bazı tanıları diğerlerinden ayırmak herkesin bildiği gibi zor fakat önemlidir (psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, şizoafektif bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk). Bu kadar farklı bozukluğu ayırt etmenin zorluğuna karşın, tedaviye yönelik farklı girişimler (ilaç çeşitleri, tedavi yaklaşımı, hastaneye yatma, hastalığın sonucuyla ilgili tahmin) nedeniyle tanısal netlik çok önem arz etmektedir.

*Kültürel ya da durumsal karıştırıcı faktörler: DSM-IV-TR* (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000), bazı spesifik tanıların "...söz konusu davranış, o anki koşullara yönelik basit bir tepkiden ziyade, bireydeki işlev bozukluğundan kaynaklanan bir belirtiyse" uygun olacağını belirtmiştir (s. 96). Sonuç olarak, tanıyı koyarken göreviniz, ki bu her zaman kolay değildir, danışanın bireysel, sosyal, kültürel ve durumsal bağlamını göz önünde bulundurmaktır (Escobar & Vega, 2007; Hays, 2008).

Tanıya yönelik doğru bilgi almak için terapist ve araştırmacılar, "çok yöntemli, çok değerlendiricili, çok ortamlı" olarak da adlandırılan değerlendirme yöntemleri kullanmayı önerir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1998, s. 191). Bunun anlamı, ideal koşullar altında tanıyı koyacak kişilerin tanıya yönelik geniş kapsamlı bilgileri (a) çeşitli değerlendirme yöntemlerinden (klinik görüşme, dav-

ranış değerlendirme ölçekleri, projektif değerlendirmeler), (b) çeşitli değerlendiricilerden (veliler, öğretmenler, klinisyenler ve romantik partnerler) ve (c) çeşitli ortamlardan (okul, ev, klinisyenin ofisi, iş) edinmeleridir.

## TANIYA YÖNELİK DEĞERLENDİRME: YÖNTEM VE PROSEDÜRLER

Tanıya yönelik görüşmedeki sorunlara ve görevlere kısaca göz gezdirdikten sonra biraz bunalmış olabilirsiniz. Tanıya yönelik görüşme ve değerlendirme yöntemlerini öğrenmek zorlu bir süreçtir. Ancak pek çok ruh sağlığı uzmanı *DSM-IV-TR*'nin 943 sayfasıyla duyarlılıkla, hassasiyetle ve incelikle ilgilenmektedir. Aslında, *DSM-IV-TR*'yi kullanmayı öğrenmek yeni bir dil öğrenmek gibidir. Her seferinde sadece bir adım öteye geçersiniz.

Tanıyla ilişkili bilgileri almak için tanıya yönelik görüşme, sosyal/gelişimsel geçmiş, anketler ve derecelendirme ölçekleri, davranış gözlemleri, projektif teknikler ve performansa dayalı testlerin de dahil olduğu birçok yöntem mevcuttur. Bu kitap görüşme temelli yaklaşımlara odaklandığı için öncelikli olarak tartışmamızı tanıya yönelik görüşmelerle sınırlandırıyoruz.

### Tanıya Yönelik Görüşme

Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış tanıya yönelik görüşmeler, danışanların tanıyla ilişkili davranış örüntülerini, düşüncelerini ve duygularını değerlendirmek için kullanılan sistematik soru dizilerinden oluşmaktadır. Pek çoğu *DSM-III-R* ya da *DSM-IV*'ün tanısal kriterlerine dayanan birçok tanısal görüşme yöntemi yayımlanmıştır. Bu yöntemlerin temel ya da biricik hedefi uygun teşhisin belirlenmesidir. Tanıya yönelik görüşmeler danışmanlar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, hekimler ya da tanıya yönelik görüşme uygulamaları konusunda özel eğitimler alan görevliler tarafından uygulanabilir (Craig, 2005; Hersen & Turner, 2003). Bazı durumlarda, kişinin kapsamlı olmayan ama sadece tanıya yönelik bir özel görüşme yürütme eğitimi alması gerekir.

#### *Yetişkinlerde Tanıya Yönelik Görüşme*

Yetişkinlerde tanıya yönelik görüşmeler için birçok program vardır. Bazı programlar, *DSM-IV-TR*'deki çok çeşitli bozuklukları değerlendiren daha kapsamlı bir yapıdadır (*DSM-IV* Bozuklukları Eksen I İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme; First, Spitzer, Gibbon ve Williams, 1995). Diğer programlar daha spesifiktir ve kendi amaçlarıyla sınırlıdır; örneğin bazı yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler özel olarak madde bağımlılığı (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders), kaygı bozuklukları (Anxiety Disorders Inter-

view Schedule), depresif bozukluklar (Diagnostic Interview for Depressive Personality) için değerlendirmeler yapar (Grisham, Brown & Campbell, 2004; Ruan ve ark., 2008).

### Çocuklarda Tanıya Yönelik Görüşme

Çocuklarda tanıya yönelik görüşmeler için de birçok araç vardır. Bu araçlar kapsamlı (The Child Assessment Schedule; Hodges, 1985) ya da belirli bir hedefe yönelik (örneğin Anxiety Disorders Interview Schedule for Children; W. Silverman, 1987) olabilir. İncelenmiş ve kısaca tanımlanmıştır (Kronenberger ve Meyer, 1996; R. Rogers, 2001; Vacc ve Juhnke, 1997).

### Yapılandırılmış Tanıya Yönelik Görüşmelerin Avantajları

Yapılandırılmış tanıya yönelik görüşmelerin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

1. Yapılandırılmış tanıya yönelik görüşme programlarını uygulamak, standart ve nettir. Uzmanlar, danışanlara tanıyla ilişkili sorular sorabilir.
2. Tanıya yönelik görüşme programları genellikle *DSM-III-R* ya da *DSM-IV-TR* tanıları doğrultusunda yapılır; neticede klinisyenleri öznel olarak alternatif tanıları tartışmaktan kurtarır.
3. Tanıya yönelik spesifik görüşme programları, klinik görüşmelere göre daha yüksek değerlendiriciler arası güvenirliğe sahiptir. Bunun anlamı, aynı danışan için aynı yapılandırılmış görüşme protokolünü kullanan iki görüşmecinin, daha az yapılandırılmış görüşme yöntemleri kullananlara göre aynı sonuca ulaşma ihtimali yüksektir.
4. Tanıya yönelik görüşmeler, bilimsel araştırmalara çok uygundur. Araştırmacıların belirli bir hastalığın doğasını, süresini, hastalığın sonucunu, tedaviye yanıtını etkin bir şekilde incelemesi için geçerli ve güvenilir tanı elde etmeleri şarttır.

### Yapılandırılmış Tanıya Yönelik Görüşmelerin Dezavantajları

Tanıya yönelik görüşmelerle ilişkili birçok dezavantaj da vardır:

1. Bu türde bir görüşmeyi uygulamak için çok fazla zaman gerekir. Örneğin *the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (Kiddie-SADS or K-SADS; Puig-Antich, Chambers ve Tabrizi, 1983) iki ebeveynin ve çocuğun görüşmeye alınıp alınmayacağına göre birle dört saat arasında sürebilmektedir. Tanıya yönelik görüşmelerin çoğunda, daha fazla zaman harcamasına yol açabilecek bir durum da uygulama yapacak görüşmecilerin eğitilmesinin gerekliliğidir.
2. Tanıya yönelik görüşmeler, deneyimli tanı koyucuların kısa yolları kullanmalarına izin vermez. Bu külfetlidir çünkü uzmanlar, danışanlara doğru tanı koymak için başlangıç düzeyindeki görüşmecilere göre çok daha az bilgiye ihtiyaç duyar (Schmidt, Norman ve Boshuizen, 1990).

3. Bazı klinisyenler tanıya yönelik görüşmelerin, olumlu ilişki geliştirmeyi ve danışanla terapist arasındaki kişisel iletişimi önemsemeyen, fazla yapılandırılmış ve katı görüşmeler olmasından şikâyet eder (Bögels, 1994). Aşırı yapılandırma ve kesinlik, tedavi yöntemlerinde sezgi ve ilişki gelişimine önem veren uygulamacılar açısından kabul edilebilir olmayabilir.
4. Yapılandırılmış tanıya yönelik görüşmeler güvenilir olsa da bazı klinisyenler geçerliliği sorgulamaktadır. Örneğin *DSM-IV-TR*'deki tüm tanı etiketlerini değerlendiren tam bir görüşme programı yoktur. Tanıya yönelik görüşmeler danışanın kişisel geçmişini, kişilik özelliklerini ve daha fazlasını görüşme dışında tutar. Bu nedenle eleştiriler iki farklı görüşmecinin aynı görüşme programını uygulayabileceğini ve tutarlı olarak ikisinin de aynı yanlış, yetersiz tanıya ulaşabileceğini iddia etmektedir.

Bahsedilen dezavantajları nedeniyle gerçek klinik uygulamalarda resmi tanıya yönelik görüşme yöntemleri nadiren kullanılır (Falloon ve ark., 20005). Ruh sağlığı hizmeti verenlerin değerlendirmede ve tedavide zamanı etkin biçimde kullanma ihtiyacı, uzun süren diğer uygulamalarla birleşince, tanıya yönelik görüşme yöntemlerinin hiç kullanılmaması çok az yer alması pek de şaşırtıcı olmuyor. Öte yandan, ruhsal bozuklukların yaygınlığını, sürecini, sonuca yönelik öngörüleri ve tedavisini inceleyen araştırmacılar ve akademisyenler, neredeyse tamamen bu yöntemleri kullanmaktadır.

## KLİNİK GÖRÜŞME BİLİMİ, II. BÖLÜM: TANISAL GÜVENİRLİK VE GEÇERLİLİK

Bölüm 6'da önerildiği gibi klinik görüşmeler tanıya yönelik değerlendirmelerde köşe taşıdır. Açık söylemek gerekirse hiçbir saygın (ya da etik) ruh sağlığı uzmanı, klinik görüşme yapmadan danışana teşhis koymayı aklından bile geçirmez. Bununla birlikte, şu bilimsel soru hâlâ cevapsız kalmaktadır: Tanıya yönelik görüşmeler, gerçekten tanıya yönelik geçerli, güvenilir veriler ve neticede sonuçlar sağlar mı?

Belirli bir yöntemin psikometrik özelliklerini değerlendirmek *güvenirlik*, tekrarlanabilirlik ve tutarlılık anlamına gelmektedir. Yöntem, tanıya yönelik görüşmelerdeki gibi güvenilirse tutarlı olarak aynı sonucu verecektir; iki görüşmeci aynı danışanla görüşme yaptığında, aynı klinik veriye ve sonuçta aynı tanıya ulaşır. İstatistiksel olarak konuşursak kabul edilen yaygın görüş, kullanılan araçların ya da yöntemlerin geçerli olma olasılığı için (doğru ve güvenilir sonuçlar üretmek için) güvenilir olması gerektiğidir (tekrar edilebilir sonuçlar ortaya çıkarmalıdır). Ancak tanıya yönelik görüşmelerin güvenirliği yüksek olsa da geçerli olmama ihtimali vardır. Örneğin iki görüşmecinin tutarlı olarak aynı tanıları koyduğu, ama bu tanıların yanlış olduğu durumlardaki gibi.

1980'de *DSM-III*'ün yayımlanması ile birlikte çok sayıda ruh sağlığı uzmanı özellikle psikiyatristler, rahat bir nefes aldı. Tanı koymada yaklaşık 30 yıllık öznellikten sonra, nihayet, bireyin ruhsal bir bozukluğunun olup olmadığını nesnel olarak saptamak için geliştirilmiş kapsamlı ve teorik olmayan bir sistem vardı. Daha da önemlisi, şimdi danışanın tam olarak ne gibi bir ruhsal bozukluğu olduğunu belirlemek için özel tanı kriterleriyle tamamlanmış açık bir sistem ortaya çıkmıştı. Basılmasından kısa bir süre önce ve sonra, *DSM-III* övgü yağmuruna tutuldu. Güvenirlik sorunu (kısa süre içinde aynı hastayı gören iki psikiyatristin uygun tanı konusunda uzlaşma sağlayamaması) sonra ele alındı; bazı ruh sağlığı uzmanlarının kafasında güvenirlik problemi bir şekilde çözüldü (Klerman, 1984; Matarazzo, 1983).

Ne yazık ki zamanla *DSM*'nin tanıyla ilgili güvenirliğinin çözümden çok uzak olduğu ortaya çıkmıştır. Çağdaş tanı sistemine yönelik iğneleyici eleştirilerinde Kutchins ve Kirk (1997) şöyle demişlerdir:

> *DSM* ile ilgili temel bilimsel sorun olan güvenirlik probleminin ortaya atılmasının üzerinden yirmi yıl geçti; halen *DSM*'nin (herhangi bir baskısının) ruh sağlığı klinisyenlerince düzenli olarak yüksek güvenirlikle kullanıldığını gösteren bir çalışma yok. Ayrıca bu el kitabının bir önceki sürümüne göre, güvenirliği artırdığına dair herhangi bir kanıt da yok. Dolayısıyla *DSM*'nin güvenirlikteki devrimi, sadece söz sanatındaki devrimdir, gerçekte değil (s. 53).

Kutchins ve Kirk'in (1997) duruşunun biraz radikal olduğunu kabul etmek gerekir. Fakat bu savlarını radikal ve hoşnutsuz kişilerin boş lafları olarak kabul etsek bile araştırmacıların tutarlı olarak *DSM* sisteminin geçerlilik ve güvenirliğini sorguladığını görmekteyiz (Craig, 2005; Hersen & Turner, 2003). Örneğin, gençlerdeki ruhsal bozuklarla ilgili tanısal kararların nasıl verildiğine yönelik yapılan bir çalışmada, belki de anlaşılır biçimde sosyal bağlam ve etnik kökene göre kararların değişebildiği rapor edilmiştir. Ancak klinisyenlerin kuramsal yönelimi, yaşı ve mesleğinin nihai tanıya yönelik karar ile ilişkili bulunması şaşırtıcıdır (Pottick, Kirk, Hsieh & Tian, 2007).

Belirli kültürel ve yaş temelli alt gruplar için tanıya yönelik geçerlik konusu önemli bir konudur. Örneğin alkol kullanan ergenlerle yapılan bir çalışmada araştırmacılar, genç katılımcıların alkol kullanımının tanısal ölçütlerle uyuşmadığını görmüştür. Gençler sarhoş olana kadar alkol aldığı halde "öngörülenden daha çok veya uzun süre akol alımı" ölçütünü karşılamıyor görünmektedir; alkol almadan önce tüketim miktarını belirlemeyi veya öngörmeyi düşünmemiş olabilir (Chung & Martin, 2005). Dolayısıyla tanıya yönelik kriterler onlar için bir anlam ifade etmemektedir.

*DSM* sisteminin güvenirlik ve geçerliği ile ilgili çelişki sürse de tanılara yönelik şimdiye kadar bilimsel olarak desteklenmiş şu sonuçlardan söz edebiliriz:

- Genel olarak, *DSM-IV* tanı kriterleri önemli girişimlerdir ve birçok durumda tanıya yönelik eski sınıflandırmalara göre daha yüksek güvenirliğe sahiptir.
- *DSM* tanı kriterlerine ne kadar bağlı kalırsanız güvenilir tanıya ulaşma olasılığınız o kadar artacaktır; yine de klinik uygulamacılar arasında güvenirliğin en iyi ihtimalle orta düzeyde olduğunu bilmek gerekir.
- Tanıya yönelik belirli görüşme teknikleriyle ilgili resmi bir eğitim alırsanız, güvenilir tanılar koyma ihtimaliniz de artacaktır.

Bağlamsal faktörleri göz ardı eden daha fazla yapılandırılmış tanıya yönelik görüşme prosedürleri, olasılıkla daha güvenilir tanılar sağlayacaktır ancak bağlamsal faktörleri göz ardı etmek bireye ait özellikleri de göz ardı etmek demektir, bu da tanıya yönelik değerlendirmede yemek kitabı formatında bir yaklaşımı beraberinde getirecektir.

Bazı tanı kriterleri, farklı kültürel altyapısı olan danışanlar, gençler veya yaşlılar için uygun olmayabilir. Nihayetinde bireysel özellikleri önemsemek tanı sürecini karmaşıklaştırsa da önemsenmelidir.

## TANIYA YÖNELİK KLİNİK GÖRÜŞMELER İÇİN DENGELİ BİR YAKLAŞIM

Tanıya yönelik görüşmelerle ilgili tutumumuz çok şaşırtıcı olmayacaktır. Görüşme ile ilgili bazı kitaplar ve uygulamacılar tanı meselesini önemsememeyi ya da görmezden gelmeyi tercih ederken bazıları bu görüşmeleri en gerekli bileşen olarak görür (Craig, 2005; Horwitz & Wakefield, 2007). Tanı becerilerini anlamak birçok danışman, sosyal çalışmacı, psikolog ve psikiyatrist için standart bir uygulama olarak görülse de tanıya çok fazla odaklanmak danışanların eşsiz, insani özelliklerini gözden kaçırma riski taşıyabilir. Bu nedenle etik ilkelerle tutarlı olarak, tanıya yönelik görüşme danışan ve görüşmeci arasında işbirliğine dayalı ve kuramsal ve görgül olarak desteklenmiş bir tedavi planına katkıda bulunan biçimde kullanılmalıdır (Bryceland & Stam, 2005; Sommers-Flanagan, 2007). Böyle bir tanıya yönelik görüşme şu bileşenleri içerecektir:

1. Yakınlık, rollerin belirlenmesi ve aktif dinleme ile karakterize bir başlangıç aşaması. Başlangıçta, farklı kültürlere uygun standart anketler ve geliş/yönlendirme bilgileri gözden geçirilebilir.
2. Danışanın problemleri, hedefleri ve danışanın asıl problem ve hedeflerinin kapsamlı incelemesi. Bu bileşen, *DSM-IV-TR*'yi kılavuz alıp danışanın belirtileri hakkında soru sormayı gerektirir, ancak yemek el kitabı gibi kullanılamaz.
3. Danışanın temel problemiyle ilişkili kişisel deneyimleri (kişisel geçmiş) hak-

kında kısa bir tartışma. Daha önce geçmişle ilgili görüşme yapılmadıysa bu başvuru gerekçesini de içermelidir.
4. Kısa bir mental durum muayenesi.
5. Sosyal destek ağları, başa çıkma becerileri, fiziksel sağlık ve güçlü yönler de dahil olmak üzere, danışanın mevcut durumunun gözden geçirilmesi.

### Başlangıç ve Rollerin Belirlenmesi

Tüm danışanlar ilgili ve şefkatle karşılanmalıdır. Hedefimizin tanı koymak ve tedavi planı hazırlamak olduğu gerçeği, danışana eşsiz bir birey olarak davranmamız gerektiği gerçeğini etkilememelidir.

Gizlilik sınırlarını gözden geçirdikten sonra, görüşmeciler aşağıda verilene benzer bir ifadeyle tanıya yönelik görüşmelerin yapısını danışana anlatabilir:

"Bugün, sizi sıkıntıya sokan şeyin ne olduğunu anlamak için buradayız. Bu benimle rahatça konuşabileceğiniz anlamına geliyor. Ayrıca yaşadıklarınızı tam olarak anlamak için bugün size pek çok soru soracağım. Temel sıkıntıları iyice anlayabilirsek onları çözmek için bir plan da yapabiliriz. Bu sizin için uygun mu?"

Bu ifade işbirliğini vurgular ve patoloji üzerinde durmaz. "Iyice anlamak" ve "temel sıkıntılar" ifadeleri, tanıya yönelik meseleler hakkında danışanla dost bir dille konuşmanın öğeleridir. Bu ifade, aynı zamanda, danışanın klinik görüşme esnasındaki sorumlulukları hakkında eğitimini de içeren bir rol belirleme sürecidir. Danışanlar kendilerinden beklenenleri anladığında, görüşme hedeflerinize ulaşmanızı sağlayacak şekilde daha yardımsever davranır. Ayrıca danışanlar, "Bu sizin için uygun mu?" diye sorulduğunda görüşme süreciyle daha ilgili olur. Danışanlar bu işbirlikçi soruya nadiren, "Hayır! Bu benim için uygun değil!" diyerek yanıt verir. Bu yanıtı verirlerse siz de o anda önemli bir tanısal bilgi elde etmiş olursunuz.

Görüşme boyunca etkin dinleme becerilerini kullanmayı unutmayın. Eğitim alan görüşmeciler, genellikle danışanın doğallığını neredeyse engelleyecek şekilde yapılandırılmış ya da danışanın konuyu dağıtmasına izin verecek şekilde yapılandırılmamış bir tutum benimseyebilir. Tanıya yönelik görüşme süresince dinlemeyi ve tanıya yönelik sorular sormayı unutmayın.

### Danışan Problemlerini Gözden Geçirmek

Danışanın problemlerini kavramsallaştırma sistemlerini Bölüm 7'de ele almış olsak da tanıya yönelik görüşme bağlamında bazı temel meseleleri tekrarlamak istiyoruz. Tanıya yönelik görüşme en azından danışanın problemlerini kapsamlı olarak gözden geçirmeyi (ve *DSM* tanı kriterlerine göre belirtilerle ilgili sorgulamaları), ilgili hedefleri, danışanın asıl probleminin ve hedefinin detaylı analizini içermelidir. Danışanla bu alanları gözden geçirirken göz önünde tutulacak ve uzak durulacak bazı konular vardır:

*Danışanın Kendi Kendine Koyduğu Tanıyı Otomatik Olarak Geçerli Kabul Etmeyin*

Bazı danışanlar, deneyimlediği belirtileri ile ilgili tanı etiketlerinden söz eder:

"Geçtiğimiz üç ay içinde kendimi çok depresif hissettim. Bu depresyon beni gerçekten sardı."

"Sadece durduramadığım takıntılı, yani kompülsif davranışlarım var. Bu davranışlar üzerinde hiçbir kontrolüm yok."

"Gerçekten, benim problemim panik. Ne zaman toplum içine çıksam tam anlamıyla donup kalıyorum."

Bazı tanı terimleri o kadar popülerdir ki anlamını bile kaybedebilir. Bu, özellikle *depresyon* için geçerlidir. Şimdilerde birçok kişi keyifsiz ya da üzgün hissettiğinde kendilerini tarif etmek için bu kelimeyi kullanıyor. Bilinçli bir uzman, depresyonun bir duygudurumu değil bozukluk olduğunu bilir. Bu örnekte, depresif bir bozukluğun var olduğu sonucuna varmadan önce uyku sorunlarının, iştah ya da kilo değişikliklerinin, konsantrasyon problemlerinin ve daha fazlasının ayrıca sorgulanması gereklidir. Görüşmede sorulan "Depresyonda mısınız?" sorusu, uygun bir tanıya yönelik görüşme yerine geçemez (Kawase ve ark., 2006; Vahter, Kreegipuu, Talvik & Gross-Paju, 2007).

Benzer şekilde, halk dilinde kompülsif/takıntılı ve panik terimleri de çok kullanılır. Tanı çerçevesinde, takıntılı davranışlar klinisyenleri ya obsesif kompülsif bozukluk ya da obsesif kompülsif kişilik bozukluğu ile ilişkili belirtiler konusunda alarma geçirir. Buna karşın, yeme bozukluğu ya da madde bağımlılığı olan birçok kişi davranışlarını takıntı olarak adlandırır. Bir kez daha danışanın kompülsif bozukluğu olduğunu varsaymadan önce daha fazla sorgulama gerektiğini yineleyelim. Son olarak, panik bozukluğu *DSM-IV-TR*'de oldukça açık tanımlanmış bir bozukluktur. Yine de sosyal fobisi, agorafobisi ya da topluluk önünde konuşma kaygısı olan birçok kişi panikten buz kestiklerinden bahseder. Bu nedenle danışan bu kelimeyi kullansa da görüşmeci *panik* kelimesi ile ifade edilenin kaygı bozukluğu olması olasılığına karşı uyanık olmalıdır; uygun tanı panik bozukluk olmayabilir. Son olarak, gençlerde ve yetişkinlerde bipolar bozukluk tanı oranları son yıllarda oldukça artmış görünmektedir (Blader & Carlson, 2007; Moreno ve ark., 2007). Sonuç olarak, halktan insanlar (ve maalesef ki bazı ruh sağlığı uzmanları) sinirlilik halini, hareketliliği veya duygudurum değişkenliğini kolaylıkla *bipolar bozukluk* olarak tanımlamaktadır. Bu gibi durumlarda muhakkak belirlenmiş tanı kriterlerini kullanmak gereklidir.

*Tanıya Yönelik Kontrol Listesini Hazır Bulundurun*

Danışana problemleriyle ilgili soru sorarken *DSM-IV-TR* tanı kriterlerini zihninizde ön planda tutmak önemlidir. Ne yazık ki çok azımız belirli tanı kriterle-

rini o anda hatırlayacak hafızaya sahibiz. Bu nedenle *DSM-IV-TR* tanı kriterlerin hatırlamanıza yardım edecek bir kontrol listesi oluşturmanızı öneriyoruz. Evde hazırladığınız tanıya yönelik tanı kriterleri, aklınızda tutmanıza gerek kalmadan tanı kriterlerine aşina olmanızı sağlayacaktır. Bu basit yöntem, sizi 943 sayfalık tanı bilgilerini hatırlama yükünden kurtaracaktır.

*Bir Görüşmeden Sonra Doğru Tanıyı Koyamayabileceğiniz Gerçeğini Kabul Edin*

Bazen, yüksek beklentilere ve yüce hedeflere sahip olmak iyidir. Fakat bilişsel terapinin ve kuramının gösterdiği gibi aşırı yüksek beklentiler engellenme hissi ve hayal kırıklığı yaratabilir (Leahy, 2004). Tanı koyan bir görüşmeci olarak işiniz, uygun tanıyı saptamak için yapabileceğinizin en iyisini yapmaktır. Danışanlarınızın problemle ilişkili belirtilerini azimle izler ve analiz ederseniz gerekli yardımı göreceksiniz. Ancak pek çok durumda, kısmen deneyimsizlik kısmen de tanının karmaşıklığından, sadece bir görüşme ile danışana doğru tanıyı koyamayacaksınız. Aslında görüşmeden ayrılırken kafanız daha karışmış bile olabilir. Korkmayın. *DSM-IV-TR* uygulamacılara tanısal belirsizlikle başa çıkmada yardımcı yöntemler de verir (Bkz. Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000, s. 4–5). Bu yöntemler:

*V kodları:* *DSM-IV-TR* uygulamacıların ruhsal bozukluğu tanımlayacak yeterli bilgiye sahip olmadığını ya da tedavinin tanı kriterlerini karşılamayan bir ruhsal bozukluğa odaklandığını gösteren bir dizi V kodu içerir: V61.20 (ebeveyn-çocuk ilişkisi problemleri) ve V62.82 (kayıp) gibi.

*Kod 799.9:* Bu kod Eksen I ya da Eksen II'de kullanılabilir ve *Ertelenmiş Tanı ya da Karar* olarak adlandırılır. Bu kod, tanı ya da kararla ilgili yargılamalar için bilginin yetersiz olduğu durumlarda kullanılır.

*Kod 300.9:* Bu kod, *Belirlenmemiş Ruhsal Bozukluk (psikotik olmayan)* anlamı taşır. Bu kod, tanı koyanların psikotik olmayan bir ruhsal bozukluk olduğuna inandığı ancak daha belirli bir tanı için yeterli bilgiye sahip olmadığı durumlarda kullanılır.

*Geçici Tanı:* Tanı koyanların, parantez içinde *geçici* kelimesi ile bir tanı koymaları belirsizliğe işaret eder. Geçici tanı, ek bilgilerin tanıyı değiştirebileceği, tanı üzerinde hâlâ çalışıldığı anlamına gelir.

**Danışanın Kişisel Geçmişi**

Doğru tanı için en azından asgari düzeyde sosyal ve gelişimsel geçmiş bilgileri almak gereklidir. Klinik depresyon değerlendirmesini örnek alalım. Mevcut durumda, *DSM-IV-TR*'deki temel özellikler arasında en az bir depresif belirti içeren

birçok bozukluk listelenmiştir: (a) distimik bozukluk (b) majör depresyon (c) kaygının ve depresyonun birlikte yer aldığı uyum bozukluğu (d) depresif duygudurumuyla karakterize uyum bozukluğu (e) bipolar I bozukluğu, (f) bipolar II bozukluğu ve (g) siklotimik bozukluk. Ayrıca depresyona benzer belirtileri içeren ya da yaygın bir şekilde, az önce listelenen depresif bozukluklarla eşzamanlı ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının dışında kalan birçok bozukluk vardır. Bu bozukluklar, aşağıda verilenleri içerir ancak bunlarla sınırlı değildir: (a) travma sonrası stres bozukluğu, (b) yaygın kaygı bozukluğu, (c) anoreksiya nervoza, (d) bulimia nervoza ve (e) davranış bozukluğu. Bu ürkütücü listeden de anlamış olabileceğiniz gibi soru belirli bir danışanda depresif belirtilerin olup olmaması değil, hangi depresif belirtinin, hangi durumda ve ne kadar uzun süre ile var olduğudur. Yeterli geçmiş bilgisi edinemeyen görüşmeciler, çeşitli depresif bozuklukları ve eş zamanlı bozuklukları ayırt edemez.

Bazı vakalarda, doğru tanı danışan öyküsünde yatmaktadır. Örneğin, panik bozukluk önceki panik ataklarına dair öyküsel bilgi edinmeyi gerektirir (Antony, & Swinson, 2000; Sanfelippo, 2006). Benzer şekilde travma sorası stres bozukluğu, tanımı gereği, bir travma öyküsünü gerektirir.

### Mental Durum Muayenesi

Bölüm 8'de üzerinde durulduğu gibi mental durum muayeneleri tanıya yönelik görüşmelerden farklıdır ve kendi başına tanıya yönelik bir yöntem olarak görülmemelidir. Ancak danışanın mevcut ruhsal durumunun incelenmesi, doğru tanı için kritik bilgiler sağlayacaktır. Özellikle mental durum muayenesi bilgileri, madde kullanımının danışanın bilincini ya da işlevselliğini doğrudan etkileyen bir faktör olup olmadığını saptamanıza yardım edebilir. Mental durum muayeneleri, danışanın belirli tanı koşullarıyla ilişkili olabilecek düşünme ve algı süreçleri konusunda sizi bilgilendirebilir.

### Mevcut Durum

Danışanın mevcut işlevselliği ile ilgili bilgileri almak ilk görüşmelerin standart bir parçasıdır. Tanıya yönelik görüşmelerle ilişkili olarak, birkaç önemli konu incelenmeli ve vurgulanmalıdır.

Danışanın mevcut durumunu detaylı olarak gözden geçirmek, onun sosyal destek ağlarını, başa çıkma becerilerini, fiziksel sağlığını (bu konu tıbbi geçmiş sırasında ele alınmadıysa) ve güçlü yönlerini değerlendirmeyi içerir. Bu alanlardan her biri tanıya yönelik süreçlerde önemli bilgiler sağlayacaktır.

### Olağan veya Tipik Bir Gün

Yalom (2002), danışanın "günlük rutinini veya programını" sorgulamanın özellikle bilgi verdiğini söylemektedir:

> ...son dönemde yaptığım ilk görüşmeler bana, bu tür bir sorgulamanın belki de aylarca edinemeyeceğim bilgiyi verebileceğini öğretti: Günde iki saat bilgisayar oyunu oynamak; farklı bir kimlikle internette cinsel sohbet odalarında geçen üç saat; işte yoğun düzeyde erteleme davranışı ve utanç; orta yaşlı bir kadının babasıyla (bazen saatlerce) süren telefon görüşmeleri; dinlemekten tükendiğim çok zahmetli günlük rutinler; lezbiyen bir kadının ayrılamadığı ama artık sevmediği önceki sevgilisiyle yaptığı uzun süreli telefon konuşmaları (s. 208-209).

Danışanın tipik bir gününü dinlemek sıkıcı gelebilir ama tanı açısından oldukça zengin bir veri kaynağıdır ki uygun tedavi hedefleri ve planı geliştirmenize yardımcı olur.

*Danışanın Sosyal Destek Ağı*

Bazen, özellikle çocuklarla ve ergenlerle görüşme yaparken tanıya yönelik bilgileri danışan yerine başka kişilerden almak önemlidir. Bu vakalarda, ebeveynler tanıya yönelik çalışmanın bir parçası olarak görüşmeye alınır (genç danışanlar ve ebeveynleriyle ilgili görüşmeler hakkında daha detaylı bilgi için Bölüm 12'ye bakınız). Yetişkinlerle görüşme yaparken bile tanıya yönelik izlenimleri doğrulamak için dışarıdan bilgi almak gerekebilir. Tanı koymak için sadece bir tek görüşmeye güvenmek, uygunsuz ve amatörce olabilir. Morrison'ın da (2007) bahsettiği gibi:

> Yetişkin danışanlar da kendi gelişimleriyle ve aile geçmişleriyle ilgili yeterince bilgi sahibi olmayabilir. Psikozu ya da kişilik bozukluğu olan hastalar, belirtilerinin çoğunu doğru değerlendirmek için gerekli bakış açısına sahip olmayabilir. Bu durumda, hastayı iyi tanıyan kişilerden geçmişle ilgili bilgi almak tanıyı büyük ölçüde etkileyebilir (s. 203).

Danışanınız dışındaki kişilerden aldığınız bilgiler, *tamamlayıcı haber kaynaklarından gelen bilgiler* olarak adlandırılır.

*Danışanın Başa Çıkma Becerilerinin Değerlendirilmesi*

Danışanın başa çıkma becerilerini değerlendirmek, danışanın kişisel sıkıntılarıyla ve problemleriyle başa çıkmak için hangi yaklaşımları kullandığını saptamak açısından harika bir fırsat sunar. Örneğin kaygı bozukluğu olan danışanlar kaygılarını azaltmak için sıklıkla kaçınma stratejileri kullanır (agorafobisi olanlar evlerinden çıkmaz; klostrofobisi olanlar basık odalardan ya da kapalı alanlardan uzak

durur). Buna karşın, davranış bozukluğu olanlar acı veren duygusal yaşantılarını tamamen görmezden gelir. Danışanların problemleriyle başa çıkıp çıkamadığını, çıkmaya yeltenip yeltenmediğini ya da sadece problemlerine tepki gösterip göstermediğini ve sonuçta belirtilerini daha da artırıp artırmadığını, sosyal ve mesleki faaliyetlerini kısıtlayıp kısıtlamadığını incelemek önemlidir.

Başa çıkma becerileri, projektif teknikleri ya da davranış gözlemlerini kullanarak da değerlendirilebilir. Projektif teknikler, danışandan stresli bir senaryo hayal etmesi (bu bazen simülasyon olarak adlandırılır) istendiğinde gündeme gelir; davranış gözlemleri hem görüşmecinin ofisinde hem de dışarıdaki ortamlarda (okul, ev, işyeri) yapılabilir. Daha önce belirtildiği gibi tamamlayıcı haber kaynakları danışanın problemiyle ofis dışında nasıl başa çıktığı hakkında önemli bilgiler sağlayabilir.

### Fiziksel Muayene

Hemen hemen her durumda, en azından genel tıbbi muayene yapılmadan kesin bir psikiyatrik tanı koyulamaz. Görüşmeciler yeni danışanlarla görüşme yaparken en son tıbbi muayenenin sonuçları hakkında her zaman bilgi almalıdır. Bazı terapistler, en son fiziksel muayene sonuçlarını giriş formlarının doldurulması esnasında ister.

Fiziksel ve ruhsal durumların birbirleri üzerinde güçlü ve karşılıklı etkileri vardır. Tanıya yönelik çalışmaları tamamlarken aşağıdaki seçenekleri göz önünde bulundurmalısınız:

1. Fiziksel muayene sonuçları hakkında bilgi almak.
2. Danışanın aile hekimine danışmak.
3. Danışanları fiziksel muayene için yönlendirmek.

Ruhsal bozuklukların olası tıbbi ya da fiziksel sebeplerini veya destekleyicilerini yeterli düzeyde incelemek, mesleki yükümlülüğümüzdür.

### *Danışanın Güçlü* Yönleri

Uzman yardımı almaya gelen danışanlar, güçlü yönlerini ve olumlu özelliklerini görme kabiliyetlerini genellikle kaybetmiştir. Dahası bir saatlik tanıya yönelik görüşmeden sonra danışanlar kendini üzgün ve moralsiz hissedebilir. Görüşme süresince, özellikle de değerlendirme/tanı koyma sürecinin sonuna doğru, danışanlardan olumlu kişisel özelliklerinden bahsetmesini ve yorumlar yapmasını istemek önemlidir. Örneğin:

"Bugün görüşme boyunca, çoğunlukla problemleriniz ve belirtileriniz hakkında ko-

nuştuk. Açıkçası bunlardan bahsetmek yaşadığınız sıkıntılar hakkında bana çok şey anlattı ancak güçlü yönleriniz ile ilgili fazla bir şey sunmadı. Bu nedenle bugün bitirmeden önce bana olumlu özelliklerinizden... kendinizde beğendiğiniz şeylerden bahsetmenizi istiyorum."

Danışanın güçlü yönlerini sorgulamak, tanıya yönelik önemli bilgiler sağlar. Daha depresif danışanlar, bu tür sorularda zorlanır ve güçlü yönlerinden bahsedemeyebilir. Bu durumda destek, rahatlatma ve olumlu geribildirim sağladığınızdan emin olun. Ayrıca çözüm yönelimli kuramcıların üzerinde durduğu gibi tanı ve değerlendirme yöntemlerinin olumluya doğru sürekli olarak yönelebileceğini ve yönelmesi gerektiğini unutmayın. Örneğin Bertolino ve O'Hanlon (2002) şöyle söyler:

> Resmi değerlendirme yöntemleri, genellikle, sadece danışanlardaki ve hayatlarındaki eksiklikleri, sıradışılıkları açığa çıkarmak ve keşfetmek için kullanılan araçlar olarak görülür. Fakat danışanların kabiliyetlerini, güçlü yönlerini ve kaynaklarını öğrenmeye, istisnaları ve farklılıkları aramaya da yardım edebilir (s. 79).

Tanıya yönelik etkili bir görüşmenin tamamen gerçeği arayan, soğuk, kişisel olmayan bir süreç olması gerekmez. Yetkin görüşmeciler, sıkıntı içindeki danışana görüşme boyunca şefkat ve destek gösterir (Jobes, 2006; O'Donohue ve ark., 2006). Tanıya yönelik görüşmenin amacı, danışanlara sadece tanı koymaktan ya da onları "sınıflandırmak"tan öte bir şeydir. Bu görüşmeler, kişinin ihtiyacına uygun şekilde bireyselleştirilmiş tedavi planını geliştirmenin ilk adımlarıdır.

## TEDAVİ PLANI

*Tedavi planı*, danışanlara uygulanacak terapötik tekniklerin ve süreçlerin taslağını çıkarma yöntemine karşılık gelir. Tedavi planı geliştirme, belirli tedavi hedeflerini ve amaçlarını gerçekleştirmek için hangi terapi tekniklerinin kullanılacağını belirlemeyi kapsamaktadır. Değerlendirme tedavi planına dair bilgileri içerir. Bir plan geliştirirken en azından şu soruları düşünmelisiniz:

"Danışanın sorunlarını belirlemek ve değişimi izlemek için ne tür değerlendirme prosedürleri kullanacağım?"
"Danışan ve ben, birlikte çalışmak için ne tür konular ve sorunlar belirledik? Bu problemler, uzlaşılan terapi hedeflerine nasıl dönüştürülecek?"
"Danışanla birlikte bu hedeflere ulaşmak için ne gibi yöntemler veya araçlar kullanacağız?"
"Hedeflere yönelik ilerlemeleri nasıl ölçeceğiz?"
"Danışanın, başka bir tür alternatif veya eşgüdümlü tedaviye gerekisinimi olup

olmadığına nasıl ve ne zaman karar vereceğiz?"
"Terapinin sonlandığına nasıl karar vereceğiz?"

Bu tür sorulara vereceğiniz cevaplar, (a) tedavi ortamınız, (b) kuramsal yöneliminiz, (c) danışanın tercihi, (d) danışanın kaynakları, (e) üçüncü tarafların öngördüğü koşullar ve sınırlar başta olmak üzere (ekstra faktörler de dahil) birçok faktöre bağlıdır. Birçok türde tedavi planı modeli mevcuttur. Bunlar arasında DDDİBKI (BASIC-ID; Lazarus, 2006), Danışan haritasını çıkarın (DO A CLIENT MAP; Jongsma ve ark., 2006) ve diğer birçok kuram temelli kavramsal sistem yer alır (Greenberg, 2002; Luborsky & Crits & Christoph, 1998; Shapiro, 2002; Woody, Detwiler-Bedell, Teachman & O'Hearn, 2003).

### Danışanın Sorunlarını Çözmek mi, Tanılarını Tedavi Etmek mi?

Danışan tedavi planını geliştirmek ve formüle etmek için pek çok yaklaşım olsa da temelde birbirleriyle çelişen iki modeli anlamak önemlidir.

*Psikososyal Tedavi Planı*

İlk yaklaşım, danışanın problemlerini ya da belirtilerini belirlemeye ve danışanın problemlerini çözmeye yönelik tedavi stratejileri geliştirmeye odaklanır. Bu görevi tamamlamak için terapistler problem odaklı bir görüşme yürütür. İlk görüşme, Bölüm 7'de tanımlanan, danışanın ve görüşmecinin işbirliği içinde (a) danışanı terapiye neyin getirdiğini, (b) danışanın kişilik tarzını ve kişisel geçmişini ve (c) danışanın mevcut yaşam koşullarını (durum) incelediği modeli izler. Kritik konuları keşfettikten sonra danışanla etkileşimli olarak terapi hedefleri belirlenir ve bu hedeflere ulaşmak için bir plan geliştirilir. Bu yaklaşım, danışanın problemlerinin ortaklaşa belirlenmesine daha çok vurgu yaparken kesin bir psikiyatrik tanı oluşturmaya daha az önem verir. Bu nedenle bu yaklaşımı *psikososyal tedavi planı* modeli olarak adlandırıyoruz. Bu tedavi planında, ayrıca, problemler üzerinde çözümlere ve hedeflere odaklanacak şekilde temel değişiklikler de yapılabilir (Comtois & Linehan, 2006).

*Biyomedikal Tedavi Planı*

Danışanın problemlerini kavramsallaştırma ve danışanın tedavisini belirlemede tıbbi ya da psikiyatrik yaklaşımın popülerliği son yıllarda artmıştır (Overholser, 2006, Simon, 2006; Sommers-Flanagan & Campbell, yayında). Bu yaklaşım, görüşmecinin tanıya yönelik değerlendirme yapmasını ve bu değerlendirme sonuçlarına göre belirli tedavi müdahaleleri önermesini içerir. Psikiyatri literatürünü taradığınızda, hastalık ve bozukluk terimlerini kullanan biyomedikal tedavi örneklerini göreceksiniz. Örneğin "depresif bozukluk, artan ölüm oranı ve psikosos-

yal sorunlarla ilişkili tekralayan ailevi bir hastalık olarak görülmektedir (Brihame ve ark., 2007, s. 1503).

Bu yaklaşımda, görüşmeci, *DSM-IV-TR* tanı kriterlerini ve ilişkili araştırmalar bilen bir uzmandır. Bu bilgileri ve uzmanlığı uygun şekilde uygular. Bu yaklaşım temelde, tedavide etkin ilaçların belirlenmesine yardım etmek için doğru tanı etiketi vermeye vurgu yapar.

Uygulamada terapistlerin çoğu, psikososyal ve biyolojik tedavi planlarının entegre edilmesinin faydalı olacağını kabul eder, bir dereceye kadar da bunu yapar. Yine de pek çok uygulamacı, bir yaklaşıma diğerine göre daha olumlu bakar. Temel farklılık, tedavi planını temelde danışanın belirlediği problemlerin mi yoksa terapistin belirlediği tanının mı belirleyeceğidir. Çalışma ortamınıza bağlı olarak her iki yaklaşım da profesyonel olarak kabul edilebilir.

*Kanıt Temelli Tedavi Planları*

Geçmiş 10-15 yılda kanıt temelli yaklaşıma doğru bir eğilim göze çarpmaktadır. Kanıt temelli tedaviler bilişsel-davranışçı, psikiyatrik tanı yönelimli ve zaman açısından da görece sınırlıdır.

Jongsma ve Peterson'ın (2006) da bahsettiği gibi bazen tanımlanmış sağlık hizmeti kurumları tanıdan çok davranışsal problem göstergeleriyle veya tanılarla ilgilenmektedir. Benzer şekilde, bu kavramlar uygulamacıları kanıt temelli tedaavilere yönlendirmekte; bilimsel araştırma sayısı sınırlı olsa da çözüm odaklı kısa terapi gibi kısa sureli tedavileri tercih etmektedir. Genel olarak, üçüncü tarafların olduğu durumlarda tanısal yaklaşımlar, sorun odaklı, kanıt temelli, kuramsal yönelimli yaklaşımlar ve çözüm odaklı veya kısa tedaviler hakkında bilgi sahibi olan görüşmecinin sorumluğundadır.

## TEDAVİ PLANINA YÖNELİK BÜTÜNLEŞİK (BİYOPSİKOSOSYAL) YAKLAŞIM

Sadece psikososyal veya biyomedikal tedavi planlarına bağlı kalmak yerine, günümüzdeki birçok ruh sağlığı uzmanı bütünleşik ya da biyopsikososyal tedavi modelini benimsemektedir. Ancak gerçekte, biyomedikal ve psikososyal tedavi modelleri sıklıkla bir arada bulunmaz. Hatta biyomedikal model diğer yaklaşımların üzerinde görülür. Bunun nedeni kısmen, 1980'lerde Engel'in (1980) biyopsikososyal modeli tıp modeli olarak görmesine rağmen, o yıllarda tıp alanında psikososyal faktörlerini sistemli olarak uygulama ve teoriye dahil ettiğine dair çok az bulgu olmasıdır (Alonso, 2004; Engel, 1997). Enteresan şekilde, karşıt durum daha farklı görünmektedir: Daha önce psikososyal yönelimli alanlar biyomedikal etkiyi daha çok benimsemiştir (Sommers-Flanagan & Campbell, yayında). Biyopsikososyal terminoloji, tıp alanı dışındaki uygulamacılar tarafından kabul görürken tıp ve psikiyatri alanında biyomedikal yönelim baskın rolünü sürdürmektedir.

Tüm ruh sağlığı uzmanlarının biyomedikal modeli benimsemesi tehlikesine rağmen, bir sonraki ele alacağımız tedavi planı yaklaşımı, biyopsikososyal mo-

deldir. Bu modelde ayrıca kanıt temelli ve kuramsal destekli tedavilerden de söz edeceğiz. Amacımız, psikiyatrik tanıların ve kanıt temelli tedavilerin gerçekliği ve kullanışlılığına saygı gösterirken aynı zamanda danışanın biricik ve özel kişisel deneyimlerine ve kuram temelli ve kısa (ama tam olarak ispatlanamamış) tedavi modellerine de hak ettiği değeri vermektir. Biyopsikososyal modelin yeniden organizasyonu için *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 10.1*'e bakınız.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 10.1**

**Dalai Lama'yı Dinlerken: Sosyal-Psiko-Biyo Model**

Emory Üniversitesi'nde gerçekleşen ve Dalai Lama'nın da bulunduğu Zihin ve Yaşam Konferansı'nda tıp doktoru Charles Nemeroff depresyonla ilgili bir sunum yaptı (Nemeroff, 2007). Sunumunda Nemeroff, tüm depresif bozukluk tanısı olanların üçte birinin kalıtımsal faktörlerden, üçte ikisinin ise çevresel faktörlerden kaynakladığını söyledi. Depresyon ve travma ile ilgili hayvan ve insan çalışmalarından elde edilen bulgulardan söz ettikten sonra, bazı insanlarda (ve farelerde) travmanın beyindeki depresyon eğilimini artıran biyolojik döngüyü hızlandırdığından söz etti. Sunumun sonunda Dalai Lama'nın çevirmeni Dr. Nemeroff'a bir soru sordu: "Kutsal Dalai Lama merak ediyor: Eğer depresyonun üçte ikisine yaşadığımız deneyimler, üçte birine kalıtım neden oluyor ve kalıtımsal olarak depresyon eğilimi olan insanlarda rahatsızlığın ortaya çıkması için bir travma yaşanması gerekiyorsa o zaman aslında depresyona deneyimlerimizin yol açtığını söylemek doğru olmaz mı?" Kısa bir sessizlikten sonra Nemeroff cevap verdi: "Evet, bu çıkarım doğru."

Böyle çıkarımlar ve gözlemlerimiz bize, biyopsikososyal modelin adında yer alan terimlerin sıralamasının doğru olmayabileceğini gösteriyor. Bu yüzden rahatsızlıklar ve bozukluklar söz konusu olduğunda doğru sıralama büyük olasılıkla şöyle olmalı: *Sosyo-psiko-biyo model.*

## Uygun Tedavilere Karar Vermek

Uygun tedavilere karar verme süreci görüşmecilerin aşağıdaki bilgileri göz önünde bulundurmasını gerektirmektedir:

*Danışanın problemi ve bilimsel* çalışmalar: Danışanın problemlerini ve tanıya bağlı olarak, etkin tedavi yaklaşımlarını ana hatlarıyla sunan yayımlanmış araş-

tırma sonuçları mevcut olabilir. Ne yazık ki pek çok durumda, araştırmalar dan şanların belirli problemleri için hangi yaklaşımın daha etkin olduğunu net olara belirtmez (Castonguay, 2000; Seligman & Levant, 1998). Bazı yönergeler mevcu sa da (bulimia ve panik bozukluk için bilişsel terapiler; agorafobi için davranış terapi ve ilaç tedavisi; majör depresyon için kişiler arası terapi, bilişsel-davranış terapi ve ilaç tedavisi) pek çok ruhsal bozukluk için kesin bilimsel tedavi kılavuz ları oluşturulmamıştır.

*Danışanın problemi ve tedavi literatürü:* İtibarlı akademik dergiler ile klinik psi koloji, klinik sosyal çalışma, danışmanlık, psikiyatri alanlarındaki tedavi kitapları vaka çalışmaları, kısa raporlar, sonuçlandırma çalışmaları ve tedavi seçimleriyl ilgili iyi hazırlanmış teorik tartışmalar şeklindeki farklı kaynaklar önemli tedav bilgileri sağlar.

*Terapistin becerisi ve uzmanlığı:* Tedavi planı terapistin eğitimini, stajlarını, deneyimini, daha önceden ve o esnada aldığı süpervizyonu göz önünde tutan bir yaklaşımı içermelidir. Örneğin, terapistin belirli bir tedavi tekniğinde (hipnoz ya da göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme gibi) stajı ya da deneyimi yoksa bu teknik uygulanmamalıdır.

*Terapistin tercihi:* Ruh sağlığı uzmanları, kuramsal yönelimlerinde çeşitlilik gösterir. Bazıları psikanalitik tedavi formülasyonlarına bağlıyken bazıları tedavi yaklaşımlarında davranışçıdır. Bazen, uygun olmasa bile danışanlara terapistin tercih ettiği tedavi yaklaşımı uygulanır.

*Danışanın tercihi:* Seçenek sunulduğunda, danışanlar bir terapiyi diğerine tercih edebilir. Örneğin uyumsuz alışkanlıkları olan bazı danışanlar davranışı başarıyla değiştirmeye daha kısa süreli davranış terapilerini tercih edebilir. Bazıları bu alışkanlığın hayatlarında hizmet ettiği amacı anlama arayışı ile çalışmayı bazıları ise tıbbi tedaviyi tercih edebilir. Danışanın tedavi tercihinin, tedavideki işbirliği ve tedaviye uyumu üzerinde güçlü bir etkisi vardır.

### Tedavi Planını Oluşturmak

Tedavi planı oluşturmak için bu konuda birden fazla yaklaşımın varlığını kabul ettiğimizde kanıt temelli yaklaşımları içeren esnek bir model oluşturabiliriz (Jongsma, Peterson & Bruce, 2006). Bu tür bir model şu aşamaları içerir.

*Problem seçimi:* Danışmanlığın başında birçok problem olsa da odaklanılacak problem, belki de iki ya da üç problemi danışanla ortaklaşa seçmek esastır. İyi bir tedavi planı, her zaman açıkça ifade edilmiş problemi kapsar.

*Problem tanımı:* Tedavi planında listelenen her problem için işevuruk ya da davranışsal tanımların yapılması önemsenmektedir. İşevuruk tanımlar, özellikle de

*DSM-IV-TR* tanı kriterleriyle ilişkili olduğunda terapiyi tanımlanabilir ve ölçülebilir sonuçlara taşımaya yardım eder.

*Hedef geliştirme:* Uzun süreli hedefler, olumlu sonuçların geniş çaplı tanımları olabilir. Örneğin bir problem (dürtü kontrolü bozukluğu), problem tanımını ("Dürtüsel olarak saçların çekilmesinin neden olduğu önemli saç kayıpları, s. 72") ve sonra, uzun süreli hedefi ("Dürtüleri etkin bir şekilde yönlendirme becerisi geliştirmek", s. 73) de içerir.

*Hedefi yapılandırma:* Hedefler kısa süreli amaçlardır, davranışsal olarak daha ölçülebilirdir. Bir önceki örnek temelinde, hedefler şöyle olabilir: "Dürtüsel hareketlerin genel sıklığını azaltmak" ya da "Kendini gözlemleme becerisini artırmak". Tanımlanmış sağlık hizmeti ya da sigortacılar için tedaviye devam etme ve tedaviyi sonlandırma kararına yönelik ölçülebilir hedeflerin olması gereklidir.

*Müdahaleyi belirleme:* Jongsma ve arkadaşları (2006), her bir tedavi hedefi için en azından bir müdahalenin belirlenmesini önermektedir. Örneğin bir önceki amaç ve hedefle ilişkili müdahale, danışanın, saç çekme dürtüsü ortaya çıktığında ve tekrarlanan durumlarda daha uyumlu davranışsal alternatifleri uygularken kendini izleme stratejilerini kullanması olabilir.

*Tanıyı belirleme:* Bu tedavi planı kılavuzu, bölümde daha evvel söz edilen psikososyal modele ağırlık verir. Tanı önemli bir adım olarak görülür, fakat tedavi planında problemin tanımından ve seçiminden daha az önem taşır. Bu örnekte, uygun tanı etiketinin *DSM-IV-TR Eksen I: 312.39 trikotilomani* olduğunu görürüz.

Tedavi planı yaklaşımlarının çoğu faydalıdır çünkü bir çalışma rotası çizerken sizin ve danışanınızın üzerinde düşünmesi gereken materyal için düzenli bir format sunar. Ayrıca daha önceden atılacak adımların tarif edildiği *Psikoterapi Tedavi Planlayıcısı* (Jongsma & Peterson, 2006), tanımlanmış sağlık hizmeti kurumlarının gerektirdiği belli başlı noktaları ele aldığınızdan emin olmanızı sağlayacak değerli bir yol sunar. Bu modelin basit, net ve öğrenmesi nispeten kolay olması gibi avantajları vardır. *Uygulamaya Geçirme 10.2*, tedavi planlama becerilerinizi gözden geçirmenizi sağlayacak vaka örnekleri sunmaktadır.

**Uygulamaya Geçirme 10.2**

**Tedavi Planı: Uygulama**

26 yaşında, Afrika kökenli Amerikalı bir erkek olan Michael ile çalıştığınızı varsayalım. Bekâr, işletme bölümünden mezun ve yerel bir şirkette yöne-

**Uygulamaya Geçirme 10.2 (devamı)**

tici olarak çalışmakta. Hipertansiyonu için ilaç kullandığını rapor ediyor. Seans boyunca grubundakilerle etkin bir şekilde çalışıp, hem bireysel hem de grup düzeyinde satış hedeflerine düzenli olarak ulaştığından ancak karşı cinsle ilişkilerinde uzun süredir devam eden sosyal kaygı geçmişinden söz ediyor. İş dışında önemli problemler yaşamadan sosyalleştiğini iddia ediyor. Terapide neye ulaşmayı hedeflediği sorulduğunda şöyle söylüyor: "Ayda en azından birkaç kez görüşmek; her yaklaşma girişiminde kalp krizi geçirecekmişim gibi hissetmeden birine çıkma teklif etmek." Micheal, ayrıca, dokuz ay önce annesi öldükten sonra daha da kötüleşen biçimde zaman zaman uykusuzluk, kas gerginliği ve artan sinirlilik yaşadığını da bildiriyor. Bu vakaya, Jongsma ve Peterson'ın (1995) modelini kullanarak tedavi planı geliştiriniz. *Not:* Micheal'ın tedavisi için bir ya da daha fazla problemi hedefleyebilirsiniz.

Adım 1 Problem Seçimi:
Adım 2 Problem Tanımı:
Adım 3 Hedef Geliştirme:
Adım 4 Hedef Yapılandırma:
Adım 5 Müdahaleyi Belirleme:
Adım 6 Tanıyı Belirleme:

Söz edilen çeşitli tedavi planlarından sonra şöyle bir karışım da mümkündür:

1. Verilen sürede danışanın problemini (problemlerini), danışanın kendini ifade etme becerisini ve danışanın farkındalığını olabildiğince eksiksiz kavrayın. Desteğe ihtiyacı olan danışanın karmaşık yönlerini hatırlamak için Lazarus'un (1976) BASIC ID'sini ya da diğer kılavuzları kullanın (*Uygulamaya Geçirme 10.3'e* bakınız). Biz genellikle bireyin işlevselliğindeki (a) sosyal, (b) bilişsel, (c) duygusal, (d) fiziksel, (e) davranışsal ve (f) kültürel yönlerin incelemesini içeren bir model öneriyoruz.
2. Danışanın amacını (amaçlarını) olabildiğince eksiksiz kavrayın. Danışana her şey daha iyi olsaydı hayatının ona nasıl görüneceğini sorun. Kabul edilebilir sonuç ne olacaktır? Hayal edilebilecek en iyi sonuç nedir? Projektif sorular, bazen, Shazer'in (1985) "mucize sorusu"nda olduğu gibi danışanlara amaçlarını oluşturmada yol gösterir ("Bu gece uyuduğunuzda bir mucizenin olduğunu ve probleminizin çözüldüğünü düşünün. Ertesi gün ne

olacak ve siz bu problemin çözüldüğünü nasıl anlayacaksınız?").

3. Ödevinizi yapın, bölüm bir: Danışanlar ve problemleri hakkında neler bildiğinizin üzerinden geçin. Kendinize önemli boşlukları doldurmak için hâlâ neleri bilmeye ihtiyacınız olduğunu sorun ve bu bilgileri almak için gerekli tüm çabayı gösterin. Tedavi planını oluşturma süresiyle ilgili zaman sınırınız varsa (ilk seanstan sonra), size verdiği bilgiler arasından seçim yaparken danışanınızdan bir ya da iki dakika beklemesini istemeniz gerekebilir. Sonra birlikte çalışma tarzınıza geri dönerek birincil ve ikincil problemler hakkındaki fikirlerinizi özetleyin ve geçici tedavi planını oluşturun.
4. Ödevinizi yapın, bölüm iki: Seanstan sonra problemi kavramsallaştırmanıza ve danışanın amaçlarla ilgili ifadelerine dayanarak uygulanabilir tedavi seçeneklerinin kısa listesini gözden geçirin. Net ve uygun tedavi müdahaleleri belirleyemediyseniz okuyun, danışın ve gerekirse süpervizyon alın. Bu noktada, müdahale alternatiflerini sıralayabilir ve ikinci seansta danışanınıza sunabilirsiniz.
5. Sizin ve danışanınızın birlikte ilerlemenize imkân sağlayacak size yardım edecek anlamlı hedefler geliştirin. Bunu danışanınızla birlikte çalışarak yapın.
6. Danışanınızla sık sık terapinin nasıl ilerlediği hakkında konuşun. Temel hedefiniz, sağlıklı çalışma bağı geliştirmek olsa da danışanın çalışmanızın nasıl ilerlediği hakkındaki görüşlerini sorun. Danışanlara bir şeylerin onların hayal ettiği, umduğu ya da ihtiyaç duyduğu yönde ilerleyip ilerlemediğini sormak onları güçlendirecektir. Araştırmalar, var olan çalışma ortaklığının tedavinin başarısındaki önemini göstermiştir (Comas-Diaz, 2006; Safran, Muran & Rothman, 2006).
7. Tedavinin başında, tedavinin sonlandırılmasını planlayın. Seans sayınız belirliyse bunun üzerinde durun ve terapi çalışmanızın tüm aşamalarında bunu yapıcı bir şekilde kullanın. Araştırmalar, bazen zaman sınırının danışanların terapi hedeflerine ulaşmasına yardım edebileceğini göstermiştir. Ne olursa olsun, sonlandırma ruh sağlığı çalışmalarının önemli bir parçasıdır ve danışmanlık ilişkisi süresince bu konuya değinilmelidir.
8. Sonlandırma zamanı geldiğinde uygun bir terapötik sonlandırma modeli takip edin (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b).

### Tedavi Planı K ve İ

Tedavi planı için standart modellerin olmadığı durumlarda, etik bir ruh sağlığı uzmanının tedavi planı oluştururken aklında bulundurması gereken iki önemli konu vardır. Buradaki D ve R kısaltması, klinik görüşmeciler için her ikisinin de gerekli olduğu, Dinlen (Rest) ve Rahatla (Relaxation) anlamına gelseydi hoş

olurdu fakat değil. *Tedavi planıyla* ilgili olarak *K ve I* formülünde Kaynaklard *(Resources)* ve İlişkiden *(Relationship)* bahsediyoruz.

Yüzeysel anlamda, buradaki kaynak konusu mevcut pragmatik tıbbi ve sos politikalarda ve uygulamalarda oldukça önemli rol oynar. Bazı durumlarda ç hassas bir konuyken bazı durumlarda etik bir konudur ancak değerlendirilme epey kolaydır. İlişki boyutunu ölçmek, kontrol etmek ya da tanımlamak ise o dukça zordur ancak tedavi seçiminde ve sonucunda çok büyük rol oynamaktadı

*Kaynaklar (Resources)*

Danışmanlık, terapi, psikoterapi, psikanaliz veya psikiyatrik danışmanlıkta her birinin maliyeti çok yüksektir. Bazı danışanların sigortası vardır. Bazıları, yok sullar için sağlık yardımı, yaşlılar için sağlık yardımı gibi sağlık hizmeti kurum larına bağlıdır. Bu sağlık programlarının her birinin, ruh sağlığı hizmetleri kap samında belirli hizmetleri ve belirli sınırlılıkları vardır. Sigorta kapsamı bittikte sonra, danışanın sigortası ve diğer kaynaklar, tedavi planını çizmede önemli etk ve uygulamaya yönelik hususlardır.

Ne yazık ki var olan kaynakları göz önünde bulundurmak, basitçe ödenen seans sayısına ya da danışanın özel birikimden ayırabileceği bütçeye uyan seçeneği tercih etmek anlamına gelmez. Elbette, temel ve ikincil problemleri belirlemek ve sıklıkla tedavi süresince tüm sorunların ele alınamayacağını fark etmek önemlidir. Etik açıdan, danışman en etkin tedaviyi seçmeye ve danışanın bir çeşit açığa vurma ya da aktarma yaptığını görmeye mecburdur (APD, 2002). Bu nedenle tedavi sürecini kabul etmede ulaşılabilirlik, ücreti düşürme isteği, yeterli yönlendirme ağı, uygun süpervizyon ve tamamlayıcı uzmanlara ulaşım (avukatlar, tıbbi personel vb.) gibi kendi kaynaklarınızı da değerlendirmelisiniz.

Burada sunulan ekonomik ve sigorta güvencesi kaynakları, kişide belirlenen kaynaklar ve mesleki uygulamalar dışında diğer kaynaklar da tedavi planında göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar danışanın motivasyonunu, ego gücünü, psikolojik farkındalığını içerir. Her bir danışanın tedaviye katılma kapasitesini ya resmi ya da gayri resmi yollarla değerlendirmek sizin görevinizdir.

## VAKA ÖRNEĞİ

Opal, 63 yaşında bir kadındır. Aile hekimi tarafından danışmanlık alması için yönlendirilmiştir. Yönlendirme gerekçesi, tekrarlayan panik ataklarıdır. Yaşam öyküsü zengin ve birçok açıdan da ilginçtir. Dile getirdiği en büyük travma, iki yıl önce en büyük kızının meme kanserinden ölmesidir. Ölen kızının, yani Emily'nin, "eski kafalı ve itaatkâr" olduğu için ona kızan, başarılı bir kariyere sahip, güçlü, feminist bir kadın olduğunu söylemiştir. Opal üçüncü kocasıyla yani çiftçilik yapan Jeff'le evlidir. Oldukça zengin olan Jeff'in evliliğe bakışı ise hayli gelenekseldir. Opal'in görevi evi temiz tutmak, Jeff'in onayladığı yemekleri yapmak ve "düzgün görünmek"tir.

Panik atakları yönlendirilmesinden altı ay önce başlamıştır ve ilk olarak marketin dışında, Opal'in haftalık market alışverişi için hazırlık yaptığı sırada yaşanmıştır. Jeff, markete gitmeyi reddettiği için alışveriş konusunda Opal komşusunun yardımını istemek zorunda kalmıştır.

Hâlihazırda panik atağıyla nasıl baş ettiğine ilişkin değerlendirmeyle ve panik atağa yönelik psiko-eğitimle geçen üç seanstan sonra görüşmeci, Opal'in yası, evliliğindeki rolleri ve çatışmaları gibi konulardan daha ayrıntılı bahsetmek istemediğinden şüphelendi. Danışman iki tedavi seçeneği önerdi: (a) davranışsal stratejilerle imgelerle ve ilaçlarla panik atağıyla baş etme eğitimine devam etmek (b) panik ataklarının anlamını ve rol çatışmalarıyla olası ilişkisini sorgulayarak hatta belki Opal'in kızını kaybetmekle ilgili derin yasına ve öfkesine bakarak daha ayrıntılı çalışmak. Opal, tereddüt etmeden, gerekli değilse kesinlikle daha ayrıntılı çalışmakla ilgilenmediğini belirtti.

Tedavi planı bilişsel-davranışçı çizgide ilerledi. Sekiz seans sonunda Opal, kendi başına yeniden markete gitmeye başladı. Danışmana "kafasında bir şeyler oturmadığında" geri geleceği konusunda güvence verdi.

Bu vakanın gösterdiği gibi hayattaki sorunlar, bozukluklar, rahatsızlıklar çok katmanlı ve karmaşıktır. Gelen kişiler psikolojik içgörü ve derinlik konusunda farklı düzeylerde potansiyele ve motivasyona sahiptir. Bu konular tedavi planında göz önünde tutulmalıdır.

Sonuçta, kaynaklarla ilgili olarak, sunulan problemi etkin ve hızlı bir şekilde tedavi etme baskısı, danışanların iyilik haline mesleki adanmışlık ve mesleki dürüstlük ile yatıştırılmalıdır. Bazen bahsedilen ilk problem doğrudan bir tedaviyi gerektirir ve bu tedavi uygulanarak devam ettirildiğinde "gerçek problem"in büyük kısmı gözden kaçırılır.

## VAKA ÖRNEĞİ

Jane, üç yaşındaki kızı Kate konusunda aşırı derecede endişelendiği için danışmanlık almak istedi. Yaklaşık bir ay önce Kate'i yuvadan aldı ve Kate, "Anneciğim, iğrenç şeyleri ağzıma sokmalarından nefret ediyorum," dedi. Jane çok korktu ve yuvada birinin onu istismar ettiğinden ya da şiddet gösterdiğinden endişe ederek Kate'i dikkatle sorguladı. Kate, annesinin tepkisi karşısında telaşa düşerek yuva hakkında konuşmayı reddetti. Bu etkileşim, Jane'in tüm endişelerini artırdı. Kate'i artık yuvaya bırakamayacağını anladı ve evde bakıcı tutmaya karar verdi. Ekonomik durumu zordaydı. Ayrıca Jane, Kate'in erkek kuzeni ve ondan büyük üvey ağabeyi ile oynamasına da artık izin vermiyordu. Bu durum evliliğinde gerginliğe yol açtı. Sonunda Jane, Kate'in gözünün önünden ayrılmasına izin vermekte zorlanmaya başladı; bu, Jane'in deyimiyle "onu tamamen çılgına çeviriyordu."

Bu vakada korkularının mantıksız doğasına işaret ederek Jane'in davranışını doğrudan ele almak, bir çizelge hazırlayarak Kate'ten uzun ve daha uzun süreler-

de ayrıldığında kendini ödüllendirmek olası tedavi seçeneklerindendi. Ayrıca bu seçenekler Jane'in sunduğu problemi değiştirme olasılığına sahipti. Fakat pek çok dikkatli okuyucunun fark ettiği gibi kızına karşı birdenbire ortaya çıkan aşırı dikkati ve kendisinin de ifade ettiği aşırı tepkileri Jane'in önemli, değinilmemiş hayat deneyimleri olduğunun ipuçlarıydı. Jane, dört yaşında amcası tarafından cinsel tacize uğramıştı. Amcasının öpücüklerini ve okşamalarını, genellikle dilini boğazına kadar zorlamasını hatırlıyordu. Ancak kocası dahil hiç kimseye, bu deneyiminden hiç bahsetmemişti.

Jane'in çocukken cinsel tacize uğrayan yetişkinler için oluşturulan sosyal destek gruplarına ulaşma imkânı yoktu. Kendi acısını görmezden gelme eğilimini, buna dayanmasını ve güçlü savunmalarını keşfederek terapi süresini çok etkili kullandı. Kızının daha uzun süreli ayrılmasına izin verme konusundaki yüzeysel isteğine odaklanmak Jane'in daha baskılayıcı ihtiyaçlarını göz göre göre ıskalayabilirdi.

Bu iki vaka örneği, tedavi planıyla ilgili olarak danışanın kaynaklarını ve tercihlerini değerlendirmenin karmaşıklığını göstermektedir. Fakat bu değerlendirme, ortak çalışmadan gelen bilgiye ya da dahil olan kişiler arasındaki terapötik ilişkiye dayandırılmalıdır. Bu önemli konu bizi, tedavi planındaki İ'ye getirir. *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 10.2*'de çokkültürlü bir vaka örneği verilmiştir.

*İlişki (Relationship)*

Seligman'ın (2004) DO A CLIENT MAP kısaltmasında *C* harfi, "terapötik olarak kabul edilen klinisyen özellikleri"ni ifade eder. Bu, pek çok tedavi planı modelinde ilgiyi terapiste döndürür. Seligman, iyi geliştirilmiş bir tedavi planında klinisyenin uzmanlık ve kişilik özelliklerinin önemine odaklanır. Tedavi planında, terapist de kişi olarak eşitliğe yerleşmelidir. Örneğin, bibliyoterapi tedavi yöntemini kullandığınızda önerdiğiniz kitaplar okuduğunuz, kişisel ve mesleki olarak onaylayabileceğiniz kitaplar olmalıdır. Ayrıca kullandığınız teknik yapmacık ya da basit değil hakiki ve faydalı olmalıdır. Verdiğiniz ödevler, siz danışanınızla benzer bir problemle karşılasaydınız, yapmayı düşüneceğiniz şeyler arasından seçilmelidir. Durum bu değilse ve kendinizi sadece problem setlerini belirli tekniklerle eşleştirmeye çalışırken yakalıyorsanız sadece danışanınız için değil kendiniz için de tehlike arz ediyorsunuz demektir. Tedavi planına danışanla ilgili tüm özellikleri dahil etme mücadelesi verirken bilinçli bir uzman olarak kendinizi de plana dahil etmelisiniz. Aksi halde danışanlarınız bunu yapmadığınızı hisseder ve ortak çalışma hiçbir zaman istediğiniz düzeyde gelişmez.

Kendi önyargılarınız ve değerleriniz konusunda açık olmadığınız durumlar için şunu göz önünde bulundurun: Tanı ve tedavi planı söz konusu olduğunda bile ruh sağlığı çalışmaları insan ilişkileriyle ilgilidir (Cornelius-White, 2002; Norcross, 2002). Tanı koyma ya da formüle etme sürecinde, planlamada ve hedef belirlemede, danışanlarımızla eşsiz insanlar olarak temasımızı kaybedersek gerçek

ihtiyaçlarını gözden kaçırma ve hasar yaratma riski ortaya çıkacaktır. Aynı süreçte eşsiz, karmaşık insanlar ve aynı zamanda uzmanlar olarak kendimizle temasımızı kaybedersek çabamızı ve mesleki potansiyelimizi azaltırız.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 10.2**

**Tedavi Planında Kültürel Konular: Vaka Örneği**

Danışanın tedavisinin planlanmasında kültürel konular genellikle önemlidir. Aşağıdaki kısa örnek "The Case of Dolores"den (R. Sommers-Flanagan, 2001, in Paniagua, 2001) uyarlanmış ve özetlenmiştir.

43 yaşında Kızılderili bir kadın olan Dolores üzüntü, konsantre olamama, uykusuzluk, zevk alamama sorunları nedeniyle danışmanlık almaya geldi. Depresif belirtileri iki temel sorunla ilişkiliydi. İlki, Dolores 23 yıllık kocası Gabe'in ciddi kumar bağımlılığından ve tedavi almayı reddetmesinden dolayı üzgündü. İkincisi, Dolores endişeliydi çünkü işlevselliğinin azalması ve kocasının kumarı yüzünden, evlat edindikleri kızları Sage'in velayetini kaybedebilirlerdi.

Bu örnekte sağlanan çok az bilgiyle bile bazı kültürel konular gündeme gelmektedir. Özellikle Dolores'in temel endişeleri aile meseleleri etrafında toplandığından, sorunlarının başlangıcını ve sürecini –Dolores'in belirtileri kendi "benliğinden" çok aile kimliğiyle daha doğrudan ilişkili olabileceği için– aile bağlamını incelemek önemlidir. Ayrıca bazı Kızılderili kabilelerde, aile üyeleri hakkında olumsuz şeyler söylemek sadakatsizlik olarak görüldüğünden, danışmaya gelme kararı aynı oranda sıkıntı yaratabilmektedir. Neticede Dolores'in danışmanlıkla ilgili duyguları ve bunun Kızılderili kültürüyle (ya da onun Kızılderili kimliğini kaybetmesiyle) ilgili söyledikleri –özellikle baskın kültürden gelen bir danışmanla görüşüyorsa– tedavinin temel odağı olabilir.

Dolores'in evlat edindiği kızını kaybetme korkusu da kültürel meseleleri gündeme getirir. Bu vakada, evlat edinmenin geçerli olup olmadığına dair avukata ve kabileye danışması gerekebilir. Amerikan hükümeti Kızılderili Çocukların Refahı Yasası kapsamında evlat edinmeyi destekleyecektir; bu nedenle kabileyle iletişim kurmak muhtemelen Dolores'in Amerikan yasal sistemine maruz kalmasından daha önemlidir. Son olarak, bazı danışmanlar için Dolores'in çocuğunu kaybetmekle ilgili korkusu abartılı görünse de tarihsel olarak, Kızılderili çocuklar ailelerinden alındığında kuşaklar arası travma yaşamışlardır. Dolayısıyla kaygısını azaltma çabalarına geçmeden önce Dolores'in bu tarihsel gerçeklerle ilgili duyguları (ve kişisel deneyimleri) değerlendirilmelidir.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 10.2 (devamı)**

Özetle Kızılderililer ve benzer çokkültürlü danışanlar için tedavi planlaması kültüre özgü ve kültüre duyarlı olmalıdır. Örneğin, aşağıdaki tedavi planı ifadeleri oluşturulabilir:

- Dolores'in tedaviye devam etmekle ilgili duygularını araştırmak.
- Dolores'in aile üyeleriyle ilgili olumsuz ifadeler kullandığında ne düşündüğünü ve hissettiğini incelemek.
- Dolores'i Kızılderili Çocukların Refahı Yasasıyla ilgili bilgilendirmek.
- Dolores'i kabilesindeki üyelerle ve belki kabile avukatıyla velayetle ilgili korkularını konuşması için cesaretlendirmek.
- Dolores'in kızını kaybetme korkularını kuşaklar arası travma bağlamında tartışma.

## ÖZET

Bu bölüm ruhsal bozukluklara tanı koymadaki temel konuları ele almaktadır. Bu süreçle ilgili tartışmalar hâlâ devam etmektedir fakat tüm ruh sağlığı uzmanlarının tanıya yönelik becerilerini geliştirmesi için önemli nedenleri vardır. Tanı, yapılacakları düzenlemede fayda sağlayabilir. Bu yolla tedavi planını ve tedavi sürecini kolaylaştıracaktır. Bu, geçici bir hipotez olarak görülebilir ve danışanı başkalarının da benzer tepkiler, zorluklar ve şikâyetler yaşadığı konusunda rahatlatabilir. Kuzey Amerika'daki en yaygın tanı kaynağı, *DSM*'dir ve 5. Basımı 2013'te yayınlanmıştır.

Görüşmeciler tanıya yönelik görüşmeleri yürütürken (a) tanıya yönelik değerlendirmeyle ilgili bir giriş ile birlikte danışanın ne beklemesi gerektiğine yönelik açıklama (b) danışanın problemlerini ve ilişkili hedeflerini kapsamlı olarak gözden geçirme (c) danışanın kişisel geçmişinin, özellikle danışanın birincil problemi bu geçmiş deneyimlerle yakından ilişkiliyse kısaca gözden geçirilmesi (d) kısa bir mental durum muayenesi (e) sosyal desteği, başa çıkma becerileri ve güçlü yönleri dahil olmak üzere danışanın mevcut durumunun gözden geçirilmesini içeren dengeli bir yaklaşım kullanmalıdır. Tanıya yönelik görüşmeler bağlamında, hiç kimsenin tanıya yönelik tüm parametreleri aklında tutması beklenemez. Görüşmeciler kendileri için sadeleştirilmiş kontrol listeleri geliştirmeleri ya da satın almaları konusunda cesaretlendirilmelidir; böylece tanıya yönelik soruları sorarken belirli alanlara yeterince değinebilir.

Tedavi planı, tanıdan problemin analizine doğru geçer. Uzmanlar tedavi planı oluştururken karmaşık problemler tedavi amaçları ve hedefleri doğrultusunda psikososyal yaklaşımları kılavuz alabilir. Ayrıca belirtilerin tanılarla sınıflandırıldığı ve sonra bunun tedavi seçimini belirlediği tıbbi ya da biyolojik yaklaşımları da

kullanabilirler. Bu iki yaklaşımı birleştirmek de mümkün olduğu gibi tanı içeren fakat aynı zamanda belirli belirtilerin ve problemlerin üzerine danışanla etkileşimli olarak durmayı gerektiren biyopsikososyal yaklaşım da kullanılabilir.

Tedaviyi planlama, terapide izlenecek makul amaçların ve hedeflerin belirlenmesini içerir. Etkili tedavi yöntemlerini seçme, kişisel kaynaklarla birlikte belirli olmayan ilişki faktörlerinin ve hem danışan hem danışmanla ilgili değişkenlerin analizini kapsar.

## OKUMALAR ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Pek çok yayıncı, *DSM-IV*'ü tanıya yönelik ve psikolojik tedavi için bir kılavuz olarak kullanmaları için eğitime odaklanır. Tedavi planı hakkında daha birçok kaynak mevcuttur. Aşağıdaki liste sınırlıdır ancak daha ileri okumalar ve çalışmalar yapmak için size bazı fikirler verecektir.

Bryceland, C., & Stam, H. J. (2005). Empirical validation and professional codes of ethics: Description or prescription? *Journal of Constructivist Psychology, 18* (2), 131 – 155. Bu makale, terapistlerin görgül veya kuramsal olarak desteklenen tedavi yöntemlerini kullanırken karşılaşabilecekleri etik durumları tartışmaktadır.

Jongsma, A.E., Peterson, M., & Bruce, T. J. (2006). *The complete adolescent psychotherapy treatment planner.* New York: John Wiley & Sons. Bu kitap Jongsma ve Peterson tarafından yazılan ve özel gruplar için tedavi planı geliştirmede klinisyenlere yardım etmek için geliştirilen tedavi planlamacıları serisindeki kitaplardan biridir.

Kutchins, H. ve Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric bile and the creation of mental disorders.* New York: Free Press. Bu kitapta yazarlar, *DSM* sisteminin ruhsal bozuklukları kategorilendirmek için geliştirilmesini ve bir yöntem olarak kullanılmasını güçlü bir şekilde eleştirmektedir. Özellikle homoseksüellik ve ırkçılık üzerine olan bölümler ruh sağlığı uzmanları yetiştirmek açısından aydınlatıcı okumalardır.

Lazarus, A.A. (2006). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way.* New York: Springer Publishing Co. Bu yayın, Lazarus'un BASIC-ID modelini daha verimli şekilde kullanmanıza yardımcı olacaktır.

Norcross, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford University Press. Norcross kanıt temelli psikoterapi konusunda lider bir isimdir.

Norcross, J.C., Beutler, L. E., & Levant, R.F. (Eds.). (2006). *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions.* Washington, DC: American Psychological Association. Bu basım, uygulamalara ilişkin birçok sorua cevap vermektedir.

Seligman, L. (2004). *Diagnosis and treatment planning in counseling* (3rd ed.).

Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers. Bu kitap Seligman'nın tanı ve tedavi planına yönelik oldukça prtaik bir kaynaktır.

Woody, S.R., Detweiler Bedell, J., Teachman, B.A., & O ' Hearn, T. (2003). *Treatment planning in psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care.* New York: Guilford. Woody ve arkadaşları, tedavi planı ile ilgili açık ve net bir yaklaşım sunmaktadır.

DÖRDÜNCÜ KISIM

# ÖZEL GRUPLARLA GÖRÜŞME

BÖLÜM 11

# *ZORLU DANIŞANLAR ve EKSTRA ÇABA GEREKTİREN DURUMLAR*

*Sarah Cynthia Sylvia Stout*
*Çöpü dışarı çıkarmayacak mısın!*
*O tencereleri ovalar ve tavaları kazırdı*
*Tatlı patatesleri kaynatır ve jambonu baharatlardı*
*Ve babası bağırıp çağırsa da*
*Çöpü dışarı çıkarmazdı.*

*— Shel Silverstein, Where the Sidewalk Ends*

## BÖLÜMÜN AMAÇLARI

Nerdeyse tüm görüşmeciler başlangıçta, güvenli ve emniyetli bir ortamda, işbirliği yapmaya istekli danışanlarla çalışmayı tercih eder. Daha motive, öğrenmeye istekli, nazaran duygusal olarak dengeli ve sizin onayınızı bekleyen danışanlarla çalışmak çok daha kolay, daha az stresli ve tabii ki daha tatmin edicidir.

Haklı olarak, eğer görüşme oyununda yeniyseniz en cana yakın, en motive danışanla en net durumlarda bile kaygı hissedebilirsiniz. Fakat olumsuz koşullarda. Mesela tsunamiden sonra sahildeki bir çadırın içinde ya da sokaktaki yangındaki hengâmeden dolayı devrilen bir bankın yanındaysanız. Danışan düşmanca bir tutum sergiliyorsa kötü niyetliyse ya da henüz ciddi bir travma geçirmişse. Bu bölüm pek çok görüşmecinin meslek hayatında üstesinden gelmek zorunda kaldığı iki konuya değinmektedir: Zorlu danışanlar ve çaba gerektiren ya da olağandışı görüşmeler. Bu bölümde, aşağıda verilenleri göreceksiniz:

- Direnci anlamak ve baş etmek için genel yöntemler.
- Farklı direnç türleriyle etkin şekilde çalışmak için belirli teknikler.
- Maddeyle ilgili sorunları olan danışanlarla çalışmak için motivasyonel

görüşme stratejileri ve teknikleri.
- Şiddete eğilimi olan veya tehlikeli danışanların değerlendirilmesi ve önceden belirlenebilmesi için yöntemler.
- Afet ve kriz durumları için görüşme önerileri.

## BİRİNCİ KISIM — ZORLU DANIŞANLAR

Bazı danışanlar ofisinize olumlu beklentilerle istekli bir şekilde gelse de tüm danışanların işbirliği yapmadığını anladığınızda şaşırmamalısınız. Aslında en iyi durumda bile muhtemelen pek çok danışan terapiyi başlatmak konusunda çelişkili duygular yaşar. Yıllardır duyduğumuz başlangıç cümlelerin repliklerinden bazıları:

"Bunu ne kadar süredir yapıyorsunuz?"
"Burada bulunmak zorunda mıyım?"
"Sizinle ilgisi yok fakat danışmanlardan nefret ediyorum."
"Size kendimle ilgili önemli hiçbir konudan bahsetmeyi düşünmüyorum."
"Bu ne kötü ve sıradan bir ofis; sen de sıradan bir terapist olmalısın."
"Bu daha ne kadar sürecek?"
"Bunu yaptığın için gerçekten para veriyorlar mı sana?"

Ergen ve genç yetişkinlerle yaptığımız görüşmelerde, terapiyle ilgilenmeyen ya da bizimle hiçbir şey yapmak istemeyen pek çok kişiyle buluşmanın hazzını (ya da acısını) yaşadık. Bazı danışanlarımız odada bizimle yalnız kalmak istemeyebiliyor, diğerleri konuşmayı reddedebiliyor, bazıları odaya giriyor ama ayakta durmak konusunda ısrarcı davranabiliyor, çoğu büyük bir aşağılama ile (ve bazen coşkulu ve yaratıcı bir küfür de eşlik ediyor) danışmanlığa inanmadıklarını söyleyebiliyor. Böyle anlarda, içsel bir rahatlama için hayal kurmak çok normaldir. Örneğin, böyle cümleler duyan danışmanın aniden puf diye ortadan kaybolmasını hayal etmesi gibi; böylece genç danışan haklı çıkar ve danışmanlık biter ve elbette danışmanlar da öyle!

Bu bölümün ilk kısmı görüşmeye isteksiz ya da dirençli danışanlarla yapılan görüşmelerle ilgilidir. Ayrıca bu kısım, ruh sağlığı uzmanlarıyla konuşmanın kaybettireceğinden çok kazandıracağını yavaşça ya da aniden fark eden danışanlarla çalışmanın yaşattığı büyük keyfiyle de ilgili. Bu danışanlar bir süre odaya girdiğinde konuşmaya başlayabilir, küfürden vazgeçer, oturmaya ikna olur ve danışmanlığa daha çok inanmaya başlayabilir; bu ise gerçekten ödüllendirici bir deneyim olabilir. Bölümün ikinci kısmı ise klinik görüşmecilerin zaman zaman karşılaştığı çaba gerektiren durumları ele almaktadır.

**Direnci Tanımlama ve Araştırma**

Geleneksel olarak Freud, direncin kaçınılmaz ve neredeyse her yerde olabileceğini söylemiştir. Freud'u takiben, pek çok terapist terapötik ittifaka ya da terapötik süreçlere müdahale eden herhangi bir davranışı veya tüm danışan davranışlarını direnç olarak etiketleme eğiliminde olmuştur. Bu açıdan bakıldığında, hemen hemen tüm danışanlar ara sıra dirençli olarak görülmüş ve danışanın herhangi bir davranışı direncin bir işareti olarak kabul edilebilmiştir. Örneğin, direncin geleneksel işaretleri şunlar olabilir:

Çok konuşmak.
Çok az konuşmak.
Geç gelmek.
Erken gelmek.
Psikoterapi için hazırlıksız olmak.
Psikoterapi için aşırı hazırlıklı olmak.
Tedavi sırasında çok fazla duygusal kontrol.
Tedavisi sırasında çok az duygusal kontrol.

Danışmanlığa ya da psikolojiye inanmayan bazı danışanlara benzer şekilde, bazı yazarlar ve uygulamacılar da direncin varlığına inanmaz. 1984 yılında çözüm odaklı yaklaşıma değinen yazıda, Steven de Shazer *Direncin Ölümü'* (*Death of Resistance*, 1984) adlı kitabı yayımladı ve diğer yapısalcı kuramcılar da onu takip ederek direncin var olmadığını iddia etti (Engle ve Arkowitz, 2006; McCormack, 2002). Bu yazarlar, genel olarak direncin, zaman zaman yönlendirici olan terapistlerin danışana yapmalarını söylediği ama danışanların yapmak istemediği için ortaya atılan ve işe yaramayan bir terim olduğuna inanıyor. Diğer bir deyişle direnç danışanların yol açtığı bir problem değil, danışanlarının belirli şekilde düşünmesi ve davranmasını isteyen terapistlerin yarattığı bir problemdir.

De Shazer ve diğer çözüm odaklı görüşmeciler, dirençle ilgili çok mükemmel bir noktaya parmak basar. Açıkçası görüşmeciler hata yapabilir ve danışanlarda güçlü bir direnç ortaya çıkaracak şekilde davranabilir. Danışanın değişim için olumlu potansiyeline değil de dirençle yüzleşmeye ve direnci yorumlamaya odaklanmak, değişim sürecini rayından çıkarabilir. Bu olasılık özellikle genç danışanlar, farklı geçmiş ve kültürlerden gelen danışanlar için geçerlidir, çünkü terapistin duyarsızlığı bu danışanları kolaylıkla gücendirebilir ve yabancılaştırabilir. Fakat biz aynı zamanda direncin bazı durumlarda, gerçek ve hissedilebilir olduğuna ve danışanın terapiye karşı tutumu ya da kararsızlığı ya da karşı olmasından kaynaklandığına da inanıyoruz.

Biz direncin kaçınılmaz ve neredeyse her yerde olduğunu düşünmüyoruz,

ancak onu otoriter ve kontrolcü görüşmecilerin yarattığı bir kavram olarak da görmüyoruz. Doğrusu, bazıları mutlu ve doğal bir şekilde işbirliği yaparken bazı danışanlar, yetenekli kişilerle çalışmalarına karşın, aktif ve kışkırtıcı bir şekilde görüşmeciye karşı çıkabilir.

*Durumun bir İşlevi Olarak Direnç*

Danışanları değişime direnç gösterdiği, otorite figürlerine karşı geldiği ya da kişisel olarak utandırıcı bir bilgiyi bir yabancıyla paylaşmadığı için suçlamak ne faydalı ne de terapötik olur. Çoğunlukla klinik görüşmeye karşı direnç danışanın suçu değil, zor ve rahatsız edici bir durumun ürünüdür. Ayrıca bazı danışanları oldukça olumsuz beklentilerle danışmanlığa gelir. Daha da önemlisi, pek çok durumda kontrol altına alınan danışanların bu olumsuz beklentilerinin meşru ve mantıklı bir temeli vardır. Pek çok kişi terapiye daha önce yetişkin bir otorite figürü tarafından kötü davranışa maruz kaldığı ya da suiistimal edildiği için gelir. Profesyonel anlamda direnç, belirli bir duruma verilen çoğu yönüyle de doğal bir davranış olarak anlaşılmalıdır.

Bu durum bazı danışanların saldırganlığı, kışkırtıcılığı ve muhalif davranışlarının kolayca ele alındığı ve bu davranışların danışan için yararlı olduğu anlamına gelmez. Örneğin, danışanlarımız bize "Ne tuhaf ve işe yaramaz bir ofisin var ve sen de işe yaramaz bir terapist olmalısın" dediğinde ya da bize açıkça düşmanca ve tehlikeli bir bakış sunduğunda ya da konuşmayı reddettiğinde ya da sadece küfürlü ve agresif bir şekilde zekâmıza, yetkinliğimize ya da dış görünüşümüze saldırmak için konuştuğunda, bu davranışlar açıklanabilir ve belki de meşrulaştırılabilir olsa da direncin mükemmel bir örneği olacaktır.

Genel olarak, görüşmeciler için tüm danışanların -özellikle gençler ve kontrol altına olan yetişkinlerin- yabancı ve yetişkin bir otorite figürüyle çarçabuk, açıkça ve dürüstçe konuşmasını ve verimli bir şekilde çalışmasını beklemek pek de gerçekçi olmaz. Benzer şekilde, bize göre, direnç ifadesinden kaçınmak ve görüşmedeki tüm zorlu ve kışkırtıcı davranışları basitçe normal ve uyumlu olarak tanımlamak da gerçekçi değildir. Sonuç olarak, aslında "doğal direnç" terimini tercih ediyoruz. Burada sorulması gereken soru ise şudur: Hangi görüşmeci davranışları doğal danışan direncini ve savunmacı davranışlarını azaltabilir?

*Değişime Hazır Olma*

Danışanın direnciyle ilgili uygulamalı yaklaşımları savunan bir yaklaşım kuramlar üstü değişim modelidir (Prochaska ve DiClemente, 2005). James Prochaska ve Carlo DiClemente (1982) tarafından geliştirilen bu model, değişim sürecine, değişimin aşamalarına, değişimin artı ve eksilerine ve değişimin düzeyine değinen karmaşık ve bütünleştirici bir yaklaşımdır.

Prochaska ve DiClemente' nin modelinin en popüler bileşeni değişimin aşamalarıdır. Onlar, insanların değişime, görece birbirinden farklı altı aşamada yaklaştık-

larını öngörmüştür. (a) farkındalık öncesi (danışanlar değişimi düşünmüyorken), (b) farkındalık (danışanlar davranışları ya da alışkanlıklarıyla ilgili çelişki deneyimlediklerinde), (c) karar verme (danışanlar, çok kısa da olsa, problemleriyle ilgili bir şeyler yapmak için kararlılık hissettiklerinde), (d) eyleme geçme (danışanlar problemlerini azaltmak için özel olarak tercih edilen davranışlar sergilediğinde), (e) sürdürme (danışanlar problemden –ya da bağımlılıktan- kaçmak için farklı stratejiler kullandığında) ve (f) nüksetme (danışanlar problemli davranışlara geri döndüklerinde).

Kuramlar üstü değişim modelinin değişim aşamalarının birleşenleri esas alındığında, değişimin farklı aşamalarında olan danışanlar, terapiste ve eyleme dayalı değişime odaklanan terapilere farklı direnç tepkileri gösterecektir.

Güdüsel görüşme ve çözüm odaklı kısa terapiler, çoğunlukla değişim modelinin aşamalarıyla aynı doğrultudadır. Bu yaklaşımlar, genel olarak danışana dışarından motivasyon dayatmaya çalışmaktansa danışanın içsel ve kişisel motivasyonunu ortaya çıkarmaya odaklanır.

Değişim modeli, son yıllarda oldukça popüler hale gelmiştir. Bununla birlikte, bu modele karşı güçlü eleştiriler de vardır. Örneğin, bir yazı dizisinde, West ve arkadaşları (2005) bu kuram mantıklı olsa da deneysel araştırmaların, danışanın değişik tedavi teknik ve yaklaşımlarına farklı "aşama"larda farklı tepkiler verdiği görüşünü desteklemediğini öne sürmüştür. ( Brug ve ark., 2005; Sutton, 2005; West, 2005a, 2005b, 2006).

Değişim modelinin aşamalarının, müdahalelerin kavramsallaştırması için deneysel olarak geçerli bir yaklaşım olup olmadığı henüz çözüme kavuşmamıştır. Şimdilik, bu modelin farkında olmanızı istiyor ve bu ilginç tartışmanın gelişimini izlemeye devam ediyoruz. Bu arada, henüz deneysel bir tartışma yaratmayan, genellikle değişim modelinin aşamalarıyla tutarlı kabul edilen uygulamalı yaklaşımlara dönüyoruz.

*Direnci Fark Etme ve Yönetme*

Çığır açan *Motivational Interviewing* (Güdüsel Görüşme) metninde Miller ve Rollnick (1991, 2002) danışanın direncini fark etmek ve yönetmek için zarif ve pratik bir yaklaşım tarif etmiştir. Araştırmacılar, pek çok danışan ve kişinin kişisel değişim konusunda çeşitli gerekçeler sebebiyle kararsız olduğu üzerinde durmuştur. Örneğin, danışanın sigarayı bırakmak (sigara aşırı pahalı ve sağlıksız) ya da devam etmek için (sigara içmenin zevk vermesi ve duygusal kontrol hissi sağlaması) mantıksal bir temeli olan motivasyonu olabilir. Çoğu görüşmeci, danışanın kendi kendine zarar veren davranışlarını fark ettiği anda danışanı eğitmek ve bu davranışı bırakması için tartışmaya girmek konusunda güçlü bir dürtü hissedebilir. Prochaska ve DiClemente bunu, farkındalık öncesi veya eyleme geçme aşamalarında olan danışanlar için uygun olmayan, yönlendirici eylem-odaklı bir teknik olarak görecektir.

Miller ve Rollnick (2002) güdüsel görüşme perspektifinden şu senaryoyu tanımlar:

[Terapist] öğüt vermeye, öğretmeye, ikna etmeye ya da [danışanının] çelişkilerin çözümü için nasihat etmeye ya da tartışmaya devam eder. Danışanın bu duruma tepkisinin büyük ihtimalle ne olacağını tahmin etmek içinse psikolojide doktora yapmaya gerek yoktur. Kararsızlığı nedeniyle [danışan] karşıt olanı savunma ya da en azından önerilen çözümün eksikliklerine ve sorunlarına işaret etme eğiliminde olabilir. Bu belirsizliğin oldukça doğal halidir (s. 20 – 21).

Güdüsel görüşme modeline göre, direnç normal, doğal ve kolaylıkla fark edilebilir bir kavramdır. Dirence çözüm oldukça basittir. Miller ve Rollnick'in (2002) zarifçe belirttiği gibi, "Tüm bu konular kararsızlığın/belirsizliğin çözümündeki temel dinamiğe işaret eder: Değişim için konuyu dile getiren her zaman danışan olmalıdır" (s. 22). Sonuç olarak, güdüsel görüşme yaklaşımına göre görüşmeci için temel kural, kararsızlığı dinlemek ve sonrasında bu karasızlığın sağlıklı ve olumlu tarafıyla ilgili danışanla açıkça konuşmak olmalıdır.

*Açılış Soruları ve Hedef Belirleme Stratejileri*

İsteksiz, kararsız, dirençli ya da düşmanca bir tutuma sahip danışanlarla çalışırken görüşmeye olumlu, güçlendirme odaklı, empatik ve suçlayıcı olmayan bir tarzda başlarsanız iyi bir görüşme için daha fazla şansınız olur. Çözüm odaklı ve öyküsel terapistler sıklıkla hedefe yönelik sorularla danışana rehberlik eder:

"Bu ziyareti ne faydalı hale getirecektir?"
"Bugün çok iyi bir görüşme gerçekleştirirsek sonrasında ne olur?"

Çözüm odaklı danışmanlığın dirençli bir danışanla olumlu hedefler belirlemek için nasıl bir yol izleyeceğini daha iyi anlamak için Cheng'in (2007) aşağıdaki örneğini göz önünde bulunduralım. Bu tarz bir örnek, hastanelerin acillerinde ya da kriz danışmalık merkezinde gerçekleşebilir.

**Klinisyen:** "Bugünkü... görüşmenin daha iyi geçmesini ne sağlayabilir?"
**Danışan:** "Kendimi öldürmek istiyorum, sadece buna izin verin..." (Danışan sağlıksız hedef/görev belirtmektedir).
**Klinisyen:** "Bu şekilde hissetmek için nedenleriniz olduğuna eminim... Kendinize zarar vermek istemenize neden olan şey tam olarak nedir?" (Klinisyen altta yatan sağlıklı hedefi aramaktadır.)
**Danışan:** "Depresyona ve evdeki insanların tüm kavgalarına artık katlanamıyorum. Artık katlanamıyorum."
**Klinisyen:** "Sanırım anlıyorum. O halde depresyonunuzla ve kavgalarla baş etmek için bir yol bulmamız gerek. Bana evinizde eskiden daha az kavga olduğunu söylemiştiniz. Bu kavgaları azaltacak ve insanların birbiriyle daha iyi anlaşmalarını sağlamamıza, ne derdiniz?"

**Danışan:** "Sanırım, çok daha iyi olur. Ancak bu muhtemelen olamaz."

**Klinisyen:** "Peki, engellenmiş hissetmenizi anlıyorum; yaşadığınız depresyonun, umutlanmanızı engellediğinin de farkındayım. Fakat daha güçlü ve daha umutlu bir yanınız olduğuna da inanıyorum çünkü tersi olsaydı şu anda burada benimle konuşuyor olmazdınız." (Klinisyen sağlıksız düşünceleri ve davranışları depresyonun bir parçası olarak dışsallaştırıyor ve danışana depresyona karşı, müttefiki olarak yardım etmeye çalışıyor.) "Sizin bu olumlu yönünüz, eskiden de olsa mutlu olduğunuzu söylüyor. Eğer tekrar mutlu olmanızı sağlarsak bu konuda kendinizi nasıl hissederdiniz?"

**Danışan:** "Sanırım çok daha iyi."

**Klinisyen:** "Sadece bunu doğru anladığımdan emin olmama yardım edin, duygu durumunuzda neyin farklı olmasını istersiniz? (Klinisyen danışanın hedeflerini açıkça söylemesini isteyerek danışanın hedeflerini pekiştiriyor.)

**Danışan:** "Tekrar mutlu olmak istiyorum."

**Klinisyen:** "Ve evde, insanların birbiriye nasıl geçindiğini görmek istersiniz?"

**Danışan:** "Birbirimizle daha iyi geçinebilmeyi isterim."

**Klinisyen:** "Hadi o zaman, evdekilerin daha iyi geçinmesini ve bununla birlikte sizin duygu durumunuzun daha iyi olmasını sağlamak için birlikte çalışmak konusunda anlaşalım. Bu kulağa nasıl geliyor?" (Klinisyen danışanın sağlıklı hedeflerini yeniden farklı kelimelerle ifade ediyor.)

**Danışan:** "Kulağa hoş geliyor..." (Danışan hedefleri onaylıyor.) (s.163)

Bu örnekte, Chen (2007) görüşmecinin (bu örnekte hekimin) danışanın hedeflerini açıkça söylemesine ve olumlu değişimin olası yararlarını kabul etmesine nasıl yardım edebildiğini göstermektedir. Görüşmeci etkileşime, olumsuz yönde ifade edilmiş bir soruyla başlasa da –"Kendinize zarar vermek istemenize neden olan şey nedir?"– intihar eğilimine yönelik motivasyonun ardındaki olası olumlu kavramları araştırmaktadır. Bu önemli bir ilkedir: Danışanın duygusal acılarını sorgularken bile bu acının art alanındaki olumlu hedeflerin farkına varabilirsiniz.

*Yansıtmayı Kullanma*

Daha evvel, yönlendirici olmayan görüşme becerilerinden -farklı kelimelerle ifade etme, duyguların yansıtılması ve özetleme vb. bahsettik ve bu becerilerin önemine vurgu yaptık. Madde bağımlısı ve dirençli danışanlarla yapılan çalışmalar, belki de bir ölçüde şaşırtıcı olarak, bu basit yansıtma tekniklerinin direnci yönetmek ve yok etmek için oldukça güçlü araçlar olduğunu göstermiştir. Miller ve Rollnick (2002) danışanın direnç gösterme ihtiyacını azaltan basit yansıtma tepkilerine mükemmel örnekler sunmaktadır:

**Danışan:** Ben çaba gösteriyorum! Görevli memur (şartlı tahliye memuru) yakamdan düşerse hayatımı düzene sokmaya odaklanabileceğim.

Görüşmeci: Yapman gereken değişiklikler üzerinde sıkı çalışıyorsun.

*veya*

Görüşmeci: Sürekli seni izleyen bir görevli memur olması gerçekten çok sini bozucu.
Danışan: Sen kim oluyorsun da durumumla ilgili yorum yapıyorsun? Uyuş turucu hakkında ne biliyorsun ki? Muhtemelen ağzına bile sürmedin hiç!
Görüşmeci: Elbette, bunu tam olarak anlayabilmem mümkün değil.
Danışan: Esrardan uzak kalsam bile ondan kurtulamayacağım.
Görüşmeci: Size fayda sağlayacak hiçbir çözüm göremiyor gibisiniz (s. 100 – 101

Bir önceki örnekte görüşmeci, danışanın çabasını, öfkesini, kinini ve cesaret sizliğini doğru bir şekilde yansıttığında danışanın durumunu daha fazla tarif etmi veya savunma ihtiyacı azalmaktadır.

Benzer nedenlerle bazen yansıtmalar danışanlardan yapıcı açıklamalar gelme sine yol açabilir. Son zamanlarda, psikoloji ve danışmanlık alanındaki lisansüs tü öğrencilerinin danışanlarla psikolojiye giriş dersindeki gönüllülerle yürüttüğü yüzlerce kısa görüşmelere baktığımızda, danışanların söylediği şeylerin doğru şe kilde anlaşılmasına önemli ölçüde ihtiyaç duyduğunu fark ettik. Bu görüşmelerde görüşmeci yanlış bir yansıtma yaptığında, danışan hislerini ve düşüncelerini daha da açıklığa kavuşturma eğilimindeydi. Örneğin, görüşmeci yansıtmada "çok ileri" gittiğinde şöyle bir diyalog oldukça sık karşılaşılan bir durumdu:

Danışan: "Oda arkadaşıma çok sinirlendim. Eşyalarını ya da bulaşıkları ya da herhangi bir şeyi hiçbir zaman toparlamıyor."
Görüşmeci: "Oda arkadaşınızı odadan atmak istiyor gibisiniz."
Danışan: "Hayır, aslında tam olarak öyle değil. Onun sevdiğim pek çok yanı var fakat dağınıklığı beni gerçekten kızdırıyor."

Bu olgu, görüşmecinin danışanı kasıtlı olarak açıklamaya sevk ederken ayrıca konunun daha olumlu taraflarına açıklık getirmesine yardımcı olabileceğini akla getiriyor. Aslında, bu güdüsel görüşme tekniklerinden olan *yoğunlaştırılmış yansıtma*ya işaret etmektedir.

Bilinçli olarak kullanıldığında, yoğunlaştırılmış yansıtma yönlendirici görünebilir; bu nedenle empatiyle birlikte uygulanmalıdır. Böyle olunca, yönlendirici bir tepki olmaktansa, danışanın öfkesi, kızgınlığı, cesaretsizliği vb. durumlarına görüşmecinin, daha derinden empati gösterme çabası olarak da görülebilir. Bu tekniğin örnekleri şunlar olabilir:

Danışan: Çocuğumun ciddi bir sorunu var ve onun için evde olmalıyım.

**Görüşmeci:** Gerçekten 7/24 evde olmanız gerekiyor görünüyor; dışarı çıkmak veya küçük bir ara vermek gibi herhangi bir ihtiyacı yok saymanız gerektiğini düşünüyorsunuz.

**Danışan:** Aslında bu tamamen doğru değil. Bazen ara vermeye gerçekten ihtiyacım olduğunu ve böylelikle evdeyken çok daha iyi şeyler yapabileceğimi de düşünüyorum.

**Danışan:** Geçen dönem büyükannem öldüğünde birçok dersi kaçırdım ve bu ciddi bir yüktü.

**Görüşmeci:** Yaşanan bazı sıkıntıların dışında, büyükannenizin ölümüne çok fazla duygusal tepki göstermiyor gibisiniz.

**Danışan:** Şey, yani bu onu özlemediğim anlamına da gelmiyor.

Burada tekrar, yoğunlaştırılmış yansıtmanın danışanla iletişim içinde olmak veya danışanın belirsizliği gidermek için empatik bir çaba olduğunun altını çizmeliyiz.

*Duygusal Onay, Radikal Kabulü, Farklı Bir Bakış Açısı Geliştirme ve Geri Bildirim*

Danışanların çoğu görüşmeye kin, kızgınlık ya da kırgınlıkla ilgili güçlü ifadelerle başlama ihtiyacındaymış gibi görünür. Eğer bu durum, doğru şekilde ele alınırsa bu danışanlar zamanla kendilerini açar ve işbirliği yapar ve bazen bu da çok hızlı olur. Burada görüşmeciler için esas nokta, öğüt verme, azarlama ya da öfke gösteren danışana misilleme yapma dürtüsünü dizginlemektir. Konsültasyon-liyezon psikiyatri bakış açısından konuşursak, Knesper (2007) bu durumu şöyle tanımlar: "Zorlu bir danışanı, kötü davranışı için cezalandırma ve suçlama, sadece her şeyi daha kötüye götürmeye yarar" (s. 246).

Bunun yerine, empati, duygusal onay ve ödün verme etkili yöntemlerdir. Ergenlerle olan çalışmalarımızda, danışmanlarımızla, ilk güç savaşı ortaya çıktığında ödün vermeyi nasıl kullanacakları konusunu sıklıkla ele alırız (Sommers - Flanagan & Sommers- Flanagan, 2007b). Örneğin, genç danışan seansın başında "Seninle konuşmayacağım, beni buna zorlayamazsın" derse gücü ve kontrolü bir kenara bırakmanıza neden olan şu cümleyle cevap vermenizi öneriyoruz: "Tamamen haklısın. Seni zorla konuşturamam ve kesinlikle konuşmak istemediğin hiçbir şey hakkında seni zorlayamam." Bu ifade danışanın güç ve kontrol ihtiyacını onaylar ve danışanın güç için mücadelenin sonu olarak görebileceği ilk zaferden ödün verir. İlk empatik ifade de eşit derecede önemlidir. Danışan sizinle buluşmakla ilgili öfkesini gösterirse duygusunu yansıtmanız ve duygusunu onaylamanız, açık ve net biçimde duygusal mesajı duyduğunuzu anlamasını sağlayacaktır. Bazı durumlarda, aşağıdaki örnekte gösterildiği gibi görüşmeci empati ve duygusal onayın ötesine geçer; paralel ve benzer bir duygusal tepkiyle danışana eşlik eder:

"Elbette, burada olmaktan dolayı öfkelisin."

"Buraya gelmek zorunda kalmanla ilgili sinirlerin bozulduğu için seni suçlamıyorum."

"Bana güvenmediğini söyledin; bu tamamen normal. Sonuç olarak, ben tam men yabancı biriyim ve belki de haklısın, tanıyana kadar bana güvenmemelisin.

"Hâkimin benimle görüşmeni şart koşması oldukça kötü. Dürüst olmak ger kirse ben de bunun için çok mutlu değilim."

"Biliyorum bu görüşme her ikimiz için de zorunlu, ancak bir aradayken ko kunç zaman geçirmek zorunda da değiliz"

Radikal kabul danışan odaklı kurama dayanmaktadır. Görüşmecinin tüm da nışan değerlendirmelerini -tuhaf, rahatsız edici ya da açıkça kışkırtan yorumla olsalar da- kabul etmesinin yanı sıra hoş karşılamasını da içermektedir (Sommer - Flanagan ve Sommers - Flanagan, 2007a). Örneğin, danışanların seanslarda psi kolojinin ya da danışmanlığın şeytanlarıyla ilgili mini konferanslar verdiği seans larla da karşılaştık:

**Danışan Açılış Volesi:** "Bu aptalca, ... danışmanlığa ihtiyacım yok. Karım zor ladığı için buradayım. Bu işe yaramaz danışmanlığın benim için bir anlamı da yok. Bu, senin gibi gerçek bir iş yapmaktansa burada oturup konuşmaya ihtiyacı olan pısırıklar... süt çocukları için.

**Radikal Kabul Cevabı:** "Vayy... Düşündüklerini açık şekilde söylediğin için teşekkürler. Pek çok kişi psikologlardan gerçekten nefret edebiliyor; buna rağmen, sadece buraya gelip öylesine oturuyor ve işbirliği yapıyormuş gibi görünüyor. Yani gerçekten tam olarak gerçekten ne düşündüğünü söylediğin için minnettarım."

Radikal kabul ayrıca danışanın tam olarak neden ofisinize geldiğiyle ilgili daha derin düzeyde bir kavrayış sunması için farklı bir bakış açısı geliştirme stratejisiyle de birleştirilebilir. Bizim, farklı bir bakış açısı geliştirme yönteminin en sevdiğimiz versiyonu "Sevgi Bakış Açısı"dır (Sommers - Flanagan ve Barr, 2005).

**Danışan:** "Bu tam bir saçmalık. Benim size ve terapiye ihtiyacım yok. Yargıç beni mecbur bıraktı. Yoksa denetimli serbestlik olmayacak ve ben de kızımı göremeyeceğim. O yüzden hadi bunu bir an evvel yapıp kurtulalım."

**Görüşmeci:** "Bunun bir saçmalık olduğunu söylediniz fakat aynı zamanda kızını çok seviyor olmalısınız diye de düşünüyorum. Hem de tamamen zaman kaybı olduğunu düşünmenize rağmen buraya gelecek kadar...

**Danışan:** (Yumuşayarak) "Evet, kızımı çok seviyorum."

Sevgi açısının büyüsü nerdeyse her zaman, görüşmecinin danışanın bir başkasını sevmeyle ilgili olumlu bir gözlemine veya yorumuna katılmasıdır; bu da görüşmeyi daha olumlu bir yöne çevirir.

Sıklıkla kızgın ya da düşmanca bir tutumu benimseyen danışanlarla çalışırken yansıtma ya da duyguların onay yöntemini kullanmaktan ve sonrasında da dürüst ve içten geri bildirimler vermekten daha iyi bir yöntem yoktur. Takiben çözüm odaklı bir soru gelir.

Benimle konuşmaktan nefret ettiğinizi söylediğiniz için sizi gerçekten suçlamıyorum. Büyük olasılıkla kişisel hayatınızla ilgili bir yabancıyla konuşmaya zorlanmış olmaktan da nefret ettiğinizi düşünüyorum. Fakat birkaç dakikalığına dürüst olmama izin verin lütfen (Danışan başıyla onaylıyor). Biliyorsunuz ki pek çok hukuki problemin içindesiniz. Biraz bile olsa size yardım etmek istiyorum. Bir şekilde bu görüşmeyi yapmak zorundayız. Burada öylesine oturur, birbirimize bakarız ve korkunç bir saat geçiririz ya da içinde bulunduğunuz bu çıkmazdan nasıl kendinizi kurtarabileceğiniz ile ilgili konuşabiliriz. İkisi de bana uyar. Ne düşünüyorsunuz.... Peki, bugün kendinizi iyi hissettiğiniz bir görüşme yapmış olsaydık ne yapardık?

*Birlikte Hareket Etme (Paradoksu Kullanma)*

Miller ve Rollnick'in (2002) danışanın kararsızlığıyla ilgili açıklamalarına göre, danışmanlığa ilk anda direnç gösteren danışanlarla çalışırken bazen biraz paradoksal ancak şefkatli bir cümle ile işe başlamak faydalı olabilir. Örneğin görüşmeci, kişisel konuları tartışmakla ilgili insanların korkmuş ya da isteksiz hissetmelerinin oldukça yaygın olduğundan ve bu nedenle bu riski hemen almanın kesinlikle gerekli olmadığından bahsedebilir. Bu yaklaşım direnç gösterme olasılığı olan danışanları, haksız olduğunuzu kanıtlamak için harekete geçirebilir ve daha kişisel bilgiler vermesine katkıda bulunabilir. Aynı zamanda, danışanlar bunun onlar için ne kadar zor olduğunu anladığınızı fark eder ve isteksizlik duygularının normal olduğunu anlamaya başlayabilir. Bu fikir, sonuç olarak, danışanların kaygısını azaltabilir ve böylelikle direnç azalabilir. Bir uyarı: Paradoksal tekniklerin çoğu risklidir ve dikkatli bir şekilde ön değerlendirmeyi ve öncesinde süpervizörünüze danışmayı gerektirir.

Miller ve Rollnick (2002) paradoksu kullanmalarını birlikte hareket etme olarak adlandırır. Yoğunlaştırılmış yansıtma gibi bu teknik de empati ve saygıyla birlikte kullanılmalıdır. Şöyle örnekler verilebilir:

**Danışan:** "Bu görüşmenin benim için işe yarayacağını düşünmüyorum. Bu konuda oldukça umutsuzum."

**Görüşmeci:** "Haklısınız bunu denediğinizde, kendinizi hâlâ daha iyi hissetmemeniz kesinlikle olası bir durum ve bu nedenle hiç denememek daha iyi olabilir. Ne dersiniz?"

**Danışan:** "Belki de... Bazen muhtemelen çok fazla içiyorum; akşamdan kalma

olmaktan hiç hoşlanmıyorum, fakat bunun çok önemli bir sorun olduğun düşünmüyorum, gerçekten."

Görüşmeci: "Bazı sorunlar yaratsa da çok içmeye devam etmeniz mümkün. B bedele değer."

Bu tekniğin başarılı olmasının püf noktası, danışanın bakış açısını, kararsı lığının olumsuz tarafıyla ilişkili motivasyonunu gerçekten hissetmektir. Bu d danışanın olumsuz davranış örüntüsünü devam ettirme motivasyonuna yöneli derin bir empati gerektirir. Miller ve Rollnick (2002) birlikte hareket yaklaşımıyl geleneksel paradoksal stratejiler arasındaki farkı vurgulamıştır:

> ... terapötik paradoksun bazı durumlarda ciddi birtakım sıkıntıları olduğunu kabul ediyoruz. Paradoks sıklıkla kendi kazançları için kişileri kandırıp onlara belirli başka şeyleri yaptırmanın zekice bir yolu olarak algılanabiliyor. Paradoksla ilgili bazı açıklamalarda, insanlar ne olduğunu fark etmeden onları kandırmanın yaratıcı yollarını bulmak kulağa hoş gelebilir. Ancak böyle zekice bir yaklaşım, güdüsel görüşmede temel olarak gördüğümüz saygı duyma ve işbirliği üslubundan uzaktır (s. 107).

Paradoksal ya da birlikte hareket etme tekniklerini kullanmak beraberinde bazı etik meseleleri ortaya çıkarır. Bu konuda Miller ve Rollnick ile hemfikiriz. Paradoksal teknikler, danışanları kurnazlıkla alt etmek ya da etkilemek için zekice bir araç olarak kullanılmamalıdır. Daha da önemlisi, bu teknikler danışan-merkezli yaklaşımın temel tutumlarından uyum, koşulsuz olumlu saygı ve empatik anlayıştan bağımsız olarak görülmemelidir. Bu konudaki tartışma için *Uygulamaya Geçirme 11.1*'e bakınız.

**Uygulamaya Geçirme 11.1**

**Temel Tutumlar**

Yıllar boyunca pek çok yazar Rogers'ın belirttiği temel terapi koşullarını işlevsel hale getirmeye çalıştı. Ne yazık ki danışan merkezli terapinin temel koşullarını belirli beceri ve davranışlara dönüştürme çabaları yetersiz kaldı. Aslında Natalie Rogers'ın da (Sommers- Flanagan, 2007a) vurguladığı gibi danışan merkezli terapinin temel koşullarını somut davranışlara dönüştürmek, yazar ve terapistlerin basitçe danışan merkezli terapinin ilkelerini anlamadığının bir göstergesidir.

**Uygulamaya Geçirme 11.1 (devamı)**

Rogers'ın temel duruşu, aslında bir tutumdur, davranış değil. Bu tarih boyunca özellikle davranışçılar için anlaşılması zor olan temel kavramsal bir ilkedir. Rogers'ın işaret ettiği ve hâlâ geçerliliğini koruyan ilkeleri: Terapistlerin danışma odasına (a) danışanın potansiyeline dair ciddi inanç (b) açık, dürüst ve otantik olmaya samimi bir istek (c) danışanın kimliğine açık bir saygı (d) danışanın içsel düşünceleri, hisleri ve algılarına kibar bir tutumla girmeleridir. Bu süreci daha da karmaşıklaştıran ise temelde terapistin danışanla iletişim kurma çabasında bu tutumları özellikle dolaylı olarak sunması ve uygulamasının gerekli olmasıdır.

Anlayışla iletişim kurma çabasıyla ilgili Kurt Kraus şunu söylemiştir:

Süpervizyon veren kişi danışanın kendini açmasına, "Nasıl hissettiğinizi biliyorum" gibi sorumsuzca bir cevap verdiğinde gözüm seğiriyor ve yüzüm asılıyor. Çokkültürlü farkındalığın benim için en büyük hediyelerinden biri, empatinin bir deneyim olarak sınırlıklarını kabul etmektir. Ben sadece başkasının nasıl hissettiğini hayal edebilirim ve bazen diğerinin nasıl hissettiğine benzeyen bir deneyimimin olması ulaşabileceğim en son noktadır ve bu bile çok sınırlıdır . Bunu öğrenmek oldukça iyidir. Sandalyemde otururken, "Ben de diğerlerinin ne hissettiğini anladığımı veya bildiğimi düşünürdüm eskiden. Bana çok yardımcı olan bir öğretiyi sizinle paylaşabilir miyim?" (Sommers- Flanagan ve Sommers- Flanagan, 2004)

*Sanrılı ya da Yalan Söyleyebilen Dirençli Danışanlarla Baş Etmek*

Görüşmecilere doğru ya da yanlış olabilecek hikâyeler anlatan pek çok danışan bulunabilir. Özellikle görüşmeciyle yalnız olarak görüştüklerinde, genç danışanlar problem ya da bakış açılarını önemsizleştirmeyi ya da abartmayı seçebilir.

Aile üyelerinin ya da ebeveynlerin ya da bakım verenlerin bazı ya da ilk görüşme seanslarının bir kısmına veya tamamına katılması ile ilgili vereceğiniz karar, danışanın ne deneyimlediğine dair daha doğru bir bakış açısı kazanmaya yardımcı olmasına göre verilebilir. Kararınızın danışanının güvenilirliliğini sorgulamanıza yol açtığı durumlarda, danışanlar için önemli kimselerle iletişime geçmek bir diğer makul seçenek olabilir.

Bazen sanrılı ya da yalan söyleme eğilimi olan danışan, görüşmeciye doğrudan "Bana inanıyor musun?" diye sorar. Bu soru sıkıntı yaratır çünkü sizi güç durumda bırakır. Örneğin, antisosyal kişiliği olan birine, "Evet, sana inanıyorum" derseniz onun yalanlarına inandığınızı belirtmiş olursunuz (ya da sanrılı bir danışana FBI tarafından rahatsız edildiğine inandığınızı söylüyor olabilirsiniz). Diğer taraftan,

eğer danışana ona inanmadığını söylerseniz bu terapideki uyumu büyük ölçüde olumsuz etkileyecektir. Bu zorlu durumla baş etmek için Robinson (2007) danışanın daha fazla kendini açmasını sağlayacak aşağıdaki cevapları önermiştir:

> Danışan: "Bana inanıyor musun?"
> Görüşmeci: "Açık fikirli olmaya çalışıyorum."
>
> *ya da*
>
> Görüşmeci: "Daha fazla bilgi sahibi olmadan buna tam olarak karar vermem doğru olmaz."
>
> *ya da*
>
> Görüşmeci: "Benim görevim senin fikirlerinin neler olduğunu anlamak."
>
> *ya da*
>
> Görüşmeci: "Hikâye(n) alışılmadık türden; o nedenle bir karar vermeden önce daha fazla şey duymak istiyorum; bununla ilgili bana (daha fazla) bilgi verir misin?" (hikâyeden danışanın geçmişinde duygusal olarak yüklü olan bir detaya atıf yapın) (s. 241).

Yalan söyleyebilecek danışanlarla ilgili temel felsefemiz, birinin doğruyu anlatıp anlatmadığına dair yargılamada bulunmanın bizim işimiz olmadığıdır. Ancak kişilere hikâyelerini anlatma konusunda yardım etmek de bizim işimiz. Bu bakış açısı, görüşmecinin rolü ve işleviyle tutarlıdır ve danışanları rahatlamaya yöneltir ve onların daha açık –ve umuyoruz ki daha dürüst– olmasını sağlar. Deneyimlerimize dayanarak danışanın hayatı ve belirtileriyle ilgili konuşurken abarttığını, önemsizleştirdiğini, çarpıttığını, yalan söylediğini ya da tamamen dürüst ve samimi olduğunu söylemenin oldukça zor olduğunu söyleyebiliriz. Bir şekilde yargıçlık rolünden uzak durup olayların neredeyse her zaman duygulardan daha az önemli olduğu, terapistlik rolünü sürdürmek ise daha rahatlatıcıdır. Direncin nasıl yönetileceğiyle ilgili teknik ve stratejileri gözden geçirmek için Tablo 11.1'e bakınız.

Özetle direnç ya da onu nasıl adlandırmayı seçerseniz o, değişim sürecinin doğal bir parçasıdır. Aslında araştırmalar danışan direncinin daha ciddi bir çalışma için fırsat olduğunu söylemektedir. Direnç detaylı bir şekilde incelendiğinde olumlu sonuçlara ulaşma olasılığı da artmaktadır (Mahalik, 2002). Direnç kişinin iç dünyasından kaynaklanır ve insanlara diğerleriyle ilişkilerinde istikrar ve öngörülebilirlik sağlayan gücün bir parçasıdır. Direnç olmasaydı etrafımızdakilerin merhametine bağlı olarak, çok daha fazla değişken olabilirdik. Direnç vardır çünkü değişim ve acı genellikle korkutucudur; yüzleşmek eski var olma yöntemlerimizi –bu yöntemler uyumsuz olsalar bile– sürdürmekten daha zordur. Son olarak

söylenmesi gereken, kültürel veya gelişimsel olarak farklı danışanlarla çalışırken terapist kendi yöneliminde kültürel veya gelişimsel farklılıklara göre değişiklik yapmazsa dirence neden olabileceğidir (Sommers- Flanagan & Sommers-Flanagan, 1997).

Tablo 11.1. Direnci Yönetme Teknikleri ve Stratejileri Kontrol Listesi

_____ 1. Anlayış gösterme ve kabulü benimseyin çünkü terapötik ilişki geliştirmek nerdeyse her zaman yüzleştirmeden daha önceliklidir.

_____ 2. Neredeyse tüm danışanların, olumlu değişime odaklanmak ve ona ulaşmak için kararsızlık hissettiğini bilin.

_____ 3. Danışanları eğitme, onlara öğüt etme ve onları sağlıklı kararlar almaları için ikna etme dürtülerinize karşı koyun.

_____ 4. En başında ve seans süresince, olumlu hedeflerle ilişkili olabilecek açık uçlu sorular sorun.

_____ 5. Danışanlarınızın duygusal acı ve cesaretsizliklerinin altında yatan olumlu hedefleri arayın ve sonrasında danışanın bu hedefleri açıkça söyleyen kişi olmasına yardım edin.

_____ 6. Danışanın direnç gösterme ihtiyacını azaltmak için basit yansıtmaları kullanın.

_____ 7. Danışanları kararsızlıklarının sağlıklı yönüyle ilgili tartışmaları konusunda cesaretlendirmek için basit yansıtmaları kullanın.

_____ 8. Danışanlar, kızgın ya da düşmanca davrandığında duygusal onayı kullanın.

_____ 9. Danışanı açık olduğu için -bazen bu açıklık saldırgan ve rahatsız edici olsa da- takdir etmek için radikal kabulü kullanın.

_____ 10. Mümkün olan her durumda danışanın düşmanca tavrını ve olumsuzluğunu farklı bir açıdan değerlendirmeye çalışın.

_____ 11. Danışanla ilgili endişeleriniz konusunda samimi geri bildirimler verin.

_____ 12. Danışan direnç gösterirken saygıyla yanında olmak için paradoksu dikkatlice kullanın.

_____ 13. Danışanın dürüstlüğü ile ilgili endişeleriniz varsa danışanın yakınlarıyla görüşmek doğru öyküyü elde etmenize yardımcı olabilir.

_____ 14. Danışan "Bana inanıyor musun?" diye sorduğunda danışanı daha fazla açılması için cesaretlendirecek "Açık fikirli olmaya çalışıyorum" türünde bir cevap verin.

_____ 15. Yargıç değil ruh sağlığı uzmanı olduğunuzu unutmayın (ve bundan memnuniyet duyun).

## Madde Kullanımı Sorunları ya da Problemleri Olan Danışanlarla Görüşme

Madde kullanımı ya da madde bağımlılığı problemleri olan danışanlarla görüşme yapma özel eğitim ve deneyim gerektirir. Bu kısa bölümün amacı bu zorlu popülasyonla görüşme yapmak için motivasyonunuzu artırmak ve madde kullanan danışanlarla çalışmak için size farklı görüşler ve bazı temel yöntemler sunmaktır.

Alkol ya da madde bağımlılığı olan danışanlarla çalışan uzmanların, madde istismarı ya da bağımlılığı geçmişi olabilir. Açıkçası, bu popülasyonla çalışmayı seçerseniz kendi bağımlılık geçmişiniz fayda veya yükümlülük getirebilir. Madde kullanma problemleri yaşadıysanız muhtemelen önemli konuları içten içe biliyor olacaksınız ve bu size madde kullanan danışanlara karşı daha fazla empati ve alkoliklerin/madde bağımlılarının genel olarak problemleriyle nasıl yüzleştiklerine dair daha fazla bilgi sağlayacaktır. Alternatif olarak, bu durum sizin kendi kişisel madde kullanımı problemlerinizi, danışanlarınıza yansıtmanıza ve onları doğru değerlendirememenize de sebep olabilir (Bkz. *Uygulamaya Geçirme 11.1*).

### Uygulamaya Geçirme 11.1

#### Maddelere Karşı Kişisel Tutumlarınızı Sorgulama

O ya da bu şekilde herkesin kişisel madde kullanımı ya da istismarı geçmişi olabilir ve bu nedenle alkol/madde kullanımına yönelik tutumlar incelemeye değer. İster alkol kullanımıyla ilgili mutlak yasakları olan bir ailede ister aile üyelerinizin kokain bağımlılığından mağdur olduğu bir ailede yetişin, aile yaşantılarınız alkol, kokain ve diğer maddeleri kullanan (ya da kullanmayan) kişiler hakkında ne düşündüğünüzü mutlaka şekillendirecektir. Madde kullanan danışanlarla çalışırken etkili olmak için kişisel olarak alkol/madde geçmişinizi, maddelere karşı şu anki tutumunuzu ve ailenizin alkol ve madde geçmişini (hemen her ailede madde kullanımı problemleri olan biri –belki amca, kayınpeder ya da kız kardeş– olabilir) irdeleyin.

Aşağıdakileri okurken alkol ve uyuşturucu maddelere karşı olan tutumunuzu düşünün. Ayrıca madde kötüye kullanımı olan danışanları değerlendirmek ve onlarla çalışmak konusundaki yaklaşımları okurken kendinizi hem görüşmecinin hem de danışanın yerine koymaya çalışın. Kendinize aşağıdaki soruları sorun:

- Görüşmecilerin madde kullanan danışanlarla görüşme yaparken nasıl davranması gerektiğine dair ön kabullerim var mı?
- Çok kuvvetli bir şekilde yüzleştirici olmak –danışana madde kullandığını, "itiraf ettirmek"– gerekir mi ya da yüzleştirme teknikleri da-

**Uygulamaya Geçirme 11.1 (devamı)**

nışanın savunmacılığını artırır ve sonuç olarak dürüstlüğünü azaltır mı?

- Madde bağımlılığı olan danışanlara karşı yüzleştirici olmazsam onlar problemleri olduğunu kabul etmekten kaçınacaklar mı?
- AKSİ değerlendirme sorularıyla (metne bakın) ilgili ne düşünüyorsunuz? Alkol kullanımı için UAKKE kriterleriyle (metne bakın) ilgili ne düşünüyorsunuz? Bu soruları nasıl cevaplarsınız? Alkol ya da diğer uyuşturucularla probleminiz var mı ya da hiç probleminiz oldu mu?

Bu sorulara ne cevap verirseniz verin özel olarak ya da sınıftan biriyle alkol ve uyuşturuculara karşı tutumlarınız ve deneyimleriniz hakkında mutlaka konuşun. Sizinle ilgili meselelerin farkında olmak ve onlarla ilgili çalışmak, profesyonel görüşmeciler olarak sizin kişisel gelişiminizin bir parçasıdır.

*Bilgi Alma*

Madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olan danışanlardan bilgi almak zorlayıcı olabilir. Dolayısıyla yıllar boyunca madde kullanımına yönelik tanı koymak üzere bilgi almak için birçok kısa görüşme tekniği geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlar özellikle teşhise yönelik bilgileri hızlı ve verimli bir şekilde almanın, güdüsel görüşme stratejilerinde olduğu gibi olumlu/uyumlu bir terapötik ilişki kurmaktan daha çok önemsendiği yerlerde çalışan uzmanlar açısından kritiktir.

Danışanın madde kötüye kullanımı olup olmadığına karar vermek, özel bir teşhis yöntemi ile ilişkilidir. Böyle bir durumla karşılaştığında, sadece *DSM-IV-TR*'yi çıkarıp tanı kriterlerini danışana soran terapistler olduğu aşikâr. Yine de alkol ve uyuşturucu ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacılar, madde istismarının olup olmadığına karar vermek için "altın standart" olarak özel ve bazen uzun teşhise yönelik görüşmeler de yapar (Friedmann, Saitz, Gogineni, Zhang ve Stein, 2001).

Madde kullanımında "Ne kadarı çok fazladır?" sorusuna genellikle cevap verilemez. Fakat *DSM* kriterlerinden ve kapsamlı yapılandırılmış görüşmelerden bağımsız olarak birkaç faydalı yöntem geliştirilmiştir. Danışanın alkol problemi olup olmadığına karar vermek için en yaygın kullanılan yöntem AKSİ* anketidir. A-K-S-İ harfleri sizin alkol kullanımıyla ilgili danışana soracağınız dört önemli soruyu hatırlamanıza yardım edecek bir kısaltma oluşturur. Bu sorular:

A: Hiç içkiyi azaltmanız (CUT DOWN) gerektiğini hissettiniz mi?
K: Hiç insanlar içki içmenizi eleştirerek sizi öfkelendirdi mi? (ANNOYED)
S: İçki içmenizle ilgili kendinizi suçlu (GUILTY) hissettiniz mi?

* Orijinaldeki kısaltma olan CAGE yerine Türkçe karşılığı olarak metinde AKSİ kullanılmıştır. –çn

İ: Hiç akşamdan kalmalıktan kurtulmak ya da sinirlerinizi yatıştırmak için sabah ilk iş olarak erkenden (EARLY) sabah içkisi içtiniz mi?

Alkolle ilgili rahatsızlıkların tanısının hiçbir zaman AKSİ anketi gibi bir tek ve kısa görüşme yöntemine dayanması doğru olmasa da pek çok görüşmeci ve aynı zamanda, Ulusal Alkolizm ve Alkol Kötüye Kullanımı Enstitüsü (UAAKE; National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse - NIAAA), AKSİ anketindeki herhangi bir soruya, "evet" cevabını alkol probleminin bir kanıtı olarak görmektedir. Ayrıca UAAKE'nin belirli alkol alım kriterleri de vardır: Erkekler için haftada 14 birim içki ya da bir seferde 4 birim içkiden fazlası alkol kötüye kullanımı ya da alkolizmin bir işareti kabul edilirken kadınlar için haftada 7 birim içkiden ya da bir kerede 3 birim içkiden fazlası problem olarak görülür (Friedmann ve ark, 2001).

*Değişimi Kolaylaştırma: Geleneksel Madde Bağımlılığı Görüşme Yaklaşımı*

Geçmişte, madde kullanan danışanlarla görüşmenin güçlü, doğrudan ve yüzleştirmeci teknikler gerektirdiğine inanılırdı. Bunun nedeni, alkol ya da madde bağımlılığı olan bireylerin savunmacı –madde problemlerini kabul etmiyor ya da önemsemiyorlardı– olmasından dolayı doğrudan yüzleştirmenin danışanın savunmacılığını yok etmesi ya da kırması için gerekli olduğu görüşünden kaynaklanıyordu. Örneğin, "inkârla yüzleşme" yaklaşımıyla bir alkolikle yapılan geleneksel görüşme şöyle olabilirdi:

**Danışan:** Gerçekten doktor, ben sadece sosyal içiciyim, bununla ilgili büyük bir problemim yok.

**Görüşmeci:** Peki izin verin, bir uzman olarak size neyin doğru olduğunu anlatayım. Ya bu problemle yüzleşirsiniz ya da içki içmeye devam ederek sağlığınız, güvenliğiniz ve ailenizi tehlikeye atmaya devam edersiniz. Eğer şimdi bu problemle yüzleşmeyi seçerseniz söylediklerimi yapmanız ve tedavi programımızı takip etmeniz gerekecek. Bunu yapmazsanız muhtemelen sonunda kendinizi kaldırım kenarında bir yerde kendi kusmuğunuzun içinde uzanırken bulacaksınız ya da belki de sonunuz hapis –alkolikler koğuşu– olacak. Durum şu ki probleminiz var ve bence, bunu şu anda kabul etmeniz en iyisi.

Gördüğünüz gibi danışanlarla görüşmede bu yaklaşım oldukça sert. Bu yaklaşım, temel olarak danışana problemiyle ilgili kanıt sunmaya dayanmakta; bu kanıtın da danışanın problemini ya da teşhisi kabul etmesine yardım edeceğine inanılır. Bu yaklaşım, 1970'lerde ve 1980'lerin başında popüler olsa da araştırmalar madde kullanan danışanları değerlendirirken ve tedavi ederken inkârla yüzleşme yaklaşımının genellikle olumsuz sonuçlarla neticelendiğini göstermektedir (Annis ve Chan, 1983; Lieberman, Yalom ve Miles, 1973). İlginç olan, en azından

belirli bir dereceye kadar, alkol ve madde kullanan danışanlardaki güçlü inkâr ve direncin sert yüzleştirme tekniklerine bir tepki olarak da ortaya çıkabilmesi veya varlığını sürdürebilmesidir (Miller ve Rollnick, 1991, 2002).

*Değişimi Kolaylaştırma: Güdüsel Görüşme Stratejilerini ve Tekniklerini Kullanma*

Daha öncede tartışıldığı gibi geçtiğimiz son yirmi yıl boyunca, madde kullanan danışanlarla görüşmeler için saygı duyulan ve bilimsel olarak doğrulanan yaklaşım güdüsel görüşmeler olmuştur. İlginç bir şekilde, bu yöntem yüzleştirmeci değildir ve açıkça danışan merkezli yaklaşıma dayanmaktadır.

William Miller (1983) "problemli içiciler"le deneyimlerinden yararlanarak *güdüsel görüşme* olarak adlandırılan, kendi düşünceleri ve uygulamalarıyla ilgili olarak yazmaya başlamıştır. O ve meslektaşı Stephen Rollnick, 1991'de bu isimle basılan bir kitap yayımladı (ikinci baskı 2002) ve bu yıllar arasında pek çok makale yayımladı. 1995'te bu kavramın tanımıyla ilgili literatürdeki karışıklığa yol açmasıyla ilişkili olarak, Rollnick ve Miller şu tanımı önermiştir: "Güdüsel görüşmeler, davranış değişikliklerinin ortaya çıkması için danışanın çelişkilerini keşfetmesi ve çözmesine yardım eden yönlendirici, danışan merkezli bir danışma tarzıdır" (s. 326).

Son 10 yılda, farklı geçmişleri olan danışanlar için güdüsel görüşme yaklaşımında büyük ilerleme kaydedilmiştir. Bağımlılıklar, –HIV gibi– riskli cinsel davranışları değiştirme, sigara içme, diyet/egzersiz, aile içi şiddet, cezai adalet, çocuk adaleti gibi önemli araştırmalarla desteklenen bir yöntem olan güdüsel görüşmelerin kullanıldığı problem alanları vardır (Arkowitz & Engle; Cheng, 2007). Bu yaklaşıma dair bilgi ve beceri kazanmanız için eğitim videoları, yoğun eğitim çalıştayları vb. mevcuttur (Bkz. Önerilen Okumalar ve Kaynaklar). Profesyonel olarak, bu yöntemi oldukça ilginç buluyoruz ve bu yöntemin, insanların nasıl ve neden değiştiği ve bunun yanı sıra değişim süreçlerinde uzmanların rolüyle ilgili görüşümüzle tutarlı olduğunu düşünüyoruz.

*Madde Kullanan Danışanlarla Güdüsel Görüşme: Yöntem ve Teknikler*

Güdüsel görüşme yöntemleri büyük ölçüde yönlendirici ve yüzleştirmeci olmayan yöntemler olsa da madde kullanımıyla ilişkili görüşmeler yürütmek için görüşmeler, madde kullanımı ve istismarıyla ilgili birtakım sorular ve konular ile yapılandırılmalıdır. Rollnick ve Bell (1991) 10 farklı içerik alanı önermiştir:

1. Madde kullanımı konusunu gündeme getirin. Bunu yumuşakça ve net biçimde yapın. Örneğin, olumlu ilişki kurma ve asgari düzeyde güven oluşturmak için harcanan 5-10 dakikayı takiben bir özet cümlesi kurarak madde konusuna geçiş yapın ve bir soru sorun:

"Bir süredir genel olarak hayatınızın nasıl gittiğiyle ilgili konuşuyoruz. Son za-

manlarda biraz stres yaşıyormuşsunuz gibi görünüyor. Sakıncası yoksa şimdi alkol kullanımız hakkında soru sorabilir miyim?"

Pek çok durumda danışanlar –alkol bağımlılığı olan danışanlar bile– kendi içme örüntülerini keşfetmek için bu nazik çabaya karşılık verip sizinle işbirliği yapacaktır. Görüldüğü gibi bu yaklaşım deneme niteliği taşır ve danışana görüşme üzerinde kontrol hissi verir. Güdüsel görüşme açısından, bu tür bir ifade danışanın konuşmaya katılmasını sağlar. Buna karşın, inkârla yüzleştirme yaklaşımı daha suçlayıcıdır ya da sadece kapalı sorular kullanarak inkârı ve direnci ortaya çıkarma eğilimdedir.

2. Madde istismarı ile ilgili detaylı sorular sorun. Rollnick ve Bell (1991), "Ne tür bir içki/madde kullanıyorsunuz?" ya da "Bana marihuana kullanımınızdan bahsedin, üzerinizde ne gibi bir etkisi oluyor?" (s.206) gibi soruları önermiştir. Bu soruların amacı danışanların kendi madde kullanımlarını nasıl gördükleri hakkında konuşmalarına izin vermektir. Bu soruları daha özel sorular takip edebilir: "İşten sonra arkadaşlarınızla birkaç bira içmeyi sevdiğinizden bahsettiniz. Sizin için 'birkaç bira' ne demek?"

3. Tipik bir gününü anlatmasını isteyin. Eğer bağımlı bir kullanıcıysa genellikle belirli örüntülerle karakterize şekilde madde alır. Örneğin danışanınızı "Tipik bir gündeki içme örüntünüzü bana anlatın" cümlesiyle kışkırtırsanız büyük ihtimalle bir değerlendirme bilgisi olarak genel ya da düzenli kullanımıyla ilgili cevaplar alacaksınız. Ayrıca, daha genel sorulardan sonra daha spesifik sorular sorabilirsiniz "Ne kadar içtikten sonra kafanız güzel olur?" ya da "En sevdiğiniz bardayken favori içkiniz nedir, en kafa dengi arkadaşınız/arkadaşlarınız kim ve kaç kişi?"

4. Yaşam tarzı ve sıkıntılarıyla ilgili sorular sorun. Hem kavramsal hem de uygulama açısından, klinik görüşme esnasında, sadece maddelerle ilgili sorular sormanın derdine düşmemelisiniz. Sonuçta, maddelerden uzaklaşarak hayat stresinden konuşmak ve sonra tekrar bu konuya dönmek danışanın, sizin madde kullanımıyla ilgili bilgi almaktan daha fazlasıyla ilgilendiğinizi anlamasını sağlayacaktır. Bu genellikle danışanın madde kullanımı hakkında daha az konuşmasına değil, daha fazla konuşmaya başlamasına neden olur. Örneğin, danışan maddeyi stresle başa çıkmasına yardım etmek için aldığını söylüyorsa (örneğin "Sadece içmek/sigara içmek ve rahatlamak çok hoş" Rollnick ve Bell, 1991, s. 207), şöyle söyleyerek tartışmayı hayattaki stres faktörlerini de içerecek şekilde genişletebilirsiniz: "Öyle görünüyor ki

yeniden başlamak ve rahatlamak sizin için önemli. Hayatınızda, sigara içmek dışında ne gibi şeyler neler oluyor?"

5. Önce sağlığı sonra madde kullanımı hakkında soru sorun. Danışanınızın sağlık durumu madde kullanımı ile ilişkiliyse ilk önce sağlığına odaklanmak ve sonra kibarca sağlık durumu ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi öne çıkarmak fayda sağlayacaktır. Örneğin: "Marihuana kullanımı ile bahsettiğiniz astım problemi arasında bir ilişki var mı?"

6. İyi hissettiren ve daha az iyi hissettiren şeyler hakkında soru sorun. Miller ve Rollnick (1991) kitaplarında bu stratejiyi detaylı olarak tartışmaktadır. Kısaca bu stratejinin amacı danışanların madde kullanımıyla ilgili daha az iyi olan şeylerin yanı sıra madde kullanımıyla ilgili hoşlandığı (iyi olan şeyler) hakkında isteyerek tartışmasını sağlamaktır. En nihayetinde, amaç danışanın "sorun" olarak kavramsallaştırabileceği, daha az iyi olan şeyleri detaylandırmasını sağlamaktır. Örneğin, danışan kafasının güzel olma hissini sevebilir ve bunu güzel bir şey olarak tanımlayabilir fakat ayrıca "yeme isteğini" ve kız arkadaşından gelen olumsuz geribildirimleri bunun olumsuz geri dönüşü olarak tanımlayabilir. Ayrıca, Rollnick ve Bell (1991) "sizin içmeniz"den daha çok "bir içki içmenin" iyi/iyi olmayan yönlerini keşfetmenin daha faydalı olacağını önermiştir (s. 207).

7. Geçmişte ve şu anki madde kullanımıyla ilgili soru sorun. Pek çok durumda danışanların madde kullanımı yıllar içinde değişkenlik gösterir. "Yıllar içinde içme davranışınızda bir değişiklik oldu mu?" diye sorarak görüşmeciler kesintiler, tolerans, ters tolerans, sabah içki içmek gibi çeşitli konularla ilgili tartışma açabilir.

8. Danışana bilgi verin ve "Ne düşünüyorsunuz?" diye sorun. Görüşmeciler uzman gibi davranmaya ve bağımlılıkla ilgili kavramları ve sorunları danışana açıklamaya başladığında, danışanın savunmasını artırma riskini almış olur. Bu nedenle bağımlılıkla ilgili bilgi ya da eğitim vereceksiniz bunu açık bir şekilde ve işbirliğiyle yapın. Örneğin, şöyle söyleyebilirsiniz:

"Geçenlerde marihuana etkisiyle ilgili bazı ilginç bilgilere rastladım; uzmanlar bunu motivasyonsuzluk sendromu olarak adlandırıyor. Bu konu hakkında sizinle bilgi paylaşmamın bir sakıncası yoktur umarım (Bu bilgiyi paylaştıktan sonra, şöyle bir soruyla devam edebilirsiniz "Tüm bunlar hakkında ne düşünüyorsunuz?")

9. Endişelerini direkt olarak sorun. Madde kullanımıyla ilgili görüşmelerde bir noktada, danışanın kullanım örüntüleriyle ilgili kaygıları hakkında soru sormalısınız. Rollnick ve Bell (1991) "Alkol kullanımınız sizi kaygılandı-

rıyor mu?" yerine "Alkol kullanımınızla ilgili ne tür kaygılarınız var?" gibi açık bir soru kullanmayı önermiştir (s. 208).

10. Bir sonraki adımı sorun. Danışan belirli bir maddeyi kullanmayla ilgili kaygılarını tanımladıktan sonra, bahsedilen kaygılara yönelik hangi önlemlerin alınabileceği konusunu açabilirsiniz. Yine, Rollnick ve Bell (1991) bir örnek vermektedir. Bir açıklamayı takip eden ve bir sonraki adımı sorgulayan bir soruyu kullanmışlar: "Marihuana kullanımız hakkında endişelendiğiniz anlaşılıyor. Merak ediyorum, bir sonraki adım nedir/Bir sonraki aşama ne olacak?"

Güdüsel görüşme yaklaşımı, madde kullanan danışanlarla etkin olarak çalışmak için nazik ama güçlü bir yöntemdir.

### Tehlikenin ve Şiddetin Değerlendirilmesi ve Öngörülmesi

Uzmanlar için etik ve yasal kurallar açıktır: eğer bir kişinin başka birine şiddet uygulamayı planladığından şüphelenmek için ciddi nedenleriniz varsa polisle iletişime geçmeli ve potansiyel kurbanı uyarmalısınız. Burada daha az açık olan nokta şudur: Danışanınızın şiddet içeren ya da tehlikeli bir şey yapmayı düşündüğünden gerçekten nasıl emin olacaksınız?

Yasal olarak, tahmini bir şiddeti rapor edebilmek için belirli bir kişiye veya mülkiyete yönelik spesifik ve ciddi bir tehdidi ya da yaralanmayla veya ölümle sonuçlanacak belirli bir durumu veya planı duymalısınız (ya da okumalısınız). Dolayısıyla, şiddet değerlendirmesinde ilk ve en önemli kural şudur: Danışanınız belirli bir tehditte bulundu mu? Eğer bulunduysa ve siz bu tehdidin ciddi olduğuna karar verirseniz sonrasında olası kurbanları uyarmak için gerekli bilgileri almak sizin sorumluluğunuzdur. Sorumluluğunuzun açıklığına rağmen, şiddet riskinin tam olarak değerlendirilmesi hiç de kolay olmaz.

#### *Şiddet Olasılığının Değerlendirilmesi*

Yakın zamandaki bir değerlendirme görüşmesinde, bu kitabın yazarlarından biri olan John 16 yaşındaki danışanıyla şu konuşmayı yaptı:

JSF: Duydum ki atölye dersi öğretmenine oldukça öfkelenmişsin.
Danışan: Mr. Smith'ten acayip nefret ediyorum. O tam bir pislik. Sırf kendimizi kötü hissetmemiz için bizi aşağılıyor. Gerçekten iyi bir cezayı hak ediyor.
JSF: Ona gerçekten çok çok kızmışsın.
Danışan: Aslında bazı günler iyi anlaştığımız da oluyor.
JSF: "İyi bir cezayı hak ediyor" derken tam olarak neyi kast ediyorsun?
Danışan: Ben intikama inanırım. Gerçekten, onun için üzülüyorum. Eğer onu öldürürsem aslında ona da, diğer insanlara da bir iyilik yapmış olurum. Bu

onun sefil hayatına son verir ve diğer insanları aşağılamasını sonlandırır.

JSF: Yani, onu öldürmeyi gerçekten düşündün mü?

Danışan: Ona arkasından sessizce yaklaşıp boğazını kesmeyi düşündüm.

JSF: Bunu ne sıklıkla düşünüyorsun?

Danışan: Hemen hemen her gün. Özellikle sınıfta saçmaladığı zamanlarda.

JSF: Ve tam olarak aklından ne tür görüntüler geçiyor?

Danışan: O, Cassie [okul arkadaşı] ile konuşurken arkasından sinsice yaklaşıyorum ve teli boğazına dolayıp telle kesiyorum. Sonra, onun boynundan kan fışkırdığını ve Cassie'nin çığlık atmaya başladığını görüyorum. Ama herkese işkence eden, işe yaramaz bir adam olmadan, dünya daha iyi bir yer olurdu.

JSF: Sonra ne olacak?

Danışan: Sonra sanırım beni alıp götürürler, ama her şey daha iyi olur.

JSF: Seni nereye götürecekler peki?

Danışan: Hapse tabii. Ama herkes onun nasıl bir adam olduğunu bildiğinden, ben oldukça sempati toplarım kesin.

İlk görüşme veya devam eden bir terapi esnasında birçok danışan saldırgan düşünce veya imgelerden bahsedebilir. Bazı danışanlar, önceki örnekte olduğu gibi düşünceleri, hisleri ve imgeleri hakkında daha açık ve anlaşılır olabilir. Diğerleri o kadar net değildir. Bazıları ise sorularınıza cevap vermekten, şiddet içeren düşüncelerini veya niyetlerini size anlatmaktan bilinçli şekilde kaçınır.

Şiddet olasılığını değerlendirmek, intihar ihtimalini değerlendirmeye benzer; büyük ve stresli bir sorumluluk, ama tam olarak anlamak neredeyse imkânsızdır. Ancak intihar değerlendirmesinde olduğu gibi profesyonel standartları karşılayan tam bir şiddet veya tehlike değerlendirmesi yapmak için yine de yasal ve etik sorumluluğumuz var.

Yıllar boyunca şiddetin nasıl en doğru şekilde yordanacağı hakkında hararetli tartışmalar olmuştur. Temelde, üç bakış açısından söz etmek mümkündür: İlk olarak, bazı araştırmacılar istatistiksel olarak önceden belirlenmiş risk faktörlerine dayalı bir yordamanın tutarlı bir şekilde en doğru yöntem olduğunu iddia eder. İkincisi, bazı klinisyenler bu tür değişkenlerin olup olmamasından çok, değişken olmasından ve bireysel ve durumsal faktörlerle etkileşim içinde olmasından dolayı, bunlar yerine klinik görüşmecinin deneyiminin ve önsezisinin en doğru olduğuna inanır. Üçüncüsü, bazı bireyler daha ılımlı bir tavır takınır ve risk faktörleri ve klinik yaklaşımların birleşiminin en iyisi olduğunu düşünür.

Araştırma bulguları ise şiddetin yordanmasında risk faktörleri yaklaşımın, klinik görüşten daha doğru olduğunu sürekli olarak işaret etmektedir. Dahası, risk faktörü ve klinik yaklaşımların bir arada olduğu üçüncü yaklaşımla ilgili olarak, Hilton, Harris ve Rice (2006) şunu söylüyor: "Ægisdóttir ve ark., 56 yıldır klinik görüşün doğruluğuna ilişkin bir gelişme olmadığını belirtiyor; öyle görünüyor ki

şiddet riskini değerlendirmek için günümüz klinisyenlerine fayda sağlayacak bi orta nokta çabası da bu problemi çözmüyor" (s. 405). Genel olarak bilimsel araştırma bulguları dahil her şey göz önüne alındığında, önceden belirlenmiş, mekanik risk faktörü yaklaşımı en sağlıklı yaklaşım gibi görünüyor.

Araştırma bulguları aslında doğru biçimde şiddet değerlendirmesi yapmak için risk faktörlerini yordamayı bilmenin gerektiğini ima ediyor. Ancak çoğu zaman olduğu gibi bilimsel araştırmalar, genel anlamda klinik görüşmecilerin karşılaştıkları mesleki uygulama koşullarıyla her zaman aynı doğrultuda olmaz. Örneğin risk faktörleri araştırmalarının çoğu, oldukça doğal olarak adliye ve cezaevlerinden gelen katılımcılarıyla yapılırken klinik görüşmeciler bu tür durumlarla çoğunlukla başka koşullarda da karşılaşır. Sonuç olarak, her ne kadar şiddete yönelik risk faktörlerinin yordanması bir kılavuz olarak yardımcı olsa da bir görüşmecinin bir öğretmeni, onun boğazını kesmekle ilgili aklından görüntüler geçen (hiç hapse girmemiş) bir erkek öğrenciden korumanın (ve dolayısıyla onu uyarmanın) profesyonel görevi olup olmadığı yargısı söz konusu olduğu duruma genellenemeyebilir.

Bu sınırlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, okul vb. resmi kurumlarda profesyonel görüşmeciler tarafından yapılan değerlendirmelere şiddeti yordama misyonundan çok, şiddet değerlendirme misyonu yüklemek bu durumda belki de en iyisi. Bu ayrım, pek çok klinisyenin devlet ve özel okullar da dahil birçok uygulamada yaptığı değerlendirme ile bilimsel ve risk faktörüne odaklı şiddeti yordama girişimi arasında farklar olduğu gerçeğini anlamamızda yardımcı olacaktır.

### *Göz Önünde Bulundurulacak Risk Faktörleri*

Bu bölüme tehlikenin klinik açıdan doğru şekilde yordanmasının önemli derecede profesyonel eğitim gerektirdiğini vurgulayarak başlamalıyız. En saygın risk faktörü örnekleri arasında Şiddet Düzeyini Değerlendirme Kılavuzu (Violent Rate Appraisal Guide; Harris, Rice & Quinsey, 1993) ve Psikopati Kontrol Listesi'nin-Gözden Geçirilmiş Form (Psychopathy Checklist – Revised; Harris, Rice & Quinsey, 1993) bulunmaktadır.

Tablo 11.2, genel bir klinik görüşmede göz önünde bulundurulacak başlıca risk faktörlerini içermektedir. Uzmanlar klinik görüşün yordama doğruluğunu sorgulasalar da araştırma koşulları ve "gerçek" klinik ortamlar arasındaki farklardan dolayı körü körüne risk faktörü yaklaşımını savunmayacağız. Dolayısıyla Tablo 11.2'de bulunan risk faktörleri bilgisinin, klinik görüşmelerden, kişisel bilgiyle aileden, okuldan veya işyerinden edinilen bilgiyle birlikte ele alınması en iyi çözümdür. Ayrıca görüşmecilerin, mümkün olduğu zaman, şiddete yönelik risk değerlendirme kararlarını vermeden önce yine de konsültasyon veya süpervizyon almalarını öneriyoruz.

Tablo 11.2 Şiddet Değerlendirmesi Genel Kılavuzu

Aşağıdaki kontrol listesi, şiddet değerlendirmesi yapmak için genel bir kılavuz olarak sunulmuştur. Tam bir değerlendirme olarak görülmemelidir.

_____ 1. Danışanın belirli ölçüde şiddet içeren davranışlarıyla ilgili öykü almak için direkt ve dolaylı sorular sormanız gerekir. Eğer bu şiddet davranışı, gelecekte gerçekleşebilecek olası şiddet davranışına benziyorsa olası mağduru koruma göreviniz söz konusu olabilir.

_____ 2. Şiddet göstermesi olası olan bireyler, şiddet öyküleri hakkında her zaman dürüst olmayabileceğinden, bu şiddet davranışı hakkında -danışandan başka- ikinci bir bilgi kaynağından bilgi almanız gerekebilir.

_____ 3. Danışanın, olası kurbanını belirlemede size yardımcı olabilecek detayları edinmeniz gereklidir. Eğer detayları kendiliğinden bildirilmiyorsa onları edinmek için ekstra sorular sormanız gerekebilir.

_____ 4. Danışan şiddet dürtülerinden söz ettiğinde, danışanın planlarının ayrıntılarını öğrenmeniz gereklidir. Gerektiğinde, danışanın şiddet planının özelliklerini dikkatli ve dolaylı sorular sorarak daha iyi değerlendirmeye çabalayın.

_____ 5. Eğer danışan size direkt olarak söylemezse onun bir silaha vb. bir planlı şiddet eylemi için gerekli araca erişimini ayrıca sorgulamanız gereklidir.

Hepsi olmasa da çoğu tehlike veya şiddet değerlendirmesine kılavuzluk eden temel bir psikolojik ilke vardır. İlke şudur: Geçmişteki davranış, gelecekteki davranışın en iyi yordayıcısıdır. Sonuç olarak, her durumda, görüşmeciler önceki şiddet içeren eylemleri incelemelidir. Bunun sebebi, şiddetin veya saldırganlığın oldukça kalıcı ve tekrarlanan davranış olma eğiliminde olmasıdır (Loeber ve ark., 2005). Ayrıca, şiddet özünde sadece tekrarlanan bir davranış değildir, aynı zamanda bireyin davranış repertuvarındaki şiddet içeren davranışın amacı ve şekli de genellikle tutarlıdır. Kimileri kurbanlarını tokatlamak, yumruklamak ya da boğmak için çıplak ellerini kullanırken bazı agresif kişiler ateşli silahları, diğerleri bıçakları kullanmaya meyillidir.

Tablo 11.2'de bulunan bireysel yordayıcı faktörün yordayıcı geçerliliği –yeniden şiddet içeren suç işleme eğiliminin ölçüt değişken olarak kabul edildiği adli durumlarda bile– genellikle oldukça düşüktür. Örneğin, yeniden şiddet içeren suç işlemenin en iyi yordayıcılarından biri danışanın Psikopati Kontrol Listesi'nden (Düzenlenmiş) (PKL - D) aldığı puandır. PKL – D görüşme ve dosya bilgileriyle

puanlanan 20 maddeden oluşan bir ölçektir (Hare ve ark., 1990) Açıkçası, bu ölçeği dolduracak veri edinmek başlı başına önemli bir klinik iştir ama yine de ölçeğin gelecekteki şiddet içeren davranışlarla r = .32 civarında ilişkisi olduğu görünmektedir. Bu da PKL – D'nin, şiddetin birleştirilmiş ölçümlerden oluşan en iyi yordayıcısının bile şiddet içeren davranışın varyasyonunun sadece yüzde 10'unu açıkladığını gösterir.

Risk faktörü yaklaşımı savunucularının klinisyenlere yönelttiği önemli bir eleştiri de bazı klinisyenlerin şiddet riski ve koruyucu faktörlerin farkında değilmiş gibi görünmeleridir. Örneğin, çoğu klinisyen psikotik belirtileri (sanrılar ve varsanılar) olan danışanların psikotik belirtileri olmayan danışanlardan daha fazla şiddet riski olduğunu düşünür; oysa bu kısmen şehir efsanelerinden ve kısmen de bilgi eksikliğinden kaynaklanır. Bunun yerine, araştırmalar tutarlı biçimde, *DSM*'deki şizofreni veya psikotik tanı ölçütlerinin aslında şiddete karşı koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir (Bonta, Law ve Hanson, 1998). Elbette bu araştırma bulgusu şizofreni tanısı almış bireylerin hiçbir zaman şiddet içeren eylemlerde bulunmayacağı anlamına gelmez. Şizofreni tanısı ve sonrasında sergilenen şiddet davranışı arasında oldukça küçük ama tutarlı ve anlamlı bir negatif korelasyon (r = -.13 civarında) olduğu rapor edilmiştir; bu da bu bireylerin şiddet içeren eylemlerde bulunma ihtimalinin psikotik belirtileri olmayan bireylere göre biraz daha az olduğu şeklinde youmlanabilir. Ek olarak, Tablo 11.1'de gösterildiği gibi *DSM* tanılarına bakarken şiddetin en iyi yordayıcıları arasında bazı kişilik bozukluklarının tanısı ve özellikle B grubunda yer alan Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı olduğu dikkati çekecektir (bakınız *DSM - IV - TR*).

*Şiddet İçeren Davranışlara Özel İnceleme*

Beklendiği üzere, risk faktörü değerlendirme araştırmaları, bazı belirgin şiddet içeren davranış örüntülerinin değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Aşağıda şiddet içeren belirli davranışların şiddet yordayıcılarının iki örneğini bulabilirsiniz:

*Yangın çıkarma.* Yangın çıkarma, kişiler arası şiddetle ilişkilendirilebilen ya da ilişkilendirilemeyen tehlikeli bir davranıştır. Bununla birlikte, çalışma ortamınıza ve hizmet verdiğiniz klinik gruba bağlı olarak, kendinizi olası bir yangın çıkarma davranışı hakkında aileyi ya da olası kurbanı uyarmanız gerekip gerekmediğine karar verirken bulmanız çok olağan olabilir.

Yakın geçmişteki bir çalışmada, Mackey ve arkadaşları (2006) yangın çıkarma değerlendirmesinde belirli davranışlar hakkında rapor hazırlamıştır. Bu durumun yordayıcısı olarak şu davranışları özellikle belirtmişlerdir:

- İlk yangın çıkarma girişiminde genç yaşta olma.
- Toplam yangın çıkarma suçu sayısı.

- Düşük IQ.
- Yangın ile ilişkili diğer suç davranışları.
- İlk yangın çıkarma olayında tek başına olma.
- Suçlunun düşük saldırganlık puanı (ilginç biçimde, daha yüksek saldırganlık puanı olan suçlular daha fazla şiddet göstermeye meyilliyken yangın çıkarmaya daha az meyilli olduğu bildirilmiştir).

Yangın çıkarmaya iki temel nedenden dolayı odaklanıyoruz. Birincisi, yangın çıkarmayı yordayan davranışları incelemek doğası gereği ilginçtir. İkincisi, yangın çıkarma davranışının yordayıcıları, şiddeti yordama genel ilkesi için mükemmel bir örnek sunar. Yani daha önce listelenen değişkenlerde görebileceğiniz gibi yangın çıkarma olasılığı en iyi geçmişteki yangın çıkarma davranışıyla yordanırken benzer şekilde fiziksel saldırganlık en iyi geçmişteki saldırgan davranışla yordanır; fiziksel saldırganlık öyküsü, yangın çıkarma davranışını tam olarak yordamaz.

*Genç erkeklerde adam öldürme.* Yakın geçmişte, Loeber ve arkadaşları Pittsburgh'da yaşayan genç erkeklerde cinayet/adam öldürme hakkında son derece önemli, büyük ölçekli bir araştırma yapmıştır. Bu çalışma hem ileriye yönelik hem de kapsamlı bir çalışma olduğundan dikkate değerdir. Yazarlar şehirde yaşayan 1517 gençle 63 risk faktörünü incelemiştir. Açıkçası bu büyük ölçekli çalışmanın bile kapsamı oldukça dar olarak görülebilir; teknik olarak bulgular şehir içindeki Pittsburgh gençlerinden daha fazlasına genellenemez. Buna rağmen, verinin sonuçları ilginçtir ve diğer nüfuslardaki cinayet şiddetine katkısı olabilecek risk faktörlerini işaret etmektedir.

Araştırmanın bulguları, şiddet suçu işlemiş kişilerin, çocuk, aile, okul ve demografik risk faktörleri arasında yer alan 63 risk faktörünün 49'unda şiddet suçu işlememiş kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını göstermiştir. Bu yordayıcıların çeşitliliği ve yapısı oldukça ürkütücüdür. Araştırmacılar bu durumu şöyle anlatıyor:

> *...yordayıcılar arasında annenin hamilelikte sigara veya alkol kullanması, 10 yaşından önce suç işlemeye başlama, fiziksel saldırganlık, acımasızlık ve şefkatsiz/duygusuz davranış gibi hayatın erken döneminde belirgin olan faktörler bulunmaktadır. Ayrıca, yakalanma ihtimalinin düşük olması beklentisi gibi bilişsel faktörler de şiddeti yordar görünmektedir. On yaşından önce bakım veren kişilerin iki veya daha fazla kez değişmesi, fiziksel cezalandırma, yetersiz denetim ve sorunlu iletişim gibi yetersiz ve istikrarsız çocuk yetiştirme faktörleri de şiddetin yordanmasına yardımcı olmaktadır. Aile üyelerinin veya kişinin kendi beyanına dayalı olarak, istenmeyen veya suçlu akran davranışları şiddeti yordamaktadır. Olumsuz akademik performans ve devamsızlık da şiddetin yordayıcıları arasındadır. Son olarak, aileye ilişkili demografik faktörler (ailenin düşük*

*sosyo-ekonomik durumu, refah seviyesi, genç annelik) ve dezavantajlı bir mahallede oturmak da şiddeti yordamaktadır. Şiddetle yakından ilişkili değişkenler arasında silah taşıma, silah kullanma, çete üyeliği, uyuşturucu satma ve sürekli uyuşturucu kullanımı da bulunmaktadır (s. 1084).*

Özellikle adam öldürmenin "dokuz risk faktörü olduğu belirlenmiştir... (başka deyişle, risk tarama puanı, madde kullanımına yönelik olumlu tutumlar, davranım bozukluğu, silah taşıma, çete kavgası, uyuşturucu satma, akranların suç işlemesi, okulda dışlanma ve ihtiyaç dolayısıyla ailenin resmi bir kuruluştan yardım alması)" (s. 1086). Özellikle bu dokuz risk faktöründen en az dördüne sahip olan erkek çocukların, risk puanı dörtten az olan şiddet suçlularına göre gelecekte 14 kez daha fazla cinayet mahkûmiyeti alma eğiliminde olduğu bildirilmiştir.

Sonuç olarak, şiddetin yordanması zorlu ve riskli bir meseledir. Duruma özgü değişen sayıda değişken olmasına ve dolayısıyla şiddet içeren davranışın özünde olan tahmin edilemezliğe rağmen, bu bölüm şiddet değerlendirmesinin gerekli olduğu bir durumla karşılaşabilecek yeni başlayan görüşmeciler için genel bir klavuz olarak işlev görebilir.

## İKİNCİ KISIM – EKSTRA ÇABA GEREKTİREN DURUMLAR

Bu bölüm görüşmecilere ekstra çaba gerektiren görüşme durumları için rehberlik vermek için tasarlanmıştır. Bu tür durumlar arasında acil durumlar, afetler veya kişisel veya toplu, büyük travmatik olayları takip eden görüşmeler yer alabilir. Bu gibi durumlarda görüşmeciler kendilerini, kültürel farklılıklarla, sınırlı kaynaklarla, kısıtlı ortamlar ve fiziksel yaralanma, evini, sevdiklerini ya da benlik duygusunu kaybetmeyle daha da karmaşık hale gelen psikolojik stresle başa çıkmaya çalışırken bulabilir. Buraya travma mağdurlarıyla görüşme hakkında bilgi de ekledik ve travma sonrası olumsuz sonuçlara yönelik günümüzde kullanılan müdahale yöntemlerinden birkaçını kısaca tanımladık.

### Zor Durumlarda Görüşme Yapmak

İnsanların neden olduğu afetler ve doğal afetler sonrası, sağ kalanların yaşamlarında derinden ve geri dönülemez değişiklik olduğunu belki de hatırlatmak gereksiz. Anlık bilgi sağlayan internet vb. yöntemlerle dünya küçülmeye devam ediyor.

İnternette tüm dünya üzerinde gerçekleşen çok çeşitli acil durumlar, afetler ve trajedilerle ilgili sayısız web sayfası bulabilirsiniz. Bu kolay erişim, bu tür durumlarda gönüllü olarak yer almayı isteyen kişilere gerekli olan beceri ve bilginin karmaşıklığını da artırabilir (Benyakar ve Collazo, 2005). Beceri ve bilgiye ek olarak, görüşmecilerin kriz görüşmelerinde etik konuları dikkate almaları gerekir (Sommers- Flanagan, 2007).

Krize müdahale çalışmalarına dahil olmak isteyen ruh sağlığı uzmanları için çeşitli yollar mevcuttur. Ulusal ve uluslararası düzeyde, kısa süreli katılımları memnuniyetle karşılayan Kızıl Haç ve Kızılay dernekleri gibi gönüllü kuruluşlar vardır. Gönüllüleri organize etmeye ve yerleştirmeye yardımcı olan kiliseler ve hükümet programları vardır. Uzun süreli yerleştirmeler de Birleşmiş Milletler ve Barış Gönüllüleri (Peace Corps) gibi kuruluşlar yoluyla mümkündür. Ayrıca yerel düzeyde ve devlet düzeyinde, afet müdahalesine tahsis edilmemiş kuruluşlar bazen toplum içindeki afetlere veya trajedilere destek vermektedir. Bu geniş kapsamlı fırsatlar içlerinde kendi beklentileri, yönergeleri ve eğitimleri veya hazırlıkları barındırır. Bazıları kültürel bilgi ve deneyimsel öğeleri içeren ciddi ve kapsamlı eğitim sağlarken diğerleri gönüllülere bu tür gereklilikleri daha az sunmaktadır.

1991'de, Amerikan Psikologlar Derneği (APD) Afet Müdahale Ağı'nı (AFA) (Disaster Response Network) başlattı. İnternet sitelerinde şu bilgi verilmektedir: "AFA üyeleri, afet kurbanlarına son derece stresli ve genellikle trajik koşullarla başa çıkmada yardım etmek için profesyonel değerlendirmelerini ve eğitimlerini kullanır. Üyeler, problem çözmede toplum kaynaklarını uygun biçimde kullanmaya yardımcı olur, çalışanların ve kurbanların ihtiyaçlarını belirler, bilgi sağlar ve dinler. Ayrıca genel anlamda duygusal destek sağlama ve insanların kendi başarılı başa çıkma becerilerini harekete geçirme üzerine odaklanır" (Amerikan Psikologlar Derneği, 2008). APD ile ilişkili kuruluşlar da mevcuttur ve bu kuruluşlar sorumlu, kültüre duyarlı eğitim ve hizmet sağlamaya çalışmaktadır.

Benzer şekilde, Amerikan Danışmanlık Derneği (American Counseling Association; ADD), Sosyal Hizmet Uzmanları Ulusal Birliği'nin (National Association of Social Workers) geliştirdiği gibi acil müdahale programları geliştirmiştir. Bu tür gelişmeler, doğal veya insanların neden olduğu afetler durumunda farklı kültürlerde becerili ve anında psikolojik destek sağlama ihtiyacına yönelik farkındalığın artırılmasına vurgu yapmaktadır.

Akut afetler veya krizler sırasında veya sonrasında farklı kültürler için geçerli becerileri benimseyen ve etik ruh sağlığı görüşmesi yapmak için hazırlıklı olmanız bu bölümün kapsamı dışındadır. Ancak, iki nedenden dolayı burada size temel yönergeleri veriyoruz. Birincisi, bu tür durumlarda ruh sağlığı görüşmeleri yapmanın hafife alınmamasını istiyoruz. Sırf ihtiyaç olduğundan ve kibar, hevesli bir yüksek lisans öğrencisi ya da yeni mezun uzman olmanız, her zaman ve her şekilde etkin şekilde destek sunmaya hazır olduğunuz anlamına gelmiyor. Yeterli hazırlık olmadan, yarardan çok zarar verebilirsiniz (Collins ve Collins, 2005; Myer, 2001; Smith, 2006). İkincisi, kendinizi ekstra çaba gerektiren ama hazırlıksız olduğunuz durumlarda bulabilirsiniz. Afetler herhangi bir zamanda herhangi bir yerde yaşanabilir ve siz henüz tam olarak hazır değilken sizin yardımınız istenebilir.

## Afet ve Kriz Durumlarında Görüşme Yönergeleri

Bu bölümdeki yönergeler, sizde bir kriz durumunda ya da afet ortamında görüşme ve danışmanlık için farkındalık yaratmak amacıyla tasarlanmıştır. Bu tür durumlarda etik ve yetkin hizmet sağlayabilmeniz için ayrıca ilave eğitim, tecrübe ve süpervizyona ihtiyaç vardır.

### *Ortamın Konforu*

Çoğu kriz durumunda, çevresel koşullar çok kötü olabilir. Düşmüş ağaçlar üzerinde oturarak bir zamanlar ev olan bir yerin arka bahçesinde ayakta durarak görüşme yapan ya da felakete uğramış danışanlarıyla kasırga kalıntıları arasında kayıp değerli bir eşyayı arayan meslektaşlarımız olmuştur. Danışmanlık işi, bir spor salonu arkasında, bir komşunun ön verandasında, bir depoda veya terk edilmiş işyerinde gerçekleşebilir. Her ne olursa olsun olay yerinde bir ziyaretçisiniz ve görüşme çevresinin düzenlenmesinde kontrolünüz olabilir de, olmayabilir de. Yine de biraz gizlilik ve konfor duygusu yaratmak için çabalayabilirsiniz. Sandalyelerinizi (sandalye olduğunu var sayarsak) diğerlerinden olabildiğince uzak bir yere koyun. Kalabalıktan uzağa yönelin. İkram edebileceklerinizi sunun: bir bardak su, oturacak yeri yumuşatmak için katlanmış bir battaniye, bir sakız. Maruz kalınacak ve dikkat dağıtacak şeyleri azaltmak için elinizden geleni yapın ve toplayabileceğiniz tüm yoğunluk ve şefkatinizle doğrudan danışanınıza odaklanın.

### *Bilgilendirilmiş Onam ve Kayıt Tutma*

Bir afetten kurtulan ya da travma yaşayan insanlar acı derecede kontrol kaybı yaşar. Çelişkili bir biçimde, kontrol kazanmaları gerekir ve aynı zamanda her zamanki psikoterapi görüşmelerinden daha fazla yapılandırmaya ve yönergeye ihtiyaçları vardır. Genellikle savunmasız, yardıma muhtaç ve kafaları karışıktır. Dolayısıyla görüşmecinin danışanlara herhangi bir seviyede olası bir kontrol ve tavsiye vermesi ile eşzamanlı olarak, görüşmecinin güven, şefkat, ilgi ve yol gösterme isteği sunması gerekir. Bilgilendirilmiş onam sürecinin her zamanki evrak işlerini, sigorta formlarını vb. içermesi ihtimali yoktur. Bu, daha çok etkileşimli sözel bir süreç olacaktır ve aynı zamanda kısa. Onam ne sunabileceğiniz, kim olduğunuz, neden orada olduğunuz, danışanla ne kadar uzun konuşabileceğiniz, kaç defa bir araya gelebileceğiniz, konuşmanızı gizli tutmanızdaki sınırlılıklar, danışanın sizinle konuşarak kazanacakları ve kullanabileceğiniz herhangi bir tekniğin açıklaması gibi temel bilgileri içermeli. Eğer yönlendirme seçeneğiniz varsa görüştüğünüz kişiler bunu bilmeli. Eğer vaka notlarını saklayacaksanız danışana bunun nedenini, notları nerede ne kadar zaman saklayacağınızı söyleyin. Eğer kurumunuz görüşme yaptığınız danışanlarla ilgili sizden bazı bilgileri talep ediyorsa danışana da bunu bildirdiğinizden emin olun. Durumun karmaşık doğası göz önünde bulundurulduğunda, bilgilendirilmiş onamı unutmak kolaydır. Dolayısıyla unutmadığınızdan emin olun.

*Değerlendirme Kararları*

Size verilen görevlere bağlı olarak, danışanınızın temel insani ihtiyaçlarını, duygusal durumunu ve psikolojik rahatsızlığını belirlemek amacıyla resmi ve gayri resmi değerlendirme yöntemlerini kullanarak inceleme faaliyetleri yapmanız gerekli olabilir. Şok, ayrışım ve intihar eğilimi belirtilerini takip etmek durumunda kalabilirsiniz. Değerlendirmenin diğer ilgili alanları arasında fiziksel/tıbbi ihtiyaçlar, sosyal destek sistemlerinin kullanılabilirliği ve iletişim yeteneği olabilir. Büyük olasılıkla o anki işlevselliği (mental durum muayenesini düşünün) ve erişilebilecek herhangi bir kaynağı belirleme, ona erişme ve etkili bir şekilde kullanabilme becerisini değerlendireceksiniz (Myer, 2001).

İnsanların travma ve kriz tepkileri en az üç konuya göre çeşitlilik gösterir: (a) krizin doğası; (b) başa çıkma becerileri, ego gücü ve hayatta kalan bireylerin erişebileceği kaynaklar ve (c) travma ile ilişkili kültürel inançlar ve uygulamalar (Chiang, Lu ve Wear, 2005). İnsanların travmaya tepki verdiği bu geniş yelpaze, görüşmecilerin travmayla ilişkili durumlarda tanıya yönelik etiketlemede dikkatli bir şekilde ilerlemeleri gerektiğini ortaya koyuyor. Smith (2006) bu alanda az eğitim almış bir uygulayıcının sık yaptığı bir hatanın, anormal ve aşırı derecede stresli durumda verilen ve aslında gayet normal olan tepkilere dayanarak mağdurları patolojik olarak değerlendirme olduğuna dikkat çekmektedir. Afetten kurtulanların tepkilerinin bazı kişisel zayıflıklar veya zihinsel hastalıkların belirtisi olduğunu ima ediyormuş gibi görünen ek stigmaya ihtiyaçları yoktur (Yehuda ve Bierer, 2005). Ancak doğru tanı afetin etkisini anlamak için katkıda bulunabilir ve tamamlayıcı tedavi ve iyileşme için kaynakların erişilebilirliğinde rol oynayabilir. Kriz döneminde doğru tanı ve uygunsuz etiketleme arasındaki çizgide karar vermek zorlu bir iştir.

*Gizlilik*

Bu gibi durumlarda gizlilikte doğal olarak sınırlar olabilir. Bu konu diğer ortamlarda görünebileceği kadar önemli olarak görülmeyebilir. Yine de gizlilik profesyonel kriz çalışmalarının önemli bir öğesi olmaya devam eder. Danışanınızla çalışırken insanların sizi açıkça görebileceği, hatta sizi dinlediği bir ortamda olabilirsiniz. Konuşma içeriğinin güvenliğini değerlendirmek ve ara sıra konuşmanın duygusal seviyesini ayarlamak size kalmış. Eğer danışanlar oldukça derin ve kişisel bilgiler paylaşıyorsa onların sesini alçaltmasını, mümkünse yer değiştirmesini isteyebilir veya farkında olmadan istediklerinden daha fazlasını açığa vurmasından korumak için diğer yolları arayabilirsiniz. Bir kriz durumunda, danışanınız geçici yargı bozukluğu yaşayabilir ve bu nedenle kendi mahremiyeti hakkında karar veremeyebilir. Dolayısıyla gizliliği ya da en azından gizliliğin bir parçasını temin etmek görüşmeci için büyük bir sorumluluk haline gelir.

Danışanlarınızın öyküsünü anlatmak için onlardan özel izin almadıkça bunu yapmak için özgür değilsiniz. Bu, siz kendi çevrenize veya gündelik uygulamala-

rınıza dönseniz bile geçerlidir. Koşulların zorlayıcı ve dramatik doğası nedeniyle ve sizin dolaylı olarak yaşadığınız travmayla kişisel konuşma ihtiyacınızdan dolayı bu öyküleri anlatmak çok cazip olabilir. Pek çok faktöre bağlı olarak, deneyiminizin genel değişkenlerini ve kriz esnasında ve sonrasında insanların deneyimlediği şeylerin daha genel yönlerini tartışabilirsiniz. Bunu yapmadan önce, profesyonel danışmanlık aramak akıllıca olacaktır. Başkalarının acılarını ortaya dökmek meslek ahlakına aykırıdır. Şahit olduğunuz ve size anlatılan dehşet verici travma öykülerini açığa vurma hakkında güçlü bir içsel baskı hissediyorsanız kendi kişisel terapinizi almak için başka biriyle bir randevu ayarlayın, böylece biriyle gizli bir şekilde konuşabilirsiniz.

*Teknikler ve Direnç*

Kriz esnasındaki ruh sağlığı modellerinin bir dizi ortak noktası vardır. Temel beklentiler ruh sağlığı uzmanının desteğini ifade edebilmesi, olumlu ilişki kurabilmesi ve danışanlara seslerinin duyulduğunu gösterebilmesinden oluşur. Ayrıca problem belirleme ve çözme yöntemleri de ana müdahale unsurudur (Collins ve Collins, 2005). Zaman zaman, anlık sorun çözüm müdahaleleri alışıldığın dışında yönlendirici olabilir. Ancak eğer bu kitabın bu kısmına kadar geldiyseniz gerektiğinde danışan odaklı ve yönlendirici gibi danışanı güçlendirecek yollar olduğuna inandığımızı muhtemelen zaten biliyorsunuz. Ayrıca muhtemelen bundan sonra ne söylemek üzere olduğumuzu da tahmin ediyorsunuz: Bu iş için yönlendirici ve yönlendirici olmayan müdahaleleri yaratıcı ve uygun bir şekilde harmanlamanızı sağlayacak olan türden süpervizyon aldığınızdan emin olun.

Daha önce bahsedildiği gibi, direnç tehdit algısı olduğunda ortaya çıkan, bir dizi kişiler arası koruyucu davranıştan oluşur. Travma, güven ve günlük dünyamızı anlamlı kılmak için hepimizin tutunduğu zarar görmezlik algısını yıkar (Herman, 1992; Janoff - Bulman, 2004). Savaşla burun buruna gelen arkadaşlarımızdan bazıları travmayı, dünyayla ilgili bildikleri ve bağlı oldukları her şeyi lime lime eden hain bir deneyim olarak tanımlıyor. Travma deneyimlerinin güven duygusuyla sıkı bir şekilde iç içe geçmiş olduğunu bilmek, hayatta kalan insanlardan bazılarının neden insani ve anlamlı müdahalelere son derece dirençli hale geldiğini daha iyi anlamanıza yardımcı olabilir.

Gerçek şu ki hayatta kalanların çoğu, yardım teklifi yapıyormuş gibi görünen birisi de olsa yeniden güvenmek konusunda oldukça kararsız olabilir. Yaşanan karmaşa içinde ve verilen tepkilerde farklılıkları görmek mümkündür. Bazıları oldukça üzgün, muhtaç ve bağımlı; ne yapacağını, nasıl daha iyi hissedeceğini ve bu korkunç durumu nasıl anlamlandıracağını bilemeyebilir ve bunların söylenmesi için neredeyse yalvarıyor gibi görünebilir. Diğerleri ise tedbirli, şüpheci ve travmatik deneyimleriyle ilişkili duygularını ve bilişlerini keşfetmeye dirençli görünebilir. Bazı kişilerse muhtaçlık ve şüphenin kafa karıştırıcı birleşimini sergileyebilir.

*İkincil veya Dolaylı Travma*

Başkalarının travmasına maruz kalan insanların –başta da yardım edenlerin– derinden, güçlü bir şekilde ve olumsuz olarak etkilendiğini zaten biliyoruz. Daha önce bazı yazarlar, bu etkileri tükenmişliğe ve karşıt aktarıma katkıda bulunan etkiler olarak tanımlamıştır. Ancak 1990'da McCann ve Pearlman *dolaylı travma* terimini önererek bu yaygın ve endişe verici olgunun daha kapsamlı ve doğru tanımı olduğunu vurgulamıştır. Şüphesiz, travma veya kriz çalışmaları, tükenmişliğe neden olabilir ve travma karşıt aktarım için mükemmel bir tetikleyici olarak işlev gösterebilir. Ancak travma mağdurlarıyla çalışmaya verilen tepkiler, bu iki kavramının ötesine uzanmaktadır. Korkunç şekilde yaralanmış, yakınını kaybetmiş veya psikolojik olarak harap olmuş insanlarla doğrudan çalışan yardımsever uzmanlar, bu maruz kalmadan etkilenmemeyi beklemesin (Pearlman ve Mac Ian, 1995). Örneğin, fiziksel ve duygusal acının, korkunç imgelerle dolu ilginç öykülerini dinledikten sonra, bu imgeleri ve öyküleri aklınızdan çıkarmakta zorluk çekmeniz doğaldır. Doğrudan hiç deneyimlemediğiniz sahneler ve durumlarla ilgili *geriye dönüşler* yaşamaya veya kâbuslar görmeye başlayabilirsiniz. Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun bu küçük belirtileri kişisel danışmanlık almanızı veya psikoterapiye gitmenizi gerektirebilir.

Trippany, Kress ve Wilcoxon (2004) travma sonrası hayatta kalanlarla çalışan danışmanların bir dizi zor tepki sergilediğinden söz etmiştir. Travma çalışıyor olmaktan etkilenen birçok sağlıklı insana mahsus beş ihtiyaç belirlemiştir; bunlar:

1. Güvenlik ihtiyacı
2. Güven ihtiyacı
3. Saygı ihtiyacı
4. Yakınlık ihtiyacı
5. Kontrol ihtiyacı

Travma sonrası hayatta kalanlarla çalışırken eğer kendi temel kişisel ihtiyaçlarınıza dikkat etmezseniz yaralı bir iyileştirici olarak çıkabilirsiniz bu süreçten; ki bu da bundan sonra travma mağdurlarına daha az yardımcı olacağınız anlamına gelir. Sonuç olarak, kriz çalışmalarıyla ilişkili dolaylı travmatik deneyiminizi azaltmanız için bazı belirli eylemlerde bulunmanızı şiddetle öneriyoruz. Bunlar, (a) yeterli süpervizyon alma (Pearlman ve Mac Ian, 1995), (b) iş yükünüzü makul tutma, (c) yeterli eğitim ve deneyim (Trippany ve ark., 2004) ve (d) yeterli derecede mesleki ve kişisel öz bakım (Skovholt, 2001).

*Kültürel Farklılıklar*

Tüm görüşme durumlarında olduğu gibi kültürel geçmiş sağlıklı bir çalışma ittifakı oluşturmada büyük bir rol oynamaktadır. Kriz ve afet çalışmalarında, hazırlanmak veya yeterli kültürel bilgi edinmek için çok az zaman vardır ancak bu

terapötik etkinlikte çok önemli bir rol oynar (Eagle, 2005; Shinfuku, 2005). Öte yandan, daha olağan görüşme koşullarında danışanla yapılan seanslarda, görüşmecinin konuyla ilgili kültürel uygulamalar ve danışan inançlarını bir dereceye kadar öğrenmesine imkân tanıyan zaman vardır. Bu kriz söz konusu olduğunda pek de mümkün değildir. Dolayısıyla kriz çalışmalarında etkin olmak isteyen görüşmeciler, eğitim konuları listelerine kültürel bilgi birkimini de eklemeli. Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bölümü, "Afet Ruh Sağlığı Programlarına Yönelik Kültürel Yetkinlik Geliştirme" başlığı altında oldukça faydalı çevrimiçi bir makale sunmaktadır. Hem gönüllü profesyoneller hem de olay yerinde gerekli servisleri sağlayanlar için uygun bir yayındır (Athey ve Moody - Williams, 2003).

*Sınır Endişeleri*

Kriz durumlarında çalışan görüşmeciler, sınır koyma konusunda endişe hissedebilir. Danışanınızın mücadele ettiği felaketin aynısından duygusal olarak etkilendiğinizde, uygun terapötik uzaklığı korumak zordur (Benyakar ve Collazo, 2005). Amacınız açık ve empatik olmaktır ancak duygusal olarak trajedinin içinde olmak, bu da paylaştığınız ıstıraptan başka sunabilecek hiçbir şeyinizin olmadığını gösterir, amacınız bu değildir. Açıkçası, eğer travma mağdurları görüşmecileri teselli etmeye başlarsa uygun sınırlar ve roller korunamaz hale gelir.

Afet koşulları son derece zorlayıcıdır. Bu, hem danışanların hem de görüşmecilerin normalde sahip olduğundan daha güçlü ve daha büyük duygusal tepkiler göstermesine neden olabilir. Birleşen duygusal yoğunluklar, oldukça güçlü aktarım ve karşıt aktarım tepkilerini harekete geçirebilir (Weaver, 1995). Örneğin, nazik ve dengeli ilişkiniz, yakınını veya sevdiğini kaybetmiş veya travma geçirmiş danışanınız tarafından olumlu bir romantik aktarımı ateşleyebilir. Söylemeye gerek yok, bu travmatik bağlanma veya artan çekim, ne akıllıcadır ne de bir danışanla kişisel bir ilişki için etik bir temel oluşturur.

Göz önünde bulundurulacak diğer bir sınır konusu danışanı kendinize yönlendirmenizdir. APD Afet Müdahale Ağı, Kızıl Haç'ın bu konudaki tutumunu benimser: Afet ortamında çalışan tüm ruh sağlığı uzmanlarının, danışanı değerlendirmelerinin ve kısa görüşmenin ardından kendilerine yönlendirmemelerini önerir; bunun tek istisnası bölgede başka bir seçenek bulunamamasıdır. O zaman bile ulusal ofisin yönlendirmeyi onaylaması gerekmektedir (APD, 2008).

Her ne kadar karmaşık ve profesyonel olarak zorlayıcı da olsa kriz durumlarında klinik görüşme ve kriz danışmanlığı yapmaya gönüllü olmak ödüllendirici ve kişisel anlamda dönüştürücü de olabilir. Bu bölümün sonunda, afet çalışmaları gönüllüsü olmanın tatmin edici yoluna çıkmak isteyen ruh sağlığı uzmanlarına eğitim ve destek sunan kurumların internet adreslerini ve iletişim bilgilerinin kısa bir listesini hazırladık.

## Travma Mağdurları ile Görüşme

Birçok danışan travma deneyimi ile mücadele etmede zorlandığı için terapiye

gelir. Bireyler doğal afetler, okul ya da işyerindeki silahlı saldırılar, cinsel saldırı ya da savaşla ilgili şiddet gibi travmatik olaylara maruz kaldığında, genellikle anlık ve uzun süreli duygusal ve psikolojik belirtiler deneyimler. Bu bölümde travma mağdurları ile görüşmelerle ilişkili konuları kısaca gözden geçireceğiz.

*Travma Nedir?*

1980'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu ilk kez *DSM*'ye dahil edildiğinde, travma "olağan deneyimler dışında kalan" olaylar olarak tanımlanmıştır (s.236). Judith Herman'ın (1992) etkili kitabı *Trauma and Recovery*'de yazdığı gibi "Ne yazık ki bu tanımın yanlış olduğu kanıtlandı" (s. 33). Bu yanlışlığın üzücü kısmı pek çok kişinin, özellikle kadınların, cinsel istismar, tecavüz ve dayağı olağan deneyimlerinin bir parçası olarak yaşamasıdır (Herman, 1992). Ayrıca, askerler, polis memurları ve acil hizmetlerde çalışan personel, mesleki rollerinin bir parçası olarak travma yaşamaktadır (Pearn, 2000).

*DSM-IV*'teki (1994) yeni tanım, ruh sağlığı uzmanlarınca daha yaygın biçimde kabul görmüştür. Bu tanım iki ana birleşeni içermektedir:

1. Travmatize olmuş kişiler "fiilen ya da tehdit düzeyinde ölüm ya da ciddi yaralanma veya kendisinin ya da diğerlerinin fiziksel bütünlüğüne yönelik tehdit içeren olay ya da olayları deneyimlemiş, tanık olmuş ya da bu olaylarla karşı karşıya kalmıştır (s. 427).
2. Kişi "yoğun korku, çaresizlik ve dehşet" hisseder. (s. 428).

*Travma Deneyimi Olan Danışanlarla Görüşme: Konular ve Zorluklar*

Travma hakkında konuşmanın faydaları neredeyse tartışılmaz (Cochran, Pruitt, Fukuda, Zoellner ve Feeny, 2008; Everly Jr. ve Boyle, 1999; Pennebaker ve ark., 2001). Travma yaşayan herkes –bir zaman, bir şekilde, bir yolunu bulup– bu olayla ilgili konuşmalıdır. Konuşmanın faydalarına rağmen, travma yaşayan kişiler genellikle en az üç nedenden dolayı dehşet veren düşünce ve duyguları hakkında konuşmak için isteksiz olabilir: (a) travma hakkında düşünmek ve konuşmak çok fazla rahatsızlık veren duyguları ortaya çıkarmaktadır; (b) travma sıklıkla, güvenin ihlali veya ihanet içerir (örneğin, cinsel saldırı); bu nedenle travma mağdurları için birine güvenmek oldukça zordur, özellikle de gerçek bir yabancıya (ruh sağlığı uzmanına) güvenmek ve içini dökmek zordur ve (c) sağ kalanlar sıklıkla hayatta kaldığı için suçlu hisseder ve bazen de bu travmatik olayı yaşadıkları için utanır. Bu nedenle travma yaşayan danışanlarla çalışırken öncelikle olumlu/uyumlu ilişki ve güven yaratma üzerinde durmalısınız; aksi halde danışanlar hikâyelerini paylaşmaya isteksiz olabilir ya da paylaşsalar bile sizin sorularınızdan tekrar travmatize olmuş hissedebilir.

Travma mağdurlarıyla çalışmayı sorunlu hale getiren bir diğer nokta danışan-

larla deneyimleri hakkında, travmatik olaydan kısa bir süre sonra, genellikle 48 saat içinde, konuşmanın faydalı olmasıdır (Campfield ve Hills, 2001). Dolayısıyla görüşmeciler için (genellikle zaman isteyen) güven/işbirliği oluşturma ve danışanı travmatik deneyimleri ile ilgili bir an önce konuşmaya teşvik etme arasında temel bir çatışma vardır.

Danışan sizinle travmayı paylaştığında, bu paylaşımın danışanı olumsuz yönde etkilemediğinden emin olmanız gerekir; bu da profesyonel sorumluluğunuzu artıracaktır. Sakin, ilgili bir yaklaşım esastır. Zaman sınırlarıyla ilgili sağduyu da önemlidir. Danışanın travmayı çevreleyen derin duygular içinde çok ileri gitmesine izin vermek ve seansı danışanın bu duygusallığı toparlaması için yeterli zaman bırakmadan bitirmek sorumsuzluktur. Eğer danışan ilk seansta acı veren bir travmayı paylaşırsa travmanın etkilerine odaklanmak problem çözümü açısından terapötik yollardan biri olabilir. Ayrıca, travma belirtilerinin net bir tablosunu almak da önemlidir.

Collins ve Collins (2005) genellikle mevcut problemlerin yanı sıra travmayla başa çıkma yolu olarak yeni uyum ve başa çıkma stratejileri nedeniyle travma mağdurlarına yardım etmenin zorlayıcı olabileceğini söylemiştir. Bu başa çıkma çabaları koruyucu olarak görüldüğünden onlardan vazgeçmeyi düşünmek zordur. Mağdurlar da olayları veya travma etkilerini sorgulama konusunda kararsızdır ve olayda ya da travmada bir şekilde kusurlu olma utancı ve korkularıyla saklıyor olabilir.

Hem gruplar hem de bireyler için geniş ve bazen tartışmalı da olsa farklı tedavi yaklaşımları mevcuttur. Bu tedavilerden bazıları bilişsel davranışçı (Hoagwood ve ark., 2007; Monson ve Friedman, 2006) veya süreç – deneyimsel (process – experiential) (Watson, 2006) gibi belirli doğrudan kuramsal yönelimlerden temel alır. Diğer bazı müdahaleler, kritik olay stres bilgilendirme süreçleri (critical incidence stress debriefing procedures) (Mitchell, 1983; Tuckey, 2007) gibi bir kayıp veya afetten hemen sonra grup uygulanabilir. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (eye movement desensitization reprocessing) (Ahmad, Larsson ve Sundelin - Wahlsten, 2007; Shapiro, 2002; Stapleton, Taylor ve Asmundson, 2007; van der Kolk ve arkl., 2007) ve duyumotor psikoterapi gibi akıl – beden tedavileri (mind – body treatments) (Eagle, 2005; Hinton, Pich, Chhean, Safren ve Pollack, 2006; Ogden, Minton ve Pain, 2006) gibi bazı tedaviler farklı ve tartışmalıdır; hâlâ sonuçları ve etkileri üzerine araştırmalar devam etmektedir. Öğrenmiş olabileceğiniz yönelim veya teknikler ne olursa olsun, travmaya uğramış danışanlarla etkili bir şekilde çalışmak için travmanın etkileri hakkında bilgi sahibi olmanız ve destek veya tedavi sunmak için net bir modele sahip olmanız gerekir.

Travma geçirmiş insanlarla görüşme yapmak, görüşmenin travma sonrasında veya daha genel ruh sağlığı hizmetlerinin bağlamında meydana gelmesine bakılmaksızın ciddi bir süpervizyon ve yüksek lisans eğitimi gerektirir. Travma ile ilişkili zorlayıcı ve trajik psikolojik yıkım göz önüne alındığında, ileri düzeyde beceri eğitimi almak buna değer.

## ÖZET

Bu bölüm belirli zorluklar sunan özel popülasyonlarla görüşme yapmanın stratejilerini gözden geçirmektedir. Direncin görüşme ve müdahalede tarihsel olarak bir engel olarak ifade edilmesine karşın, şimdiki kuramcılar ve klinisyenler onu insan değişim sürecinin kısmen danışanla, kısmen görüşmeciyle ve kısmen durumla ilişkili doğal bir parçası olarak görmektedir.

Görüşmecilerin, direnci etkili bir şekilde yönetmek için çeşitli genel ve özel teknikleri vardır. Bu teknikler arasında kuramlar üstü model, güdüsel görüşme, çözüm odaklı girişimler, yoğunlaştırılmış yansıtmalar, duygusal doğrulama, radikal kabul, özgün geribildirim ve beraber hareket etme yer alır. Genel olarak, bu stratejileri ve teknikleri kullanarak klinik görüşmeciler terapiye zorlanmış veya isteksiz danışanlarla daha etkili çalışma şansına sahip olabilir.

Klinik görüşmecilerin yüzleşmek zorunda kaldığı diğer bir alansa tehlike ve şiddet potansiyelini değerlendirmedir. Araştırmaların risk faktörü sistemin şiddeti yordamada daha doğru olduğunu göstermesine karşın ne yazık ki gerçek yaşamda görüşmelerde durum farklı olabilmektedir. Sonuç olarak klinisyenler, şiddet veya tehlike potansiyeli olan danışanlar hakkında karar verirken araştırma temelli bilgiyle kendi klinik sezgilerini ve duyarlılıklarının birleşimini kullanmak zorundadır.

Kriz veya afetlerde klinik görüşme yapmak ileri derecede beceri ve bu önemli ama zor profesyonel eylemdeki kaygıların farkındalığını gerektirir. İnsani veya doğal afet nedeniyle travmaya uğramış kişilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının üzerine eğilmek sadece bilgi ve beceri değil, ayrıca sağlam bir kuramsal yönelim, tekniklerle aşinalık ve bu işe özgü etik kısıtlamaların farkındalığını da gerektirir.

## ÖNERİLEN OKUMALAR VE KAYNAKLAR

De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 79– 93. Bu Shazer'in direnci yok etmeye çalıştığı orijinal makalesidir.

Horner, A.J. (2005). *Dealing with resistance in psychotherapy*. Lanham, MD: Jason Aronson. Horner dirence psikanalitik bakış açısıyla yaklaşıyor.

Malik, J.R. (2002). Understanding client resistance in therapy: Implications from research on the counseling process. G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* içinde (s. 66 – 80). Boston: Allyn & Bacon. Bu bölüm, danışan direncine odaklanmış süreç araştırmalarının mükemmel bir özetini sunuyor.

Sommers - Flanagan, J. ve Sommers - Flanagan, R. (2004). *The challenge of counseling teens: Counselor behaviors that reduce resistance and facilitate connection.* North Amherst, MA: Microtraining Associates. Bu eğitim videosunda direnç davranışı gösteren gençlerle etkili bir şekilde nasıl çalışılacağıyla ilgili örnekler sunuyoruz. Ancak katılımları için işe aldığımız öğrenciler bizim beklediğimizden çok daha fazla yardımcıydı.

Webber, J., Bass, D. ve Yep, R. (2005). *Terror, trauma, and tragedies: A counselor s guide to preparing and responding* . Alexandria, VA: American Counseling Association. Bu düzenlenmiş baskı kriz ortamlarında çalışmak isteyen danışanlar için geniş çeşitlilikte uyarıcı malzeme sunuyor.

http://www.samhsa.gov/Disaster/professional_disaster.aspx: Afetler ve ruh sağlığı arasındaki ilişkileri merak edenler için internet adresi. Bu internet sitesi, ulusal bir afet için gönüllü olmakla ilişkili bağlantı ve bilgileri barındırmaktadır.

http://www.salusworld.org.: "Dünya genelinde iyilik halini artırmak" sloganı ile Salus World'ün internet adresi. Bu kuruluş, Amerikan Psikologlar Derneği'nin 39. Bölümü tarafından oluşturulmuştur. Eğitim, yerleştirme ve gönüllülük sonrası destek sunmaktadır.

http://www.apa.org/practice/drnguide.html: Amerikan Psikologlar Derneği'nin Afet Müdahale Ağı'nın internet adresi; bu ağ, afet ve kriz müdahalesinde gönüllü olmak isteyen üyelere yerleştirme, eğitim ve destek sunmaktadır.

http://www.naspweb.org/resources/crisis_safety/index.aspx, http://www.schoolcounselor.org/content.asp?contentid=524: Özellikle okullardaki afetler ve acil durumlarla ilişkili iki internet sitesinin adresi: Bu siteler, özellikle okulda ateşli silahların atılmasından sonra yönlendirme sunmaktadır.

BÖLÜM 12

# *GENÇ DANIŞANLARLA GÖRÜŞME*

*Bay Quimby bir tabağı kuruladı ve dolaba yerleştirdi. "Resim dersi alıyorum çünkü resim öğretmek istiyorum. Sonra da çocuk gelişimi okuyacağım." Ramona sözünü kesti. "Çocuk gelişimi ne?"*

*"Çocukların büyümesiyle ilgili," diye cevapladı babası.*

*"Böyle bir şeyi öğrenmek için neden okula gitmek zorundasın ki?" diye merak etti Ramona. Hayatı boyunca ona, büyümenin en iyi yolunun yemeğini güzelce yemesi –ki genellikle bunlar onun sevmediği yemeklerdi– ve yatağa gitmekten daha ilgi çekici şeyler yapmak istediğinde ise bol miktarda uyuması gerektiği söylenmişti.*

*–Beverly Cleary, Ramona Quimby, Yaş 8*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Genç danışanların sıklıkla hatırlattığı gibi çocuklarla ve ergenlerle etkileşime girmenin yetişkinlerle girilen etkileşimden şaşırtıcı derecede farklı olduğunu anlamanız için fazla şey bilmenize gerek yok. Bu bölümde, genç danışanlarla görüşmede yararlanabileceğimiz öneriler bulacaksınız. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Çocuklarla ve ergenlerle görüşmeye ilişkin özel hususlar.
- Genç danışanlarda iyi bir ilk izlenim yaratmak için etkileşiminizi –ve bazen giyiminizi bile– nasıl düzenleyebileceğiniz.
- Gizlilik, bilgilendirilmiş onam, yönlendirme bilgileri, değerlendirme ve terapi süreçlerini gençlerle nasıl ele alacağınız.
- Genç danışanlarınızla terapi amaçları hakkında konuşma teknikleri.
- Kullanımı kolay değerlendirme ve bilgi toplama stratejileri.
- Gençlere güvence verme, destekleme ve onları güçlendirme yöntemleri.
- Genç danışanlarla görüşmeyi sonlandırırken değinilecek önemli konular.

Bu noktaya kadar görüşmedeki, değerlendirmedeki ve tedavi planlamasındaki öncelikli odağımız, yetişkin bireylerdi. Ancak genç danışanlar, görüşmecilere yetişkinlerden oldukça farklı zorluklar ve fırsatlar sunar. Bu bölümde, genç danışanlarla çalışan ruh sağlığı uzmanları için gerekli olan özel hususları ve görüşme süreçlerini inceleyeceğiz. Genç danışanlarla görüşmenin zorluklarını tanımlayacağız ve bu zorlukları ele alma stratejileri önereceğiz.

## ÇOCUKLARLA ÇALIŞMADA ÖZEL HUSUSLAR

Çocuklarla çalışırken dengeli ve objektif kalmak zor olabilir. Yetişkinlerin bireysel olarak her çocuğu öncelikle "iyi çocuk" ya da "kötü çocuk" olarak görmek gibi kötü bir eğilimleri vardır. Görüşmeciler bu eğilime direnemezlerse bu, diğer (iyi) çocukların gelişine sevinirken bazı (kötü) çocuk danışanların gelmesinden korku ve endişe duymalarına yol açabilir.

Benzer şekilde görüşmeciler, öğretmenler ve diğer yetişkinler sıklıkla çocuklarla ya aşırı özdeşleşirler ya da az özdeşleşirler. Bazı yetişkinler çocukları anlamak konusunda kendilerini tamamen yetenekli olarak görebilir, çünkü "Ben de bir zamanlar çocuktum ve dolayısıyla neye benzediğini biliyorum," cümlesinde ifade edildiği gibi bu konuda güçlü bir inançları var. Aşırı özdeşleşmeden mustarip yetişkinler, gerekli olduğunda uygun sınırlar koymayı başaramayabilir; kendi çocukluk çatışmalarını çocuklara yansıtabilir ve birlikte çalıştıkları çocukların eşsiz yönlerini takdir edemeyebilir. Çocuklarla daha az özdeşim kuran diğer yetişkinler ise çocukları uzaylı varlıklar –henüz insan ırkının tamamen bir parçası olmamış– gibi görebilir. Daha az özdeşleşmeden mustarip yetişkinler, üç adım ötede oturan bir çocuk hakkında sanki çocuk hiç odada yokmuş gibi konuşabilir. Ayrıca çocukların yüzleştiği konular, hayali korkuları veya beklentileri hususunda küçümseyici, sert ve bunlardan bihaber olabilir.

Çocuklar bizim gibi *değildir*; ne de bizim genç halimizdeki gibi. Ancak farklı olsalar da, kavranılamaz yaratıklar değillerdir. Bunun yerine, hızla gelişen, tamamen insan olan, saygıyı, yaşlarına uygun iletişimi ve bilgiyi hak eden çocuklar, ortada bir yerdedir.

Çocuklarla etkili bir şekilde görüşmek için, hem eğitsel hem de tutumsal şartları yerine getirmek gerekir. Ruh sağlığı uzmanlarına çocuklarla olan işlerini kültürler arası danışmanlığın bir çeşidi olarak görmelerini öneriyoruz (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b). Temel bilişsel ve sosyal/duygusal gelişim kuramına aşina olmanız, çocuk gelişiminin bazı uygulamalı yönlerini tecrübe etmiş olmanız gerekebilir (onlara bakım vermeniz ya da duygusal olarak bağlanmış bir şekilde onlarla biraz zaman geçirmiş olmanız gerekir).

Ayrıca, etkili çocuk görüşmecileri çocuklara karşı bir derece de sevgi hisseder. Çocuklar sizi korkutuyorsa yıldırıyorsa ya da sinirlendiriyorsa onlarla doğrudan

çalışmaya başlamadan önce biraz danışmanlık alarak bu tepkilerinizi kontrol etmelisiniz. Başka bir tehlike işareti de çocukların hayatına sürekli aşırı karışma eğilimidir. Aşırı karışmanın işaretleri, sürekli olarak göz korkutucu ve zor durumlardaki çocukları evlat edinme veya kurtarma hayalleri kurmak, geleneksel sınırları gerçekten çiğnemek ve çocuklar için profesyonel ilişki değişkenlerinin dışında kalan şeyler yapmaktır. Aşırı biçimde karışanların, çocuklarla terapötik çalışmaya başlamadan önce bu alanda kendileri hakkında bilgi edinmesi ve başka yollar bulması gerekir. Çocuklarla çalışırken sağlıklı bir profesyonel ve psikolojik dengeye sahip olmak özellikle gereklidir. Çocuklar, eşsiz bir biçimde, bizim hassas düğmemize basabilir, dengemizi bozabilir ve bilinçaltımızdaki bitirilmemiş işlerimizi tetikleyebilir.

Çocukların oldukça savunmasız bir topluluğu oluşturması, bu dengeyi daha da zorunlu kılan bir gerçektir. Yetişkin danışanların büyük ihtimalle daha fazla olgunluğu, daha fazla eğitimi, yaşam deneyimi, kendileri hakkında daha gelişmiş algıları vardır. Kendilerini savunmada ve korumada genellikle daha yeteneklidirler. Daha fazla kaynakları vardır ve çocuklardan oldukça fazla özerktirler. Çoğu yetişkin, ruh sağlığı uzmanlarıyla kurulan çıkarcı veya faydasız ilişkiden kendini kurtarabilir ama çoğu çocuk bunu yapamaz. Çoğu yetişkin, hayal kırıklıklarını ve ihtiyaçlarını danışmana anlamlı bir şekilde ifade edebilir; çocuklar sıklıkla bu kadar direkt olarak iletişime geçemez ve geçmeyeceklerdir; hatta bazen bunu denediklerinde görmezden gelinir. Tüm bu nedenlerden dolayı, çocuklarla etkili bir şekilde çalışmak için gerekli olan beceriye, eğitime ve tutumlara özellikle uyum sağlamalıyız.

Bu bölümün geri kalanı, Shea (1998) tarafından belirlenen ve Bölüm 6'da tartışılan görüşme tekniklerine dayanarak düzenlenmiştir. Çocuklarla görüşme yapmak, genellikle, çocuğun bakıcısını da gerektirdiğinden aşamalı model biraz karmaşıklaşmaya başlar. Bu açıdan zaman yönetimi önemlidir. İlk görüşmede çocuğun kendini ifade etmesi için yeterili zamanının olması ve bakıcıların kendi endişelerinin yeterince ele alındığını hissetmeleri amacıyla daha uzun bir seans planlamanız gerekebilir.

Genç danışanlarla çalışmak söz konusu olduğunda, bu bölüm sadece yüzeysel kalacaktır. Büyük oranda genç danışanlarla çalışmak isteyen öğrencilerin, daha fazla eğitime ve öğretime ihtiyacı vardır. Her zamanki gibi ek okumalar ve profesyonel kaynaklar bu bölümün sonuç bölümünde listelenmiştir.

## GİRİŞ

Genç danışanların hepsi olmasa da çoğu, ruh sağlığı hizmetlerini kendi istekleriyle *aramaz* (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b; Richardson, 2001). Bir çocuk veya ergenin bir ruh sağlığı uzmanını araması ve randevu alması yalnızca filmlerde olur.

Çocuklar ruh sağlığı uzmanlarının ofislerine genellikle ebeveynleri, velileri, bakıcıları veya okul personeli tarafından yönlendirilir (Dugger & Carlson, 2007). Kiminle karşılaşacakları veya bu karşılaşmanın amacıyla ilgili önceden herhangi bir fikirleri olabilir de, olmayabilir de. Bazı durumlarda, kendi dünyalarında yanlış bir şey olduğunu düşünmeyebilir ya da daha kötüsü, bir danışmanlık randevuları olduğu hakkında bile bilgilendirilmeyebilir. Diğer durumlarda, kendi stresleri veya başkalarının onların yüzünden yaşadığı stres hakkında oldukça açık olabilirler.

Yaşça daha küçük olanlarla görüşmede, bakıcının (anne-baba, büyükanne-büyükbaba, üvey anne-baba, koruyucu anne baba, büyük kardeş gibi) rolü kritiktir ve özel dikkat gerektirir. Bazı bakıcılar, tüm görüşme boyunca orada olacağını zannederken bazıları da hiç olmayacağını zannedebilir. Çoğu durumda, bu konuda karar verme öncelikli olarak görüşmecinin belirtilen problem, çocuğun yaşı ve ilgili konular için neyin en iyi olacağını değerlendirmesine dayanarak yapılmalıdır. Deneyimli görüşmeciler, sıklıkla ilk çocukla yalnız olarak görüşmeye de zaman bırakacak şekilde, bakıcılarla ve çocukla ayrı zaman geçirmek için düzenleme yapar. Kuramsal yönelim ve çocuğun yaşına bağlı olarak, ilk seans genelde her iki ebeveynle yapılır. Sistem-yönelimli aile terapistleri, ya terapinin başından sonuna kadar tüm aile üyeleri ile aynı anda görüşür ya da farklı katılımcılar ile bireysel terapinin de dahil olduğu farklı formatlarda uygulamalar yapar (Henggler & Lee, 2003; Hiinton, Sheperts & Sims, 2003). Çocuklarla görüşme genelde bakıcının da yer aldığı bir durum olduğu için zaman yönetimi sorun olabilmektedir. Görüşmenin başlarında uzun bir seans ayarlamak durumunda kalabilirsiniz, böylece çocuğun kendini ifade etmesi ve bakıcının endişelerini tam olarak ifade edebilmesi için yeterli zamanı olacaktır.

İlk görüşme için yapmış olduğunuz düzenlemeler çocuğa çok önemli mesajlar iletir. Bakıcılarla yalnız başına görüşen görüşmeci, bakıcıların bir ajanı (ya da başka bir otorite figürü) olarak algılanabilir. Bu durum özellikle ergenlerde geçerlidir, danışanın 5 yaşında olduğu durumlarda ise değil. Öte yandan, ebeveynlerle ayrı ayrı görüşmemeyle ilişkili başka olası problemler de olabilir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b). Bazen ebeveynler hakkında gerekli bilgileri ya da çocuğun duymasının uygunsuz olacağı durumları duymak gereklidir. Ayrıca bazen çocuğu ebeveynlerin olumsuz yaylım ateşine maruz bırakma riskindense öfkeli ve saldırgan ebeveynlerle yalnız görüşmek tercih edilebilir. Ancak sizin öncelikli danışanınız çocuk ise kendisi hakkında ne söylendiğini en azından genel olarak, bilmeyi hak eder. Bakıcıların sizin önemli olduğunu hissettiğiniz bilgileri özetleyeceğini ve bunları çocukla paylaşacağınızı bilmelerini sağlamanız anlamlı bir sınır koymanıza yardımcı olur. Doğrudan bir çocukla veya ergenle çalışıyorsanız bu genç birey, gizlilik açısından sorumlu olduğunuz danışandır.

Aşağıdaki örnekte görüşmeci, planı ile ilgili açık davranıyor ve baskın ebeveyn

figüre bir sınır koyuyor. Net bir plan ve girişkenlik olmaksızın çocuklarla ve aileleriyle çalışan görüşmeciler, aile üyelerinin seansı ve terapi planını kontrol etme girişimi ile sonuçlanır. Bu aile dinamikleri açısından dikkat çekici olsa da genellikle ruh sağlığı uzmanlarının tedavide görece denetim sahibi olması (ebeveynden çok) daha faydalı olacaktır.

## VAKA ÖRNEĞİ

*Sandy Smith, 13 yaşında, daha sonra boşanan karma ırklı bir çift tarafından evlat edinilmiş bir çocuk. Sandy'nin yetenekli bir kemancı ve atlet olduğu, ancak yanlış insanlarla takılmaya başladığı rapor edildi. Babası ve üvey annesi, Sandy'nin danışmanlık alması konusunda ısrar etmiş. Annesi ve üvey babası daha az istekli görünmesine rağmen onun artan karşı gelme davranışı hakkında bir şeyler yapılması gerektiğini hissetmiş. Tüm bu dört ebeveyn ve Sandy'nin üç yaşındaki üvey erkek kardeşi danışmanlık ofisine geldi. Sandy'nin babası danışmanlık ücretini ödeyecekti ve diğer herkesle görüşülmeden önce danışmanla tek başına konuşmayı planlıyordu.*

*Danışman, Sandy'nin babasına sıcak bir bakışla gülümsedi. "Merhaba. Sen Sandy olmalısın. Bugün oldukça geniş bir hayran kitlesi de seninle birlikte gelmiş gibi görünüyor," diyerek Sandy'ye doğru yöneldi.*

*Sandy omuz silkti ve "Merhaba," diye mırıldandı.*

*Danışman sonra, "Hepinizle görüşebilmem için birazdan odaya gelmeye ne dersiniz?" dedi.*

*Sandy'nin babası açıkça, "Önce ben sizi, birkaç dakika görebilir miyim?" diye sordu.*

*Danışman yeniden sıcak bir bakışla gülümsedi ve "Hepimiz içeri girsek ve genç danışanlarla nasıl çalıştığım hakkında biraz bir şeyler duysanız gerçekten iyi olur değil mi (Sandy'ye doğru anlamlı bir bakış atarak gülümsedi). Sonra, seansın sonunda sizin bazı endişelerinize değinmemişsek Bay Smith, onlara değinmek için farklı yöntemler hakkında konuşabiliriz. Bu sizin için uygun mu?*

*Bay Smith, biraz gönülsüzce de olsa başını salladı ve herkes danışmanın ofisine doğru yürüdü.*

Bu örnekte, görüşmeci kendi kişisel planı hakkında nettir ve baskın (ve muhtemelen kontrolcü) ebeveyne sınırlar koyabilmiştir. Açık, net bir planı, kendinden emin davranışları olmadan çocuklarla onların ailesiyle uğraşan görüşmeciler, baskın bir aile üyesinin görüşmeyi ve hatta terapötik planı kontrol etmesi sonucuyla karşılaşabilir (Stone, 2005). Bu her ne kadar açıklayıcı olsa da tedavi planını ve seansı genellikle ruh sağlığı uzmanlarının (ebeveynden ziyade) yönetmesi daha iyidir. Çocuğun velilerinin yasal ve ahlaki hakları olabilir ancak danışanınızın – çocuk– öncelikli olarak onunla ilgilendiğinizi fark etmesi çok önemlidir. Bu farkındalık, bakıcıların isteklerine ve endişelerine çok fazla dikkat verirken çocuğa

yeterli dikkati vermeyerek ciddi bir şekilde engellenebilir. Dolayısıyla ilk zamanlarda, tercihen randevu verilirken bakıcıların görüşmedeki rolleri hakkında net olmak iyi olacaktır. Örneğin, 12 yaşındaki oğlunu danışmanlığa getirmek isteyen anneyle ilk telefon görüşmesi şu şekilde ilerleyebilir:

**Görüşmeci:** "Merhaba, benim adım Maxine Brown. Riverside Danışmanlık Merkezi'ne yapmış olduğunuz çağrıya cevap veriyorum."

**Anne:** "Ah, evet, dün aradım çünkü 12 yaşındaki oğlum için bir randevu almak istiyorum. Onu tek başıma yetiştiriyorum ama artık ilişki kuramadığımızı hissediyorum. Son günlerde oldukça sinirli. Onunla başa çıkmak, imkânsız. Onu ne zaman getireyim?"

**Görüşmeci:** "Önümüzdeki Pazartesi saat 13.00 ve 15.00'te boş zamanımız var."

**Anne:** "Harika. Saat 15.00 uygun."

**Görüşmeci:** "İyi fikir. (Terapist ücret düzenlemesini, doldurulması gereken ofis formlarını ve danışmanlık merkezinin yerini açıklıyor). Ayrıca bilmenizi isterim, seans başında sizi ve oğlunuzu birlikte görmek isterim. O sırada, ikinizle de terapinin hedefleri ve benim genç danışanlarla nasıl çalıştığım hakkında konuşacağım. Bu sizin için uygun mu?"

**Anne:** "Evet, sanırım uygun. Yani siz gerçekten benim de gelmemi mi istiyorsunuz? Ben onu orda indirip işe geri dönebileceğimi düşünmüştüm."

**Görüşmeci:** "Evet, terapinin hedeflerini gözden geçirmek için ikinizle birlikte görüşmek benim için oldukça önemli. Çok değil, 20 dakika civarında sürecektir. Sonra, oğlunuzla onu biraz daha tanımak için yalnız görüşürüm ve birlikte çalışmaya başlayabiliriz. Ben onunla görüşürken siz de ya işinize dönersiniz ya da bekleme odasında bazı evrak işlerini halledersiniz. Olur mu?"

**Anne:** "Tamam, olur."

**Görüşmeci:** "Harika. Pazartesi günü ikinizi birlikte görüşmeye bekliyorum."

Gerek doğrudan telefonda (önceki örnekte olduğu gibi) gerek görüşmenin başlangıcında (ilk örnekte olduğu gibi), bakıcının müdahalesini kontrol etmek zorunludur. Her bir durum diğerinden farklıdır ancak kurumunuzun genel politikalarını ve yönergelerini erkenden tanıtmak olası karışıklıkları çözeceği gibi çocukla (ve ebeveynle) çalışma ittifakı geliştirmenizi de sağlar.

## AÇILIŞ

*Şehrimizdeki tüm çocukların bayan Piggle-Wiggle'i sevmesinin nedeni, Bayan Piggle Wiggle'in da onları sevmesi. Bayan Piggle-Wiggle çocukları sever, onlarla konuşmaktan zevk alır ve en iyisi de çocuklar onu sinirlendirmez.*

*–B. MacDonald, Bayan Piggle-Wiggle*

Bu bölüm, genç danışanlarla bilgi toplamada etkin stratejileri tanımlamaktadır. Çocuk görüşmeleri genellikle iki genel amaç taşır. Birincisi, çocuk hakkında mümkün olduğu kadar çok bilgi edinmektir. İkincisi, çocuk hakkında bilgi toplarken bir yandan da yakın, saygı dolu bir ilişki kurmaktır. Çünkü çocuklar ve ergenler klinik görüşme sürecine yabancı olabilir; belki de utangaç, isteksiz ve dirençli olabilir, ilişki kurmak özel bir zorluk sunabilir. Görüşmeciler Bayan Piggle-Wiggle'ın yolunu izlerlerse bu yükü daha kolay taşıyabilir. Genç danışanlar, ruh sağlığı uzmanlarının onlardan hoşlanıp hoşlanmadıklarını ve eğlenip eğlenmediklerini çabucak algılar. Ayrıca, uzmanların çocuğun/ergenin tutum ve davranışlarından korktuğunu ya da rahatsız olduğunu fark eder. Genç danışanlar hoşlanıldıklarından ve saygı duyulduklarından emin olmazsa dinlemeleri, rahatça konuşmaları ya da seçme hakları varsa terapiye devam etmeyi istemesi çok daha az olasıdır (Oetzel & Scherer, 2003; Richardson, 2001).

*İlk İzlenimler*

İlk izlenimler çok önemlidir. Danışmanların samimi, aktif, ilginç ve iyimser olması gerekir. Bu, genellikle bekleme odasındaki selamlaşmayla başlar. Her ne kadar ilk önce ebeveynlerle yetişkin konuşması yapmak çok çekici olabilse de bunu yapmak genç danışanlarınızla olumlu ilişki kurmayı daha zor hale getirecektir. Genç danışanlarınızla bekleme odasında ilk karşılaştığınızda onlarla bağlantı kurmak için çaba gösterin. Bir el sallama veya tokalaşma ve samimi bir şekilde, "Merhaba, sen Whitney olmalısın" demek, "Seninle tanışmak çok güzel", "Bugün nasıl gidiyor?" veya "Dışarıda muhteşem bir bisiklet havası var, değil mi?" gibi cümleler kurmak daha çabuk karşılıklarla takip edilen iyi bir başlangıç olabilir. Genç danışanla karşılaşmayı beklediğiniz ve onunla zaman geçirmeye hevesli olduğunuz mesajını gönderebilirsiniz. Çocukla bağlantıya geçmeyi unutmadığınız sürece, biraz yetişkin gevezeliği de iyidir.

Bekleme odasından ofise geçtiğinizde, görüşmeyi bir süre de olsa genç danışana yönlendirin. Çocuklar, işbirliği yapmaya istekli ve açık oldukları zaman bile en çok gönülsüz danışanlar olarak değerlendirilir, çünkü büyük çoğunluğu için terapiye gelmek onların fikri değildir. Gönülsüz herhangi bir danışanda olduğu gibi görüşmeci birkaç yaratıcı seçenek sunmayı bilmelidir. Örneğin, şuna benzer bir şey söyleyebilirsiniz:

1. "Merhaba, Felix. Annen ve üvey baban, biz seninle konuşurken bazı sıkıcı evrak işlerini yapacak. Bu dolapta bazı oyuncaklar var. İkisini benim ofisime getirmek için seçebilirsin."
2. "Hallie, şimdi sana üç önemli şeyi açıklamam gerek. İlki, bugün zamanımızı nasıl geçireceğimizle ikincisi gizlilik denilen kelimeyle ve ofisimin neden bu kadar dağınık olduğu hakkında. Öncelikle hangisi hakkında konuşmamı istersin?

Genç danışanlara seçenek sunmanın başka bir yolu da yiyecek ya da içecek önermektir. Seçenekler, sizin değerlerinize, bütçenize ve ortamınıza göre süt, sıcak çikolata, meyve suyu, veya soda olabilir. Atıştırmalıklar çörek, cips, granola barlar, taze meyve, kraker, şeker ya da yoğurt olabilir. Yiyecek verip vermemek bu kitapta tartışmayacağımız profesyonel bir meseledir. Yalnız şu kadarını belirtmek gerekir ki genç danışanlara böyle atıştırmalıklar sunmak, iyi bir ilişki kurma fırsatı olabilir. Aç çocuk/ergen, açlık dışında çok az şey düşünebilir; yiyeceği kabul etme ve tüketim sürecini izlemek, büyük ölçüde klinik bilgi sağlayabilir. Özellikle genç çocuklar okuldan hemen sonra sizinle görüştüklerinde yiyecek önemli bir terapi aracı olabilir. Her ne kadar kafein ve oldukça şekerli meşrubatlardan kaçınmayı önersek de bazı terapistler ailenin iznini aldıktan sonra bu maddeleri de ikram edebiliyor.

### Ofis Yönetimi ve Kişisel Giyim

Genç danışanların ilgisi, fiziksel çevre tarafından uyarılabilir. Gençlerle görüşürken ortada birkaç nesne bulunması iyi olabilir. Danışanınızın yaşına göre popüler spor kartlarının, fantastik kitapların, oyun kartlarının, oyun hamurunun ve şapkaların ofisinizde olması faydalı olabilir. Son moda oyuncaklar, her zaman havalı bir danışman olduğunuza işaret eder ancak son moda olmayı taahhüt etmek zorundasınız. Bu yazı yazılırken Gameboylar, Harry Potter kitapları ve Örümcek Adam popülerdi. Barbie bebekler ve troller ise değildi. Bu kitabı satın aldığınız zaman, neyin havalı olduğuna karar vermeniz gerekecek! Daha genel olarak, kuklalar ve dolgu oyuncaklar gibi şeyler, genç danışanınızın rahatlık düzeyini artırabilir. Bazen ergenler bu tarz şeyler hakkında olumsuz yorumlar yapabilir çünkü bunlar genellikle daha küçük çocuklarla ilgilidir. Ancak yaptıkları belki de sadece rahatlık ve bağlılık ihtiyaçlarını gizliyordur (Behr, 2003; Brems 1993). Genel olarak, ofis ilgi çekici ve mümkün olduğuna genç dostu olmalıdır.

İlgi çekici nesnelere sizin dikkat çekmenizdense danışanların onları kendilerinin fark etmelerine yardımcı olun. Onların doğal keşfetme davranışı, yeni bir ortamda rahat olmalarına yardım edecektir. Ayrıca ofis eşyalarına tepkileri önemli bir değerlendirme bilgisidir. Örneğin bazı çocuklar spor kartlarına yönelir ve onların tekrar satış değerini tahmin etmeye başlar; bazıları yastıklarla ve dolgu oyuncaklarla oynarken bazıları hâlâ her şeyi görmezden gelir açıkça ilgisiz görünür. Birileri onlarla konuşmaya çalışırsa gözlerini devirir. Bazı danışanlar ise ellerini bazı şeylerden uzak tutmayı beceremez. Aslında çok dikkat dağıtıcı olmaya başlarlarsa eşyaların çekmecelere ya da kutulara yerleştirilmesi gerekebilir; oyun hamuru ya da karalama defteri gibi eşyalar danışanın terapistle konuşurken uğraşacağı şeyler olabilir. Tutacak, sıkacak ya da çizecek bir şeylerin olması danışanın kaygısını azaltabilir (Hanna ve ark., 1999).

Genellikle genç danışanlar ve özellikle ergenler, kıyafet seçimleriyle bile ergen dünyasıyla iletişime geçebileceğini belirten terapistlere daha iyi cevap verebilir. Bu sizin Old Navy'den veya Eddie Bauer'den alışveriş etmeniz gerektiği anlamına gelmiyor. Yine de tanıdığımız en başarılı kadın terapistlerden biri, en azından kısmen "havalı" giyindiği için zor ergen kızlara acayip geliyordu ve ilişkisini sürdürüyordu. Bu bilgi kırıntısını nereden mi edindik? Terapiye giden ergenlerin notlarını birbirleriyle karşılaştırmasından; "psikiyatristleri" hakkında birbirleriyle konuşmalarından ve başka terapistlerle görüşen arkadaşlarıyla ilgili gelişme raporlarını sıklıkla birbirlerine anlattığından bu değerlendirmeleri dinlemek bilgilendirici olabilir.

Aksine, bazı kıyafet seçimleri hiç "havalı" olmayabilir. Örneğin geleneksel, muhafazakâr giysiler (takım elbise, ceket, gömlek ve kravat) özellikle karşı gelme ve davranış bozukluğu olan ergenler tarafından, sert otorite figürünün belirtileri olarak görülebilir. Suça yönelimli ergenlerin, otorite figürlerine güçlü aktarım tepkisi vardır ve bu tepkiler ilk anda olumlu ilişkiyi bozabilir veya engelleyebilir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b).

Genel olarak, genç danışanlarla görüşürken daha günlük giysiler tercih edilmesi önerilir. Bu, genç danışanların görüşmecilerin kıyafet seçimlerine tepkilerinin üstesinden gelemeyeceği anlamına gelmez. Ancak gençlerle çalışırken olumlu ilişkiye yönelik en yüzeysel engelleri bile mümkün mertebe ortadan kaldırmak açısından faydalıdır. Görüşmeciler her ne kadar kendilerini ve işlerini hem kişisel hem profesyonel açıdan güvenilir şekilde sunmak istese de gençlik dostu aksesuarlara dikkat etmek yararlı olabilir.

### Gizlilik ve Bilgilendirilmiş Onam

Çoğu genç danışan (özellikle ergenler) kişisel mahremiyete oldukça duyarlıdır. Bu nedenle ilk seansın *başında* gizliliği ele almanız gerekir. Ek olarak, ergenler bazen görüşmecilerin ebeveynlerinin gizli ajanı olarak çalıştığına inanır; özel ne söyledilerse bakıcılarına ya da otorite figürlerine rapor edileceğinden korkar. Yazılı bilgilendirilmiş onam formlarının ilk seanstan önce okunup imzalanması gerekse de gizlilik konusunda çocuk ile ebeveynleri ofise rahatça yerleştikten ve temel evrak işlerini bitirdikten hemen sonra ele alın. Ergenlerle veya ergenlik öncesi gençlerle çalışırken aşağıdakine benzer bir yaklaşım önerebiliriz:

> "Brandon, hem sen hem de annen kayıt formlarındaki gizlilik bölümünü okumuş ya da bu kelimeyi daha önce duymuşsunuzdur. Ancak ben onu sizinle birkaç dakika daha ele almak istiyorum. Gizlilik, mahremiyete benzer. Yani sizin burada söylediğleriniz özel ve kişiseldir. Şüphesiz, benim bir süpervizörüm var ve dosya tutuyorum ancak süpervizörüm de bilgileri gizli tutacaktır. Bizim dosyalarımız kilit altında ve güvende olacaktır.

Bana ne söylerseniz onları gizli tutacağım. Bana söylediklerinizi buradan başka bir yerde konuşmam mümkün değil. Ama sır tutmayacağım birkaç durum var. Örneğin, ikinizden biri kendiniz ya da herhangi biri tehlikeliyseniz bu bilgiyi gizli tutamam. Ayrıca daha önce olmuş veya hâlihazırda olan çocuk istismarı veya ihmali olduğunu öğrenirsem bu bilgiyi de gizli tutamam. Bu benim, sizde böyle bir şey olduğunu düşündüğüm anlamına gelmez; başlamadan önce size mahremiyetinizin sınırlarını söylemem gerek. Burada ikinizden birinin gizlilikle (mahremiyetle) ilgili herhangi bir sorusu var mı?

"Şimdi (çocuğa/ergene bakarken), en kritik durumlardan biri de burada konuştuklarımızı annene ve babana söylemeli miyim, söylememeli miyim? Sana nasıl çalıştığımı anlatayım ve bunun senin için uygun olup olmadığını görelim. (Tekrar ebeveynlere bakın.) Kızınızın (oğlunuzun) bana güvenmeye ihtiyacı olduğuna inanıyorum. Dolayısıyla kızınızla (oğlunuzla) yaptığım özel konuşmalardan size vereceğim bilginin genel ilerleme raporlarıyla sınırlı kalacağını kabul etmeniz gerekiyor. Başka bir ifadeyle genel ilerleme raporlarının dışında, çocuğunuzun bana söylediklerini size söylemeyeceğim. Elbette bunda çocuğunuzun tehlikeli, kendine zarar veren bir şey yapmayı planlaması ya da yapması gibi bazı istisnalar var. Bu durumlarda, çocuğunuza (dönün ve çocuğa bakın) planladığı şeyin tehlikeli olduğunu düşündüğümü söylerim ve sonra (tekrar ebeveynlere dönün) herkes buraya görüşme için gelir. Bu sayede hangi tehlikeli şeyden söz ettiğimizi hepimiz doğrudan konuşuruz. Bu düzenleme hepiniz için uygun mu?"

Ergenlerin, mahremiyetin nasıl sürdürüldüğünü ve korunduğunu bilmesi gerekir. Dahası, çoğu ebeveyn çocuklarının ev ve aile dışından biriyle özel bir şeyler konuşma ihtiyacını takdirle karşılar. Terapide konuşulanların yönlendirme yapan uzmanla ya da bir grup uzmanla paylaşıldığı tanıya yönelik görüşme durumlarında da çocuk bundan haberdar edilmelidir. Ebeveynlerin devamlı odada bulunmak ve durmaksızın terapötik detaylar hakkında bilgilendirilmek için ısrar ettiği nadir durumlarda, muhtemelen aile terapisi ya da aile görüşmesi en uygun tercih olacaktır. Okullarda ve kurumlarda, ruh sağlığı uzmanları, bulundukları pozisyon ve çalıştıkları sistemin kısıtlamaları konusunda çok net olmalıdır. Genç danışanlar sıklıkla hayatlarının açık bir kitap olduğunu varsayar. Onlara gizlilik sözü vermek ve sınırlarını dikkatli açıklamak, ilişkinin saygı duyulan katılımcıları oldukları hissini geliştirir.

Daha küçüklerle çalışmaya ilişkin gizlilik kuralları durumdan duruma değişir. Tüm ruh sağlığı uzmanları ve eğitim alan kişiler, her bir özel ortam ve durumdaki düzenlemelerle ilgili evrak işleri ile uygulamalarını gözden geçirmelidir.

Ergenler, önceki gizlilik açıklamalarının farklı versiyonlarına daha iyi tepki verebilir. Daha alakalı ve bazen komik örnekler de üretebilir. Örneğin, ergene dönerken şöyle bir ifade kullanılabilir:

"Yani postacıyı rehin almak gibi tehlikeli veya zarar verici bir şey yapmayı planlıyorsan bunu ebeveynlerinle konuşmak için muhtemelen bir görüşme yapmamız ve tabii ki postacınızı uyarmam gerekir; bu bir kural. Ancak baş etmeye çalıştığın her günkü ufak tefek şeyleri, canını sıkan şeyleri, hatta ebeveynlerin, öğretmenlerin veya bir başkasının hakkında anlattığın şeyleri rahatlıkla gizli tutabiliriz."

Gizlilik sınırlarını koymak tartışmalı olabilir ancak tüm görüşmeciler (tercihen peşinen) bir ergenin tehlikeli davranışlarından haberdar olmaya başladığında, ebeveynlerini bilgilendirip bilgilendirmeyeceğini, ne zaman ve nasıl bilgilendireceğini belirlemelidir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007; Zur, 2007). Yazılı gizlilik ve bilgilendirilmiş onam ifadeleri kullanılırsa hem ebeveynler hem de genç danışanlar işbirliği için uzlaştıklarının ve rıza gösterdiklerinin ifadesi olarak imzalarını atmalıdır.

Durumunuz ne olursa olsun, her yaş grubundan çocukla gizlilik sınırları hakkında konuşmanızı öneririz. Gizlilik, terapötik ilişki gelişiminin eşsiz bir yönüdür. Örneğin Leve (1995), şöyle söyler:

> Terapötik ilişkinin, çocuklar için oldukça alışılmadık bir yönü var. Çocuklara, bir yetişkine söylediklerinin katı bir gizlilik içinde tutulacağını ve başka bir yetişkine asla söylenilmeyeceğini neredeyse hiç kimse anlatmamıştır. Bu, terapistin çocuğa daha önce hiç deneyimlemediği bir şekilde saygı duyduğunu belirtir ve bu çocuğun, muhtemelen olabileceğini hiç düşünmedikleri şekilde, düşüncelerinin ve eylemlerinin önemli olduğuna dair bir işarettir. Sonuç olarak çocuklar, terapinin diğer yetişkin ilişkilerinden farklı bir deneyim olduğunu ve hayatında alışılmadık bir etkisi olacağını hisseder (s. 245).

Görüşmeci olarak, genç danışanlar ve onların ebeveynleriyle danışmanlık ve gizlilik hakkında konuşmak konusunda kendi yönteminizi geliştirmelisiniz. Danışanlarla bu önemli konu hakkında konuşmanın farklı yaklaşımlarının provasını yapmak yardımcı olabilir (bkz. *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma, 12.1*).

### Yönlendirme ve Arka Plan

Genelde öğretmenler, aile üyeleri veya çocuğun belirli bir davranışından rahatsız olmuş veya kaygılanmış kişiler, sorunlu gördüğü ergeni terapiye ya da değerlendirme görüşmelerine yönlendirir. Çoğu durumda, görüşmeci çocuğa neden yönlendirildiğini söylemelidir. Bunu "gerçeğin hakkını vermek" olarak nitelindiriyoruz ve uyumlu bir ilişkinin gerekli bir bileşeni olarak görüyoruz (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b). Bunun anlamı duyduğunuz veya bildiğiniz her şeyi tüm ayrıntıları ile ona anlatmanız demek değildir, yine de danışana bildiğinizi uygun biçimde söylemelisiniz. Örneğin ergeni, öğle yemeğinden sonra

tuvalette onu kusarken gören ancak kendini belli etmeden durumu okulun danışmanına bildiren kişi bir öğretmen olabilir. Öğretmenin ricası üzerine, danışman öğrenciyi bir ara uğraması için ofise davet edebilir. Biz endişe nedeninin danışana söylenmemesinin bir hata olacağına inanıyoruz. Elbette haber verenlere ve yönlendirme kaynaklarına yönelik kişisel politikanızı çok net belirlemeniz gerekir. Bazı durumlarda, yönlendirici kaynağının anonim kalması gerekebilir ancak bilginin kendisi, çoğunlukla zarifçe, merhametli bir şekilde ve samimiyetle ergene/çocuğa iletilmelidir. Aşağıda *Soğukkanlı Danışmanlık: Zor Çocuklar* adlı kitaptan bir senaryo bulabilirsiniz.

Kendini tanıttıktan ve gizlilik sınırlarından söz ettikten hemen sonra [görüşmeci] şöyle der: "Eminim, bu görüşmeden önce anne babanla ve görevli memurla konuştuğumu tahmin ediyorsundur. Öyleyse seni bu belirsizlikten kurtarmak için doğrudan bana ne söylediklerini seninle paylaşacağım. Aslında bu kâğıtta (kâğıdı göstererek) tüm bunların bir özeti var. Senin için de uygunsa kâğıdı sana da göstermek istiyorum."

Danışanın onayını aldıktan sonra [görüşmeci] sandalyesine yaslanır ve danışanın sınırlarına da saygı göstererip biraz mesafe koyarak yönlendirme bilgisini danışanla paylaşır. Sonra görüşmeci, danışana dair olumlu bilgileri (danışanın zeki, arkadaşları tarafından sevilen biri olduğu ve birçok arkadaşı olduğu) ve son dönemde yaşadığı yasal ve davranışsal sorunları gözden geçirir. Bu bilgi paylaşımından sonra, danışanla teyit eder: "Burada üç defa mağazada hırsızlık yaptığın yazıyor, bu doğru mu?" veya "Annen, çok kolaylıkla ve aniden öfke patlamaları yaşadığını söylüyor; buna eklemek istediğin bir şey var mı?" Olumlu bir bilgiden söz ediliyorsa [görüşmeci] şöyle bir şey der: "Öyleyse öğretmenlerin gerçekten zeki ve okulda sevilen biri olduğunu söylüyor...buna ne diyorsun, haklılar mı?"

Öğretmenler, ebeveynler ve resmi görevlilerden bilgi aldıysanız ve bu bilgi özellikle olumsuzsa, bu bilgiyi danışan için aşırı düzeyde yıpratıcı ve direncine yol açacak şekilde paylaşmamaya özen gösterin. Olumsuz bilgi paylaşırken, danışanın duygularını anlamaya çalışmak ve empatiyle yaklaşırken olumsuz davranışlar göstermemek de önemlidir. Örneğin, "annenin senin hakkında söylediklerine gerçekten çok öfkelendiğini görüyorum. Sanırım ben senin yerinde olsam ben de öyle olurdum. İyi niyetli de olsa diğer insanların gıyabında senin hakkında konuşması rahatsız edici olmalı".

Genç danışanın neden terapiye yönlendirildiğine dair sır tutmak, ilişkiye zarar verir. Birincil olarak size yönlendiren birimin veya kişinin değil, orada sizinle bulunan kişinin sizin danışanınız olduğunu aklınızda tutun.

Gizlilik ve onam formunu ele aldıktan sonra, danışanın terapiye gelme neden-

leri hakkında bir fikir edinmeye başlamanın zamanıdır. Çocukların klinik görüşmeye gelmelerine yol açan ortak gerekçeler şunlardır:

- Huysuzluk, sinirlilik ya da saldırgan davranış kalıpları.
- Bakıcıların anormal ya da özellikle rahatsız edici olduğuna inandığı davranışlar.
- Yaşına uygun oyun faaliyetlerinden kaçınmalarına yol açan olağandışı korkular veya eğilimler.
- Olağandışı ya da erken gelişmiş cinsel davranışlar.
- Boşanma, ölüm ya da istismar gibi travmaya veya zor hayat şartlarına maruz kalma.
- Hiperaktivite veya dikkatsizlik (ağırlıklı olarak erkeklerde) ile ilgili sorunlar.
- Altını ıslatma veya dışkı kaçırma.
- Ebeveynler arasındaki velayet mücadeleleri.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 12.1**

**Genç Danışanlarla Açılış**

Bu bölümde, kendinizi, görüşmeyi ve danışmanlığı genç danışanlara tanıtmanız için yardımcı olacak örnek ifadeler sunacağız. Bu ifadeler iyi bir başlangıç olabilir ancak kendinize daha iyi giriş cümleleri bulabilirsiniz. Önemli olan ilk birkaç dakikada söylediklerinizin sizin kişiliğinizle uyumlu olmasıdır. Genç danışanlarınızla standart bir giriş kullanıyorsanız ve bu giriş sizin için rahatsız ediciyse çocuklar sizde özgün olmayan ya da sahte bir şeyin olduğunu sezecektir. Dolayısıyla bu etkinlik, genç danışanlarınızda kullanacağınız, kişiliğinize uyan giriş cümleleri oluşturmayı gerektirecek. Elbette bu ifadeler bir dereceye kadar ciddi olmalı ama saldırgan olmamalı. Şu konulara odaklanmalı:

1. Kendinizi çocuğa ve aileye tanıtmak
2. Gizliliği, gizlilik sınırlarını çocuğa ve aileye açıklamak
3. Görüşmenin veya danışmanlığın diğer özelliklerini açıklamak (psikolojik değerlendirme ve benzeri gibi).

Bu konuları çocuklarla tartışırken kullanmak isteyeceğiniz kelimeler hakkında düşünmeye birkaç dakikanızı ayırın. Şimdi, odağınızı değiştirin; be-

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 12.1 (devamı)**

lirli bir çocuğun etnik ya da kültürel geçmişine göre giriş yorumlarınızı nasıl değiştirebileceğinizi hayal edin. Siz Kızılderili, Afrika kökenli Amerikalı, Asya kökenli Amerikalı ya da Hispanik bir çocukla ve aileyle çalışıyor olsaydınız giriş yorumlarınız nasıl değişirdi? Hangi konuların öne çıkarılacağını ve hangi yorumların gerektiğini düşünürdünüz? Etnik olarak farklı bir geçmişiniz varsa ve beyaz bir çocukla görüşüyorsanız, sizinle aynı etnik geçmişe sahip bir çocuğa kıyasla hangi farklılıkların ortaya çıkabileceğini hayal edin. Bu konuları sınıf arkadaşlarınızla tartışın. Gençliğin bir kültür olarak değerlendirildiği gerçeğinin yanı sıra ABD'deki birçok genç, sosyal hayatında evinde bir kültürü, okullarında diğer bir kültürü yaşamanın zorluklarına sahip.

ABD'de her beş çocuktan biri göçmendir (Wax, 2001). Farklı bir dili konuşan ebeveynlerin ya da bakıcıların, okuldaki ve civardaki insanlardan farklı geleneklerin olması uyum sağlamanın stresini ve güçlüklerini bazen artırabilir. Görüşmeciler, göçmen aileler veya genç danışanlar hakkında varsayımlarda bulunmamalıdır. Göçmen olmanın yarattığı kuşaklar arası stresi görmezden gelmek oldukça zarar verici olabilir. Göçmen ailenin karşılaştığı iki kültürlü talepler nedeniyle güçlük çektiğini varsaymak da zarar verici olabilir. Zorluklar aile hayatını ilgi çekici kılabilir ya da iç karartıcı ve acı verici olabilir. Bilge bir görüşmeci bu özel dinamikleri değerlendirmenin yollarını bulur. Gözlemler yapabilirsiniz ve şöyle hoşgörülü giriş soruları sorabilirsiniz:

"Tu, annenin geleneksel bir H'mong* eteği giydiğini gördüm. Ancak sen kot pantolon ve tişört giymişsin. Sen de bazen geleneksel giyinir misin?" ya da "Ebeveynlerinin havalı bir aksanının olduğunu fark ettim. Siz evde genellikle Rusça mı İngilizce mi konuşursunuz?"

Nötr veya bir parça olumlu birkaç gözlem yaptıktan sonra genç bireyin kültürel bağlılığı, iki veya daha fazla kültüre yayılmış bir ailede olmanın mücadeleleri ve gurur noktaları hakkında sorular sormak, onu dinlemeye istekli olduğunuzu gösterir.

Bu liste tam olarak her şeyi kapsamaz. Burada amaç, sizin tipik genç bir çocuk için yönlendirme gerekçelerine göz atabilmenizdir. Daha genç çocuklar gibi daha büyük çocuklar ve ergenler de genellikle terapiyi kendileri istemez. Ergenlerin terapiye yönlendirilmesinin ortak nedenleri şunlar olabilir:

* Çin'de yaşayan bir etnik grup. –çn

- Depresif belirtiler (genellikle bakıcı ya da öğretmen tarafından fark edilir).
- Karşı gelme veya muhalif davranışlar (genellikle otorite figürleri tarafından gözlemlenir).
- Öfke yönetimi.
- Yeme bozuklukları veya kilo problemleri.
- Travmatik deneyimler (tecavüz, cinsel istismar, boşanma, ailede ölüm).
- İntihar düşüncesi, vücut hareketleri veya girişimleri.
- Mahkeme emri veya çocuk için şartlı tahliye sözleşmesi.
- Madde kötüye kullanımı ve bağımlılık problemleri (genellikle kullanırken veya etkisi altında araba kullanırken yakalanarak tespit edilir).

Çocuk psikopatolojisi ve tipik şikâyetler hakkında genel bir bilgiye sahip olmak önemli olsa da her durum kendine özgüdür ve bireye özel ilgiyle ele alınması gerekir. Terapiye gelen her çocuk, ziyaretinin amacı hakkında sorgulanmalıdır. Ancak genç danışanlara terapiye neden geldiği sorulduğunda belirsiz veya olağandışı yanıtlar vermesi alışılmadık bir durum değildir:

"Ben kötü olduğum için annem sizinle konuşmak istiyor." "Bilmiyorum... Hatta bugün buraya geleceğimizi bile bilmiyordum."

"Çünkü ben öğretmenimden nefret ediyorum ve ödevlerimi yapmayacağım." "Buradayım çünkü annem sizi görmeye gelirsem bana yeni bir bilgisayar almayı teklif etti."

"Ebeveynlerim aptallar ve benim bir sorunum olduğunu düşünüyor."

Bazı genç danışanlar, danışmanlık sebepleri sorulduğunda tamamen sessiz kalır; bunun nedeni (a) soruyu anlayamamışlardır, (b) bir cevabı kesin ve açık olarak belirtememişlerdir veya dile getirememişlerdir, (c) ebeveynleri odadayken gerçek düşünceleri ve duyguları hakkında konuşmaya isteksiz ya da korkuyor olabilirler, (d) gerçek düşüncelerini ve duygularını bir yabancıyla açıkça konuşmaya isteksizdirler ya da bundan korkuyor olabilirler, (e) kişisel sorunlarının farkında değildirler veya oldukça dirençlidirler.

Dirençli ya da cevap vermeyen çocuklar görüşmecilere uygulamalı bir zorluk sunar. Bir danışan konuşmaya isteksizse hayatındaki sorunlarını açıklamak şöyle dursun, ondan nasıl bilgi alabilir ve onunla nasıl işbirliği kurabilirsiniz? Az sonra tanımlanacağı gibi isteklerine ve hedeflerine odaklanmak, bağlılığı kolaylaştırabilir ve çocukla olumlu etkileşimde bulunarak direnci kırabilir.

## İstekler ve Hedefler

İstekler ve hedefler stratejisiyle danışan problemlerini keşfetmek için ebeveynler (ya da bakıcıyla) ve çocuk bir aradayken (çocuk altı yaşlarında veya daha küçük olmadıkça çünkü bu durumlarda sadece ailelerle ebeveynlik stratejilerine odaklanmak için görüşebilirsiniz) aşağıdakine benzer bir cümle kurabilirsiniz:

> "Buraya neden geldiğinizi anlamaya çalışıyorum ve dolayısıyla buradaki yani danışmanlıktaki hedeflerinin ne olduğunu sormak istiyorum. Ebeveynlerin (onlara bakın) zihinlerinde danışmanlık için çok net hedefler olabilir ama ben odadaki en genç kişiye soru sorarak başlamak istiyorum. Yani Renee (çocuğa bakın), buradaki en genç kişi sensin, dolayısıyla ilk olarak sen başlıyorsun. Herhangi bir nedenden ötürü bir süreliğine danışmanlığa gelmiş olsaydın ve hayatın iyiye gitmiş olsaydı ne değişirdi? Başka bir deyişle hayatında neyin daha iyi olmasını istersin?"

Bazı çocuklar/ergenler bu soruyu net bir şekilde anlar ve doğrudan cevap verir. Ancak birçok olası problem ve dinamik oluşabilir. Birincisi, çocuk soruyu anlamayabilir. İkincisi, çocuk aile dinamiklerinden dolayı cevap vermeye dirençli ya da isteksiz olabilir. Üçüncüsü, çocuk doğrudan doğruya ebeveyninin problemlerine yönelik şahsi algısına odaklanabilir. Dördüncüsü, ebeveynler çocuklarına danışmanı nasıl yanıtlaması gerektiğine dair ipuçları veren teşvik edici yorumlar yapmaya başlayabilir. Durum ne olursa olsun, izlenecek iki kural vardır: (a) çocuk/ergen soruya tatmin edici bir cevap vermezse sorunun istekler anlamında aydınlatılması gerekir (aşağıya bakınız) ve (b) değerlendirme amaçları doğrultusunda, danışman aile dinamikleriyle ilgili zihinsel ya da yazılı notlar almalıdır.

*İstekleri Tanımlamak*

İstemek, problem alanlarını değerlendirme ve genç danışandan tedavi hedeflerini edinme yaklaşımıdır. Çünkü süreç, genellikle genç danışanların kabul ettiği bir dil kullanmayı gerektirir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1995b). Örneğin:

> "Soruyu bir başka şekilde ifade edeyim. Üç isteğin ya da Aladdin filminde olduğu gibi sihirli bir lamban olsaydı ve kendin, annen, baban veya okulun hakkında bir şey değiştirmek isteseydin ne dilerdin?"

Bu soru, hedef koymayı üç kategoride yapılandırır kişisel değişimi, aile değişimi ve okul değişimi. Bu nedenle, çocuğun/ergenin bu üç kategorinin birinde ya da hepsinde kişisel hedeflerini (ve ima edilen problemleri) belirleme fırsatı vardır. Çocuğun veya ebeveynlerin etkisine bağlı olarak, bu alanların birinde ya da daha fazlasında bir hedef belirleme konusunda hâlâ dirençler olabilir. Direnç varsa soru daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır.

"Hayatını daha iyi yapacak hiçbir dileğiniz yok mu? Vayyy! Benim hayatım mükemmel değil, bu nedenle belki seninle yer değiştirmek isterim. Peki, ya annen, baban? Yapabilseydin onlar hakkında değiştirebileceğin küçük bir şey bile yok mu? (Cevap vermesi için duraklayın.) Şimdi okulunla, öğretmeninle ya da senin prensibinle ilgili değişmesini istediğin bir şeyler olması gerektiğini biliyorum... Bunların hepsi mükemmel olabilir."

Sinirli ve utangaç çocuklar/ergenler, soru sorma sürecine hâlâ dirençli olabilir. Öyleyse genç danışanlara hemen istek sorusunu yanıtlama şansı verilmeli:

"Şimdilik bu soruyu geçmek ister misin? Sonra ben annenle babana sorarım ama sen herhangi bir isteğin olduğunu fark edersen onu istediğin zaman söyleyebilirsin."

Bu sorgulama sürecinin amacı, genç danışanlarınızı biraz eğlenceli, kışkırtıcı ve belki de esprili bir yolla kazanmak ve olumlu değişime yönelik umutlarını paylaşmaktır. Bu etkileşim tanıyla ilişkili bilgi de sağlayabilir. Genellikle yıkıcı davranış bozukluğu (dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, engelleyici davranış bozuklukları veya ileti bozukluğu) olan danışanlar, okulla ve ebeveynleriyle sorunları olduğunu kabul eder ancak varsa kişisel problemlerin, çok azını kabul eder. Aksine, en çok içselleştirme bozukluğu yaşayan danışanlar (anksiyete ve depresyon) kendi kişisel problemlerini ve hedeflerini belirleyebilir ("Daha mutlu olmak isterim").

*Ebeveyn veya Bakıcı Hedeflerini Öğrenmek*

Genç danışanlarınızın hayatında mükemmel olamayan en azından bir yol olduğunu belirttikten ya da onlar soruyu pas geçtikten sonra, odağınız ebeveynlere döner. Dolaysız etkileşim ve ebeveyne ait kaygılara dikkat etmek, fotoğrafın tamamını görmede ve tedavi uyumunu sağlamada esastır (ebeveynler terapiyi desteklemiyor veya terapiye güvenli ulaşımı sağlamıyorsa, bu devam edecektir ve terapiyi desteklemek için kaygılarının ele alınmasını ister). Ek olarak, ebeveynleriyle önemli konuları ve problemleri tartışırken terapistin ciddi ve düşünceli olmaya başladığını izlemek çocuklar ve ergenler için faydalıdır.

Ebeveynleri ele alırken görüşmeciler detaylı not tutmalıdır; onların kaygılarını ciddi biçimde ele aldığınızı bilmeleri önemlidir. Ancak özellikle ilk seans sırasında, çocuklar hakkında yapılan olumsuz yorumların sayısını sınırlamak da önemlidir. Genellikle üç ya da dört problem ifadesi yeterlidir. Bu sınırı koymak, genç danışanları kendi ebeveynlerinin eleştirilerinden dolayı şok olmaktan veya ezilmekten koruyacaktır. Ebeveynler daha fazla kaygısının olduğunu belirtirse, endişelerini sizin daha sonra gözden geçirmeniz için yazmalarını isteyebilirsiniz. Başka bir strateji de ebeveynlerden çocuklarının bazı iyi yönlerini dile getirmesini

isteyerek konuşmanın seyrini değiştirebilirsiniz (P. Silverman, kişisel görüşme, 9 Temmuz 1998). Bazı durumlarda, terapist ve çocuk arasında ilk olumlu ilişki kurulduktan sonra, kaygılarını tam olarak ele almak için (genç danışanın izniyle) ebeveynlerle ayrı bir görüşme düzenlenebilir. Benzer bir şekilde, genç danışanlara ebeveynlerinin kaygılarının listesini çıkarmalarını onlar için uygun olup olmadığını sorabilirsiniz. Bu bilgiyi edinmenin önemi hakkında herkes bilgilendirilip ve başlangıçta güvenli bir ilişki kurulabildiyse bilgi toplama stratejilerine direnç genellikle çok az olacaktır.

*Gerginliği Yönetmek*

İstek oluşturma sürecinde, özellikle çocuklara/ergenlere ebeveynlerinin nasıl değişmesini istedikleri hakkında soru sorulduğunda gerginlik artabilir. Bu gerginliğe rağmen çocuğun/ergenin ebeveynleriyle ilgili istekleri konusu değerlendirmenin ve bilgi toplama sürecinin önemli bir parçasıdır. Ek olarak, görüşmecinin "Sanırım senin annen ve baban da mükemmel değil," gibi şeyler söylemesi çoğu genç danışan için güven vericidir. Ayrıca terapinin en başında ebeveynlik davranışlarına odaklanmak, danışmanlık boyunca bu davranışları değiştirmek üzerinde çalışmanın temellerini oluşturabilir. Son olarak, daha önce de önerildiği gibi hedef koyma sürecindeki ebeveyn-çocuk etkileşimleri bazen ilginç aile dinamiklerini ortaya çıkarabilir. Örneğin ebeveynlerinin davranışları hakkında fikrini söylemekten korkuyormuş gibi görünen çocuklar (ebeveynleri de onları rahatlatmayabilir) olabileceği gibi ebeveynlerinin değişmesi umuduyla isteklerinde oldukça saldırgan tutumlar sergileyen çocuklar da olabilir.

Yardım, teşvik etme, espri ve hayatlarında bir değişiklik isteme fırsatlarını pas geçtikten sonra genç danışan hâlâ terapötik bir hedef belirleme konusunda ilgisiz ve isteksizse danışmanlığın seyri umut verici olmayabilir.

*Ebeveynleri veya Bakıcıları Değerlendirmek*

Çocukları görüşmeye getiren ebeveynlerin veya bakıcıların, bazen çocuklardan daha fazla psikolojik problemleri olabilir. Çeşitli nedenlerden dolayı, her yaştan ve farklı tecrübe düzeyine sahip görüşmeciler için bu durum, tehlikeli olabilir. Ancak bu, aile görüşmesi veya danışmanlık tecrübesi olmayanlar için özellikle zorlayıcıdır. Ebeveynler aşırı derecede psikolojik problemler getirirse veya çocuklarıyla oldukça rahatsız edici etkileşim örüntüleri varsa profesyonel tedbirler almak zorunda kalabilirsiniz. Bu tedbirler, sizin ebeveyn-çocuk probleminin ciddiyetine dair algınıza göre hafiften aşırıya doğru değişebilir. Örneğin:

- İlk seanstaki sağlıksız örüntüleri görmezden gelebilir ve geribildirim vermeden önce olumlu ilişkinin gelişmesine kadar bekleyebilirsiniz.
- Hemen nazikçe bir geribildirim vermeniz gerekebilir.
- Çocuğun doğrudan tehlikede olup olmadığını belirlemek için daha fazla

değerlendirme bilgisi toplamanız gerekebilir.

- Çocuk istismarını rapor etmek zorunda olduğunuz ve bunu yapacağınız konusunda ebeveynleri bilgilendirebilirsiniz.

Çoğu durumda geribildirim vermede ve ailede değişiklik önermede, sizin için en iyisi daha fazla seans yapmak ve daha iyi uyumlu/olumlu ilişki için beklemektir. Ancak bazen, sağlıksız davranış örüntüleri orta şiddetteyse ve ebeveynler yapıcı geribildirime açık görünüyorsa, geribildiriminizi derhal ilk seansta da verebilirsiniz. Bunun yerine, problemli davranışı ele almak için bazı terapötik ev ödevleri de verebilirsiniz.

Araştırmalar (Castrucci&Gerlach, 2006; Salem Pickartz & Donnelly, 2007; Stephenson & Helme, 2006), Diana Baumrind'in çalışmalarına dayanarak (1995, 1991) üç yaygın ebeveynlik tarzının olduğunu göstermiştir: Otoriter ebeveynler, izin verici ebeveynler ve yetkeci ebeveynler. *Otoriter* ebeveynler ayrıca *tuğla duvar* ebeveynler olarak da anılır çünkü taşla kazınmış kurallar koyar ve evi diktatör bir tutumla "ya dediğimi yap ya da defol git" yaklaşımı doğrultusunda yönetir. İzin *verici* ebeveynler genellikle pısırık diye anılır çünkü aile kurallarını ve değerlerini kurmada, uygulamada zorluk çeker. Pısırık ebeveynlerin çocukları eve egemen olur. Aksine, *yetkeci* ebeveynler *omurga* ebeveynler olarak etiketlenmiştir çünkü makul kurallar koyar, demokratik bir şekilde ebeveynlik yapar ve çocuklarının fikirlerini dinlerler ancak nihai otorite konumunda kalır. Ne yazık ki, olması gerekenden daha çok aile tuğla duvar ya da pısırık yaklaşımları daha kolay ebeveynlik olarak görür; yetkeci veya omurga stilini uygulayan ebeveynler ise kendilik farkındalığı ölçeklerinde yüksek skorlar almaktadır. Genç danışanın ebeveynlerinin otoriter, izin verici veya yetkeci ebeveynler olup olmadığını değerlendirmek faydalı olabilir.

Boşanma, yeniden evlenme ve üvey ebeveynler birçok çocuk için hayatın gerçekleridir. Genç danışanlarla çalışırken aile sistemini ve kendine özgü özelliklerini değerlendirmek önemlidir. Bazı çocuklar için boşanma acı vericidir bazıları içinse anlamlı bir rahatlamadır. Benzer şekilde, ebeveynlerin yeniden evlenmesi ve yeni karışık aileler çocukların hayatına hem eğlence hem de karmaşa getirebilir. Çocuğun hayatındaki bu konularla ilgili fikrinizi artırmak için boşanma bilgisini bir de çocuğun bakış açısından okumanız önerilir (Sommers-Flanagan, Elander&Sommers-Flanagan, 2000).

### Değerlendirme ve Terapi Süreçlerini Tartışmak

İlk kaygılar ve hedefler belirlendikten sonra, görüşme süreçlerinin kısa bir incelemesi veya açıklama uygun olacaktır. Duruma göre, ebeveynleri bir görevle ya da bir ölçekle (bir gelişim öyküsü ölçeği ve bir problem davranış kontrol listesi)

bekleme odasına yönlendirmeyi seçebilirsiniz. Ebeveynlerle doğrudan bir görüşme yapma ihtiyacınız varsa genç danışanlara bekleme odasında tamamlayacağı çizim görevleri ya da ölçekler verilebilir. Çoğu durumda, bir ergenle bireysel zaman geçirmek ve sonra zamanın son 5-10 dakikasında terapiyi veya devam eden süreçleri (randevu sıklığı, randevulara kimin katılacağı hatta zaman müsait olursa öfke yönetimi veya depresif duygudurumunun tedavisi gibi belirli tedavi yaklaşımlarının tanımı) incelemek için ebeveynleri seansa çağırmak faydalı olabilir.

## GELİŞME

Çocukların ve ebeveynlerin problem alanlarına ve olası tedavi hedeflerine ilişkin bilgileri edindikten sonra, görüşmenin odağını değiştirme zamanıdır. Gelişimsel ve mizaçla ilgili faktörlere bağlı olarak çocuklar az ya da çok konuşkan olabilir. Dolayısıyla çocuklarla tamamen ve etkili bir şekilde iletişime geçmek isteyen biri, çok çeşitli yöntemler geliştirmeli ve bu yöntemleri kullanmada rahat davranmalıdır. Ders kitapları, yüksek lisans dersleri, çalışma grupları hatta lisansüstü programlardaki temel vurgu, özellikle çocuk değerlendirme ve tedavi stratejilerine odaklanmaktadır. Etkili bir görüşmeci, bu bölümde yer alan ilkeleri ve süreçleri başlangıç noktası olarak kullanmalıdır.

### Ebeveyn ve Bakıcılarla Ayrı Ayrı Görüşme

21.yüzyılda ebeveynlik oldukça zor ve bazen de gerçekten kafa karıştırıcı olabiliyor. Ebeveynlerin birçok bilgi kaynağı var ama söz profesyonel hizmetlere geldiği zaman maaeselef ki bu bilgiler eksik, yanlı veya yetersiz olabiliyor. Dolayısıyla daha evvel birçok sebepten dolayı görüşmeyi çocuklar ve ebeveynlerle birlikte yapın desek de bazen uygun tedavi planı için ebeveynlerle ayrı ayrı görüşmek de gerekli olabilir.

#### *Radikal Kabulü Kullanmak*

Daha önce, çocuk ve ergenlerin profesyonellerle görüşmede isteksiz ve dirençli olabileceğini söylemiştik. Bu durum ebeveyler veya bakıcılar için de geçerli olabilir. Açıkçası, problemli davranışlar ve savunmacı bir tutum söz konusu olduğunda ebeveynlerden daha uzmanını bulamayabilirsiniz, ki bu durum görüşmecilerin ebeveynlerle görüşmelerinde Radikal Kabul yönünde bir tutum geliştirmesini gerekli kılıyor. (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007a).

Radikal Kabul, danışan merkezli kuram ve terapiden türetilmiştir (Rogers, 1980). Danışan çok absürd veya saldırgan biçimde cümleler sarf etse de nezaketle ve etkin biçimde durumu olumlu karşılamaktır. Genel olarak görüşmecinin bir Radikal Kabul cümlesi şöyle olabilir: "Bu konuyu gündeme getirdiğin için çok mutlu oldum".

Radikal Kabule özellikle ebeveynler size kişisel veya felesefi bir itirazda bu-

lunduğunda gerek duyulur. Bu ifadeler, sıradışı, uzlaşılmaz, ırkçı, cinsiyetçi veya duyarsız olabilir. Bu türdeki iki evebeyn ifadesi ve takiben Radikal Kabul Tepkisi şöyle olabilir:

Ebeveyn: "Disipline inanırım. Anne baba, evde otoriteye ihtiyaç duyar ve evet bunun anlamı, çocuklarım çizgiyi aştığında bir iki defa fiziksel tepki göstermenin veya vurmanın yerinde olduğunu düşünüyorum.

Görüşmeci: "Bu fiziksel tepki veya vurma konusunu gündeme getirdiğine sevindim."

Ebeveyn: "Homoseksüelliği kabul edemem. Oğlum, bunda direniyor ve bu davranışa tahammül edemeyeceğim ya bundan vazgeçecek ya da evi terk edecek."

Görüşmeci: "Birçok anne baba sizin gibi düşünüyor ama sizin gibi söylemiyor. Özellikle bu düşüncenizi açıkça dile getirmenizi gerçekten önemsiyorum"

Radikal Kabul, etkin biçimde tüm ebeveyn söylemlerini olumlu şekilde karşılamayı gerektirir. Bu tekniği kullanmak için görüşmeci bu durumları tehdit olarak algılamamalı, kızmamalı veya söylenenleri veya yapılanları yargılamamalı ve ne olursa olsun önce kabul etmelidir.

Radikal Kabul önceki örnekte olduğu gibi diğer geleneksel danışan merkezli terapi yaklaşımlarından daha etkin, yönlendirici ve değer yüklüdür. Klinisyenin amacı, değerlendirme ve tedavi aşamasında açıklığa yönelik kişisel bağlılığını aktarabilmektir. Görüşmeci açıklığa gereken önemi vermezse ebeveynler çekindiği düşünce ve inançlarını asla dile getirmez. Elbette bu tutumun ardında, eğer ebeveynler gizledikleri kişisel düşünce ve inançlarını dile getirmezse içgörü sağlayamayacakları ve değiştirme girişiminde bulunmayacakları fikri yatmaktadır.

Radikal Kabul, hemen düzeltme, karşılama veya ebeveyne yeni bir yol gösterme dürtü ve ihtiyacını göz ardı etmeyi gerektirir. Görüşmeci böylece sağlıklı olmayan düşünce inançların erimesi, kaybolması veya sorgulama ve analiz edilerek yeniden yapılanmasına katkıda bulunur. Örneğin fiziksel şiddetin kullanımına duyulan gereksinimi dile getiren bir ebeveyn düşünün. Aslında ebeveyn bu konudaki düşüncesini terapide söylemek için muazzam bir istek duyuyor. Bu düşüncesini söyledikten ve söyleme hakkının olduğunu öğrendikten sonra, bunu daha az isteyebilir veya düşünebilir. Benzer şekilde, çocuğunun homoseksüelliğini bir türlü kabul edemeyen bir ebeveyn, bu (işlevsel olmayan) duygu ve düşüncelerinin ötesine geçmek veya çocuğuna yönelik (daha yapıcı) sevgi ve şefkat duygularıyla yer değiştirmesi için öncelikle onları dile getirmek isteyecektir.

Linehan (2000) ve Hayes (2002) bu paradokstan söz etmiş ve spesifik terapi yaklaşımlarına entegre etmiştir (yani diyalektik terapi ve kabul ve bağlılık tera-

pisi). Bu yaklaşımlar, hastanın değişim ve ilerlemesinin duygusal durumu kabul edildiğinde veya benimsendiğinde tetiklenebileceğini vurgular. Aslında görüşmeci bu yaklaşımla "Seni olduğun gibi kabul ediyorum ve değişmen için yardım ediyorum" demektedir (ve buna inanmaktadır).

*Ailedeki Örüntüyü Değerlendirmek*

Birçok ebeveyn için orantısız biçimde çocuklarının olumsuz ve istenmeyen davranışları dikkat çekerken olumlu ve istenir davranışlara çok az oranda dikkat edilir. Örneğin, birçok bakıcı çocukları olumsuz bir davranış gösterdiğinde hemen tepki gösterir veya bağırır ve olumlu davranışları göz ardı eder. Davranışçı yaklaşım açısından, bu örüntü genellikle olumsuz davranışların olumlu pekiştireçle desteklenmesi ve olumlu davranışların sönmesine karşılık gelmektedir.

Kuramsal yönelimi ne olursa olsun, çocuklar ve ebeveynleri ile çalışan tüm görüşmeciler temel aile davranış örüntüsünü gözlemlemeli ve değerlendirmelidir. Bu tür bir bilgiyi elde etmenin iki yolu vardır: (a) bakıcı-çocuğun bulunduğu seans ortamında direkt olarak olumlu ve işlevsel olmayan pekiştireç örüntülerini gözlemlemek ve (b) bakıcı ve çocukla ayrı ayrı görüşüp aile çatışmalarında neler olduğunu sorgulamak.

Bazı ebeveynler olumlu pekiştireç ile ilgili olumsuz bir tutum benimser ve bunu rüşvet olarak değerlendirir. Ebeveyn olumlu pekiştirece karşıysa (ya da karşı olduğunu öğrenmeden önce bile), *rüşvetin* "bir kişiye yasal olmayan bir şey yapması için önceden bir ödeme yapmak" (M. Gordon, kişisel iletişim, Nisan 1985) olarak tanımlanabileceği ve davranışı değiştirmede olumlu pekiştirecin cezadan daha etkili bir yöntem olduğu (Maag, 2001) bilgisi verilmelidir; bu da ebeveynlerin kendi gündelik yaşamlarında aldığı olumlu pekiştireçleri sorgulayarak vurgulanabilir.

**Faydalı Değerlendirme ve Bilgi Toplama Yöntemleri**

Resmi değerlendirme süreçlerinin amacı tanı koymak, tedavi önerilerinde bulunmak veya terapiyi kolaylaştıracak şekilde danışan işlevselliği ile ilgili bilgi edinmektir (Weisz, 2004). Çoğu ruh sağlığı uzmanı geleneksel resmi değerlendirme prosedürlerini (zekâ ve kişilik testleri, anketler gibi) çocuklarla yapılan görüşmelerde kullanırken birçoğu hiç kullanmamaktadır. Değerlendirmeye karşı olumsuz bir tutum benimseyenler veya resmi değerlendirmenin terapi sürecine müdahale olduğunu düşünen görüşmeciler, sınırlı tanısal yaklaşım yerine, "çocuğun hayatını bütün" olarak ele almaktadır.

Yaşı küçük danışanlar, geleneksel değerlendirmeye tabi tutulduğunda sıklıkla eleştiri veya iğneleme ile tepki verebilir (Bu test tamamen hatalı gibi). Ölçekleri tam olarak doldurmaya direnç gösterebilirler. Neyse ki bilgi toplamada resmi değerlendirme prosedürlerinin alternatifleri de vardır. Aşağıdaki yöntemler bilgi top-

larken aynı zamanda danışan ilgisini ve işbirliğini sürdürmeye yardımcı olacaktır. Bu teknikler olumlu ilişkiyi ve güveni kolaylaştırdığından, genellikle işbirliğinde ve sonrasında gelen geleneksel, öz bildirim değerlendirmelerinde olumlu etkisi olacaktır. Bu niteliksel bilgi toplama prosedürlerini kullanmak, gençlerin terapötik işbirliğini artırır ve aynı zamanda görüşmeciye değerlendirme bilgisi sağlar (Oetzel & Scherer, 2003; Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2007b). Resmi değerlendirme süreçlerinin tamamen yerini alacak düzeyde değildir ancak pek çok bilgi sağlayabilir ve beraberinde terapötik ittifakı geliştirebilir.

*Bana Kendin Hakkında İyi (Kötü) Bir Şey Söyle*

Genç danışanlar ve danışmanlar arasında zengin bir kişiler arası etkileşim sunan değerlendirme yaklaşımlarından biri, "Bana kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?" soru ve cevap oyunudur (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b). Bu yaklaşım, çocuk/ergen öz-saygısına dair faydalı bilgi de sunar. Başlangıçta, belirli kuralları olan bir oyun gibi tanıtılır:

"Seninle bir oyun oynayalım. Oyun şöyle: Sana aynı soruyu 10 kez tekrar edeceğim. Bu oyunda tek kural, bir soruya iki kez aynı cevabı verememen. Yani ben sana aynı soruyu 10 defa soracağım ama sen bana 10 farklı cevap vermek durumundasın."

Bu oyunu oynarken görüşmeci danışana, "Bana kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?" diye sorar. Danışanın her bir cevabı için görüşmeci, "Tamam, teşekkürler," der ve gülümsemeyle karşılık vererek cevabı not alır. Danışan "Bilmiyorum" derse cevap sadece ilk defa söylendiğinde yazılır ancak "Bilmiyorum," (ya da herhangi bir cevap) ikinci kez tekrar edilirse görüşmeci danışana nazikçe cevapların sadece bir kez kullanılabileceğini hatırlatır.

"Bana kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?" oyunu danışanın kendilik algısı ve öz-saygısı hakkında içgörü sağlar. Bazı gençler bir beceri, yetenek ya da olumlu bir özelliği açıkça belirtmede zorluk yaşayabilir. Bazen, "Güzel bir bisikletim var", "Bazı iyi arkadaşlarım var", "Kolayca arkadaş edinebiliyorum," gibi cümlelerle sahip oldukları şeyleri belirtirler. Benzer şekilde, kendilerini belirli bir rol durumuna yardımcı kişisel özelliklerini belirtmektense ("Ailemle ilgili düşünceli davranmaya çalışırım ve bu yüzden iyi bir çocuk olduğumu düşünüyorum," gibi) sahip oldukları bir rolü tarif etmeleri için yönlendirilebilirler ("İyi bir çocuğum," gibi). Ama bu durumda, olumlu kişisel özellikleri açıkça belirtebilme becerisi muhtemelen daha yeterli bir özgüvenin kanıtı olacaktır.

"Bana kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?" oyunu ile kişiler arası ilişki değerlendirme bilgisi de edinilebilir. Örneğin oyundaki rollerin değiştirilmesi için ısrar eden ve görüşmeciye "Bana kendin hakkında iyi bir şey söyle," diyerek onu zorlayan ısrarcı çocuklar da olabilir. Bu soru, görüşmeciyi bir rol modeli olarak

sunduğundan ve danışan için bir tür güçlendirme deneyimi sağladığından bu isteklere zaman zaman uyabilirsiniz (ki biz öyle yaptık). Ayrıca, danışanların bu kişiler arası ricaya cevap verme biçimleri açıklayıcı olabilir. Davranış bozukluğunun tanısına yönelik ölçütleri karşılayan (ya da yetişkinlerle sorunları olan) bir genç, bazen itiraz edip oyunla dalga geçebilir ancak diğer birçok çocuk ve ergen işbirliği yapacak, en azından eğleniyormuş gibi görünecektir.

"Bana kendin hakkında iyi bir şey söyler misin?" oyunundan sonra bir başka oyun da "Bana kendin hakkında kötü bir şey söyler misin?" oyunudur. Her ne kadar genç danışanlara, "Bana kendin hakkında kötü bir şey söyle" demek daha olumsuz ve muhtemelen tartışmalı olsa da ilginç bilgiler verebilir. Ancak bu olumsuz soruyu sadece beş kez sormanız tavsiye edilir. Danışanlar sıklıkla olumsuz özellikleri bulmada, olumlu özelliklerini bulduklarından daha hızlıdır. Ayrıca olumlu özellikler listelerinde yer alan bazı özellikler, bazen olumsuz olarak da sunulabilir.

Hem "Bana kendin hakkında iyi bir şey söyle" hem de "Bana kendin hakkında kötü bir şey söyle" oyunlarında danışanların olumlu ve olumsuz özelliklerini nasıl tanımladığını gözlemlemelisiniz. Örneğin ergenler olumlu özelliklerini tanımlarken sıklıkla niteleyiciler kullanır ("İyi bir basketbol oyuncusuyum, bazen"). Olumsuz özelliklerini tanımlarken ergenler başka birinden (yetişkin bir otorite figüründen) alıntı yapabilir ve oldukça güçlü ifadeler kurabilir ("Öğretmenim benim asla okula ve derslere tüm dikkatimi veremeyeceğimi söylüyor," gibi).

*Projektif Çizimleri Kullanmak*

Bir İnsan Çiz, Hareketli Aile Çizimleri, Ev-Ağaç-İnsan da dahil olmak üzere projektif değerlendirme teknikleri ve diğer yaratıcı teknikler, bilgi almak ve iyi bir ilişki kurmak için çok iyi stratejiler olabilir. Bu tür yöntemler güvenirlik yönünden eleştirilse de küçük yaştaki danışanlarla çalışırken sıklıkla kullanılabilmektedir.

Projektif çizimler eğlenceli ve enteresandır ancak çocuğun bilincinden öylesine çıkabildiği için görüşmeci için çizimlerin anlamıyla ilgili uygunsuz çıkarımlar yapma riski taşır. Örneğin bir çocuk, cinsel içerikli bir çizim yaptığında, cinsel bir istismar yaşandığı çıkarımı birçok görüşmecinin aklına gelen ışık şey olabilir. Bunun yerine uzman olarak, projektif çizimleri bir konuşmanın başlangıç noktası saymak, hipotez üretmek amacıyla veya ilişki kurmak için kullanmamız gerekir. Çizimler cinsiyet ve cinsellik için bir konuşma aracı olarak kullanılsa da hemen çocuğun cinsel istismara uğradığı sonucuna ulaşmak için bir kanıt olarak değerlendirilemez.

Çocuklar çizimlerinde kişisel ve kültürel anlamları barındıran nesneler kullandığı için projektif çizimler, kişisel ve kültürel konular ile ilgili konuşmayı başlatmak için çok iyi araçlar olarak kullanılabilir.

## Görüşmenin Gelişme Aşaması Hakkında Dikkate Alınacak Genel Hususlar

Oldukça hareketli bir erkek çocukla ilk görüşme yaptığınızda gözünüze parmak sokulduğunda çocuklarla görüşme yaparken ne kadar nazik, uyumlu ve net sınırlarla çalışmanız gerektiğini keşfedebilirsiniz. Bu tür durumlarda görüşmeler için temel kural, ebeveynler için geçerli olan temel kurala çok benzer: Eğer sınır koyma ile ilgili bir plan geliştirmede başarılı olmazsanız sınır koymada da başarısız olmayı planlıyorsunuz demektir.

Çocuklarla oyun veya fiziksel olarak etkileşimli teknikler kullandığınız zaman, temel kuralları düşünün ve kuramsal çerçevenize uyacak sınırlar koymaya hazır olun. Aslında bir değerlendirme durumunda ne kadar az kural varsa, o kadar iyidir çünkü bu çocuğa daha fazla özgürlük tanıyacaktır. Ancak çocuklar sıklıkla sınırları test eder. Odadan ayrılmayı, masanızdaki şeyleri kurcalamayı, pencerelerinizi açmayı veya telefonunuzdan bir arama yapmayı bile deneyebilirler. Daha nadir olarak, size yönelik hafif düzeyde bir saldırganlık bile gösterebilirler: Bir kalemle dürtmek, tükürmek, küfür etmek ve benzeri. Bu tür olasılıkları kapsayan kuralları baştan söylemek yerine, gerektiğinde sert sınırlar koymaya hazırlıklı olmak daha iyidir. Bazı kuramsal yaklaşımlar, tüm kuralların açıkça ifade edilmemesini tercih eder; diğerleri bir ya da iki temel kuralın ifade edilmesini önerir (Behr, 2003). En yaygın kural ise genellikle şuna benzer şekilde ifade edilir:

> "Carlos, ofisimdeki (ya da oyuncak dolabındaki) şeylerle oynayabilirsin. Burada oynamak konusunda çok fazla kuralımız yok ancak benim temel bir kuralımı bilmen önemli: Eşyaları kırman veya oyuncaklarla, resim malzemeleriyle kendini ya da bir başkasını incitmen doğru olmaz."

Eşyaları temizlemek ve uzağa yerleştirmek de birer değerlendirme etkinliğidir. Görüşmenin kapanış dakikalarına geçmeden, toparlanma zamanını ayarlamak için zaman sınırlarını korumak zorlayıcıdır. Ancak bunu yapmak, çocuğun oyun sona ererken nasıl etkileştiği hakkında bilgi verecektir. Bu durumda oyuncaklara veya oyuna karşı ani bir tutum değişikliği meydana gelebilir. Oyuncaklara yönlendirilen duygular, çocuğun kapanışlarla ilgili nasıl hissettiği hakkında önemli işaretler olabilir. Ayrıca size yönlendirilen duyguları da not etmelisiniz. Çocuk işbirliği yapmayı ret mi ediyor? Sizi etkilemek için çılgınca ortalığı toparlayıp koşturuyor mu? Seansın sonunda temizliğe ayrılan birkaç dakika oldukça açıklayıcı olabilir.

Bir sonraki ayrım, çocuklarla çalışırken yardımcı olan araçları ve gereçleri anlatmaktadır; *Uygulamaya Geçirme 12.1* bu gereçleri listeleyerek grup resim ödevini sunmaktadır.

### Güzel Sanatlar ve El Sanatları

Çizim, birçok çocuk ve bazı yetişkinler için tercih edilen bir etkinliktir (özellikle uzun sıkıcı toplantılar boyunca karalamalar şeklinde). Gerekli olan tüm şey, birkaç güzel silgiyle sivri uçlu bir kalem, kâğıt ve güzel, düz bir yüzeydir. Görüşmeciler çocuklardan genellikle bir obje çizmelerini ister. Hareketli aile çizimleri, bir kişiyi çizme ve ev-ağaç-insan çizimleri eski favorilerdendir ancak her tür çizimden çok şey kazanılabilir. "Bana matematik hakkında ne düşündüğünle ilgili hızlı bir resim çiz" gibi daha soyut ve bazen birdenbire verilen görevler oldukça bilgilendirici olabilir.

Çocuk çizimle meşgulken, görüşmeci ne yapacağını, zamanı nasıl geçireceğini düşünebilir. Kendisi de bu zaman zarfında resim çizebilir ama ne yapacağına dikkatle karar vermelidir. Çocukların dikkati dağılabilir ve sizi izlemeye başlayabilir; hatta çizimlerinizi kendilerininkiyle kıyaslayabilir. Bu çocukla ilgili anlamlı bir bilgi sağlayabilir ancak zaman zaman onu rahatsız edebilir. Görüşmecinin konu, şekil, boyut ve çizme stili seçimi de sonradan çocuğu etkileyebilir. Küçük yaştaki çocuklar ile çalışırken çizimi izlemek ya da birkaç destekleyici, yönlendirmesiz yorum ve gözlem yapmak, çizimle üretilen malzemeyi sıklıkla zenginleştirecektir. Yaşça daha büyük ve farkındalığın yüksek olduğu ergenlerde, çizimi takip etmek yerine kendinizi başka işlerle meşgul edin (belki de kendi çiziminizle). Bazen çocuklar ve ergenler kendiliğinden çizim tercihlerinde kendileri için kritik konuları açıklasa da meraklı bir sorgulama yardımcı olabilir (örneğin "Bu adamın kafasındaki nedir?" veya "Resminle ilgili bana bilgi verir misin?")

**Uygulamaya Geçirme 12.1**

**Sanat Terapisi: Gereçler ve Uygulama**

Sanat terapisi, uygulayıcılarının genellikle yüksek lisans düzeyinde bilgi kazandığı uzmanlık isteyen, profesyonel bir uygulamadır. Ancak genç danışanlarla çalışırken sanat terapisinin kullanımı bir rütbe gerektirmez ve hem sizin hem de danışanınız için de ödüllendirici olabilir. Malzemelerin çoğu ne karmaşık ne de çok pahalıdır. Ancak kullanımlarına aşina olmalı ve kullanırken rahat olmalısınız. Dolayısıyla lisansüstü öğretim elemanları ve öğrenci arkadaşlarınızla birlikte aşağıdakileri edinmeye çalışın:

Renkli tebeşir
Suluboya setleri
Ana renklerde birkaç akrilik boya tüpü

**Uygulamaya Geçirme 12.1 (devamı)**

Birkaç şişe zamklı boya
Çizim kalemleri (ya da füzen)
Renkli kalemler
Fosforlu kalem ve yağlı pastel boya
İnce uçlu fosforlu kalem ve pastel boya
Yağlı pastel boya
Renkli mumlu kil
Bir tomar güzel, beyaz kâğıt
Bir rulo gazete kâğıdı
Büyük bir kutu eski dergi
Birkaç önlük
Boya karıştırmak için yumurta kartonları
Boya fırçaları
İyi kaliteli kâğıt havlular
Eski püskü giysiler
Çikolata (isteğe bağlı)

Finallerden hemen öncesi deneyimsel sanat partisi için mükemmel bir zaman olabilir. Bir grup oluşturun ve birlikte biraz dışavurumcu sanat yapın. Kendinize bir eş bulun ve süreci birbirinize yansıtın. Açık olmayı, yönlendirmesiz ve yargılayıcı olmamayı unutmayın –hem kendinizle hem de eşlerinizle. "Bana yaptığın işten bahset", "Bunu yapmak nasıl bir histi?", "Yaptığın şeyde ne fark ettin?" gibi yönlendirmeci olmayan sorular sorun.

Her sanat eserine saygıyla davranın. Seçtiğiniz aracın farkında olun. Kil "en gevşek"; renkli kalemler en kontrollü seçimlerden biri olarak değerlendirilebilir (Campbell Brown, kişisel görüşme, 3 Kasım 2007). Yakın geçmişte kendiniz sanatla meşgul olduysanız danışanınıza sanatı bir yaklaşım olarak sunarken daha etkili, içgörülü, rahatlamış ve ikna edici olabilirsiniz.

Oyun hamuru çocuk terapistlerinin ofislerindeki yaygın malzemelerden biridir. Dokunmaya odaklı, ifade edici bir yaklaşım sunar ve çoğu çocuk tarafından eğlenceli bulunur. Temizlenebilir bir yüzeyin olması önemlidir. Ofisiniz halı kaplıysa, plastik bir masa örtüsü bazı problemlerinizi çözebilir. Çocuklara kendi biçimlerini yaratmaya izin vermenin daha projektif olduğunu düşünüyoruz. Mumlu kil de oyun hamuruna benzer ancak kurumaz ve kolay işlenebilir olmadan önce daha çok çalışma gerektirir. Fırın gerektiren hamurların kontrollü ve anlamlı şekilde kullanımı uzmanın bu araca alışkın olmaması halinde daha zordur.

Kil (mumlu kil), oyun hamuruna benzer ama farklı olarak çabuk kurumaz ve yoğrulabilmesi için daha fazla çaba harcanır. Kuru killeri, eğer bilgi sahibi değilseniz kullanmak daha zordur.

Resim, sanat terapilerinde kullanılan daha dışavurumcu yöntemlerden biridir (Thomson & Henderson, 2007; Walter, 2006). Çizime göre daha dağınık ve kontrolü daha zor olsa da resim genellikle daha fazla duyguyu ortaya çıkarır. Zamklı boya veya sulu boya resimle çalışma fırsatı sunulduğunda, bazı çocuklar cevap vermeyen ve dahil olmayan tarzlarından mutlu, konuşan ve sürece oldukça bağlanan bir tarza geçebilir.

Eski veya istenmeyen dergilerle kolaj yapma da (resim veya kelimeler kullanarak) tercih edilen bir terapötik kullanım haline gelmiştir. Tutkal (veya bant), makaslar, dergi veya resimli takvimler ile mukavvalar gerekli malzemeler olacaktır. Danışanlardan yaşam olayları, içsel durumlar, aile meseleleri, okul endişeleri ve benzeri pek çok şeyi örneklendirmelerine yardımcı olacak resimleri veya sözcükleri seçmelerini isteyebilirsiniz. Seçtikleri şeyleri istedikleri şekilde yapıştırabilirler. Bazen kelimelerle ulaşmanın imkânsız olduğu yoğun bir temsil yaratabilirler.

Genel olarak bakıldığında el sanatları için kullanılan malzeme, duygusallığı kolaylaştırır ve bazı çocuklarda otokontrolün azalmasına yardımcı olur. Örneğin sanat terapisti bir arkadaşımıza göre, parmakla boyama genç danışanlarda rahatlığı sağlayabilir, o kadar ki seansta idrar ve dışkı kontrolünün kaybıyla sonuçlanabilir!

## VAKA ÖRNEĞİ

Kerry, aşırı kontrolcü bir baba ve klinik depresyonlu bir annesi olan 12 yaşında, üstün zekâlı bir (erkek) çocuktur. Annesi ve babası geç yaşta çocuk sahibi olmuştu; annesi şu an 55, babası ise 61 yaşındaydı. Anneannesi ve dedesi onlarla aynı evde yaşıyordu. Her ikisi de bakıma muhtaçtı. Kerry bireysel danışmanlığa okuldaki danışmanı tarafından yönlendirilmişti çünkü notları anlamlı ölçüde düşmüştü. Her zamanki sosyal etkinliklerinde bulunmayı reddediyordu ve sınıfta uyum sorunu yaşıyordu. Görüşmeci, Kerry'den aile yaşamını niteleyen bir kolaj yapmasını istedi. Bu noktaya kadar, Kerry geniş, etkileyici söz dağarcığıyla anneannesinin ve dedesinin ihtiyaçlarını gördüğünü, onlara bakan annesiyle gurur duyduğunu belirtiyordu. Ancak kolaj, küçük çocukları olan ebeveynlerin mutluluk, iyimserlik kelimeleriyle kapsanmış resimleriyle doluydu. Görüşmeci içeriği inceledikçe Kerry birden ağlamaya başladı ve genç ebeveynlerden, mutlu, sağlıklı aile büyüklerinden oluşan "normal" bir aile özlemini paylaştı. Açıkçası, terapist her ne kadar Kerry'nin aile durumunu değiştiremese de kolaj projesi Kerry'nin üzüntüsünü ve özel bir aile ihtiyacını belirleyip bunu etraflıca ele almada bir başlangıç noktası sağladı.

*Yönlendirmeci Olmayan, Etkileşimli ve Yönlendirici Oyun Seçenekleri*

Çocuklar için oyun hayatın esasıdır. Acıyı çözdükleri, maharete ulaştıkları, yeni alanlar keşfettikleri ve yeni riskler aldıkları bir araçtır. Doğrudan uğraşması çok zor olacak şeylerden kendilerini uzaklaştırabilecekleri bir araçtır.

Klinisyenler çocuklarla çalışırken oyun kullanımında büyük ölçüde değişiklik gösterir. Bazıları kendilerine *Dibs* kitabında güzelce tarif edilen yönlendirmeci olmayan, oldukça az etkileşimli oyun terapisi formatını savunan Virginia Axline'i model alır (Axline, 1964). Bazıları ise oyunu ve hikâye anlatmayı terapötik ilişkiyi geliştirmek ve çocuğun hayatındaki konuları keşfetmek için kullanır (J. Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1997). Bunlara rağmen diğerleri, daha çok kişiler arası empatiyi ve daha uyumlu davranmayı öğretmek için oyun ve oyunlu etkileşim yolları bulur (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b). Tüm görüşmecilerin, olası tüm oyun setlerine sahip olma lüksü yoktur. Ancak aşağıdaki çocuk görüşmelerinde ve terapisinde yaygın kullanılan olasılıklar listesi, oyunlu çocuk görüşmeci etkileşimini kolaylaştıracaktır (Altman ve ark., 2002; Bremsi 1993).

Elbette tüm görüşmecilerin oyun malzemelerinin hepsine ulaşma lüksü yoktur. Ancak aşağıda örnekleri verilen malzemeler çocuklarla görüşmede sıkça kullanılır ve görüşmeci ile çocuk arasındaki etkileşimi eğlenceli biçimde kolaylaştırır.

**Aksiyon figürleri** GI Joe, Ninja Kaplumbağalar (gerçi artık çok da havalı sayılmıyor), X-Men (ve Woemn), Pokemon, Ken ile Barbie gibi bilinen ve sevilen nesneleri de kapsayan bir kategoridir. Ayrıca askerler veya Vahşi Batı figürleri de bu gruba dahildir. Kapsamlı ve pahalı bir koleksiyonunuzun olması gerekmez; birkaç "gri ve yeşil adam oyuncağı" bile çocukların büyükçe bir savaş ya da şehir alanı, fırsat verilirse geniş bir aile yaratmaları için yeterlidir.

**Kum kutuları:** Her boyutta ve şekilde olabilir. Kum kutuları ile çalışmak bir tedavi yaklaşımı olabilecek uzmanlaşmış bir beceridir (Russo, Vernam & Wolbert, 2006). Ancak sadece konuşurken "oyalanmak" için de kullanılabilir. Kum pek çok çocuğun direnemeyeceği, kışkırtıcı derecede hareketli bir araçtır. İyi, sağlam bir kapak ve zemin döşemesi gereklidir. Traktörler, kamyonlar, aksiyon figürleri, taşlar ve benzeri gibi oynayacak şeyleri toplayabilirsiniz.

**Peluş hayvanlar:** Ofisin rahatlatıcı varlıklarıdır. Bazen çocuk yönelimli ruh sağlığı uzmanları, çok sayıda peluş hayvan bulundurur. Birden fazla varsa çocuklar genellikle hayvanların arasında bir ilişki yaratır. Farklı türde ve hatta oyuncak ayılardan oluşan bir aile, bu olasılığı artıracaktır.

**Oyuncak kıyafetleri:** Bu listedeki diğer kategorilerdekiler kadar yaygın değildir ancak olası spontan kullanımlar açısından pratik olabilir. Oyuncak kıyafetleri için küçük bir çanta, başka türlü bir oyuncağa tepki göstermeyen bir çocukta değişiklik yaratabilir. Kovboy, itfaiyeci, sanatçı, tesisatçı ve balerin kıyafetleri kolayca

Kil (mumlu kil), oyun hamuruna benzer ama farklı olarak çabuk kurumaz ve yoğrulabilmesi için daha fazla çaba harcanır. Kuru killeri, eğer bilgi sahibi değilseniz kullanmak daha zordur.

Resim, sanat terapilerinde kullanılan daha dışavurumcu yöntemlerden biridir (Thomson & Henderson, 2007; Walter, 2006). Çizime göre daha dağınık ve kontrolü daha zor olsa da resim genellikle daha fazla duyguyu ortaya çıkarır. Zamklı boya veya sulu boya resimle çalışma fırsatı sunulduğunda, bazı çocuklar cevap vermeyen ve dahil olmayan tarzlarından mutlu, konuşan ve sürece oldukça bağlanan bir tarza geçebilir.

Eski veya istenmeyen dergilerle kolaj yapma da (resim veya kelimeler kullanarak) tercih edilen bir terapötik kullanım haline gelmiştir. Tutkal (veya bant), makaslar, dergi veya resimli takvimler ile mukavvalar gerekli malzemeler olacaktır. Danışanlardan yaşam olayları, içsel durumlar, aile meseleleri, okul endişeleri ve benzeri pek çok şeyi örneklendirmelerine yardımcı olacak resimleri veya sözcükleri seçmelerini isteyebilirsiniz. Seçtikleri şeyleri istedikleri şekilde yapıştırabilirler. Bazen kelimelerle ulaşmanın imkânsız olduğu yoğun bir temsil yaratabilirler.

Genel olarak bakıldığında el sanatları için kullanılan malzeme, duygusallığı kolaylaştırır ve bazı çocuklarda otokontrolün azalmasına yardımcı olur. Örneğin sanat terapisti bir arkadaşımıza göre, parmakla boyama genç danışanlarda rahatlığı sağlayabilir, o kadar ki seansta idrar ve dışkı kontrolünün kaybıyla sonuçlanabilir!

## VAKA ÖRNEĞİ

Kerry, aşırı kontrolcü bir baba ve klinik depresyonlu bir annesi olan 12 yaşında, üstün zekâlı bir (erkek) çocuktur. Annesi ve babası geç yaşta çocuk sahibi olmuştu; annesi şu an 55, babası ise 61 yaşındaydı. Anneannesi ve dedesi onlarla aynı evde yaşıyordu. Her ikisi de bakıma muhtaçtı. Kerry bireysel danışmanlığa okuldaki danışmanı tarafından yönlendirilmişti çünkü notları anlamlı ölçüde düşmüştü. Her zamanki sosyal etkinliklerinde bulunmayı reddediyordu ve sınıfta uyum sorunu yaşıyordu. Görüşmeci, Kerry'den aile yaşamını niteleyen bir kolaj yapmasını istedi. Bu noktaya kadar, Kerry geniş, etkileyici söz dağarcığıyla anneannesinin ve dedesinin ihtiyaçlarını gördüğünü, onlara bakan annesiyle gurur duyduğunu belirtiyordu. Ancak kolaj, küçük çocukları olan ebeveynlerin mutluluk, iyimserlik kelimeleriyle kapsanmış resimleriyle doluydu. Görüşmeci içeriği inceledikçe Kerry birden ağlamaya başladı ve genç ebeveynlerden, mutlu, sağlıklı aile büyüklerinden oluşan "normal" bir aile özlemini paylaştı. Açıkçası, terapist her ne kadar Kerry'nin aile durumunu değiştiremese de kolaj projesi Kerry'nin üzüntüsünü ve özel bir aile ihtiyacını belirleyip bunu etraflıca ele almada bir başlangıç noktası sağladı.

*Yönlendirmeci Olmayan, Etkileşimli ve Yönlendirici Oyun Seçenekleri*

Çocuklar için oyun hayatın esasıdır. Acıyı çözdükleri, maharete ulaştıkları, yeni alanlar keşfettikleri ve yeni riskler aldıkları bir araçtır. Doğrudan uğraşması çok zor olacak şeylerden kendilerini uzaklaştırabilecekleri bir araçtır.

Klinisyenler çocuklarla çalışırken oyun kullanımında büyük ölçüde değişiklik gösterir. Bazıları kendilerine *Dibs* kitabında güzelce tarif edilen yönlendirmeci olmayan, oldukça az etkileşimli oyun terapisi formatını savunan Virginia Axline'i model alır (Axline, 1964). Bazıları ise oyunu ve hikâye anlatmayı terapötik ilişkiyi geliştirmek ve çocuğun hayatındaki konuları keşfetmek için kullanır (J. Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1997). Bunlara rağmen diğerleri, daha çok kişiler arası empatiyi ve daha uyumlu davranmayı öğretmek için oyun ve oyunlu etkileşim yolları bulur (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b). Tüm görüşmecilerin, olası tüm oyun setlerine sahip olma lüksü yoktur. Ancak aşağıdaki çocuk görüşmelerinde ve terapisinde yaygın kullanılan olasılıklar listesi, oyunlu çocuk görüşmeci etkileşimini kolaylaştıracaktır (Altman ve ark., 2002; Bremsi 1993).

Elbette tüm görüşmecilerin oyun malzemelerinin hepsine ulaşma lüksü yoktur. Ancak aşağıda örnekleri verilen malzemeler çocuklarla görüşmede sıkça kullanılır ve görüşmeci ile çocuk arasındaki etkileşimi eğlenceli biçimde kolaylaştırır.

**Aksiyon figürleri** GI Joe, Ninja Kaplumbağalar (gerçi artık çok da havalı sayılmıyor), X-Men (ve Woemn), Pokemon, Ken ile Barbie gibi bilinen ve sevilen nesneleri de kapsayan bir kategoridir. Ayrıca askerler veya Vahşi Batı figürleri de bu gruba dahildir. Kapsamlı ve pahalı bir koleksiyonunuzun olması gerekmez; birkaç "gri ve yeşil adam oyuncağı" bile çocukların büyükçe bir savaş ya da şehir alanı, fırsat verilirse geniş bir aile yaratmaları için yeterlidir.

**Kum kutuları:** Her boyutta ve şekilde olabilir. Kum kutuları ile çalışmak bir tedavi yaklaşımı olabilecek uzmanlaşmış bir beceridir (Russo, Vernam & Wolbert, 2006). Ancak sadece konuşurken "oyalanmak" için de kullanılabilir. Kum pek çok çocuğun direnemeyeceği, kışkırtıcı derecede hareketli bir araçtır. İyi, sağlam bir kapak ve zemin döşemesi gereklidir. Traktörler, kamyonlar, aksiyon figürleri, taşlar ve benzeri gibi oynayacak şeyleri toplayabilirsiniz.

**Peluş hayvanlar:** Ofisin rahatlatıcı varlıklarıdır. Bazen çocuk yönelimli ruh sağlığı uzmanları, çok sayıda peluş hayvan bulundurur. Birden fazla varsa çocuklar genellikle hayvanların arasında bir ilişki yaratır. Farklı türde ve hatta oyuncak ayılardan oluşan bir aile, bu olasılığı artıracaktır.

**Oyuncak kıyafetleri:** Bu listedeki diğer kategorilerdekiler kadar yaygın değildir ancak olası spontan kullanımlar açısından pratik olabilir. Oyuncak kıyafetleri için küçük bir çanta, başka türlü bir oyuncağa tepki göstermeyen bir çocukta değişiklik yaratabilir. Kovboy, itfaiyeci, sanatçı, tesisatçı ve balerin kıyafetleri kolayca

edinilebilir. Çanta bile kendi başına ilgi çekici oyun temaları çıkarabilir. Çocukların giydirme oyunlarına güçlü bir şekilde kapılışı şaşırtıcıdır.

**İnşaat setleri:** Boyutları, parça sayısı ve yaşa göre değişkenlik gösterir. Lego, Lincoln Logs ve Tinker Toys genç danışanları terapötik etkinliklere bağlamada yardımcı olabilir. Küçük parçaları yutma ihtimaline karşı küçük çocuklar tarafından kullanılmamalıdır; dürtü kontrolü problemi olan ve şiddet geçmişi olan çocuklarda kullanırken dikkat etmelisiniz. Kolayca tehdit unsuru olabilirler.

**Şiddete yönelik oyuncaklar:** Dikkate alınacak bir konudur ama belirli çocuklara kesinlikle kuvvetli irade sağlar. Değerleriniz, profesyonel eğitiminiz ve geçmişiniz oyuncak silahlarla, bıçaklarla, kılıçlarla ve diğer oyun silahlarıyla rahatlık düzeyinizi belirleyecektir. Elbette saldırgan dürtülerin ifadesine izin verirler. Bazıları tarafından çok fazla kışkırtıcı olduğu ve şiddet içeren davranışları teşvik ettiği düşünülse de diğerleri onların ofislerinde olmasının şiddetin danışman tarafında bir tür onayı olduğu hakkında endişelenir. Bunlar araştırma ve sınıflarda, süpervizörlerinizle ve meslektaşlarınızla yapacağınız ofisinizde hangi oyun maddelerinin olmasının sizin için uygun olduğunu belirledikçe tartışma konusudur.

**Oyuncak evler** Bu tip oyuncaklar, çocuğa geçmiş dramatik deneyimlerini ve travmalarını canlandırma olanağı sağlayan klasik araçlardır. Oyuncak evler, aslında geçmişten kalma oyun terapisi araçlarıdır. Birçok oyuncak şirketi şimdi okul binaları, benzin istasyonları, oyun alanları, tüm şehir blokları ve figürlerle, araçlarla, evcil hayvanlarla, mobilyalarla, minyatür oyuncaklar üretiyor. Çocuklar bu dekorun sağladığı ortamı severler ve sıklıkla tüm arkadaşlarını, düşmanlarını ailelerini içeren topluluklar oluşturur. Oyunda ortaya çıkanlar genellikle çocuk için önemlidir ve dikkatli bir gözlemciye birçok içgörü sağlar.

**Anatomik olarak insana benzer figürler:** Bunlar ve oyuncak bebekler görüşmelerde yaygın kullanılan türlerdir. Kısa bir zaman için küçük çocuklarda olası cinsel istismarı değerlendiren terapistler anatomik olarak benzer figürleri kullanmada ısrarcıydı. Çocukların oyuncak bebeklerle cinsel etkileşime girmesi, aşikâr bir şekilde, cinselliğe maruz kalma olarak yorumlanmıştır. Bu tür yorumların doğruluğuyla ilişkili anlaşmazlık hızlı bir şekilde ortaya çıkmıştır (Dickinson, Poole & Bruck, 2005; Faller, 2005; Hungerford, 2005). Anatomik olarak benzer figürler, her ne kadar hâlâ birçok amaca hizmet etse de bunları kullanan görüşmecilerin, kullanmadan önce yeterli derecede eğitim ve süpervizyon almaları oldukça önemlidir (bkz. *Uygulamaya Geçirme* 12.2).

Oyuncaklarınıza ilişkin son bir yorum: İstemeden de olsa sadece belli bir kültürel ya da sosyo ekonomik sınıf yansıtan oyuncakları toplayabileceğinizin farkında olmalısınız. Açık bir şekilde pahalı olmayan, farklı ırksal özelliklere sahip ve sağlam, çekici, kolay kırılmayan oyuncaklar bulmalısınız.

## Uygulamaya Geçirme 12.2

### Çocuklarla Sorgulamalar ve Görüşmeler

Ayrı ve kendine has bireyler olarak çocukların 4 yaşında da olsa kendi kişisel deneyimleri ile ilgili güvenilir ve geçerli bildirimler verebileceğini duymak çok şaşırtıcı olmaz. Ancak çocuklarla kişisel ve bazen de travmatik deneyimleri ile ilgili görüşürken bir dizi zorluk ve yöntem olduğunu bilmek gereklidir.

Çocuklardan klinik görüşme ile güvenilir ve geçerli bilgi edinmek büyük oranda ileri düzey eğitim, deneyim ve süpervizyon gerektiren profesyonel bir etkinliktir. Çocuklardan bilgi alırken kullanmak üzere size aşağıdaki kılavuzu sunuyoruz:

Bir meslektaşımız çocuklardan bilgi almanın temel bir zorluğundan söz ediyor ve diyor ki "çocukların duygu ve anılarına ulaşan kapı içeriden kilitlidir. Ebeveyn ve uzman olarak tüm yapabileceğimiz, nazikçe kapıyı vurmak ve saygıyla çocuğun duygu yüklü iç dünyasına yönelik kapısını açması için bize güvenmesi ve bizi içeri almasını ummaktır".

Çocukların klinik görüşmelere direkt tepki verme konusunda aslında gelişimsel sınırlılığı vardır. Örneğin, açık uçlu sorulara çok çabuk cevap verme eğilimleri vardır.

9 yaş civarına kadar küçük çocuklar, yetişkinlere uyum gösterir ve tam olarak ne sorulduğunu anlamasalar da ricaya bir tepki verir. Sonuç olarak, tedbir alınmazsa görüşmeci farkında olmadan anlamadığı bir soruyu cevaplamak zorunda bırakabilir.

Salmon'un (2006) vurguladığı gibi "ebeveynler çocuğun travmatik veya sorunlu deneyimlerine dair rahatsızlıklarını küçümseyip özellikle çocuğun rahatsızlığına bir şekilde katkıda bulunuyorsa" (s. 54). Bu da ebeveynlerin çocukların rahatsızlığının şiddetini değerlendirme konusunda yeterli olamayabileceğini düşündürmektedir.

Oyuncaklar özellikle çocuklarla klinik görüşmelerde rahatlatıcı olabilir. Ayrıca oyuncaklar belirli travmatik olayları canlandırmada da yardımcı olabilir. Ancak bu özellikler, görüşmeyi yapan kişinin bunları etkin ve uygun biçimde kullanıp kullanmadığına göre değişir (Chang, Ritter & Hays, 2005; Salmon, 2006; Trotter, Eshelman & Landreth, 2003; Vig, 2007).

Çocuklardan bilgi alırken açık uçlu sorular ("bana daha fazla bahset") ve ipuçlu davetler ("Seni incittiğini söyledin; bundan biraz daha bahseder misin?") en etkin yöntemler olabilir. Ayrıca Salmon şöyle der: "Görüşmenin başında nötr olaylarla ilgili (örneğin okul aktiviteleri) sorular, ilişkiyi kolaylaştırırken çocuğa deneyimlerini hatırlama ve dile getirme imkânı verir ve beklentilerini doğru biçimde şekillendirmesine yardımcı olur."

### Fantezi ve Oyunlar

Bu kategori, sözel etkileşimleri gerektiren etkinlikleri içermektedir. Bunlara burada yer verilmiştir çünkü doğrudan görüşme prosedürlerini (sorular ve cevaplar gibi) içermez. Hikâye anlatma, çocukları yüzyıllarca büyülemiş veya etkilemiştir. Çocuğu bir hikâyeyi dinlemeye, bir hikâye oluşturmaya veya hatta bu süreci ileri geri almaya teşvik etmek eğlenceli ve açıklayıcı olabilir (Gardner, 1993). Hikâyeleri ve hikâye anlatma etkinliklerini kullanmanın birçok yolu vardır (BigFoot & Dunlap, 2006; Cook, Taylor & Silverman, 2004). Oldukça az malzeme ve aktif bir hayal gücü gereklidir. Hayal gücü yeterli değilse bazı hikâyelerin kesin olarak ezberlenmesi faydalı olabilir (bkz. *Uygulamaya Geçirme 12.3*).

Oyunculuk ya da taklit, çocuklarla yapılan oldukça projektif bir etkinliktir. Genellikle çocuklar bir oyun kurmayı ve rolleri dağıtmayı sever. Bu etkinlik, çocuğun hayatında büyük önemi olan konuları açığa çıkarabilir. Çocuğa bir senaryo yazdırmak ve sonra onu canlandırtmak –özellikle çocuk oyundaki çeşitli karakterlerin rollerini üstlendiğinde– hem görüşmeci hem de çocuk açısından önemli bazı şeyleri açığa çıkarabilir. Dama ve Candy Land gibi oyunları ya da Crazy Eights ve Uno gibi kart oyunları buzları kırabilir ve çocukla bir ilişki kurmayı sağlayabilir. Değerlendirme bilgisi çocuğun kurguyu, konuşma sırasını, kurallara uymasını, hayal kırıklığına uğratan oyunları, stratejiyi, sonunda kazanışı ya da kaybedişi idare etmesini gözlemleyerek elde edilebilir. Terapötik oyunlar ruh sağlığı uzmanlarına hizmet eden çok sayıda şirket aracılığıyla bulunabilir. Şekil, konular, cazibe ve karmaşıklıkta değişiklik gösterir. Bir katalog edinmek ve çalışmayı planladığınız terapiye bağlı olarak birkaç seçeneği gözden geçirmek faydalı olacaktır.

Çocuklar bazen oyun esnasında anında bir fikir üretir. Örneğin sosyal beceri problemleri nedeniyle yönlendirilen yedi yaşındaki bir kız, peluş bir hayvanla ya da oldukça tüylü bir rakunla bir tür saklambaç oynamanın eğlenceli olacağına karar verdi. Tecrübesiz görüşmecisi kabul etti ve gözlerini kapadı. Çocuk kanepede arkasına urmandı ve halojen bir lambanın teline hayvanı doğrudan yerleştirdi.

Yanan polyesterin kokusu, öğrenci görüşmeciye yanmış rakunun yerini bulmada harika bir ipucu sağladı.

Literatürde çocuklarla etkili bir şekilde çalışmanın yaratıcı ve etkili yolları bolca bulunmaktadır (Bellinson, 2002; Cashel, Killilea & Dollinger, 2007; Cook ve ark., 2004). Bu ihtiyaçları, becerileri ve söz konusu çocuğun gelişimsel seviyesini, belirlenen sorun alanlarının dallarını, sizin ortamınızı, sınırlılıklarınızı, sizin kendi maruz kalma ve rahatlık seviyenizi listelenmiş çeşitli araçlarla değerlendirmeniz önemlidir.

## Uygulamaya Geçirme 12.3

### Hikâye Anlatma

Bazı insanlar iyi hikâye anlatma becerisinin sonradan edinilen değil doğuştan gelen bir özellik olduğuna inanır. Ama biz aynı fikirde değiliz. Bu etkinlik için partnere ve kişiliğinizin yaratıcı yönünü kullanmaya ihtiyacınız var. Endişeleniyorsanız herkesin –hatta sizin de– kişiliğinde yaratıcı bir yan olduğunu hatırlayarak kendinizi rahatlatmaya çalışmalısınız.

Bir arkadaşınızla oturun ve hikâye anlatmaya başlayın. İstediğiniz herhangi bir hikâyeyi anlatabilirsiniz. Tek kural bir giriş, gelişme ve sonuç bölümünüzün olması. Hikâye düşünceleri ve duyguları olan bazı karakterleri içerirse (insanlar, Marslılar, karıncalar) bu daha faydalı olur. Hikâye sizin hakkınızda, hayvanlar ve uzay gemileri, kısacası her şey hakkında olabilir. 30-60 saniye sonra, henüz tamamlanmamışken anlatmayı durdurun. Bu noktada, diğer kişi aynı hikâyeyi kendine özgü hikâye anlatma tarzıyla devralsın. 30-60 saniye sonra hikâye anlatan yazarlar tekrar değişsin. Amaç eş veya eşlerinizle birlikte, bir hikâye yaratmaktır. Amaç sizin hikâye anlatma kısıtlamalarınızdan kurtulmanız, böylece hikâye anlatma becerilerinizi geliştirmenize olanak sağlamanızdır. Hikâyenin sonunda, birbirinize yorumlar yapabilirsiniz ("Howard'ın her zaman çatışmayı ve gerginliği hikâyeye geri getirdiğini fark ettim ama Joyce tüm karakterlerin yeniden iyi hissetmesi için her şeyin çözümlenmiş olmasını sağlıyordu"). Ancak başkalarının hikâyelerinin ana konusunun anlamını yorumlamadan önce izin almanız gerektiğini hatırlayın. Bu etkinlik, danışanlarınızla yaratıcı hikâye anlatma etkinlikleriniz için de hazırlık yapmanıza yardımcı olur. Ayrıca birçok hikâye anlatma kaynağına da bakmak isteyebilirsiniz (R. Gardner'ın *Karşılıklı Hikâye Anlatma Tekniği*; 1971; bizim *Havalı Danışmanlık* kitabının beşinci Bölümü'ndeki, *Zor* Çocuklar'ımız gibi).

## KAPANIŞ

Çocuklar zamanı yetişkinlerden farklı deneyimler. Aslında zamanın doğrusal, geri döndürülemez olma özelliği bile çocuklarca tamamen kavranmamıştır (Thompson & Henderson, 2007). Bu nedenle çocuğa seansın bitmesine10 dakika kaldığını söylemek yerine, şunun gibi bir şey söylemek daha yardımcı olabilir:

> "Çok az bir zamanımız kaldı. Yine de muhtemelen bir sayfa daha okumak (bir resim daha boyamak, bir kısa hikâye daha anlatmak) için yeterli; sonra ben ne hakkında konuştuğumuzu özetleyeceğim ve her şeyi hatırlayıp hatırlamadığımı test edeceğim. Sonra, önümüzdeki hafta için bir plan yapalım, olur mu?"

Yetişkin görüşmelerinde olduğu gibi her zaman muhtemelen 50 dakikada olduğundan daha fazla bilgi toplamayı isteyebilirsiniz. Ne yazık ki çocuklarla sorunsuz ve telaşsız bir kapanış için oynamayı ya da bilgi toplamayı durdurmanız ve etkinlikleri giderek yavaşlatmanız gerekir.

### Genç Danışanlara Güvence Vermek ve Onları Desteklemek

Genç danışanların sizinle iyi ilişki kurma çabasında desteğe ihtiyacı olabilir; dolayısıyla görüşme boyunca destek sunduğunuzdan emin olun. Özellikle kapanış esnasında güven verici, destekleyici geribildirim vermelisiniz. Şöyle yorumlar yapabilirsiniz:

> "O Lego setiyle güzel şeyler yaptın."
>
> "İlk defa danışmanlığa geldiğini söylemiştin ama biliyor musun, bugün oldukça iyiydin."
>
> "Ailen, öğretmenlerin ve kendin hakkında bana tüm söylediklerini takdirle karşılıyorum."
>
> "Böylesine açık olduğun ve kendinle ilgili bu kadar çok bilgiyi benimle paylaştığın için teşekkür ederim."

Çoğu çocuk terapiye kendi başına gelmediği için onları takdir etmeniz ve aldıkları riskleri bilmelerini sağlamak çok daha fazla önem arz etmektedir. Bazı genç danışanlar, özellikle zorlayıcı ergenler kaba davranmış, savunmacı yaklaşmış olabilir. Geri çekilme, azarlama ve hatta çocuğu cezalandırma gibi karşı taktarım dürtüleri yaşayabilirsiniz (Willock, 1986, 1987). Danışmanlık dışına doğru sürüklenmenin zorluğunu empatik bir şekilde belirtmek ve danışanın size açık olma konusunda isteksizliklerinin olduğunu fark etmek kesinlikle hoş görülebilir, normal bir durumdur. Ancak yetişkinlerde olduğu gibi dirençli, savunmacı veya kendini açmayan danışanlarınıza öfkenizi veya hayal kırıklığınızı doğrudan dile getirmeniz uygun değildir; bu tür tepkiler, gelecekte profesyonel yardım aramalarını daha az olası kılacaktır. Bunun yerine, danışanınız savunmacıysa, iyimser kalmayı denemelisiniz:

> "Buraya gelmenin ve benimle konuşmanın senin fikrin olmadığını biliyorum. Bu konuda biraz kızgın olduğun için seni suçlamıyorum. Birlikte belki bunun daha az sıkıntı vermesi için bazı yollar bulmayı deneyebiliriz. Aslında tüm sorunlarının hızlı şekilde çözülmesini sağlayacak bazı yöntemler biliyor olabilirim ve sonrasında da zaten danışmanlık sona erer."

(Zor genç danışanlarla bitirme stratejileri ile daha fazla bilgi için bkz: "Motivasyon Olarak Sonlandırma", Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007b içinde.)

### Özetleme, Açıklama ve Dahil Olma Arayışı

Genç danışanlarla en önemli kapanış işleri: (a) problem alanlarını açıkça özetlemek; (b) problemler ve olası danışmanlık müdahaleleri arasında bağlantı kurmak (bu bağlantıları gördüğünüzü varsayarak); (c) bakıcıların dahil olup olmayacağı yolları danışana hatırlatmak; (d) mümkünse çocuğun bir şekilde olumlu biçimde dahil olmasını sağlamak. Aşağıda iki vaka örneği vardır. Birincisi gece kâbuslarıyla mücadele eden yedi yaşındaki bir çocuk, ikincisi ise arkadaşlarının eşyalarını defalarca çalarken yakalanan bir ergendir.

#### VAKA ÖRNEĞİ 1: KAPANIŞ

*"Beth, zamanımız neredeyse bitti. Senin açından geceleri uyumanın ne demek olduğunu anlamama kesinlikle yardım ettin. Oldukça korkmuşsun. Sonra herkes sen yatağında kalmıyorsun diye sana kızmış. Sana yardım etmemiz için yapabileceğimiz bazı şeylerin olduğunu düşünüyorum ancak bu biraz daha konuşmak için buraya tekrar geleceğin anlamına geliyor. Umarım bu senin için de uygundur. Bu, sana yardım etmek amacıyla konuşmak için annenin, babanın ve ağabeyinin de seninle beraber gelmesi anlamına da gelebilir. Ancak ben bunu yaparken sen burada benimle olacaksın. Öncelikle bir plan yapacağız. Birbirimizi üç günde bir görmenin şu an için iyi olacağını düşünüyorum. Bu senin için de uygun mu? Resim çizebiliriz; sonra sana okumak istediğim bir de hikâyem var. Gitmeden önce soracağın bir şey var mı?"*

#### VAKA ÖRNEĞİ 2: KAPANIŞ

*"Tommy, birkaç dakikamız daha kaldı. Bunun tam anlamıyla eğlenceli olmadığını biliyorum ama böylece İngilizce dersinden ve okuma salonundan kurtulmuş oldun, değil mi? İnsanlar eşyalarını izinsiz aldığın için sana oldukça kızgın. Sen eşyaları ödünç aldığını düşünüyor olsan bile başını, buna değebileceğinden daha fazla derde sokuyorsun. Bütün bunlar hakkında ne düşündüğünü söylemek için harcadığın zamanı, ailen ve aldığın eşyalar hakkındaki tüm sorularıma cevap vermeni gerçekten takdir ediyorum. Hayatındaki şeyleri düzeltmek için birlikte çalışabileceğimizi düşünüyorum. Bu çok süremeyecek çünkü sen oldukça zekisin ama birlikte çalışmak için en az birkaç seans daha görüşmeliyiz. Sen daha fazla başını belaya sokmadıkça anneni bu görüşmelere çok fazla dahil etmemiz gerektiğini pek düşünmüyorum. Görüşmelerde sadece ikimiz olacağız. Bahse girerim sana yardımcı olacak fikirler üretebiliriz. Ancak önce seni ve hayatını daha fazla tanımam gerekiyor. Bu da daha çok konuşmak anlamına geliyor. Tekrar gelmeye ve benimle birkaç kez daha konuşmaya dayanabileceğini düşünüyor musun?"*

### Genç Danışanlarınızı Güçlendirmek

Hayatlarının çoğu yönü üzerinde nihai otorite sahibi olmadıkları için genç da-

nışanlara genellikle soru sorma fırsatı vermek iyi sonuç verir. Kapanışta, konuyu değiştirmek için zaman ayırarak çocuğa soru sorması ve sizinle beraber olma süreci üzerinde derinlemesine düşünmesi için zaman tanımalısınız.

"Artık, tüm sorularımı bitirdim. Bana başka herhangi bir sorun var mı acaba?"
"Birlikte geçirdiğimiz zaman, hayal ettiğin gibi miydi?"
"Bu görüşme hakkında seni rahatsız eden bir şey var mı?"
"Sorduğum herhangi bir şey hakkında söylemek istediğin son bir şey var mı?"
"Bu görüşmede senin daha rahat hissetmene yardımcı olacak (ya da daha rahat konuşmana yardım edecek) herhangi bir şey olup olmadığını merak ediyorum. Bu konuda yapabileceğim bir şey var mı?"

Bu sorgulamalar, danışana güç ve kontrol duygusu vermenizde yardımcı olacaktır. Her ne kadar görüşmenin sonuna doğru da kontrolü sürdürmek önemli olsa da bu kontrolü çocukla (dikkatlice) paylaşmak da önemlidir.

### Kararsız Sonları Bağlamak

Genç danışanlarla yakınlığın önemli bir parçası, ebeveynleri veya koruyucuları ile tekrar iletişime geçmektir. Çocuklar sonraki seansa gelmek için gerekli detayları düzenleyemez veya görüşme sonucunda verilen tavsiyelerin sonunu getiremez. Dolayısıyla görüşmeci, tercihen çocuk varken bu şeyler hakkında bakıcıya bilgi vermelidir. Diğer ilgili konular (ücret ödemesi ve programlama gibi) da ele alınabilir.

## SONLANDIRMA

Yetişkinlerdeki bilinçli ve bilinçdışı sonlandırma kaygılarına ilişkin aynı genel ilkeler çocuklar için de geçerlidir. Bir çocuk görüşmesi için hazırlanırken Bölüm 6'daki sonlandırma kısmını bir daha gözden geçirmeniz sizin için faydalı olabilir. Temel farklılıklar, içerikten ziyade bir derece sorunudur. Çocuklar, genellikle daha açık ve daha aşırı olabilir. Bir yetişkin size sarılmak *isteyebilir* ancak kendini tutar; oysa bir çocuk size sarılmak için yanınızda belirebilir. Bir yetişkinle birlikte geçirdiğiniz zamanın sonuna doğru size "S..... git" demeyi hayal edebilir ama bir ergen bunu direkt yapabilir. Yetişkinler biraz üzgün hissederlerken çocuklar gözyaşlarına boğulabilir. Yetişkinler hayal kırıklığı ifadesi gösterebilir, çocuklar size bir bakış atabilir; zamanları bitti diye gürültüyle tepki verir, hatta hızlı bir tekme savurabilir. Sizden ayrılmayı reddedebilir veya sadece görüşmeden sıkıldıklarını ve erkenden ayrılmak istediklerini söyleyebilirler. Görüşmeci gözlemci, empatik ve nazik sınır koyucu rolünü üstlenmelidir. Çocuklar bazen oldukça sert ve çarpıcı bir şekilde bir şeyler hisseder, bir şey yansıtır ve bir şey yapar. Bunların hepsi ayrılış sürecinin parçasıdır.

## ÖZET

Birçok yönden, çocuklarla görüşme, yetişkinlerle görüşmeden niteliksel olarak farklıdır. Bu bölüm, çocuklar ve yetişkinler arasındaki temel farklılıklara odaklanmış ve bu farklılıklarla profesyonel olarak baş etme yollarını ele almıştır. Görüşmenin giriş aşamasında, bakım verenin rolü göz önünde bulundurulmalı ve açıklanmalıdır. Ancak görüşmeci dikkatini çocuğa vermek, doğrudan ona odaklanmak ve gelecek olan görüşmeyi anlamasında ona yardımcı olmak zorundadır.

Açılış evresinde, genç danışanlar terapinin kişisel hedeflerini belirlemede beceriksiz ya da isteksizlerse uyumu sağlayabilmek, çocuğun süreçle ilgilenmesine müsaade etmek ve ebeveynlere duyuldukları duygusunu vermek için *istekler ve hedefler* diye bilinen yöntemler kullanmanın gerektiğini savunuyoruz. Genç danışanlarla ele alınması gereken özel gizlilik hususları da vardır. Çocuk yasal olarak reşit değildir; dolayısıyla ebeveynleri ve bakım verenler de terapi ile bilgi talep etme hakkına sahiptir.

Çocuk ile görüşmelerinin gelişim evresinde, değerlendirme bilgisi için birçok oyun aracı ve strateji kullanılabilir. Bilgi toplarken aynı zamanda olumlu ilişki geliştirmek açısından faydalı bazı değerlendirme ve bilgi toplama yöntemlerine de gereksinim duyulabilir. Genç danışanlarla resmi değerlendirme araçları kullanılırken, kullanımları danışana açıklanmalı ve değerlendirme geribildirimi verilmelidir.

Çocuklar için uygulanan kapanış ve sonlandırma yöntemleri, yetişkinlerle olanlara benzer. Göz önünde bulunduracak daha fazla oyuncu, dengelenecek daha fazla zaman olacaktır. Çocuklar görüşme deneyimlerine ilişkin tepkilerini yetişkinlere göre daha açık bir biçimde ve dobra dobra ifade edebilir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Dugger, S.M., & Carlson, L. (Eds.). (2007). *Critical incidents in counseling children.* Alexandria,VA: American Counseling Association. Bu kitap, ruh sağlığı ve okul-temelli danışmanlık senaryolarına dair düzinelerce yorum içermektedir.

Hibbs, E.D. ve Jensen, P. S. (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders.* Washington, DC: American Psychological Association. Bu düzeltilmiş cilt, çocuklarda yaygın görülen bozukluklar konusunda hem kuramı hem de çevreyi göz önünde bulundurarak araştırmayı ve uygulamayı bir araya getirir. Bölümün odakları kaygı bozuklukları, duygulanım bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, sosyal açıdan yıkıcı bozukluklar, otistik bozukluklar ve genel tedavi yönergelerini içermektedir.

House, A.E. (2002). *The first session with children and adolescents.* New York: Guilford Press. Bu kitap, genç danışanlarla ilk görüşmelerinizi yapmaya hazırlanırken size yardımcı olacaktır.

Jongsma, A.E., Peterson, L.M. ve McInnis, W. P. (2000). *The adolescent psychotherapy treatment planner.* New York: John Wiley & Sons. Bu tedavi planlama kılavuzu

aşamalar biçiminde düzenlenmiştir. Çoğu ergen bozukluğunun ve meydana çıkardığı sorunların kapsamlı bir içeriğini, tedavi hedeflerini ve amaçlarını, her bozukluk için özel terapötik müdahaleleri içermektedir.

Jongsma, A.E., Peterson, L.M. ve McInnis, W.P. (2000). *The child psychotherapy treatment planner.* New York: John Wiley & Sons. Bu, başka bir tedavi planlama kılavuzudur. Çocuk danışanlarla tedavi planı geliştirmek için tasarlanmıştır. Bir önceki kaynağa benzer şekilde, çocukluk bozukluklarını, meydana çıkardığı sorunları, tedavi amaçlarını, hedeflerini ve her bozukluk için özel terapötik müdahaleleri içermektedir. Ergen danışanlarla çalışan öğrenciler veya uzmanlar için kullanışlı bir kaynaktır.

Murphy, J. (2008). *Solution focused counseling with middle and high school students* (2 nd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association. Bu kitapta birçok çözüm bulunmaktadır. Murphy gençlerle çözüm odaklı danışmanlık ile ilgili bilgiler vermektedir.

Richardson, B. (2001). *Working with challenging youth: Lessons learned along the way.* Philadelphia: Brunner-Routledge. Richardson, zor veya zorlayıcı çocuklara danışmanlık verirken öğrendiği 50'nin üzerinde "ders" sunmaktadır. Gençlerle görüşme konusunda uygulanabilecek çeşitli fikirleri sunmakla kalmaz. Bu kitap iyi organize edilmiştir ve keyifle okunacak bir tarzda yazılmıştır.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1997). *Tough kids, cool counseling: Userfriendlyapproaches with challenging youth.* Alexandria, VA: American Counseling Association. Ne diyebiliriz? Tek kelimeyle muhteşem bir kitap! En çok önerilen tekniklerin ve stratejilerin ilişki yönelimli olamayabilen genç danışanlarla terapi ilişkisi kurma ve derinleştirme amacı vardır. Özellikle intihar ve ilaç tedavisi konularındaki bölümler hayli ilginçtir.

Sommers-Flanagan, R., Elander, C.D. ve Sommers-Flanagan, J. (2000). *Don't divorce us!: Kids'advice to divorcing parents.* Alexandria, VA: American Counseling Association. Bu kitap, boşanmayı ilk elden deneyimleyen hem çocukların hem de yetişkinlerin görüşmelerine ve anketlerine dayanır. Çocukların bakış açılarını vurgulayan bu kitap, boşanma öncesinden, boşanma sırasından boşanma ertesinde yaşanan anne-baba çatışmasına ve yeni ailelere uzanan konuları kapsamaktadır.

Thompson, C.L., & Henderson, D.A. (2007). *Counseling children.* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson. Bu kitap çocuklarla danışmanlık ile ilgili oldukça kapsamlı bir kitaptır. Thompson ve Henderson farklı kuramsal yaklaşımları ve kritik konuları gözden geçirmektedir.

BÖLÜM 13

# *AİLE VE ÇİFT GÖRÜŞMELERİNDE TEMEL PRENSİPLER VE İPUÇLARI*

*Her mutlu aile birbirine benzer; her mutsuz aile ise kendine göre mutsuzdur.*
—Lev Tolstoy, *Anna Karenina*

*Bir şeyin zor olması, onu yapmak için iyi bir nedendir. Sevmek iyi ama zor bir şeydir. Bir insanın diğerini sevmesi, muhtemelen en zor şeydir; nihai sınavın ta kendisi... Herkesin uğraştığı bir şey için çaba göstermekse sadece hazırlıktır.*
—Rainer Maria Rilke, *Genç Bir Şaire Mektuplar*

## BÖLÜM AMAÇLARI

Klinik görüşme yapan herkes, çift veya ailelerle de görüşür diye bir zorunluluk yoktur. Yine de çiftlerle ve ailelerle terapötik bir ortamda çalışmak ruh sağlığı uzmanının karşılaşabileceği en heyecan verici ve göz korkutucu durumlardan biri olabilir. Her ne kadar bu kısa bölümü okumak, çiftlerle ve ailelerle yetkin bir şekilde çalışmanız için yeterli olmasa da size genel bir bakış açısı sağlayacaktır. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Aile ve çiftlerle çalışan görüşmecilerin sıklıkla karşılaştığı "daha çok danışanla daha az zamanda görüşme" örneğinde olduğu gibi bazı klasik ikilemler.
- Görüşmecilerin çiftleri ve aileleri tanımlaması.
- Görüşme aşamalarının ve gereklerinin çiftlerle ve ailelerle görüşmelere nasıl uyarlandığı.
- Çeşitli çift ve aile değerlendirme araçları.

- Çift ve aile görüşmelerinde (ve sınır koymada) çatışmayı belirleme, yönetme ve müdahale yöntemleri.
- Özdeşleşme, yansıtma, katılma ve kaçınma gibi çeşitli aile terapisi kavramları.
- Bireysel terapiden çift veya aile terapisine geçişin ne zaman uygun (ve etik) olacağı veya olmayacağı.

Bu noktada hepimiz hemfikirizdir: Bir kişiyle klinik görüşme yapmak oldukça zorlayıcı bir uğraştır. Şimdi ise aynı zamanda iki veya daha fazla danışanla görüşme yaptığınızı hayal edin!

Tahmin edileceği gibi bir danışanın problem alanlarını, güdülerini ve beklentilerini bireysel olarak değerlendirmek ve ele almak yerine, çift ve aile görüşmelerinde odada sizinle birlikte en az iki insan ve onların ilişkileri söz konusudur. Aile ve çift görüşmelerinde ilişkilerini sürdürmeye ve birbiriyle yaşamaya çalışan en az iki farklı insanın, farklı tüm problemleri, güdü ve beklentilerinin değerlendirilmesi gerekir. Ayrıca ailelerle birlikte çalışırken görüşmecilerin, güdüleri, beklentileri ve ilişkileri bütün bir aile sistemi içersinde ele alması gerekecektir. İnsanların sayısı arttıkça terapötik değerlendirmeyle ve tedaviyle ilişkili karmaşıklık ve zorluk da artacaktır.

Bu bölüm her ne kadar çiftlerle ve ailelerle görüşmede temel prensip ve stratejileri ele alsa da bizim bu karmaşık konuyu burada tam olarak incelememiz pek de mümkün değildir. Çiftler ve aileler açık ve örtük duygusal koalisyonların ve çatışmaların olduğu güçlü sistemlerdir. Aile ve çift terapisi eğitimlerinde bazen öğrencilere *korkmalarını* söylüyoruz. Bunu söylerken amacımız, öğrencileri aile ve çift danışmanlığından kaçınmalarını sağlamak değil, bunun basit bir iş olmadığını anlamalarına yardımcı olmaktır. Çiftler ve aileler yetkin ve yeterli deneyim sahibi olmayan görüşmeciler için zorlayıcı ve ketleyici olabilmektedir. Dolayısıyla bu bölüm size, çift ve ailelerle görüşmenin genel ilkelerini ve ipuçlarını sunacaktır ancak çiftlerle ve ailelerle yetkin bir şekilde görüşmek için gerekli tüm bilgi, beceri veya eğitimi maalesef sadece bu bölümle edinemeyeceksiniz. Bu bölümü, ekstra deneyime, okuma yapmaya ve etkinliklere sizi motive eden heyecan verici küçük bir örnek olarak dikkate alın.

## ÇİFTLERLE VE AİLELERLE GÖRÜŞMENİN BAZI İRONİLERİ

Çiftlerle ve ailelerle çalışırken karşılaşabilecek bazı ironik durumlar şunlardır:

### Daha Fazla Danışan, Daha Az Zaman

Çiftlerle ve ailelerle görüşmenin bireylerle görüşmeden daha karmaşık olduğu gerçeğine rağmen, çoğu terapist çiftlerle ve ailelerle bireylerle çalıştığından daha seri şekilde iş yapmak zorunda kalabilir (Taibbi, 2007). Süre kısıtlılığı için çeşitli olası gerekçeler sunulabilir.

Çiftler ve aileler genellikle danışmanlığa farklı motivasyon düzeyleri, beklentiler ve farklı gündemlerle gelir. Aileden biri veya çiftlerden biri danışmanlığı almada isteksiz olabilir. Bu dengesizlik, görüşmeleri zamanından önce sonlandırmaya neden olabilir. Ayrıca sigorta şirketlerinin çoğu ve tanımlanmış diğer kurumlar, çift veya aile terapisinin harcamalarını da karşılayan bir sigorta sunmamaktadır. Bu, ailenin veya çiftlerin bu tür bir terapinin maliyetini şahsen karşılayacağı anlamına gelir ki genellikle bu sınırlı bir süredir; dolayısıyla seans sayısı azalırken etkin görüşme ve danışmanlık hizmeti sunmadaki baskı artar. Son olarak, çalışan çift veya ailelerde herkesin terapi seanslarına sürekli katılabileceği zamanı denkleştirmek zordur. Programlamadaki zorluk da çiftlerin ve ailelerin danışmanlıkta harcadığı zamanı azaltabilir.

### Çifti Tanımlamak

Çift ve ailelerle çalışmanın diğer ironik bir durumu da görüşmeye başlamadan önce danışanların kim olduğudur.

Çiftin nasıl tanımlanacağı konusunda hem uzmanlar hem de halk arasında bir anlaşmazlık vardır (Greenan & Tunnell, 2006; Price, 2007). Bazı uzmanlar, evlenme veya evlilik terapisi olarak adlandırırken diğerleri çift *danışmanlığı* ya da çift terapisi terimlerini kullanır. Çift ve evlilik terapilerine yönelik bizim tutumumuz ise dahil olma kriterine dayanmaktadır. Bu bölüm boyunca, birlikte romantik bir ilişki sürdüren iki kişiyi içeren görüşme ve danışmanlık tekniklerine öncelikli olarak çift çalışması diyeceğiz. Çift danışmanlığı, evlenmemiş gey ve lezbiyen çiftler, evlenmemiş (ve evlenmeyi düşünmeyen) heteroseksüel çiftler, evli olmayan çiftler (evlilik öncesi danışmanlık almaya gelenler), yasal olarak bir başvuruları olmasa bile evlilik olarak gördükleri bir bağlılığa/yakınlığa sahip çiftler, geleneksel ve yasal olarak evli çiftler için geçerli olacaktır. Ayrıca boşanmış ve yeniden bir araya gelmeyi düşünen çifler için de geçerlidir. Ancak *evlilik terapisi*, spesifik olarak birbirine devletin kurallarıyla tanımlanmış evlilik bağıyla bağlı iki kişi arasındaki terapötik çabayı ifade etmektedir.

Çift danışmanlığı *ilişki terapisi* ya da daha özel olarak *ilişki geliştirme* olarak da anılır. Ancak siz *ilişki iyileştirme terapisi* (Accordino, Keat & Guerney, 2003; Guerney, 1977; Scuka, 2005) başlığı altındaki özel yaklaşımı kullanmadıkça bu terimi kullanmamanızı öneririz çünkü bu kavram çift terapisi ve aile terapisi ve hatta meditasyon gibi daha özel müdahaleleri birbirinden ayırmaz. Sıklıkla iki aile

üyesi (örneğin anne ve kızı, baba ve oğlu) ilişkilerini geliştirme çabasıyla terapiyi sürdürür. Aslında bu bir ailenin birbiriyle romantik ilişkisi olmayan iki üyesini de içerdiği için en uygun bir şekilde *aile terapisi* olarak adlandırılabilir.

### Aileleri Tanımlamak

Çift tanımına benzer şekilde, ailenin tanımı da ne yazık ki politik açıdan sıkıntılı bir konudur. Bir itirazla karşılaşmadan, ailelerle ilgili ifadeler kurmak zordur. Ailelerin farklı şekillerde ve büyüklükte olabileceğine inanıyoruz. Aile kuramcı ve terapistleri, aile terapisi yaparken aile üyelerinin alt gruplarını tedavi edip etmedikleri konusunda farklılık gösterir (Goldenberg & Goldenberg, 2007). Ancak değişken bir yapıya sahip toplumumuzda, herhangi bir zamanda, aile bir hafta öncesinde olduğundan ya da gelecek hafta olacağından farklı bir şekilde tanımlanabilir ve yapılandırılabilir.

Ortak ebeveyni olan çocuklar, sıklıkla kendini iki ya da daha fazla ailesi varmış gibi görür. Kızılderili kültürlerde ve diğer kültürlerde olduğu gibi geniş akrabalık sisteminde büyüyen çocuklar, bir dönem nine ve dede, teyze, hala, amca, dayı veya büyük kardeşlerle yaşamış olabilir (Ho, Rasheed & Rasheed, 2004). Aileler evlatlık çocukları, yaşlı akrabaları ve yarı zamanlı üyeleri içerebilir. Aile reisinin tek ebeveyn, iki ebeveyn, bir ya da iki büyük ebeveyn, ebeveyn ya da üvey ebeveyn ve benzeri olduğu aileler olabilir. Bazen kendilerini bir aile olarak gören insanlar ya tercihen ya da yasalar nedeniyle birlikte oturamaz. Örneğin bir üyesinin çocuk tutukevinde bulunduğu bir aileyle, aile terapisi yapmak mümkündür.

Aile yönelimli ruh sağlığı uzmanları, hem ailenin tatminkâr bir çalışma tanımını hem de uygun tedavi yaklaşımını belirlemek için bir kuramı temel almalıdır. Bir aileyle etkili bir şekilde görüşmeyi öğrenmek ve sonra aile terapisine girişmek ciddi çalışma ve sık süpervizyon gerektirir. Bu noktada, aile görüşmelerinde ve aile terapisinde çeşitli kuramsal yaklaşımlar olduğunu ve tartışmaların devam ettiğini söylemek gerekir. Bu kuramsal ve uygulama çeşitliliği, az önce not edilen zorluklarla birlikte, yeni başlayan görüşmecilerin süpervizyon alamadığı durumlarda aile görüşmesi veya aile terapisi yapmamasını zorunlu kılmaktadır. Yeni başlayan görüşmeciler için önerimiz, mevcut süpervizörleri veya terapist arkadaş grupları (örneğin yansıtma grubu; Selicoff, 2006; Shurs ve ark., 2006) ile birlikte aile görüşmeleri yaparak uygulama deneyimi kazanmasıdır.

### Genel Görüşme

Bu bölümde, çiftlerle ve ailelerle görüşmenin önemli yönleri tanımlanmıştır. Ayrıca bu tür gruplarla ilgili problemleri ve olası çözümleri de sunacağız. Ancak konu çiftlerle ya da ailelerle görüşmeye gelince çeşitli kuramsal yaklaşımlardan uygulamacıların da uygun ve etkin görüşme stratejileri konusunda birbirleriyle

uzlaşma sağlamadığını söylemek yerinde olacaktır. Hatta bazı uygulamacılar, ilk görüşme uzmanın kuramsal veya tedavi yönelimine bağlı olduğu için aile veya çiftlerle görüşmede genel bir yaklaşımın olmadığını bile ileri sürebilir. Yine de kabul görmüş pek çok aile tedavisi kuramında yaygın temel kavramlar olduğuna inanıyoruz. Dolayısıyla bu kavramlar, ailelerle ve çiftlerle çalışan yeni başlayan görüşmeciler için önemli konulardır.

## GÖRÜŞME AŞAMALARI VE GÖREVLER

Bireylerle, çocuklarla ve ergenlerle çalışmaya benzer şekilde, çiftlerle ve ailelerle görüşme de Shea'nın (1998) önerdiği beş aşamaya göre değerlendirilebilir. Şimdi bu aşamaları ve ilişkili görevleri, çift ve aile görüşmeleri açısından kısaca tarif edeceğiz.

### Giriş

Çitlerle ve ailelerle görüşmenin giriş aşaması, telefonla görüşme veya zaman belirleme, karşılaşma ve danışan eğitimini içermektedir.

*Telefonla Görüşme veya* Çiftlerle *Zaman Belirleme*

Profesyonel bir desteğe yönlendirildiklerinde, sıklıkla danışmanlık almada çiftlerden bir taraf diğerinden daha isteklidir. Genellikle ilk defa telefonla başvuru yapan kişi, tedaviye diğer taraftan daha fazla motivedir. Ancak durum, her zaman böyle olmayabilir. Ara sıra bir taraf diğerinin araması konusunda ısrarcı olabilir. Örneğin:

**Danışan:** "Merhaba, adım Bert Smith. Evlilik danışmanlığı için randevu almak amacıyla arıyorum."

**Görüşmeci:** "Tamam, başlamadan ve bir görüşme zamanı belirlemeden önce, size hizmetlerle ilgili bilgi vermeme ve birkaç soru sormama izin verin lütfen." (Görüşmeci danışanı kurumun ücretlendirme politikası hakkında bilgilendirir, sigortaları hakkında soru sorar, uygun randevu zamanları ve hakkında konuşmaya başlar.)

**Danışan:** "Evet, tamam, Cuma öğleden sonra gelebiliriz. Eşim sizi aramam konusunda ısrar etti, yoksa... Danışmanlığa ihtiyacımız olduğunu düşünüyor. Dolayısıyla bir an önce randevu almak istiyorum."

Bu örnekte gördüğünüz gibi arayan kişi her ne kadar danışmanlık almak konusunda isteksiz görünse de eşinin kesin uyarısıyla oldukça motive olduğunu ima ediyor. Bir tarafın kesin uyarı verdiği durumlarda, bazen daha az motivasyonu olan taraf aramayı yapar. Ayrıca daha az motivasyonu olan taraf, bu örnekte olduğu gibi

danışmanlığa yönelik tutumu hakkında telefon görüşmesiyle önceden bilgi veriyor. Bu daha motivasyonlu olan kişi aramayı yaptığı durumda bile geçerli olabilir:

> "Evlilik danışmanlığı için randevu almak amacıyla arıyorum. Sanırım evliliğimiz bitiyor. Yıllardır kocamı danışmanlığa getirmek için uğraşıyorum. Şimdi yine ben randevu almak için arıyorum; ya o da benimle gelir ya da ben yalnız gelirim."

Çiftler, terapistlerin üçgenleme (triangülasyon) dediği şeyi sıklıkla sergiler. Üçgenleme, çift ilişkisindeki bir üyenin genellikle sempati veya güç kazanmak için üçüncü bir tarafla bağlılık kurmasıdır. Sıklıkla çift danışmanlığı için arayan kişi, ilk telefon görüşmesi sırasında bile aktif olarak görüşmecinin sempatisini kazanmaya çalışır. Üçgenleme çiftlerde ve ailelerde sıklıkla oluşur. Genellikle çift veya aile sisteminde insanın gücünü artıran (ve bazen de patolojik) bir strateji olarak görülür (Weeks, Odell & Methven, 2005).

Çiftler randevu için aradığında terapistin cinsiyeti, çoğu kez önemli bir değişken haline gelir. Eğitim kurumlarında, karşı cinsten bir terapistin yer aldığı eş-terapist uygulamaları olabilir. Her ne kadar eş-terapist uygulaması, halihazırda çözülmesi zor karmaşık terapist iletişim problemlerini artırma ihtimali getirse de özellikle eğitim kurumlarında genellikle avantajlı olabilir. Tecrübesiz terapistler nasıl ilerleyeceği konusunda emin olmadığında destek ve yönlendirme için istekle birbirlerine bakar. Aksine daha deneyimli terapistler ise eş-terapiyi bazen bir yük olarak görebilir. Nasıl ilerlenileceği konusunda çoktan kendinden emin olduklarından, eş-terapistin yorumlarının etkili bir terapi sürecine gölge düşürebileceğine inanırlar. Ancak eş-terapistlerin kuramsal olarak uyumlu olduklarını ve birbirleriyle iyi şekilde iletişime girebileceklerini varsayarsak iki bakış açısının olması genellikle çiftlere ve ailelere daha kapsamlı bir hizmet sunabilir.

Danışmanlar ruh sağlığı kliniklerinde veya özel uygulama ortamlarında nadiren birlikte çalışır. İstisnalar mevcuttur ve bazı kuramsal yönelimlerde iki terapistin de terapide yer alması temel alınır (Young-Eisendrath, 1993). Ancak genel olarak iki uzmanın bir çiftle veya aileyle ortak çalışması oldukça pahalı olur. Bazı eğitim kurumlarında, erkek ya da kadın terapist seçeneği çift danışmanlığı istenildiğinde sunulabilir:

> **Görüşmeci:** "Bazen, çift danışmanlığı için gelen insanlar erkek ya da kadın terapistle görüşmeyi tercih ediyor. Sizin böyle bir tercihiniz var mı?"
>
> **Danışan:** "Hımm. Aslında, eşim kadınla mı yoksa erkekle mi çalışmak istediği hakkında hiçbir şey söylemedi. Tahminim, kadın bir danışmanla çalışmayı tercih eder ancak ben bunu başka bir erkekle konuşmayı tercih ederim. Evet, bize erkek terapistle görüşme ayarlayın lütfen."

Bu örnekte, koca, erkek veya kadın terapist seçimi konusunda kendi tercihine göre mi yoksa eşinin tercihine göre mi davranması gerektiğine karar verirken bocalıyor; sonra kendi tercihini seçiyor. Bu seçim ilk üçgenleme girişimini yansıtıyor olabilir. Yani koca, erkek bir terapistin konuyu karısının bakış açısındansa kendi bakış açısıyla görebileceğini umuyor. Üçgenlemeyi umma veya gerçekleşmesi için girişimde bulunma, her ne kadar çift patolojisinin olası bir işareti olsa da, terapötik yardım arayan çiftler için doğaldır. Her zaman olduğu gibi görüşmecilerin telefon görüşmesinin başlangıcından itibaren, arayan danışanın görüşmecinin sempatisini veya desteğini kazanmayı deneyip denemediğini de gösteren ilk izlenimlerini not almasını öneriyoruz.

*Çiftle Karşılaşma ve Karşılama*

Görüşmeciler çiftleri görece eşit yakınlıkta ve hafif düzeyde bir ilgiyle selamlama konusunda dikkatli olmalıdır. Çiftler, görüşmecinin diğerine karşı birinin tarafında olduğuna dair ince işaretleri gözlüyor olabilir. Mümkün olduğunda, çiftin bir üyesi tarafından üçgenlemeye girdiğiniz görünümünden bile kaçının; eşit muamele başlangıçta önemli bir konudur.

Beklendiği üzere, üçgenleme çiftlerle bekleme odasında sohbet ederken bile gözlem gerektiren bir durumdur. Hava hakkında konuşuyorsanız kadın alınabilir çünkü kocasının hava hakkında ("daha önemli" mevzular yerine) çok fazla konuştuğunu düşündüğünden ona zaten kızgındır. Ofisi nasıl buldukları hakkında konuşuyorsanız kimin "yanlış köşeden döndüğü" veya kimin gerçekten "en iyi yolu bildiği" konusunda çabucak bir çatışmaya dalabilirler. Ciddi biçimde çatışan çiftleri karşılarken hemen hemen söylediğiniz her şey size karşı kullanılabilir.

Muhtemel tehlikelere rağmen, danışanları bekleme odasında karşılarken birkaç yorum yapmayı ve küçük bir konuşmada bulunmayı denemelisiniz. Görece önemsiz şeylerden söz edebilirsiniz; her iki insanın da elini sıkın. Çok kişisel veya sizin bir danışanı diğerinden daha çok sevdiğinizin ya da daha fazla özdeşleştiğinizin kanıtı olarak değerlendirilebilecek yorumlardan kaçının.

*Ailelerle Telefonla Görüşme ve Zaman Ayarlama*

Önceki tavsiyelerin çoğu, aile terapisindeki ilk telefon görüşmelerinde de uygulanabilir. En önemli fark, bir aile üyesinin aile terapisi için net bir istekte bulunmasının nadiren görülmesidir. Yardım isteği genellikle ailede ya da (daha yaygın olarak) bir veya daha fazla üyesinde bazı rahatsız edici davranış kalıplarının tarifine odaklanır. Bu durumda aile terapisi, aile üyeleriyle veya sadece bir üye ile yapılacak bireysel terapinin gerekli olup olmadığına karar vermek açısından önem arz etmektedir.

Birisi sizi aile terapisi için aradığında, ilk görüşmede tüm aile üyelerinin yer alabileceği bir zaman ayarlamanız uygun olacaktır. Görüşmeyi tüm aile üyeleri-

nin katılımıyla devam ettirmeyebilirsiniz ancak ailede aynı evi paylaşan herkesle görüşmek, aile terapisine başlamanın bir standardıdır. Aile sistemi yönelimli çoğu aile terapisti ya da klinisyen, evde yaşayan herkesin ilk seansa gelmesi konusunda ısrarcıdır (Goldenberg & Goldenberg, 2007). Dahası, bazı aile terapistleri, geniş aile üyelerinin katılımını hoş karşılar ve hatta teşvik eder. Telefon görüşmesi örneği şöyle olabilir:

Görüşmeci: "Wilber Hanım, Ben Tina Kones. Üniversite Danışmanlık Merkezi'nde stajyer danışmanım. Daha önceki talebiniz için arıyorum."

W. Hanım: "Evet, kocam ve kızım hakkında biriyle konuşmak için randevu almak istiyorum. Aslında kocam Bill, terapiye gelebileceğini söyledi ama ben neyin iyi olacağından pek emin değilim. Uygun herhangi bir zamanınız var mı? Dr. Green, merkezinizin iyi olduğunu söyledi; şu an bir sigortamız yok ve sanırım farklı ücretlendirme uygulamalarınız varmış."

Görüşmeci: "Evet, size uygun bir zaman bulabiliriz. Bu hafta, öğleden sonra uygun zaman dilimleri var. Ailenizdeki ilişkiler hakkında yardım istiyormuşsunuz gibi görünüyor. Doğru mu?"

W. Hanım: "Yani, bilemiyorum. Bill, bu günlerde kızımız Kim hakkında oldukça öfkeli. Kim, 15 yaşında ve aklına geleni söylüyor. Kocama da bir sürü şey söylüyor. Bill aslında çoğunlukla sessiz bir adamdır. Oğlumuz Wally'nin hiç sesi çıkmıyor ama bu tartışmalardan çok bunaldı. Belki de ben Kim'i getirmeliyim ama o bunun onun hatası olmadığını söyleyip duruyor. Babası gelmezse, o da gelmeyeceğini söylüyor."

Görüşmeci: "Çocukların büyüme sancıları herkes için zor olabiliyor. İnsanlara yardım etmek için uyguladığımız yollardan biri de aile terapisi. En azından hepiniz ilk birkaç seansa gelebilirseniz çok iyi olur. Kocanız, oğlunuz ve kızınız dışında evde yaşayan başka biri var mı?"

W. Hanım: "Hayır, bu kadar. Bazen sayımız çokmuş gibi geliyor."

Görüşmeci: "Tamam, seanslarımız yaklaşık bir buçuk saat sürmekte; önümüzdeki Perşembe saat 16.00'ya ne dersiniz, herkes için uygun olur mu?"

Bu telefon görüşmesinde gündeme gelen konuların sonsuz sayıda farklı örneğini gerçek hayatta bulabilirsiniz. Danışmanlık için arayan anneler, babalar, aile terapisinin olasılığı hakkında bilgi sahibi olmayabilir ve sıklıkla yaşadıkları sorunlara neyin nasıl yardımcı olabileceği hakkında kafası karışık olabilir. İlk telefon görüşmesi, aile terapisi hakkında küçük bir bilgilendirmeyi de gerektirebilir.

*Ailelerle Karşılaşma ve Karşılama*

Çiftlerde olduğu gibi ailelerle de küçük konuşmalar önemli hususlarla doludur. Genel olarak bazı bireylere odaklı konuşmalar yapmak yerine tüm aileyle ilgi-

li yorumlarda bulunmak daha iyi olacaktır. Bazı kuramcılar, bekleme odasında ilk olarak en genç aile üyelerine yönelmeyi vurgular (Whitaker ve Burnberry, 1988). Fiziksel çevre buna izin veriyorsa danışmanlık odasına geçmeden önce her aile üyesini ismini söyleyerek selamlayın.

*Çift ve Aile Eğitimi*

Bireysel görüşmelerde olduğu gibi çiftler ve aileler de danışmanlık prosedürleriyle, görüşmenin genel planıyla ilgili bilgilendirilmeli ve onlara eğitim verilmelidir. Gizliliği çok dikkatli bir şekilde korumak ve gizliliği ihlal edeceğiniz yasal gerekçeleri vurgulamak önemlidir. Profesyonel etiğin yanı sıra kurumunuza özel uygulama ilkeleri de akılda tutulmalıdır. Örneğin çiftin ya da ailenin her bir üyesiyle ayrı görüşmenizle ilişkili ilkelerinizi, çiftin ya da ailenin bir üyesini çift veya aile meselelerini konuşmak için arayıp aramayacağınızı ve herhangi bir sırrı geçici veya sürekli tutmayı kabul edip etmeyeceğinizi baştan açıklamanız son derece önemlidir. Yaygın bir senaryo şöyle olabilir:

Jill, Betty ve Barney ile ilk defa seansta karşılaşır. Seans, Betty'nin birden ağlayarak Barney'nin onu artık sevmediğinden emin olduğunu söylemesiyle başlar. Barney öfkelenir ve savunmaya geçer; görüşmede sözel olarak baskın hale gelir. Betty seans boyunca ağlar. Jill çiftin geçmiş hikâyesi için her ikisinin de yardım etmesini sağlamak için elinden geleni yapar ama seans zar zor ilerlemektedir. Seans, Jill'in iyi terapi hedefleri koyabilmesi için iki ya da üç seansa daha ihtiyacı olduğunu hissetmesiyle biter. Doldurup bir sonraki seansta getirmeleri için onlara Evlilik Doyumu Ölçeği'ni verir. Sonraki gün, Barney arar ve Jill'e bir başkası ile ilişkisi olduğunu ama Betty'nin bunu bilmemesinin gerektiğini düşündüğünü söyler. Terapiye gelmeyi ise en küçük çocuklarının gelecek sene okuldan mezun olacağı zamana kadar Betty ile kalmak istediğinden dolayı kabul ettiğini söyler. Jill'in o izin vermediği sürece Betty'ye bu durumla ilgili hiçbir şey söylemeyeceğini varsaymıştır.

Sır tutma hakkında baştan itibaren açık davranmak, çift ve aile terapisinde esastır. Aslında Uluslararası Evlilik ve Aile Danışmanları Derneği'nin (UEADB, 1993) etik kurallarında belirtildiği gibi, Jill aksini söylemediyse Barney'nin varsayımı doğrudur:

> Tüm katılımcılarca kabul edilen bir anlaşma olmadığı sürece, bir aile üyesinin bireysel danışmanlık veya konsültasyon görüşmesinde danışmana söylediği şeyler, bireyin izni olmadan ailenin diğer üyelerine ifşa edilemez (s. 75).

Çift ve aile çalışmasında gizliliğin diğer yönleri de özel dikkat gerektirir. Koruyuculuk haklarının yanı sıra çocuğun fiziksel ve cinsel istismarında olduğu gibi

ilişki boşanmayla sonuçlanabilir. Bu olası sonuçları dikkatlice açıklamak ve hem yasaların hem de kurumunuzun ilkeleri hakkında çok açık ve net olmak zorundasınız.

Çifti veya aileyi görüşme sırasında onlardan ne beklendiği ve hangi davranışların kabul edilemez olduğu hakkında bilgilendirmek önemlidir. Çift ve ailelerle çalışan ruh sağlığı uzmanlarının bir çatışmaya, yıkıcı etkileşimlere ve tartışmalara, küfürlere, yüksek sese veya buna benzer şeylere müsamaha gösterme istekleri çeşitlilik gösterir. Yeni başlayanlara, yıkıcı çatışma olasılığına izin vermeyen yönergeler yoluyla kontrolü sürdürmeleri tavsiye edilebilir. Bu konuyu, daha sonra kapsamlı bir şekilde ele alacağız. Çiftler arası çatışmayı sınırlamak için kurallar koymanın bir örneği şöyle olabilir:

> "Betty, Barney, nasıl çalışacağımız hakkında size biraz bilgi vermek istiyorum. Birazdan muhtemelen zor ve duygusal konular hakkında konuşacağız. İkinizden biri amacımızdan çok fazla saparsa veya çok gergin olursa sözünüze karışma hakkım olduğunu söylemek isterim. Bazen danışmanlar çiftlerin büyük bir tartışmaya girmesine yol açabilir ve nasıl gittiğini gözler ancak bu benim çalışma biçimime uymuyor. Bazen zor olabileceğini biliyorum ama karşılaştığınız sorunları yapıcı şekilde çözmek için birlikte çalışacağız."

Lafını hiç sakınmayan, kontrolcü, orta yaşlı bir adamın bulunduğu bir aileyle çalışan öğrencimiz şöyle bir cümle kurmuştu:

> "Bay Smith, bu odanın sadece kısmen ses yalıtımı olduğunu söylemeliyim. Dolayısıyla sesinizi çok fazla yükselttiğinizde sekreterimiz, bekleme odasındaki veya merdivenlerdeki insanlar sizi duyabilir."

Bu noktadan itibaren Bay Smith sesini makul sınırlarda korumada daha başarılı olmuştu.

Bağırmanın ve yıkıcı çatışmanın diğer çeşitleriyle uğraşmanın yanı sıra tarzınız da önemlidir. Çoğu çift ve aile danışmanı, bireylerle çalışanlara göre daha etkin ve yönlendiricidir. Danışan ifadelerini yeniden yönlendirir, başka bir şekilde ifade eder, denetler, farklı oturma düzenlemeleri uygular ve hatta rol oynamalarda birinin dublörlüğünü bile yapabilir. Görev ve ödevler verirler. İletişim, birliktelik, ailelerin ihtiyaçları, kuramsal inançlar ve benzeri konularda küçük dersler verirler. Bu etkinlik ve müdahaleler için danışanları uyarmak gerekebilir.

Çiftler ve aileler, ayrıca danışmanın davranışlarını izleyerek de görüşme süreci ve temel kurallar hakkında bilgi edinebilir. En başta görüşmeci, randevu verirken herkesin görüşmeyle ilgili genel bilgisi olduğundan emin olmalıdır. Bu danışanın, telefonda verilen temel bilgiyi başka bir şekilde açıkça ifade etmesini gerektirir.

Bu bilgiyi, başka bir şekilde ifade ederek danışmanlıkta sır olmayacağı yaklaşımı modellenir:

Görüşmeci: "İkinizle de görüştüğüme sevindim. Sandy, randevu için siz aradınız ve randevu aldınız. Dolayısıyla Miguel'in bizim ne konuştuğumuzu bilmesi gerekli. Miguel, Sandy aradığında, ikinizin de danışmanlığı denemeyi kabul ettiğinizi ama bunun daha çok onun fikri olduğunu söyledi. Doğru hatırlıyorsam geçen sene bir ayrılık girişiminizin olduğunu ancak bunun çocukları çok fazla üzdüğünü ve tekrar bir araya geldiğinizi söyledi. Konuşmamızın tamamını anlamış mıyım Sandy?"

Sandy: "Evet, hemen hemen hepsi bu kadar. Ama burada olmamızın çok daha fazla nedeni var. Miguel oldukça acımasızdı."

Görüşmeci: (bölüyor) "Teşekkürler Sandy. Bu noktada, Miguel'in konuştuklarımızı bildiğinden emin olmak istiyorum ki eşit olalım. Sizi buraya getiren konulara birkaç dakika içerisinde gireceğiz. Miguel, bu anlattıklarım bildiklerinize uyuyor mu?"

Miguel: "Onun aradığını biliyorum ve evet doğru... Açıkçası burada olmaktan çok hoşnut değilim. Ama sanırım çözmek zorunda olduğumuz şeyler var."

Görüşmeci: "Teşekkürler Miguel. Benim bildiklerimi ikinizin de bilmesi önemli. İlişki problemlerinin her zaman iki yönü vardır. Çiftlerle çalışırken iki kişiden birinin bana ayrıca söylediği sırları saklamak, benimsediğim bir kural değil. Nasıl çalıştığım hakkında konuştuktan ve size biraz bilgi verdikten sonra, her ikinize de sorunlu alanlar hakkında soru soracağım, tamam mı?"

Bu hızlı ama önemli değerlendirme, sır tutma konusu ve taraflar ile terapist arasındaki bireysel temaslarla ilgili doğal bir bilgi sunuyor. İlkeler ve yönelimler çeşitlilik gösterebilir; dolayısıyla kendi duruşunuzu oluşturmaya çalışın (kuram, süpervizyon ve kurum politikalarına dayanarak; çift danışanlarla sır tutma konusunda bir tartışma için bkz. *Uygulamaya Geçirme 13.1*).

### Açılış

Bir aile ya da çift görüşmesinde açılış kuramsal yönelime göre değişir. Çiftler için açılışın önemli unsurlarından biri, sonrasında geleceklerden bağımsız olarak, her bireyden neden danışmanlığa geldikleri konusunda oldukça eksiksiz bilgi almaktır. Basit, dengeli bir ifade görüşmenin bu kısmını başlatmaya yardım edebilir. Herkesin eşit derecede katılmasını beklemek gerçekdışı olur ancak açılış aşamasında her üyeyi ayrı ayrı duymak önemlidir.

#### *Çift Danışmanlığında Görüşmecinin Açılış Cümlesi*

Prosedüre bağlı sorular alındıktan sonra, görüşmeci açılışı şu tür ifadelerle yapabilir:

"Sizi buraya neyin getirdiğini ve bir çift olarak neyi çalışmak istediğinizi her ikinizden de ayrı ayrı duymak istiyorum. Kimin başladığı önemli değil ancak ben her ikinizi de dinlemek isterim. Söylenen bazı şeylere katılmayabilirsiniz; birbirinizi dinleyerek bunu da test edebilirsiniz, ben de dinleyeceğim."

İlkin kimin başlayacağına ilişkin kararın nasıl verildiğini gözlemek bilgilendirici olacaktır. Çiftler birbirine karşı duygularını ve danışmanlık hakkındaki düşüncelerini ses tonuyla ifade edebilir. Çoğu durumda, bu duygu ifadeleri çok da gizli olmayabilir.

Bornstein ve Bornstein (1986), açılış ifadesine alternatif şöyle bir örnek sunmaktadır:

> "Bugünkü seans için benim planım şöyle. Birincisi, sizi biraz tanımak istiyorum. İkincisi, sizi buraya neyin getirdiğini bilmek istiyorum. Üçüncüsü, sizi dinlemek istemekle birlikte, bugün size hatırı sayılır sayıda soru soracağım. Son olarak, bitirdiğimiz zaman, size bazı ilk geribildirimler vereceğim ve size yardımcı olup olamayacağımı belirteceğim (s. 54)."

Bu açılış cümlesinde, görüşmecinin çifte daha genel bir yapı ve yönlendirme sağladığına dikkat edin. Bornstein'ların açılış cümleleri davranışçı yönelimlerini de içermektedir. Bu söylemle çift görüşmesinin yönü ve gidişatı da kontrol etmek istenir.

**Uygulamaya Geçirme 13.1**

**Sır Tutmak ya da Tutmamak**

Biraz önceki örnekte Miguel ve Sandy'nin durumunu ele alalım. Aşağıdaki senaryoları hayal edin:

Randevu için ilk defa aradığında Sandy, Miguel'in oldukça depresif ve aşırı halsiz olduğunu söylemişti. Ona karşı artık hiçbir cinsel ilgi göstermediğini ve bunun da yaşadığı depresyondan kaynakladığına inandığını belirtti. Ayrıca Miguel'in babasının geçen sene intihar ettiğini de ekledi. İlk seansta bu bilginin ne kadarını Miguel'e tekrar söylerdiniz?

Randevu için ilk defa aradığında Sandy, geçen yıl evlilik dışı bir ilişkisinin olduğunu ancak diğer adamla görüşmeyi sonlandırdığını söylemişti. Ayrıca Miguel'in bu ilişkiden haberi olmadığını ve bunu söylemesinin gerekli olup olmadığından emin olmadığını da eklemişti. Çift terapisinde sır tutma ilkeniz hakkında ona ne söylerdiniz?

**Uygulamaya Geçirme 13.1 (devamı)**

Miguel, ilk randevu için sizi arıyor ve Sandy'ye karşı cinsel ilgisini kaybettiğini çünkü Sandy'nin geçtiğimiz iki yılda 20 kilo aldığını söylüyor. Ayrıca porno bağımlılığı geliştirdiğini ve Sandy'yle zaman geçirmek yerine internette zaman harcadığını da ekliyor. İlk seansta her iki bilgiyi Sandy'yle paylaşır mıydınız? Peki ya Sandy randevu için aramış olsaydı ve aynı durumu (20 kilo aldığını ve Miguel'in porno bağımlılığı geliştirdiğinden şüphelendiğini) tarif etmiş olsaydı? Bu bilgiyi ilk görüşmede Miguel'le paylaşmaya ne kadar istekli olurdunuz?

Önceki senaryolarda görebildiğiniz gibi bir çiftle ilk seansta neyi paylaşacağınıza karar vermek oldukça zorlayıcı olabilir. Arayanın size söylediği her şeyi, her zaman söylemeniz ilkeniz olmalı mı? Olmalıysa sizi arayan kişi tüm ilişki problemlerini anlatmaya başlamadan önce bu ilkeyi açıklamalı mısınız? Bunun yerine, ilk arayanın söylediklerini seçerek mi hatırlarsınız? Bunlardan daha sonra mı bahsedersiniz? Bahsetmezseniz bu tavrınız ilk arayan kişiye sır tutma ve olası ittifak hakkında ne mesaj verecektir?

Çift terapisi için telefon aramalarına cevap vermeden önce, ilkeleriniz hakkında net olmalısınız. Toplumumuzda sadece sır tutmayı reddeden değil, aynı zamanda olası danışanlara herhangi bir aşk ilişkisi olup olmadığını direkt olarak soran bazı terapistler de vardır. Arayan kişi, evlilik dışı bir aşk ilişkisi olduğunu (ya da şüphelendiğini) belirtirse bu terapistler "aşk üçgeni" çiftler tarafından tartışılıp sonlandırılmadıkça terapiyi başlatmayı reddedebiliyor.

Kendi kişisel duruşunuzu düşünün. Romantik ilişkilerde sır tutar mısınız? Başka biriyle aşk ilişkisi olan çiftlerle çalışır mısınız? Bu konulardaki duruşunuza nasıl karar verirsiniz?

*Dengeyi Korumak*

Hem o an konuşan kişiye hem de diğerine aynı zamanda kulak vermek önemlidir. Öfke, acı veya anlaşmazlık hakkında sözel olmayan işaretler gözlemlerseniz şunu söyleyerek dengeli bir yaklaşım modelleyebilirsiniz:

"Bir dakika Betty. Barney'nin bir şey söylemeye ihtiyacı varmış gibi görünüyor. Biliyorum henüz konuşmanı bitirmedin ama sadece ona bir soralım."
(Barney'ye döner) "Barney, Betty televizyonla ilgili konuşurken geriye çekildiğini ve uzağa baktığını fark ettim. Betty düşüncelerini açıklamayı henüz tamamen bitirmedi. Onun bitirmesini beklemek ve senin bu konudaki görüşlerini almak senin için uygun olur mu, hemen şu an söylemek istediğin bir şey var mı?"

Her ne kadar gelme nedenlerini öğrenmeye yeni başlamış olsanız bile, başlangıçtaki iletişimlerini etkin bir şekilde yapılandırarak tarzınızı ve yöneliminizi modelliyorsunuz. Çiftin bir üyesine diğerinin gösterdiği sıkıntıyı görmezden gelmesine müsaade etmek, kötü bir modelleme olur; ayrıca denge ve adil tutum iyi bir çift çalışması için esastır. Bu nedenle Barney televizyonla ilgili Betty'nin yorumunu düzeltmesi gerektiğini belirtiyorsa ona biraz zaman verin, kaygılarını özetleyin ve şunu söyleyerek Betty'ye geri dönün:

"Teşekkürler Barney. Bazı farklılıklarınızın olduğunu bilmek faydalı oldu. Bahse girerim, ikinizin fark edemediğiniz oldukça fazla şey keşfedeceğiz ama bunun üzerinde çalışacağız. Şimdi, Betty'nin devam etmesine izin verelim."

Görüşmecilerin danışanların sıkıntılarının sözel olmayan işaretlerine yönelmeleri önemli olsa da bazı danışanların davetsiz sözel olmayan mesajlarla durmadan eşlerinin sözünü kestiğini fark etmek de eşit derecede önemlidir. Sözel olmayan söz kesme işaretleri bir kalıp olmaya veya farklı bir şekilde problem olmaya başlarsa görüşmeciler sözsüz tepkileri gözlemlemeye ancak önemsememeye başlamalı:

"Bir saniye bekleyin. Barney'nin sizin söylediklerinize oldukça güçlü bazı tepkiler verdiğini görebiliyorum. Barney, sinirlenmeye başladığının farkındayım ancak tepkilerini kontrol etmeni ve sadece buraya danışmanlık için sizi neyin getirdiğine ilişkin Betty'nin yorumlarını dinlemeye çabalamanı istiyorum. Bir dakika içinde kendi bakış açını söyleme şansını bulacaksın."

*Çift Etkileşimlerini ve Davranışını Değerlendirmek*

Çiftler danışmanlığa gelmedeki ana nedenlerini tartıştıkça onların etkileşimini ve davranışsal eğilimlerini gözlemlemek faydalı olacaktır.

Çiftlerin yakınlık ve özerklik ihtiyaçları genellikle birbirinden farklıdır. Örneğin bir eş (doğrudan ya da dolaylı) yalnız kalmaya ve ilişkiden zaman zaman uzaklaşmaya dair güçlü bir istek belirtirken diğer eş daha fazla birlikte zaman geçirmek için sürekli baskı yapabilir. Bu yakınlık ve özerklik farklılıklarının başlangıç görüşmesinde ortaya çıkması alışılmadık bir durum değildir. Bazen, bu bir kovalamaca sahnesi ya da bir drama hissini verebilir: Bir eş kovalarken diğeri saklanmak için çabalıyor.

Yakınlık ve özerklik konuları bazen genel cinsiyet farklılıklarına atfedilir. Bu çerçevede erkek daha soğuk, daha uzak ve daha özerk görülürken kadın daha sıcak, daha yakın ve daha samimi görülebilir. Çift çatışmalarının öncelikli olarak kadın-erkek farklılıklarından kaynaklandığını düşünmek her ne kadar faydalı ve hatta bazen istenir bir durum olsa da cinsiyet odaklı davranış modellerini aşırı kullanma ve istismar etme eğilimi olabilmektedir (Gray, 1992; Tannen, 1990).

Doğrusu, çiftlerle yaptığınız çalışmada erkeklerin çoğunlukla özerklik, kadınların çoğunlukla yakınlık aradığı kanısına varabilirsiniz ancak bu tür bir gözlem, erkeklerde özerk bir tarzın ve kadınlarda yakın bir tarzın ya normal ya da istenir olduğunu varsaymanıza neden olmamalı. Bunun yerine çift dinamiklerini daha derinlemesine anlamak ve böylece çiftin daha uyumlu veya sağlıklı bir dinamiğe ulaşmasına yardımcı olmak için eş tercihlerini ve eğilimlerini gözlemlemelisiniz.

Son zamanlarda, Washington Üniversitesi'nden bir evlilik ve aile araştırmacısı olan John Gottman, çiftlerle yaptığı bir çalışmada "duygusal tekliflerin" önemine odaklanmıştır (Gottman & DeClaire, 2001). Eşlerin birbirlerine duygusal teklifler sunduğunu ve ilişki sağlıklıysa birbirinin duygusal ihtiyaçlarını empatik olarak algılayıp cevap verdiğini vurgulamaktadır. O zaman örneği şu senaryoyla devam ettirelim. Betty şunu iddia edebilir:

"O futbol maçı izlerken ben tüm cumartesi gününü garajı temizleyerek geçirdim. İçeri geldiğimde ve ona her şeyi bitirdiğimi söylediğimde, bana sadece 'Delikanlı, küçük garajı temizlemen kesinlikle çok uzun zaman aldı,' diyerek dalga geçti."

Gördüğünüz gibi Betty duygusal destek ve ilişki teklifi öneriyor; hem de tam Barney'nin tamamen gözden kaçıracağı bir teklifle bulunuyor. Kaçırılan bu fırsatları gözlemek, görüşmecilerin olumsuz iletişim yapılarının iç yüzünü anlamalarına yardımcı olabilir.

*Aile Görüşmesinin Açılış Cümlesi*

Yönlendirme gerekçeleri ve kuramsal yönelim, bir aile görüşmecisi olarak açılış cümlelerinizin hem tonunu hem de içeriğini belirleyecektir. Bazen gerginlik yüksek olduğunda, hafif bir mizah içeren şöyle yorumlar yararlı olabilir:

"Sanırım neden hepinizi birden çağırdığımı merak ediyorsunuz."

"Sizin gibi hoş bir ailenin böyle bir yerde ne işi var diye düşünüyor olabilirsiniz."

Yalnız mizahın dozunu ayarlamak da önemlidir. Mizah, klinik yargı ve en azından görüşmeci için belirli bir rahatlık düzeyi gerektirir. Herkesi yerleştirdikten sonra, insanlara geldikleri için teşekkür etmek ve şöyle bir şey söylemek de faydalı olabilir:

"Önümüzdeki zamanı birbirimizi tanıyarak geçireceğiz. Konuşmanın bazı kısımlarını ben yapacağım ve her biriniz konuşma fırsatı bulacaksınız. Neler olduğu ve sizi buraya neyin getirdiği hakkında bir fikir edinmem son derece önemli. Umarım aile terapisinin size nasıl yardımcı olacağı hakkında da konuşabiliriz."

Aile terapisinde açılışlar, görüşmecinin kuramsal yönelimine bağlı olarak çok çeşitlilik gösterebilir. Diğer örnek bir yaklaşım da Virginia Satir'den (1967):

İlk görüşmede, terapist odadaki herkese terapiden ne beklendiği ve ne istendiği ile ilgili sorular sormaya başlar:

"Buraya neden geldiniz?"

"Ne olmasını bekliyor veya umuyorsunuz?" "Burada neye ulaşmayı umuyorsunuz?" (s. 109)

*Ailelerde Dengeyi Korumak*

Aile çalışmalarındaki klasik bir durum "tanımlanmış hasta" (Goldenberg & Goldenberg, 2000; Patterson, Williams, Grauf-Grounds & Charmow, 1998), yani ailenin bir üyesinin bütün aile problemlerinin nedeni olarak öne çıkması durumudur. Satir (1967), ailedeki rahatsız bir bireyin aile içindeki dengesizliğe tepki verdiğine ve gösterdiği belirtiler yoluyla ailenin sıkıntısını azaltmaya çalıştığına dikkat çeken bir uygulamacıydı. Bu tür durumlar, aile çalışmalarında dengenin korunmasının herkese konuşma şansı verilmesinin de ötesine geçmesi gerektiğini hatırlatmaktadır. İlk görüşmenin ilk açılış dakikalarında bile temel görevlerinizden biri, bir üyeye ailenin geri kalanı tarafından saldırılmadığından ve o kişinin günah keçisi yerine konmadığından emin olmaktır. Sistemi nasıl ve ne zaman değiştirmeye başlayacağınızı belirlemek de sizin görevinizdir. Yine kuram, süpervizyon ve deneyim, bu önemli beceriyi geliştirmenin temel öğeleridir.

## VAKA ÖRNEĞİ

Ragsdale-Hagan ailesi terapiye, dokuz yaşındaki kız kardeşi Sira'ya karşı aşırı derecede saldırgan davranışlar gösteren, 14 yaşındaki Theo için gelmişti. Ebeveynler, Thomas ve LaChelle, bunun üstesinden nasıl geleceği konusunda değilse de Theo'nun yoldan çıktığı konusunda uzlaşmıştı. Temel gizlilik bilgisini ve danışmanın açılış cümlesini duyduktan sonra, Thomas yere baktı ve oğlunun kız kardeşine ciddi olarak zarar vermeye meyilli gibi göründüğünden acı acı yakındı. "Theo'ya günde en az bir kez vurmalıyım. Belki de daha fazla. Ama annesi bunu duymak dahi istemiyor." LaChelle elini Thomas'ın koluna koydu ve "Sen ona vurdun diye o değişmeyecek ki değil mi Theo?" dedi. Theo danışmana dönerek "O benim gerçek babam değil. Uzun zamandır annemle birlikte, tamam ama benim gerçek babam değil. Ama Sira'nın babası," dedi. Hemen ardından ebeveynler biyolojik bağın önemsiz olduğundan söz etmeye başladı. Theo açık bir şekilde etkileşimi yönlendiriyordu. Sira ise tamamen sessizdi. Bu durumda, dengeyi sağlamak için görüşmecinin araya girmesi ve konuşmayı Sira'yı da içerecek bir yöne çekmesi gerekti.

*Aile Etkileşimlerini ve Davranışlarını Değerlendirmek*

Açılıştan sonlandırmaya kadar aile terapistinin gözlem gücü, en üst düzeyde tetikte olmalıdır. Aile, sizin danışanınızdır. Aynı anda hem sizinle hem de kendi üyeleriyle her zaman iletişime geçen karmaşık bir yapıdır. Her an ortaya çıkan bildirimleri yönetmeyi bir kenara bırakın takip etmek ve gözlemek bile şaşırtıcı ve hatta iç karartıcı olabilir. Ancak bu tür bir gözlem ve yönetim çoğu terapi yaklaşımı için kritiktir. Hem sözel hem de sözel olmayan iletişim kalıplarına dikkat etmek önemlidir.

## VAKA ÖRNEĞİ

Dört kişilik bir aile, en küçük kızlarının (14 yaş) çok fazla "tuhaf" düşüncelerinin olduğunu söyleyip bu düşüncelerden dolayı onun "deli" olup olmadığını merak ettiğini belirterek danışmanlığa gelmişti. Kızları, kalabalıktan korktuğunu söylüyordu, geceleri uykuya daldığında sesler duyuyordu, erkek arkadaşına aşırı bağlanmış gibi görünüyordu, okuldan kaçıyordu ve beklenenden daha az başarı gösteriyordu. Büyük kızları artık aynı evde yaşamıyordu. Danışman bireysel terapinin mi aile terapisinin mi daha iyi olacağına karar vermek için her iki ebeveynden de ilk görüşmeye kızlarıyla katılmalarını istemişti. Ebeveynler iş hayatları, dini inançları hakkında konuştu ve kızlarıyla gurur duyduğunu söyledi. Kızları sözel olarak da aktifti ve laf arasında sık sık örneklendirdiği bir espri anlayışı vardı. Ebeveynler kızlarını aşırı derecede suçlamıyordu ve onun iyiliği hakkında endişelerini ifade ediyordu. Öğrenci görüşmeci, gelişmiş kelime dağarcıkları ve açık iletişimlerinden oldukça etkilenmişti. Danışanların çok hoş, normal bir aile olduğunu düşünmeye başlamıştı. Sonra gözünün ucuyla kızın ayakkabısını çıkardığını ve çıplak ayağıyla babasının ayakkabısının üstüne vurduğunu fark etti. Baba bu olayı tamamen görmezden geliyordu ve kız da buna dikkat çekmek için ekstra hiçbir şey yapmıyordu.

Söylemeye gerek yok, bu ilk görüşmede alışıldık bir baba-kız davranışı değil. Bu davranış öğrenci danışmanı, yüzeyde görünenden daha fazlasının olduğu hakkında uyardı. Her ne kadar daha fazla ilişki geliştirene ve dinamikler hakkında daha fazla şey bilene kadar ayak vurmaya dikkat çekmek bir hata olsa da danışanın gözlemleri, olası problem alanlarını daha derinlemesine araştırmasına neden oldu. Süpervizörünün kuramsal yönelimiyle de tutarlı olacak şekilde, üyelerle bireysel olarak ve ailedeki ittifaklar ile bu ittifakın nedenlerini anlamak için ikili olarak da görüşmesi gerektiğine karar verdi.

*Gelişme*

Aile ya da çift görüşmesinin gelişme aşaması, açılış gibi, görüşmecinin kuram-

sal yöneliminden güçlü bir şekilde etkilenir. Başlıca şikâyet(ler)i duyduktan sonra, soruşturma problem alanlarıyla ilgili temel duygulara, davranışlara ve düşüncelere (veya inançlara) yönlendirilir. Ancak bu alanlara daha derinlemesine inmeden önce herkesi konuşturmak, onlara ödev vermek, dinleme becerisi uygulaması, ölçekler ve benzeri gibi belirli tekniklerin kullanımını da içeren, sizi yönlendirecek kuramsal yöneliminizi açıklamak uygun olacaktır. Her kişinin stratejilerinize ve planlarınıza katılmaya veya işbirliği yapmaya istekliliklerini devamlılık arz eden bir biçimde değerlendirmek önemlidir.

### Çiftlere Yönelik *Kuramsal Yönelimler*

Çiftlerle çalışmaya başlamanın birçok yolu vardır. Bazıları geleneksel psikoterapi kuramlarına dayalıdır ve bazıları –özellikle gelişmiş cinsel işleve ya da tam aksine çiftlerin birbirlerine nasıl bağlı olmaları gerektiğiyle ilgili dini inançlarla uyum göstermeye yönelen terapi gibi– daha beceri –veya değer– temelli olabilir (Gurman, 2008; Nut, 2005).

Davranış yönelimli terapistler çift ortamındaki istenen ve istenmeyen davranışları sistematik bir şekilde inceler. İlişkilerini olumlu ve tatmin edici olarak derecelendiren çiftlerin genellikle daha sık karşılıklı mutluluk verici ve karşılıklı eğlenceli etkileşimler anlattıklarını vurgulamaktadır (Gaspar, 2006). Ancak bir eşin diğerinden ne istediğini değerlendirirken davranışçılar dikkatlice ilerler. Şu örneği hayal edin:

**Görüşmeci:** "Her birinizden, ilişkinizde olumlu bir değişim yaratmak için karşı taraftan ne yapmasını beklediğinizi söylemenizi istiyorum."

**Yoko:** "Biraz daha az çalışmasını, evde daha çok bulunmasını ve beni eleştirmeyi sonlandırmasını beklerdim."

**Brandon:** "Şaka mı yapıyorsun? Bunlar bana zaten her gün söylediği şeyler. Terapiye, bunları duymak için gelmedim!"

Davranışçı yaklaşım açısından bu etkileşim, Yoko ve Brandon'un ilişkisinde zaten var olan eski bir örüntü örneğini yansıtmaktadır. Bunun yerine, görüşmeci her bir partnere, ilişkiyi daha iyi hale getirmek için neler yapabileceğini sormalıdır.

**Görüşmeci:** "Brandon, Yoko ile ilişkinizi geliştirmek için ne yapmayı isterdin? İlk olarak senden duymak istiyorum. Sadece ne yapabileceğini ve neyin yardımcı olabileceğini söyler misin? Yoko'nun yapmasını beklediklerin veya istediklerin değil."

**Brandon:** "Peki, sanırım işim ile ilgili daha az şikâyet ederse onunla daha çok vakit geçirmek isterdim."

**Görüşmeci:** "Bir saniye lütfen. Brandon unutma lütfen, şu an sadece senin ne yapmak isteyeceğini-tamamen senin yapabileceklerinden söz ediyorum, söylemeni rica ediyorum, onun değil. Ona daha sonra geleceğiz ama şimdilik o ne yaparsa yapsın, senin yapabileceklerini duymak istiyorum."

**Brandon:** "Hımm peki. Onunla daha çok dışarı çıkmak ve çocuklarla birlikte evden uzakta bir hafta sonu planlamak isterdim."

Bu örnekten çiftler için doğrudan partnerleri hakkında konuşmak veya yorum yapmak ile ilgili ne kadar hevesli olduğunu görebilirsiniz. Davranışçı yönelimli bir görüşmeci, her iki partnere yardım etmeye çalışmalı ve çiftler arası olumsuz ilişki örüntülerine geçmeden önce olumlu davranışlara odaklanır.

Bilişsel yaklaşım açısından çift görüşmesinin gelişme bölümünde, aktif değerlendirme ve çiftler arasındaki çatışmada rol oynayan bilişler hakkında bilgilendirme rol oynamaktır. Bir önceki Yoko ve Brandon örneğinde görüşmeci, diğer kişinin davranışlarına dair algıyı ve atıfları bir başka bakış açısından yeniden değerlendirmelerine yardımcı olmaya çalışıyor. Örneğin Yoko'nun eşinin iş temposuna yönelik yorumuyla ilgili Brandon'un olumsuz tepkisinin ardında, onu önemsemediği veya yetersiz gördüğü düşüncesi yatıyor olabilir. Burada Yoko'nun yorumu ise aslında kendisi ve ilişkisine ilgi gösterme isteği ile ilişkili. Görüşmeci danışanların birbiri hakkında varsayımlarını anlamasını sağlamaları için çaba gösterirken çift de yorumlarını ve düşüncelerini daha iyi değerlendirebilir ve olumlu bir anlam yüklemeye başlayabilir.

İlişki geliştirme çift çalışmasında, danışan odaklı terapistlerin profesyonel olarak kullandığı becerilere oldukça benzeyen ve birbirini dinlemeye dayalı bir çift becerisi öğretmeye odaklanan Carl Rogers'ın danışan odaklı kuramından oldukça fazla yararlanılır (Guerney, 1977). İmago ilişki terapisini (Hendrix, 2007) ve iletişim terapisini (Young-Eisendrath, 1993) içeren çok sayıda çift terapisi yaklaşımında, Jungçu terapi ve kavramlar vurgulanmıştır. Bu ve diğer birçok çift terapileri, en azından bir dereceye kadar çift iletişimi yönelimini içerir. Başlangıçta çift iletişimi yönelimli bir görüşmeci, görüşmenin gelişme aşaması esnasında çiftleri temel dinleme becerileri hakkında bilgilendirmeye başlayabilir ve bu becerilerin gücünü, etkinliğini kanıtlamak için her iki üyeye basit bir veya iki farklı sözcükle açıklama denemesi yaptırabilir (Bornstein ve Bornstein, 1986). Her eşin birbirini dinlemek ve birbirleriyle paylaşmak için zaman harcamasını gerektiren ödevler verebilir.

İletişim becerileri hakkında çiftleri eğitirken tartışılan ortak bir konu, danışanların seansta sözel iletişimlerini kime yönlendirmeleri gerektiğidir. Çiftler sorun ve çatışmalarını bazen sanki diğer insanlar orada yokmuş gibi doğrudan görüşmeciyle tartışmaya başlayabilir. Bu doğal olabileceği halde, iletişim becerilerini vurgulayan terapistler danışanlara genellikle şuna benzer bir şey söyler:

"Biliyorum, bu tuhaf gelebilir ama burada çoğu zaman ikinizin birbiriyle konuşmasını istiyorum. Yani yorumlarınızı ve sorularınızı bana yönlendirmek yerine birbi-

rinize yönlendirmenizi istiyorum. Her ikinizle de alakalı olan bir şey hakkında konuşurken birbirinize bakmanızı ve birbirinizle konuşmanızı istiyorum. Sözünüzü kesmek ve iletişim tarzınızı değiştirmenize yardım etmek benim işim ancak bunu en iyi sizi birbirinizle iletişim kurarken izlersem yapabilirim."

Bu yönlendirmeden sonra bile çiftler şu açıklamaları yapmak için görüşmeciye dönmeye devam edebilir:

"Ben sadece benimle ilgilenip ilgilenmediğinden emin değilim. Eve geliyorum, 'merhaba' diyor ama bir sohbet başlatmıyor. Kendimi çok yalnız hissediyorum."

Bir iletişim modelinde, görüşmeci müdahalesi genellikle şöyle olabilir:

"Barney'e dönmeni ve söylediklerini yeniden ifade etmeni istiyorum ama bu sefer, ona doğru konuş."

Bu modelin temelinde yatan varsayım, Betty ve Barney'nin görüşmeciyle etkili bir şekilde iletişim kurmayı öğrenmelerindense birbirleriyle etkili bir şekilde iletişim kurmayı öğrenmelerinin onlar için daha önemli olduğudur (Bornstein ve Bornstein, 1986).

Önceki tanımlamalar çift danışmanlığı yöntemlerinin hiçbir şekilde detaylı bir listesi olamaz. Başka birçok yaklaşım da vardır. Bu farklı yaklaşımlara gereğince odaklanmak için orijinal metinleri okumaya, özel eğitim ve süpervizyon almaya gereksinim duyacaksınız.

*Ailelere Yönelik Kuramsal Yönelimler*

Çoğu aile terapisi kuramcısı ve yöntemleri, sistematik (Goldenberg ve Goldenberg, 2000) veya ekolojik (Brofenbrenner, 1979, 1986) bakış açısını benimser. Bu tür bakış açıları, birbirlerine oldukça benzese de danışmanlığı bireyin ve hatta ailenin patolojisini iyileştiren veya ortadan kaldıran bir süreç olarak görmez. İşlev bozukluğunun sergilendiği ortam en az işlev bozukluğu kadar ve bazı durumlarda bozukluktan da fazla önemlidir. Aile yönelimli kuramcılar ve terapistler sadece bireylere ve hatta çekirdek ailelere odaklanmanın ötesinde Whitaker'ın sembolik-deneyimsel aile terapisinden farklılaşma ve çok kuşaklı aktarım kavramlarının öne çıktığı Bowenian kuramına ve terapisine kadar, daha geniş bir ilgi alanına sahiptir (Goldenberg ve Goldenberg, 2000).

Ailelerle çalışırken kullanilabilecek kuramsal yaklaşımlar çok çeşitli olduğu ve burada amaç aile/çift görüşmeleri olduğu için onları tek tek ele almayağız. İlgilenenler "Önerilen Kaynaklar ve Okumalar" kısmına bakabilir.

*Ele Alınacak Ortak Alanlar*

Çiftlerde ve ailelerde kuramsal yönelime bakılmaksızın dikkate alınması ve çoğu durumda başlangıç görüşmesinin gelişme aşamasında incelenmesi gereken belirli değerlendirme alanları vardır. Bu alanlar aşağıdaki ayrımda tanımlanmıştır. İlk üç değerlendirme alanı –cinsellik, para ve bağlılık düzeyi– çiftlere özeldir.

*Cinsellik*

Romantik ilişki içinde olan çiftlerle çalışırken cinsel yakınlık doyumu değerlendirilmesi gereken temel alanlardan biridir. Ancak cinsel işleyişle ilgili sorular sormak, görüşmecilere zor gelebilir. Dolayısıyla alışılmadık veya zor soru sorma pratikleri yapmalısınız. Görüşmeciler için en çok sevdiğimiz ödevlerden biri de şudur: Önümüzdeki hafta boyunca, partnerinizle kalabalık bir restoranda cinsel hayatınızı yüksek sesle konuşarak birkaç saat geçirin.

Elbette bu ödevi verdikten sonra, şu ifadeyle devam ederiz: "Bu ödevi yapmak istemezseniz partnerinizle oldukça özel ve güvenilir bir ortamda sessizce seksi tartışın." Asıl mesele şudur: Çiftler gibi görüşmecilerin de cinsellikten bahsederken rahat olmaları gerekir.

Çiftlerin seks hayatlarına dair sorularınıza cevap verirken muhtemelen sizin sorarken hissettiğinizden daha zor zamanlar geçirdiği gerçeğini düşünerek rahatlayabilirsiniz ki böylece çiftin yaşamına odaklanabilesiniz. İlk görüşmede cinsellik hakkında soru sormanız iyi olacaktır; sorduğunuz zaman hemen, "Oh, iyi. O alanda iyiyiz" cevabı alabilirsiniz. Daha fazla güven oluştuktan sonra, cinsel işlevsellikle ilgili sorulara verilen çok farklı cevaplarla karşılaşabilirsiniz. Önemli olan sizin cinsel yaşam, uyumluluk ve doyum hakkındaki sorularınızı doğal ve ilgili biçimde sormanızdır.

*Para*

Cinsellik hakkında konuşmaktan daha kolay olsa da para çiftler için genellikle zor konulardan biridir. Para ile ilgili sorular faturaları kimin ödediği, mevduat hesaplarının ortak mı ayrı mı olduğu, para biriktirme ve harcama konusunda anlaşma olup olmadığı ve benzerini içerir. Çiftlerin ilişkilerinde parayı nasıl yönettiğini değerlendirerek görüşmeciler, ilişkide gücün de nasıl yönetildiğini (ya da istismar edildiğini) bir an için görebilir.

*İlişkiye Bağlılık Düzeyi*

Çiftlerin sadece az bir kısmı, danışmanlığa sırf ilişkilerini iyileştirmek için gelir. Heyecanla ve ilişki doyumlarını artıracak yolları keşfetmekle ilgili bir şekilde danışmanlığa gelir, kendilerini ilişkiyi sürdürmeye tamamen adamıştır. Diğer çiftler ise danışmanlığa, ilişkilerindeki belirli can sıkıcı alanları düzeltmek veya bu alanlar üzerinde çalışmak için gelir. Ancak henüz ilişkilerini ciddi olarak sonlandır-

mayı düşünmemişlerdir. İlişkilerine bağlıdırlar ama önemli sıkıntılar yaşıyorlardır. Bunlarla beraber, diğer bazı çiftler de danışmanlığa ilişki bağlılıklarında bariz bir dengesizlikle gelir; biri ilişkide kalıp kalmamayı derinlemesine düşünürken diğeri umutsuzca bir şeyleri birlikte tutmaya kararlıdır. Bir de son çare olarak danışmanlığa gelen çiftler vardır; birbirlerine çok bağlı değildir ve ilişkilerini sürdürmek için çok az umutları vardır.

Ya doğrudan ya da dolaylı bilgi aldığınız çiftin, bu farklı noktalar arasında nerede durduğu hakkında net bir fikir edinmelisiniz. Stuart'ın Çiftler İçin Danışmanlık Öncesi Envanteri, görüşme esnasında diğer partnerin önünde direkt sorulara muhatap kalmadan cevaplanabilecek ve görüşmeciye ilişkiye bağlılık konusunda bilgi verebilecek sorular içermektedir. Çift ilişkisine yönelik diğer ölçekler, 280 maddelik Evlilik Doyumu Ölçeği (Snyder, 1979) ve 32 maddelik İkili Uyum Ölçeği (Graham, Liu & Jeziorski, 2006) olabilir.

*Aile Kökeni*

Her kişinin yetiştirilmesine ve ilişki kalıplarının ailesel kökenlerine uzun bir zaman ayırmak kesinlikle mümkün değildir. Ancak bu önemli alana en azından bir göz atmak hem çift hem de aile çalışmasında faydalı olacaktır. Çiftin her iki üyesinin de ilişkiler, ölümler, boşanmalar ve benzeri şeylerle ilişkili aile hikâyesini içerecek şekilde tasarlanan formlarla çok miktarda bilgi elde edebilirsiniz. Kardeşlerin evlilikleri hakkında da bilginizin olması faydalıdır. Ancak yeni başlayan görüşmecilerin çiftlerle çalışırken akıllarına şöyle bir soru gelebilir: Çiftlerin çözülmemiş aile kökenli mevzularını başlangıçta yorumlamalı mıyım?

Çözülmemiş aile kaynaklı konuların, çift veya evlilik etkileşimini ciddi biçimde etkileyeceği düşüncesine rağmen, ilk görüşmeler esnasında aile kökeni temelli çift çatışmaları yorumlarına karşı sizleri uyarmalıyız. Zamanından önce yorumlama, genellikle uygun değildir ve şüphesiz çiftlerin keyfini kaçırabilir. Bunun yerine, aile kökenli mevzuların çift çatışmasını artırdığını belirten bir not alın. Ek olarak, bu olasılığı kabul etmek uygun olabilir ancak ilk görüşmede bu dinamiklerin tanımlanması uygun olmayabilir. Örneğin:

> "Her ikinizin de muhtemelen bileceği gibi çocukluk deneyimleriniz, annenizle ve babanızla, kardeşlerinizle ilişkileriniz birbirinizle ilişki biçiminizi şekillendirebilir. İkinizde durum böyle mi emin değilim ancak birlikte çalışırken arada bir aile kökenli deneyimlerinizin sizin şu anki çatışmalarınıza ve bu çatışmaları çözmeyi denemek için gittiğiniz yollara nasıl katkıda bulunduğu hakkında konuşmak bizim için faydalı olabilir. Ancak bu sizin ilk seansınız olduğu için çocukluk deneyimlerinizin ilişkinizi nasıl etkiliyor olabileceği hakkında tahminler yürütmeye çabalamayacağımı söylemeliyim."

Bazı kuramsal bakış açılarının da önerebileceği gibi aile kökenli mevzular, ilişkiyi ciddi bir biçimde etkiliyor olabilir. Ancak bu, danışanın farkındalığının dışında da olabilir (Gurman, 2008; Odell ve Campbell, 1998). Sonuç olarak, psikanalitik yorumlarda olduğu gibi (Bölüm 5'te tartışılan) aile kökenli yorumları da etkili bir şekilde kullanmadan önce yeterli uyumlu/olumlu ilişkiyi kurmayı ve destekleyici bilgiyi (veya veriyi) almayı beklemeniz gerekir. Bir aile terapisi tekniği olarak kuşaklar arası aile konularını yorumlamak, muhtemelen daha az korkutucudur ancak bu konuya dikkatli bir şekilde yaklaşılmalıdır.

*Soy Ağacı (Genogram)*

Aile terapisi yaklaşımlarının çoğu ve çift terapisinin bazıları, her ebeveyni, üvey ebeveynleri ve üvey kardeşleri içeren, şematik bir aile ağacı çizimini kullanır. Yapım yönergelerinde küçük farklılıklar olsa da temel bir soy ağacının nasıl yapılacağını bilmek ailelerle çalışırken çok önemlidir (McGoldrick, Gerson & Petry, 2008; Shellenberger, 2007). Danışman, görüştüğü aileyle gerçekten bir soy ağacı yapmayabilir ama onu tamamlayacak kadar veri toplayabilir. Bunu ailelerle tedavinin başlarında yapmak yaygın görülen bir etkinliktir. Görüşmecilere soy ağaçlarını nasıl tamamlayacaklarını gösteren birçok kitap bulunabilir (McGoldrick ve ark., 2008; Shellenberger, 2007).

*Aile Terapisi Hedeflerini Belirlemek*

Çoğu aile terapisti, görüşmenin gelişme aşamasında bilgi toplarken ailenin her üyesine sistematik bir şekilde yönelerek dengeyi korur. Örneğin Lankton, Lankton ve Matthews (1991), "Biz her zaman her üyeye ailede neyi değiştirmek istediğini sorarız ve üyeler birbirleriyle çelişiyor olsa bile aldığımız her cevap, bir hedefin temeli olmaya başlar" (s. 241) demektedir.

Aile terapilerinde hedefleri belirlemede kilit nokta, dahil etmeyi vurgulamak ve kimseyi günah keçisi yapmamak veya sürekli tanımlanmış hastaya odaklanmayı en aza indirmektir. Tüm aile üyelerinin güçlü yönlerinin ve eksikliklerinin çeşitleri ile özelliklerini keşfederek ve bunların tanımlanmış hastayı nasıl etkilediğini belirlemeye başlamak çok önemlidir (Falloon, 1988).

*Değişiklik Yapmaya İsteklilik*

Çift görüşmesinde bağlılık seviyesinin doğal sonuçlarından biri, her bireyin ev ödevi yapmaya, yeni şeyler denemeye, değişiklik denemeye ve yeni bakış açılarını sınamaya isteklilik düzeyidir. Doğrudan sormanın yanı sıra bu alanı ölçmenin iyi yollardan biri her üyeye görüşme esnasında yeni bir davranışı veya dinleme becerisini denettirmektir. Bu, şunu söylemek kadar basit olabilir:

"Barney, Betty'nin elini bir dakikalığına tutup öylece bekler misin?"

"Bayan Mathew (anne), sanki siz ve Karen (kızı) birbirinize herkesten daha yakın oturuyorsunuz. Bay Mathew (baba), siz eşinize biraz daha yaklaşırken Karen da erkek kardeşinin yanına yaklaşabilir mi?"

Çift ya da aile ödevleri veya konuşmaya zaman ayırmayı kabul ederse görüşmeciler, bu yeni davranışın onların programına tam olarak ne zaman uyacağını belirlemelidir.

*Çocuklar, Komşular, Arkadaşlar*

Genellikle çiftler veya aileler, birbirlerine yardımcı olan ve destek veren daha geniş ilişki döngülerinin merkezindedir. Çift veya aile sistemindeki bu kişiler arası talepler ve roller hakkında bir fikir edinmek önemlidir. Büyükanneler, büyükbabalar, çocuklar, üvey çocuklar, evlenme yoluyla akraba olunan kişiler ve diğer dostlar bir çiftin veya ailenin mutluluğunda veya mutsuzluğunda etkili rol oynayabilir. Bu kişilerin çoğu ilişki kaynaklarını destekleyebilir veya tüketebilir. Birçok dış faktörün aileleri ve çiftleri zengin ve etkileşimli şekilde etkilemesinin değerlendirilmesi terapide ekolojik yaklaşım kuramının temel kavramıdır (Brofenbrenner, 1979, 1986, 2005).

*Uyuşturucu, Alkol ve Fiziksel Şiddet*

Kayıt formları bu alanlardaki endişeler hakkında bilgi toplamada yardımcı olabilir. Bazen bu, alkol istismarı ve geçmişteki şiddet olaylarının daha fazla paylaşılması için kapıyı açabilir. Bu da cinsellik gibi çok sonra güven kurulana dek basitçe, "Her şey yolunda," cevabını alacağınız bir alan olabilir. Ancak yazarak veya sözle sadece sormak, herkesin sizin bu konulardaki sıkıntıları duymaya açık olduğunuzu bilmelerine müsaade ettiğiniz anlamına gelir. Hassas alanları incelemek için ölçek veya kayıt formları kullanıldığında, görüşmeciler bu formları ayrıntılarıyla incelemeli ve önemli konuları çiftle veya aileyle tartışmalıdır. Bakış açınıza göre ölçeklerde veya kayıt formlarında bahsedilen konuların aile ve çift sisteminde gizli *olmadığı* ve dolayısıyla görüşme esnasında tartışılacağı bilgisi çiftlere ve ailelere önceden açıklanmalıdır.

## Kapanış

Ailelerle ve çiftlerle yapılan ilk görüşmelerde saati yakından takip etmek önemlidir ama çok zordur. Yönetilmesi gereken daha fazla danışan vardır ve seansın bitmesine sadece birkaç dakika kalmışken derin konular açılabilir. Seansın sonunda yeni konular açıldığında, konu gerçekten bir krizi yansıtmadıkça şunun gibi bir şey söyleyerek seansı kapatmak uygun olacaktır:

"Rose, sokağa çıkma cezasını kaldırmak istediğinden söz etmene memnun oldum.

Ne yazık ki bugünkü zamanımız bitti. Dolayısıyla bir dahaki seansta sokağa çıkma cezası konusunu bana hatırlatmanı istiyorum. Herkesin bunun hakkında ne hissettiğiyle ilgilenecek kadar zamanımız olduğunda, örneğin gelecek seansın başında bunu tartışabiliriz."

Ailelerle çalışırken genellikle en iyisi bir buçuk ve hatta iki saatlik görüşmeler olabilir. "Bahsedilen şeyleri bir araya getirmek için" yeterli zaman ayırdığınızdan emin olmalısınız çünkü seans bazı yoğun duygusal materyaller içerebilir. Herkesin durum hakkında daha iyi hissetmesinden sorumlu olamayacağınız gibi herkesin yapay olarak umutlu ayrılması için sorunları küçümsemek etik değildir. Öte yandan, yardım için gelen herkesin çabalarını desteklemek ve övmek sizin elinizdedir. Her bireyin kontrolünü yeniden kazanmasını kolaylaştıracak yapıyı sağlamak sizin elinizdedir. Ayrıca aile danışmanlığı işi için bir gidişat hissi önermek de sizin elinizdedir.

Tüm kapanışlarda olduğu gibi burada da özetleme önemli bir araçtır. Sorunlarını ve korkularını paylaşmaya gelen çiftler veya aileler dinlenildiğinde rahatlatılmaya ihtiyaç duyar. Kapanışı anlamak ve gitmeye hazırlanmak için de yardıma ihtiyaçları vardır. Ayrıntılı ve duyarlı bir özet, bu hedeflerin hızlandırılmasına yardımcı olur:

"Bugün kesinlikle birçok önemli konudan bahsettik. Aileniz çok şey yaşamış ve sizlerin bu konu üzerinde çalışmaya yönelik farklı fikirleriniz var. Büyükannenizin ölümü, çok uzun zamandır hastaymış; sizi derinden etkilemiş görünüyor. Peter'in son günlerde yaşadığı yasal sıkıntılarla birlikte onun ölümü ve Ginny'nin gelecek ay erkek arkadaşıyla aynı evde yaşamaya karar vermesi üst üste gelmiş. Birbirinizle vakit geçirdiğiniz eski yaşam tarzınız artık yok gibi görünüyor. Bay Mathew, siz sıklıkla öfke hissediyor görünüyorsunuz. Bayan Mathew, 50 farklı parçaya ayrılmış hissediyorsunuz. Ginny, hiç kimsenin seni çok da önemsemediğini düşünüyorsun ve Peter, herkes seni çok fazla önemsiyor. Şimdi, her şeyi tekrar etmemiş olabilirim ancak sanırım söylediklerim bazı ana konuları kapsıyor. Herhangi bir büyük noktayı kaçırdım mı?"

Birçok kuramsal yönelim için ortak olan diğer bir kapanış aracı da ödev vermektir. Bu ödevler, iletişim zamanını, günlük tutmayı, davranışların grafiğini yapmayı, birisiyle çıkmayı, okumayı, yönerge kayıtlarını dinlemeyi veya çok sayıda etkinliği içerebilir. Hatırlanması gereken önemli şey, nasıl çalıştığınıza dair açıklamanızın çifte veya aileye seanslar arasında onlardan bir şeyler yapmalarını isteyeceğiniz fikrini hatırlatacak nitelikte olması gerekliliğidir.

Son olarak, kapanış yaparken hayatlarının seanstan sonra sizinle değil ama birbirleriyle kesişeceğini aklınızda tutmaya çalışın. Özünde, "Bu, evde farklı olacak," mesajını ileten kısa bir cümle kurmak isteyebilirsiniz. Şöyle bir örnek olabilir:

"Danışmanlıkta yönlendiren, soru soran ve hatta etraftaki insanlara patronluk yapan benim gibi biriyle burada birlikte olmak, açıkça evde birlikte olduğunuzdan hayli farklı. Oldukça can sıkıcı ve zor olan bazı konular hakkında konuştuk. Eminim evde bunlar hakkında konuşmayı sürdüreceksiniz ancak umarım bugün kullandığımız bazı yönergeleri denemeyi hatırlarsınız. Çok zarar verirse ya da çok zor olursa gelecek hafta üzerinde çalışacak daha fazla zaman var. Her şeyin hemen çözülmemesi dert değil."

### Sonlandırma

Daha önce söz edildiği gibi çiftlerle ve ailelerle çalışmak sadece dahil olan insanların sayısı nedeniyle karmaşık hale gelir. Bazı durumlarda, gelecek buluşmanın programını yapmak karmaşık olabilir; dolayısıyla seansın sonundaki birkaç dakika bu ihtiyaç için ayrılmalıdır. Zamanı sonlandırmak, insanları gelecek buluşmanın ne zaman olacağı hakkında belirsiz bırakmak garip olur ve meslek kurallarına aykırıdır.

Bitiş yorumları kısa, güven verici ve iyimser olmalıdır. Gelmeyi seçmelerine saygı duyduğunuzu ifade edin. Onları takdir etmeniz veya hafta içinde olacak olaylardan (doğum günleri, seyahat planları) söz etmek sonlandırmaya geçmek için iyi olabilir.

## ÖZEL KONULAR

En çok rapor edilen süregiden çatışma alanlarından ilk üçü para, cinsellik ve evlenme yoluyla akraba olunan kişilerdir. Elbette iş bölümünü, çocuk yetiştirmeyi, dinlenmeyi ve dini uğraşları/tercihleri içeren daha birçok olası çift çatışma alanları vardır (Snyder, 1979; Sperry, Carlson & Peluso, 2006). Benzer şekilde, aileler de danışmanlığa çok sayıda çatışma alanıyla gelir. Paylaşılan görevler, ev işleri, çocukların bireyselleşme ihtiyaçları ve aile kaynaklarının dağıtılmasında adillik danışmanlıkta sunulan en yaygın konulardan bazılarıdır.

Çatışma *içeriği*, *ne* hakkında tartışıldığıdır. Tam aksine, çatışma *süreci* ise herkesin *nasıl* tartıştığıdır. Bu önemli bir ayrımdır ve klinik görüşmeciler, ilk seansta çiftlere ve ailelere *ne* hakkında tartıştıklarının yanı sıra birbirleriyle *nasıl* tartıştıklarını belirlemelerinde yardımcı olmalıdır.

Terapiye gelen çoğu çift ve aile yıkıcı veya etkisiz çatışma süreçlerinde bulunmaktadır. Bu bir varsayım olmasına rağmen görece güvenlidir. Daha net şekilde, danışmanlığa gelen çiftlerin veya ailelerin, en azından bir dereceye kadar, çatışma çözme becerilerinin eksik olduğunu varsayarız. Yani çatışmanın *nasıl* kısmında problemleri vardır. Çoğu insan, aslında, sağlıklı ve etkili çatışma yönetimi bece-

rileriyle donatılmamıştır (Wilmot ve Hocker, 2005). Elbette çiftlerin veya ailelerin çok sayıda alanda çatışmalarının olduğu ve farklılıklarını çözmek için çeşitli uyumsal stratejileri denedikleri zamanlar olmuştur.

Hem çatışma içeriği hem de süreci, ilk çift veya aile görüşmesi esnasında ortaya çıkar. Her ikisi de önemlidir. Dahası, görüşmecinin aile ve çiftlerin ne hakkında ve nasıl tartıştığına ilişkin kişisel tepkilerinin bulunması olasıdır.

Yardım almak için gelen çift veya aileler sıklıkla ciddi çatışmalar yaşadığı ve onları çözecek becerileri olmadığı için oradadır. Dolayısıyla görüşmeciler, çiftlerin ve ailelerin çatışmalarını ifade etme yollarını belirlemeli, yönetmeli ve bazen değiştirmelidir. Bazı çiftler ve aileler başka bir şeyi yaptıklarından daha kolay ve daha doğal şekilde kavga eder. Çiftlerle veya ailelerle görüşürken çatışmayla ilgili ortaya çıkan çok sayıda mevzu vardır.

Herkes açıkça görünen bir çatışmadan hoşlanmaz. Bazı insanlar çatışmadan kaçınır bazıları ise çatışma arar (Wilmot ve Hocker, 2005). Bu danışanlar gibi danışmanlar için de geçerlidir. Bir görüşmeci olarak, kendinizde güçlü çatışma kaçınması özelliklerinin olduğunu fark ederseniz çift veya aile danışmanlığı yapmak için uygun olmayabilirsiniz. Genel olarak, evlilik ve aile danışmanlığı alanına girmeden önce, kişiler arası çatışmalara nasıl tepki verdiğinizi ve hangi çatışma konularının sizin damarınıza bastığını sorgulamanız önemlidir (bkz, *Uygulamaya Geçirme 13.2*).

**Uygulamaya Geçirme 13.2**

**Çatışma Damarınızı Keşfetmek**

Çeşitli çift ve aile çatışma senaryolarına nasıl tepki vereceğinizi önceden incelemek için aşağıdaki sorulardan bazılarını ciddi olarak düşünün:

1. Kişisel ya da duygusal hassasiyetinizin olduğu herhangi bir çatışma konunuz var mı? Örneğin eşinin akrabalarıyla büyük sorunları olan bazı görüşmeciler seansa öyle çok kişisel yük getirir ki çiftler eşlerinin akrabaları hakkındaki konuları tartışmaya başladığında görüşmeci onlara yardım edemez ve önyargılarını açığa vurur.
2. Çiftlerin evliliği veya ilişkisini sürdürmek için nasıl davranması gerektiği hakkında ya da ebeveynlerin, çocukların ve diğer aile üyelerinin "sağlıklı" bir aile olmak için davranmaları gereken tarzlar hakkında herhangi bir önyargınız var mı? Örneğin, bazı danışmanların çift ve aile ilişkilerine idealist bakışları olabilir. İlişkiye yönelik aşırı derecede idealist tutumunuzun olması, ailelerin veya çiftlerin ilişkilerini korumak için

**Uygulamaya Geçirme 13.2 (devamı)**

birbirleriyle nasıl ilgili olmaları gerektiği konusunda katı davranmaya başlamanıza yol açabilir.

3. Eve çatışma taşır mısınız? Ailelerle ve çiftlerle çalışmak, duygusal olarak oldukça yüklü bir iştir. Şahit olduğunuz, yönetilmesine yardım ettiğiniz ve bazen bir parçası olmaya başladığınız çatışmalar oldukça bunaltıcı olabilir.
4. Siz büyürken ailenizin çatışma içeriği ve süreç yaklaşımı özellikleri nelerdi? Anneniz ve babanız birbiriyle çatışmaktan kaçınır mıydı ya da korkutucu ve tehditkâr çatışmalara girer miydi yoksa çatışmalarını incelikle mi idare ederdi?

### İnsanların Seansta Tartışmasına ve Kavga Etmesine Ne Kadar İzin Vermelisiniz?

Bu bölümde şimdiye kadar bahsedilen konulardan tahmin edebileceğiniz gibi bu soruya cevabımız net: Çok fazla değil. Belirtildiği gibi genellikle aileler ve çiftler danışmanlığa, kısmen, ortak çatışma çözme becerilerinin zayıf veya işlevsiz olması nedeniyle gelir. Dolayısıyla siz müdahale etmeden ve süreci değiştirmeden onların açıkça bir çatışmaya girmesine müsaade ederseniz işlevsiz çatışma yapılarını basitçe yineleyecektir. Bu yapıları bozmak, insanlara yeni, farklı ve uyuma yönelik çatışma ve çatışma çözme yapıları kurmalarına yardım etmek görüşmecinin sorumluluğudur.

Çiftlerin veya ailelerin olağan işlevsiz çatışma yapılarına izin vermenin tek makul gerekçesi, değerlendirme bilgisi toplamaktır. İnsanların çoğunlukla birbiriyle nasıl tartıştığına ve kavga ettiğine göz atmak, görüşmeci için faydalı olabilir. Ancak bu gözlem süreci görece kısa olmalıdır ve çift veya aile sistemlerinin çatışma yaşadığı zaman ne olduğu hakkında daha analitik bir analizle takip edilmelidir. Aile ve çiftlerin derin duygusal çatışmadan daha entelektüel bir analize geçmesine yardım etmek için şuna benzer bir cümle kurabilirsiniz:

"Evet, şimdi ikinizden (ya da aile durumunda, herkesten) tartışmayı bitirmenizi rica edeceğim."

Çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak bu cümle güçlü, otoriter bir tarzda tekrarlanmalı veya ifade edilmelidir. Cümlenize şöyle devam edebilirsiniz:

"Çatışmalarınızı zaman zaman nasıl ele aldığınıza dair bana bir ipucu verdiniz. Ne gördüğümü söyleyeyim. Öncelikle Judy, Bill'i ev temizliğine dahil olmadığı için eleştirdiğini gördüm. Sonra Bill, Judy'nin ev temizliği standartlarının çok yüksek

olduğunu söyleyerek kendini savunduğunu gördüm. Genellikle kadınların ve erkeklerin nasıl farklı temizlik standartlarının olduğundan bahsetmeye başladın ve Judy'nin rahatlamaya ihtiyacı olduğunu söyledin ve son olarak, sizin tartışmanızı kesmemin nedeni, her ikinizin de gitgide daha engellenmiş görünmesiydi. Çünkü çok az ilerleme oluyordu. Bu doğru mu?"

Görece daha sakin olan bu örnekte görebildiğiniz gibi çatışma etkileşimleri çok fazla materyali kısa sürede biriktirir. Aynı anda birçok şey olabilir. Bir görüşmeci için "basit" takip işini yapmak ve sonra çatışma sürecini özetlemek korkutucu olabilir. Bu iş o kadar kolay değildir. Fevkalade dinleme becerileri ve kısa öz iletişim gerektirir. Duyarlılık gerektirir. Özellikle çiftler, görüşmecinin bir partnerin tarafını diğerinden daha fazla tutup tutmadığı konusunda temkinlidir. Aile çalışmasında belirli bir aile üyesiyle birlik oluşturmak kuvvetli bir müdahaledir ve hiçbir zaman dikkatsizce yapılmamalıdır (Odell ve Campbell, 1998; Patterson ve ark., 1998). Çatışmayı yönetmek de ince bir nezaket gerektirir çünkü görüşmeciler çift çatışmasına ne zaman ve nasıl müdahale edeceğini belirlemelidir.

İlginç şekilde, bazı kuramsal yönelimler, çift çatışma süreçlerinin çözülmemiş aile kökenli mevzulara yönlendirildiğini ve belirlendiğini vurgulamıştır (Luquet, 2006; Strean, 1985). Kişiler arası çatışmayı yönetirken ve bu kuşaklar arası bakış aklınızdayken hem süreci hem de içeriği not etmek akıllıca olacaktır. *Uygulamaya Geçirme 13.3*, bir çift çatışma senaryosu örneği sunmaktadır.

**Uygulamaya Geçirme 13.3**

**Çift Çatışmasına Müdahale**

Aşağıdaki senaryoda görüşmeci olduğunuzu düşünün. Örneği okudukça seans esnasında nasıl rahat hissedebileceğinize inandığınızı değerlendirin. Çiftin sizin ofisinize geri gelmesinden sonra deneyebileceğiniz bir müdahaleyi kelimesi kelimesine not alın. Cevaplarınızı arkadaşlarınızın cevaplarıyla karşılaştırın ve kıyaslayın.

Darren, 58 yaşında bir Kızılderili. 45 yaşında, beyaz, Avrupalı Anita ile evli. Bu Darren'in üçüncü ve Anita'nın ikinci evliliği. Başlangıç seansının ilk birkaç dakikasında Anita, Darren'a öfke püskürdü. Onu fiziksel istismarla suçladı. Daha önce neden iki kez boşandığını şimdi anladığını söyledi ve ofisten dışarı çıktı. Darren fırladı ve karısının arkasından koştu. Bir dakika sonra ikisi de döndü. Anita öfkeli görünmeye devam ediyordu. Darren ona seansta kalması ve işin içinden çıkmayı denemesi için yalvarıyordu.

**Uygulamaya Geçirme 13.3 (devamı)**

Anita size dönüyor ve seansın geri kalan zamanında Darren'la konuşmak istemediğini ancak siz "onun adına mantıklı şeyler söylemeyi" denerseniz kalacağını söylüyor.

Tek başınıza veya bir eşle bu çiftin danışmanlık durumunu nasıl ele alacağınızı derinlemesine düşünün.

Çatışma etkileşimleri çabucak kızışabilir. Bu, özellikle fiziksel ve duygusal olarak istismarcı olan çiftlerde ve ailelerde geçerlidir. İstismarcı veya oldukça çatışmalı çiftlerin ve ailelerin sıklıkla güçlü patlamalarda ortaya çıkan duygusal enerjisi ve yükü vardır. Seansın geri kalanında konuşmayı reddeden, danışmanlık ofisinde birbirine vurmayı veya tekme atmayı deneyen, küfür ederek seansı birdenbire terk eden danışanlar olabilir. Çift veya aile görüşmelerinin duygusal yükü, görüşmecilerin seans boyunca kontrolü sürdürmelerini gerektirmektedir. Genel olarak, daha örselenmiş aile veya çift sistemleriyle çalışmak için daha fazla yapı ve kontrol kullanmalısınız. Aşırı durumlarda neredeyse söylenen her şeyi başka sözlerle açıklayarak ve bazen çatışan tarafların doğrudan birbirleriyle konuşmalarına izin vermeyerek aracı rolünü üstlenebilirsiniz. Özetle aile veya çiftlerin duygusal temelli, tahrip edici çatışma süreçlerini dışa vurmasına danışmanlık esnasında müsaade etmek neredeyse her zaman sakıncalıdır. Danışanların birbirine bağırmasına, suçlamalarını ağzı bozuk şekilde iletmelerine ya da yararsız iletişim becerilerini tekrar tekrar kullanmasına izin vermemelisiniz. Bunun yerine, özellikle çok çatışan ailelerle veya çiftlerle çalışırken görüşmeciler, seansta daha fazla yapı kullanmalı ve daha aktif olmaya çalışmalıdır. (Gurman, 2008).

### Terapide Sınır Koymak

Çift veya aile çalışmasında kötü model olmak ve çok fazla çatışmaya müsaade etmekle oluşan olası zararın yanı sıra çatışmanın kendisi dikkat dağıtıcı bir şey olmaya başlayabilir. Gerekli işin yapılabilmesi için dikkat dağılmalarını azaltmak ve kontrol etmek görüşmecinin işidir. Ancak dikkat dağılmalarını azaltmak, genellikle sınır koymayı da gerektirir ki bunu uygulamak yeni başlayan görüşmeciler için sıkıntı verici olabilir. *Uygulamaya Geçirme 13.4*, bu konuda size bir kılavuz sunabilir.

### Çeşitlilik Konusu

Homoseksüel çiftlerle ve farklı kültürel geçmişi olan ailelerle çalışmak görüşmecilere eşsiz sorunlar sunabilir (Green, 1996; Igartua, 1998). Bölüm 14'te tartışıldığı gibi danışanın ve görüşmecinin kültürel olarak benzer veya aynı cinsel yönelime sahip olduğu durumlarda, görüşmeci ve danışan açık ve belirgin farklılıklara sahip olduğunda, danışan görüşmeciyi daha yakından dikkatlice inceleyecektir.

Bu koşullar hassasiyet, incelik gösterilmesini ve bariz olanın tartışılmasını gerekli kılar. Aşağıdaki vaka örneği çokkültürlü danışmanlık becerileri gerektiren bir senaryoyu anlatmaktadır.

### VAKA ÖRNEĞİ

Jim ve Ollie güçlüklerle karşılaşmaya başladığında üç yıldır birlikteydi. İkisi de öğrenciydi ve sınırlı bütçeleri vardı. Bu nedenle kampüsteki danışmanlık kliniğinden, stajyer danışman tarafından verilen çift danışmanlığı almaya karar verdiler. Jim randevu için aradığında, sadece danışmanlık için birini görmek istediğini belirtti. Danışma görevlisi birkaç soru sordu ve Jim ile sevgilisine gelip danışmanlık yüksek lisans öğrencisi Mary'yi görmeleri için bir randevu verdi. Danışma görevlisi, Ollie'nin yanlışlıkla kadın olduğunu zannetti. Mary, Jim ve Ollie ile karşılaştığına biraz şaşırmıştı. Danışma görevlisinin hatasını Jim ve Ollie'nin homoseksüel bir çift ve kendisinin bu çiftlerle çok az çalışma geçmişi olan heteroseksüel kadın bir terapist olduğu gerçeğiyle ilişkili bir tartışma başlatmak için kullanmaya karar verdi. Sıcak bir gülümsemeyle Mary, "Ollie, senin bir erkek olduğun çok açık. Anlaşılan klinikteki danışma görevlimiz Jane, 'Ollie'nin' bir kadın ismi olabileceğini düşünmüş. Kalıp yargılarımızın bizi aptal durumuna düşürmesi komik değil mi?" dedi Jim ve Ollie gülümsedi ama çok bir şey söylemedi. Açık bir biçimde gergindiler. Mary devam etti, "Bahse girerim birçok kalıp yargılarla ve hatta bazı kötü tutumlarla karşılaşmışsınızdır. Herhangi bir yanlış anlaşılma için özür dilerim. Çiftlerle nasıl çalıştığımı biraz anlatayım ve sonra benim çalışma tarzımın size yardımcı olabilecek gibi görünüp görünmediği hakkında konuşalım."

Mary, ilişki geliştirme yönelimini kısaca özetledi. Jim ve Ollie, biraz olsun rahatladı. Çatışmaları anlamanın ve ele almanın yeni yollarını öğrenmenin onlar için yardımcı olacağını hissettiğini söylediler. Sonra Mary, "Evet, bu modelin birçok çift için mükemmel olduğunu düşünüyorum. Ancak bazı durumlarla karşılaştığınızı ve homoseksüel bir çift olarak özel ihtiyaçlarınızın olduğunu biliyorum. Homoseksüel çiftlerin ihtiyaçlarını ele alan birkaç kitap okudum ama bazı şeyleri kaçırıyor olabilirim. Umarım, benim yanlış bir varsayımda bulunduğumu hissederseniz bana karşı dürüst olursunuz."

**Uygulamaya Geçirme 13.4**

**Çiftlerle ve Ailelerle Sınır Koymak**

Aşağıdaki senaryoları düşünün:

*Senaryo 1:* Antonio ve Lucy, dört yıldır evli. Sekiz aylık bir kız bebekleri var. Ne yazık ki bir bebek bakıcısı bulamadılar ve dolayısıyla görüşme seansına, sizin için çok şaşırtıcı olacak biçimde, küçük kızlarıyla birlikte geldiler. Bebek, seansın ilk 10 dakikasında oldukça sessiz olduğu halde giderek daha da sıkıldı ve görüşmeyi devam ettirmeyi imkânsız hale getirecek kadar ağla-

**Uygulamaya Geçirme 13.4 (devamı)**

maya, bağırmaya başladı. Aşağıdaki soruları sınıfınız ve tartışma grubunuzla ya da süpervizörünüzle tartışın:

1. Seansı kibarca bitirebilir ve sonra başka bir randevu ayarlayabilir miydiniz?
2. Bir dahaki görüşmede çocuklarını bir bebek bakıcısına bırakmalarını kibarca söyleyebilir miydiniz?
3. Kibarca hatırlatmanıza rağmen, bir dahaki randevuya yine kızlarıyla birlikte gelip "Bakıcı bulmayı gerçekten denedik ama bir çare bulamadık," derlerse çifte nasıl tepki verirdiniz?
4. Bu çift sizinle kızları varken görüşmek konusunda ısrar ederse hangi koşullar altında, sekiz aylık mızmız çocuklarını getirmesine rağmen bu çiftle görüşmeyi kabul ederdiniz?

*Senaryo 2:* Johnsonlar çocuk mahkemesi tarafından aile terapisine yönlendirildi. Aile, ikizler Rick ve Roy Johnson, anneleri Margie Johnson ve Margie'nin birlikte yaşadığı erkek arkadaşı Calvin'den oluşuyordu. Margie 37, ikizler 15 yaşındaydı. Son üç yıldır Calvin, Margie ve ikizlerle yaşıyordu. Kızı Mollie, hafta sonları ziyarete geliyordu. Erkek çocukların babaları sahtekârlık nedeniyle cezaevindeydi ve onları bebekliklerinden beri görmemişti. İlk görüşmede Margie, Roy, Rick ve Calvin vardı. İkizler geğirme yarışmasına, Margie kıkırdamaya başladı. Calvin hiçbir şey yapmıyordu. Danışman ise herkes sakinleşene kadar bekledi ve sonra başka bir soru sordu. Roy ve Rick cevap olarak geğirdi. Margie yeniden gülmeye başladı. Soruya hiç kimse cevap vermedi. Aşağıdaki soruları tartışın:

1. Bu görüntüye ilk tepkiniz ne olurdu? Çocuk mahkemesini aramayı ve yönlendirmeyi geri göndermek istediğinizi düşündünüz mü? Margie'yle birlikte gülmeyi ve Calvin gibi taş sessizliğinde oturmayı düşündünüz mü? Sindirilmiş, tiksinmiş veya umutsuz hissetmeyi düşündünüz mü?
2. İşbirlikçi etkileşimlerin gideceği yollar edinmeyi düşündünüz mü?
3. İkizlerle birlikte bir süre geğirme düşüncesine tepkileriniz ne olurdu?
4. En yoğun empatiyi kime hissettiniz? Bu empatiyi terapinin hizmetinde nasıl kullanırdınız?

Jim ve Ollie ile çalışmasında olası kör noktaları arada bir kontrol etmek Mary'nin sorumluluğudur. Heteroseksüel olarak, Jim ve Ollie ile çalışmasını iyileştirmek için Mary'nin süpervizyona ihtiyacı olabilir (Long & Lindsey, 2004). Son olarak Mary'nin çift danışmanlığında herhangi bir nedenden dolayı peşin hüküm-

lü olmadan ilerleyemeyeceğini hissetmesi durumunda, Jim ve Ollie'yi farklı bir danışmana yönlendirme seçeneği uygulamak Mary'ye ve süpervizörüne bağlıdır.

Kültürel, dini ve ırksal farklılıklar ailelerde ve çiftlerde bireysel terapilerden daha fazla ifade edilir. Dolayısıyla bu farklılıklar ve bunların nasıl ele alındığı terapi başarısında çok önemli bir rol oynayabilir. Bölüm 14'te bu alana daha ayrıntılı bir şekilde değinilmiştir.

### Bireysel Terapiden Çift veya Aile Terapisine Geçiş

Bu bölüm boyunca bahsedildiği gibi görüşmeciler tüm çift ve aile üyelerine eşit derecede davranmalıdır. Ayrıca eşler ve aile üyelerinin, hem terapide hem de aile ortamında daha fazla güç kazanma çabasıyla üçgenleme eğiliminde olduğunu da vurgulamıştık. Bu nedenlerden dolayı aynı aile sisteminden olan insanlarla bireysel terapiden çift veya aile terapisine geçmenin cazibesinden kaçınmalıyız. Sizi aynı danışmanla aynı anda hem bireysel hem de çift veya aile çalışmasına karşı da uyarıyoruz. Bu konuyu ele alma kuralları şöyle olabilir:

- Bir kez bireysel danışan olduysa o kişi her zaman bireysel danışandır. Genel olarak, biriyle bireysel danışmanlık yapıp sonrasında o kişiyi de içeren çift veya aile çalışması başlatmayız. Bunun yerine, bu kişileri yetkin bir meslektaşımıza yönlendirmeliyiz.
- Çift veya aile danışmanlığının tamamlanmasından sonra, nadir durumlarda, aile üyelerinden biriyle bireysel terapiyi sürdürmek düşünülebilir. Ancak bunu yaparken şunu her zaman akılda tutmalıyız: Bireysel terapiye bir kere başladıktan sonra aile veya çift terapisine geri dönmeyiz.

Birçok nedenden dolayı çoğu terapist bu önerilere uymaz. Aşağıdaki senaryoları düşünün:

> Bireysel bir danışan, terapistine şöyle bir şey söylüyor: Zaten birlikte çalışıyor olduğumuz için size güveniyorum. Yeniden başlamak ve evlilik terapisi için başka birini görmeye gitmek istemiyorum. Kocam, bunun onun için sorun olmadığını söylüyor.
>
> Ergen bir çocuk ve terapisti karşılıklı olarak aile terapisinin gerekli olduğuna karar veriyor. Çocuk, "Ben kesinlikle sizden başka birine terapiye gitmek istemiyorum. Farklı bir psikiyatristi görmeye gitmemin hiçbir yolu yok!" diyor.

Terapist bir kişiyle terapiyi uzatmak isteyebilir çünkü o danışanla çalışmaktan zevk alıyordur ya da ekonomik nedenlerden dolayı dosya yüklerini korumaya çalışıyordur.

Danışanlar belirli bir terapistin en iyi seçim olduğuna inanabilir, çünkü terapist

çiftin veya ailenin terapi konularında hâlihazırda tecrübe sahibidir. Aynı uzmanla devam etmek kendilerini güvende hissettirir.

Daha önce bireysel terapiden çift veya aile terapisine olası geçişin "cazip" görünebileceğini belirtmiştik. Terapistin bakış açısından, bir danışanla yapılan çalışmanın biraz başarılı olması, danışanın danışmanlığa sizinle birlikte devam etmeyi tercih ettiğini güçlü bir şekilde ifade etmesi ve danışmanlığı devam ettirmenin olası ekonomik kazanımlarının olması söz konusuysa danışmanlığı sürdürmek neredeyse her zaman çok caziptir. Bireyselden çift veya aile terapisine geçmenin nedenlerinin yakından incelenmesi birçok olası problemi veya karşıt tartışmaları ortaya çıkaracağından da bundan cazibe olarak bahsediyoruz. Bireysel/aile terapisindeki bu konuya ilişkin görüşlerimizi okudukça ve üzerinde derinlemesine düşündükçe kendi profesyonel görüşümüzü ve önyargımızı ifade ettiğimizi unutmayın –bu tavırla aynı fikirde olmayan birçok terapist ve danışman vardır.

### Bağlılık Çatışmaları

Bireysel terapiden çift veya aile terapisine geçmekten kaçınmanın en büyük nedeni, muhtemelen bağlılık çatışmalarının kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkabileceğidir. Daha belirgin olarak, terapist asıl danışanın romantik partneriyle veya ailesiyle güveni ve olumlu ilişkiyi kurmak için çok çaba sarf etmedikçe yeni taraflar terapistin asıl danışanına derinden bir bağlılığı olduğuna muhtemelen inanacaklardır. Ayrıca terapist, hangi sebeple olursa olsun, asıl danışana karşı yeni danışanın tarafını tutarsa asıl danışan aldatılmış veya terk edilmiş hissedebilir. Sonuç olarak, terapist kazanma ihtimali olmayan terapi bağına saplanmış olabilir; her iki ya da tüm danışanlar, terapistin hâlihazırda asıl danışanın "tarafını tuttuğundan" ya da taraf değiştirdiğinden hızla şüphelenebilir. Zaten zor olan terapi içine boşu boşuna bu tür dinamikler eklenebilir.

### Siz (Neredeyse Her Zaman) Şehirdeki Tek (Yetkin) Terapist Değilsiniz

Aynı insanlarla bireysel, çift ve aile çalışmasını değiştirilebilir bir biçimde yapmada sıklıkla önerilen bir özür, terapiye dahil olan insanların bunda ısrar etmesidir. Bu tercihlerinin altında sizin mükemmel bir iş yaptığınıza dair inançları vardır. Bu onur vericidir ancak inandırıcı bir sav değildir. Sınırları geçmeyi seçmek ve fazladan iş yapmak, aslına bakılırsa ilk başta yaptığınız iyi işlerden bazısını bozabilir. Çift rollerden kaçınmak, tüm ruh sağlığı uzmanlarının etik kurallarında vardır; bu kurallar her iki rolde de bulunmak nesnelliğinizi kaybetmenize neden oluyorsa birinin aile terapisti ve bireysel terapisti olmaktan kaçınmayı gerektirir.

Danışanların sizin en iyisi ya da tek seçenek olduğunuza dair fikirlerine hizmet sağlamak, aslına bakılırsa çok da sağlıklı bile değildir. Dünyada daha esnek bir tarzda iş görmeleri ve ilişki kapasitelerini artırmaları için danışanlara yardımcı

olmak çoğu terapi formunu alttan destekleyen hedeflerdir. Bir bireyi onun çift danışmanı olduğunuz için farklı bir terapisti denemeye teşvik etmek danışanda önemli bir güvenoyu olabilir. Danışanın farklı bir uzmanla ilişki kurabileceği, bu terapötik ilişkiyi büyümek ve değişmek için kullanabileceği bilgisini verir. Danışanın, bir danışman olarak size bağımlılığına müsaade etmek veya teşvik etmek nadiren, belki de hiç, haklı görülmemiştir. Açıkçası taşrada bir ailenin çoklu terapi ilişkilerini yönetmek (veya hepsini bir arada güçlükle sürdürmeye çalışmak) kaçınılmaz olabilir. Çünkü aslında şehirdeki *tek (yetkin)* terapist siz olmayabilirsiniz; şehirdeki *tek* terapist siz olabilirsiniz (Sommers-Flanagan, 2007).

### Özdeşleşme, Yansıtma, Katılma ve Kaçınma

Çiftler ve ailelerle çalışmak, düşünebileceğimiz herhangi bir profesyonel etkinlikte bilinçaltının varlığını ispat etmek kadar yakın geliyor. *Kendi* erken öğrenmelerinizin, inançlarınızın, bağlanma mevzularınızın ve geçerli çıkan mücadelelerinizin (bilinçli veya bilinçdışı) çiftlerle ve ailelerle profesyonel çalışmanızı etkilemesini engellemeyi zorlayıcı bulabilirsiniz. Bu tepki için yaygın terim Bölüm 5'te bahsedilen *karşıt-aktarımdır.* Çift ve aileler dikkate değer önemli karşıt-aktarım tepkileri ortaya koyar.

Bu karmaşıklığa ekleme yapan bir gerçek de etkili değerlendirmenin ve yardımın görüşmecinin hayat tecrübeleriyle geliştirilmesidir. Kişisel aile ve ilişki konularınızı işinize dahil etmemek mümkün olsa bile (bilinçdışı süreçler ve bunların neden olduğu çatışmalar da dahil) bu tavsiye edilmez. Ortak tecrübeler, bir ilişkinin temelinin bir kısmını oluşturur ve diğer insanların deneyimlerini anlamamızda bize yardım eder. *Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 13.1*, kendi ilişki ve aile konularınızı keşfetmenize yardımcı olacak bir teknik tarif etmektedir.

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 13.1**

**Aile Koreografisi**

Aile koreografisi, Peggy Papp (1976) tarafından geliştirilen ve birçok tedavi programında kullanılan bir tekniktir. Aile kökenli bazı konularınızı keşfetmek amacıyla sınıfın üyelerini aile kökeninizin belirgin kişilerini temsil etmesi için seçin ve ailenizde oynadığı rollere göre onları fiziksel olarak konumlandırın. Sonra kendi rolünüze kendinizi konumlandırın. Bir veya iki dakika için belirli düzenlemeyi devam ettirebilirsiniz ve sert pozisyonların gücünü hissedebilirsiniz. Aile dinamiklerinizi temsil eden hareketleri ve etkileşimleri yönlendirebilirsiniz. Sonra, birini yerinize geçirin ve biçimlendirdiğiniz oluşumun etrafında dublör aile üyelerini gözlemleyerek dolaşın. Son olarak, eylemi ve yapıyı sizin için olumlu şekilde değiştirin. Pozisyon-

**Bireysel ve Kültürel Aydınlanma 13.1 (devamı)**

ları, kişiler arasındaki ilişkiyi değiştirin ve üyeleri çıkarın. Sevdiğiniz şeyi yapın ve yine yaptığınız şeye bakın.

Herkes oturduktan sonra, bu deneyimle ilgili duygularınızı paylaşın. Ayrıca bu eyleme dahil olanlardan ne tür tepkiler yaşadığını paylaşmalarını rica edin.

Bir grup ortamında eşsiz, kişisel aile dinamiklerinizi keşfettikçe kültür ve etnik kökenle ilişkili konuları incelemek özellikle açıklayıcı olacaktır. Sınıfınızda erkek, kadın, engelli, homoseksüel heteroseksüel, Asya kökenli, Afrika kökenli Amerikalı, Kızılderili, Hispanik, yaşlı, genç, liberal, tutucu ve benzeri birçok kişi olabilir. Sınıfınız uygulamaya uygunsa bu farklı eşsiz insanların aile tarzlarındaki temel farklılıkları tartışmak için zaman ayırın.

Çiftlerle ve ailelerle çalışmak, genellikle, bireysel çalışmalardan daha fazla vurgulanan bir birleşmeyi gerektirir. Bu empatiye benzer ama belki de daha kapsayıcıdır. Bu birleşme, sadece her bireyin dünya görüşüne katılmayı değil ilişki(ler) in dünya görüşüne de katılmayı içerir. Bu süreç içinde kendi bakış açınızı belirtirsiniz. Sizin sistemdeki varlığınız, elbette, sistemi değiştirir. Ek olarak, sizin görüşleriniz sistemle birleşmenizle değişir. Tüm bunların ortasında, profesyonel bakış açısını korumak kolay değildir. Bazen, danışmanlar "aşırı birleşir" ve bakış açılarını tamamen kaybeder. Diğer zamanlarda, birleşmekten tamamen kaçınırlar, uzak ve klinik olarak ayrı kalırlar. Bu daha güvenlidir ancak çok daha az bilgilendiricidir ve muhtemelen daha az terapötiktir.

Minuchin ve Fishman (1981), *birleşme* kavramını tartışmıştır:

> Birleşme bir teknikten ziyade bir tutumdur ve altında tüm terapötik işlemlerin oluştuğu bir şemsiyedir. Birleşme, ailenin terapistin onları anladığını, onlarla ve onlar için çalıştığını bilmesine olanak sağlar. Aile sadece bu korunma altında seçenekleri keşfetme, alışılmayanı deneme ve değişim güvenliğine sahip olabilir. Birleşme terapötik sistemi birlikte tutan bir yapıştırıcıdır (s. 31-32).

Ayrıca bir ilişkiyle veya bir grup ilişkiyle birleşmekten kaynaklanan sorun, kendi çözülmemiş aile veya ilişki mevzularımıza takılma olasılığımızı artırır. Bilinçdışı çözülmemiş mevzularla alakalı çalışmamızı etkileyebilecek en büyük problem, elbette bilinçdışı olmasıdır. Aşağıdaki liste, etkin çatışma yaşayabileceğiniz alanları bir an için görmenize yardımcı olmak üzere hazırlanmıştır.

- Hakkında konuşmamayı tercih ettiğiniz konular var mı? Örneğin daha önce tartıştığımız gibi çiftler ve görüşmeciler için verilen danışmanlıkta cinsel materyalden bahsetmek zor olabilir. Kaynanalar, ölü doğan bebekler, cezalandırmak için kemerle dövme, evcil hayvanların reddedilmesi, zorla gıda tüketimi gibi hepimizin aile ve çift mevzularıyla tetiklenen ortak yaraları, zayıf noktaları ve korkuları vardır.
- Farklı kültürel ve etnik geçmişten gelen danışanlar hakkında herhangi bir önyargınız var mı? Örneğin bazı danışmanlar Hispanik ve dindar çiftle ve diğerleriyle ilişkilendirilmiş ataerkil veya maço tarzı kabul etmekte zorluk yaşar.
- Homoseksüel insanlara karşı önyargılarınız var mı? Dahası, aynı cinsiyetten olan insanlar arasında gerçekleşen, ömür boyu paylaşılmayan romantik bağlılığın (gey ve lezbiyen evlilikleri gibi) uygunluğu hakkında inançlarınız var mı?
- Bazı çatışmaları ya da danışan problemlerini zihninizden atamayacağınızı düşünür müsünüz? Bu, kendinizi bir aileyi veya çifti aşırı derecede düşünür, onları hayal eder, ailenizle veya arkadaşlarınızla onlar hakkında konuşmaya zar zor direnirken bulduğunuzda ortaya çıkar.
- Belirli çatışma veya sorun alanları, bir insanı suçlu çıkarmanıza veya diğerine aşırı derecede sempatik yaklaşmanıza neden olmayı garantiliyor mu?

Bu, ister istemez eksiksiz bir liste değildir. Tepkilerinizi ve bunları gösterme şeklinizi süregelen bir şekilde kaydedin. Kendi geçmişinizin, değerlerinizin, inançlarınızın veya çatışmalarınızın çiftlerle veya ailelerle çalışırken ayağınıza dolandığından şüphelendiğiniz durumlarda meslektaşlarınızdan profesyonel destek ve süpervizyon istemeniz önemlidir.

## ÖZET

Bu bölümde, çiftlerle ve ailelerle görüşmeyle ilgili konulara genel bir açıklama getirdik. Bu alanda profesyonel gelişime başlamak için *aile* ve çift terimlerini tanımlamanız gerekir. Her iki anlamın da içinde yatan değerleri ve politik nüansları vardır. Ailelerle ve çiftlerle çalışmanın karmaşıklıkları, genellikle danışmanlıkta bireylerin kaldığı kadar uzun kalmamaları gerçeğiyle artmaktadır.

Çiftlerle ve ailelerle klinik görüşmenin giriş aşaması gizliliği, seanslara kimin katılacağına dair açıklığı ve terapist tarzı ile yönelimine ilişkin temel eğitimi içermelidir. Giriş cümlesi danışanları daha fazla yönlendirmeye yardımcı olur ve herkesin sesinin dahil edilmesine ilişkin normları tanıtır. Görüşmenin gelişme aşa-

BÖLÜM 14

# ÇOKKÜLTÜRLÜLÜK VE ÇEŞİTLİLİK

*Kısa ve öz söylemek gerekirse: Avrupalı Rus-Amerikalı kompleksinin (bizim Batı dediğimiz) en büyük günahı (ve bu günah Çin'e doğru da yayılmakta) sadece aç gözlülük ve zalimlik değil, sadece ahlaki sahtekârlık ve ihanet değil, her şeyden çok, insan ırkının geri kalanına karşı tam anlamıyla kibirli olmasıdır.*

—Thomas Merton, *A Thomas Merton Reader*

*Bir grup bireyci kültürel değeri aktarmak üzere tasarlandığı için danışmanlık bir baskı aracı olarak kullanılmıştır. Geleneksel danışmanlık, azınlıklara ve kadınlara zarar vermiştir; danışmanlık ve terapi, statükonun en büyük yardımcısı olmuştur.*

—Derald Wing Sue

## BÖLÜM AMAÇLARI

Çokkültürlü bir toplumda yaşıyoruz ve neticede etnik ve kültürel geçmişimiz ne olursa olsun, zaman zaman (ya da sıklıkla) bizden çok farklı olan insanlarla profesyonel olarak çalışabiliriz. Bu durum ise bakış açımızı genişletmemizi ve kültürel duyarlılığımızı artırmamızı gerektiriyor. Bu bölümde şunları göreceksiniz:

- Kültürel yeterliğin zorunluluğunu, kültürel önyargılarınızı ve kültürel benliğinizi anlamanızın önemini.
- Kızılderili, Afrika kökenli Amerikalı, Hispanik Amerikalı ve Asya kökenli Amerikalı etnik ve kültürel geçmişi olan danışanlarla görüşmedeki temel konular.
- Gey, lezbiyen, cinsiyet değiştirmiş, engelli veya dindar danışanlarla görüşürken ele alınacak temel konular.
- Danışanın etnik ve kültürel yönelimini, aile çevresini, toplum çevresini, iletişim tarzını ve dil kullanımını anlamada ortamın önemi.
- Azınlıktaki danışanlarla görüşürken göz önünde bulundurulması gereken kültüre bağlı belirtiler ve görgü kuralları konuları.

## ÇEŞİTLİLİK BAĞLAMINDA İLİŞKİ

Kitap boyunca terapötik ilişkinin önemini vurguladık. İlişkinin, ruh sağlığı uzmanlarının yaptığı danışmanlığı da içeren her şeyin temeli olduğuna inanıyoruz. Birçok ruh sağlığı uzmanı da etkili bir çokkültürlü danışmanlık yapmada terapötik ilişkinin merkeziyetini vurgulamaktadır (Hays, 2008a; Ho ve ark., 2004; Sue, 2006). Ancak bu tür bir ilişkinin gerekli unsurları nelerdir? Yararlı ama isteğe bağlı unsurlar nelerdir? Çokkültürlülüğe daha duyarlı bir görüşmeci olmak için neden çabalamalıyız? Kültürel kibirden, kendini referans alma sendromundan ve çeşitli danışanlarla çalışırken baskıcı danışman tutumundan nasıl kaçınabiliriz? Bu bölüm, bulmacanın parçalarını tamamlamaya yardımcı fikirler ve bilgiler sunar ama bu tür derin soruların cevaplarını elde etmek için hayat boyu emek harcamak gerekir.

### Kültürel Yetkinliğin Zorunluluğu

ABD'de yaşayan 281 milyon kişinin, yaklaşık 80 milyonu kendini beyaz ya da Hispanik dışında başka kökenlerle tanımlamaktadır (U.S. Bureau of the Census, 2001). Bu nüfus sayımı, çeşitliliğin neredeyse her eyalette arttığını göstermektedir; bu da, ruh sağlığı uzmanlarının her ortamda kendilerinden farklı etnik ve kültürel geçmişten olan danışanlarla çalışmalarını daha olası hale getiriyor. Bu, aslında heyecan verici ve göz korkutucu bir olasılık; toplumun farklılaşmasından kaynaklanan zenginlik ile kültürler arası etkileşimlerin beraberinde gelen profesyonel ve kişisel gelişim nedeniyle heyecan verici. Çalışmalarımızda kültürel yaklaşım temelli uygulamaları kullanma zorunluluğunun getirdiği sorumluluğun artması yüzünden de göz korkutucu. 1990'ların sonlarında Christine C. Iijima Hall (1997), kültürel dinamikler hakkında yetersiz bilgiyle uygulama yapanlar için "kültürel yanlış tedavi" fikrini ortaya atmıştır ve kültürel konuların ele alınma biçiminde anlamlı değişiklikler yapılmazsa psikolojinin modasının geçeceğine dair uyarıda bulunmuştur. On yıl sonra Fouda ve Arredondo (2007) da aynı endişeleri dile getirmiştir.

Kültür, ruh sağlığını etkiler; dolayısıyla nüfus için erişilebilir yardım kaynağı olarak kalmak için kültürlülüğe kültür hakkında gerekli bilgiye ve anlayışa sahip olmalıyız.

### Görüşmeci, Önce Kendini Bil

> *Hiç kimse bu ülkedeki Beyazların nasıl olması gerektiğini söyleyemez. Hiç kimse İspanyol kökenli, Asyalı ve Yahudi bir kişinin nasıl olması gerektiğini söyleyemez. Beyaz veya siyah olmanın tek bir tanımı yoktur.*
>
> —*Montel Williams*

Kültür, genel olarak tüm insan gelişiminin yer aldığı ortam olarak anlaşılır. Değer verdiğimiz, gerçek olarak bildiğimiz ve "normal" olduğunu varsaydığımız her şey geçmişteki ve şu anki kültürümüzden etkilenmektedir. Danışmanlık bakış açısıyla "Sağlıklı bir psikoloji nedir?" veya "Bir insan ne olmalı veya ne haline gelmeli?" gibi kapsayıcı sorulara verilen cevaplar, danışmanın kültürel kökeninden geniş ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenlerden dolayı yetkin bir görüşmeci olmak için araştırmamıza başlamada en iyi kültürel nokta, kültürel varlıklar olarak kendimizi ayrıntılı incelememizdir. Geldiğimiz kültürden olmak ne anlamına geliyor? (Christopher & Bickhard, 2007)

Kendi kültürünüze dair farkındalığınızı artırmak, kültürel olarak sarmalanmış bakış açısından gerçekten çokkültürlü bakış açısına geçmede bir ön koşuldur. Düşüncemizin, hissimizin ve aklımızın kültürümüzden nasıl etkilendiğini anlama yeteneğimiz geliştiğinde, kendi bakış açımızı uygulamaksızın başkalarının bakış açılarını anlama kapasitesini edinmeye başlarız. Sue ve arkadaşları (1992), kültürel olarak yetkin bir şekilde uygulama yapmak için özel değişkenler tanımlıyor (bkz. *Uygulamaya Geçirme 14.1*).

**Uygulamaya Geçirme 14.1**

**Bir Kültürel Varlık Olarak Danışman**

Kültürel bir varlık olduğunuzun farkına varmak, yetkin çokkültürlü danışmanlık için bir ön koşul olarak tanımlanmıştır. Aslında Sue, Arredondo ve McDavis (1992) tarafından tartışılan ilk çokkültürlü yetkinlik "Kültürel olarak yetenekli kişiler, kültürün farkında olmama durumundan kültürün farkına varma aşamasına geçmiştir; kendi kültürel miraslarına, değerlerine ve ilişkili farklılıklara duyarlıdır," sözleriyle tanımlanmıştır (s. 482).

Bu etkinlik için bir partnerle çalışmalısınız.

A. Kendinizi partnerinize bir kültürel varlık olarak tanıtın. Etnik/kültürel mirasınız nedir? Mirasınızı nasıl öğrendiniz? Bugün hayatınızda mirasınız nasıl ortaya koyuluyor? Mirasınızın özellikle hangi kısımlarıyla gurur duyuyorsunuz? Mirasınızla gurur duymadığınız herhangi bir kısmı var mı? Neden?
B. "Ruhsal olarak sağlıklı" bireyin nelerden oluştuğunu düşünüyorsunuz? Bu anlayışınıza istisna olacak unsurları düşünebiliyor musunuz?
C. Hayatınızda hiç ırkçılık veya ayrımcılık yaşadığınız zamanlar oldu mu? (Olmadıysa sahip olduğunuz benzersiz bir özellik nedeniyle rahatsız edildiğiniz veya bir şeyi yapmaktan alıkoyulduğunuz oldu mu?) Part-

**Uygulamaya Geçirme 14.1 (devamı)**

nerinize deneyiminizi anlatın. Bu deneyimle alakalı düşünceleriniz ve hisleriniz ne?

D. Sizden farklı olan insanlar hakkındaki düşüncelerinizin onlara davranışınızı etkilediği bir zamanı anlatabilir misiniz? Şimdi olsa her şeyi farklı yapar mıydınız?

E. "Amerikan Kültürünü" nasıl tanımlardınız? Bu kültürün hangi kısımlarını benimsediniz? Hangi kısımlarını reddettiniz? Amerikan kültürünü içselleştirmeniz "ruhsal olarak sağlıklı" bireyi oluşturduğunu düşündüğünüz unsurları nasıl etkiliyor?

Bu etkinliğin sonuç bölümünde, yansıtmak ve kültürel kimliğiniz hakkında öğrenmiş olabileceğiniz her şeyle ilgili birkaç anı yazmak için zaman ayırabilirsiniz.

### Kültürel Yetkinlik

Bu bölümde kültürlere dair bilgi ve beceriler sürekli değişim ve gelişim gösterse ve bu nedenle görüşmeci için nihai ve tam bir yetkinlik mümkün görünmese de kültürel yetkinlik terimini kulanacağız. Aslında çeşitli gruptan insanlarla çalışırken becerilerimize çok güvenmeye başladıysak o zaman yetkinliğimizi kaybediyoruz demektir; bunu akılda tutmak gereklidir (Stolle, Hutz & Sommers-Flanagan, 2005).

Kendilik farkındalığı, çokkültürlü farkındalık ve yetkinlik için sadece başlangıçtır. Kültürel yetkinlikle ilgili birçok değişken vardır. Üç kritik özellik, kültürel yetkinlik için kritiktir: (a) bilimsel düşünsellik, (b) dinamik olarak boyutlandırma becerileri ve (c) belirli bir kültüre özgü uzmanlık (Sue, 2006).

*Bilimsel düşünsellik,* etnik ve kültürel olarak farklı danışanların statüsü hakkında kusurlu varsayımlarda bulunmak veya sonuçlara varmak yerine, hipotez oluşturmayı ve test ettirmeyi gerektirir. Evrensel insan deneyimleri olabilse bile her danışanın ihtiyaçlarının aynı olduğunu varsayamazsınız. Çeşitli kültürel ve etnik kökenli danışanlarla çalışırken görüşmecilerin aynılık söylencesinin ötesine geçmesi önemlidir.

#### *VAKA* ÖRNEĞİ

14 yaşındaki Hintli bir öğrenci (bir Hopi'ydi) okulundan danışmanlık için yönlendirilmişti çünkü öğretmenleri artan düzeyde sosyal geri çekilme ile birlikte notla-

rında düşme olduğunu bildirmişti. Okul danışmanı, bir önceki yılın kayıtlarını gözden geçirdikten sonra küçük erkek kardeşinin yaklaşık dokuz ay önce bir kazada ölmesinden sonra, (erkek) çocuğun akademik ve sosyal davranışının zayıfladığını keşfetmişti. İlk seans esnasında, çocuk gönülsüzce kardeşinin ölümüne şahit olduğunu itiraf edip kazayla ilgili hiç kimseyle konuşmadığını belirtti.

Bu vakada, okul danışmanının çocuğun sıkıntılarını çözülmemiş yasa atfetmesi, çocuğun kaybı ve travmasıyla ilgili duygularını ifade etmesinde yardımcı olacak bir tedavi planı hazırlaması oldukça doğal olurdu. Bu akla yatkın bir açıklama olmakla birlikte, göz önünde bulundurulması gereken başka şeyler de olabilirdi ve ne olursa olsun, tedavi planı ciddi bir hata olurdu.

Bilimsel düşünsellik, görüşmecinin çocuğun sessizliğine, geri çekilmesine ve okuldaki başarısızlığına getirdiği çeşitli açıklamalarının araştırılmasını gerektirir. Daha az bilinen ve anlaşılan açıklamaları keşfetmeden okul danışmanı çocuğun sessizliğinin ölümle ilgili geleneksel Hopi inancından kaynaklandığını asla bilemezdi. Bilimsel düşünsellikte bulunmadan, danışman, uygunsuz olarak, çocuğu erkek kardeşinin ölümüyle ilgili konuşmaya zorlayabilirdi.

Geleneksel Hopi için aileden biri veya aileye yakın olan biri öldüğünde, onun hakkında konuşmamak en doğrusudur çünkü o insanın ruhunun geceleri onları ziyaret etme olasılığını artırır. Standart bir açılışa uygun olarak danışman, çocuğu erkek kardeşi hakkında açıkça ve özgürce konuşmaya zorlasaydı oluşacak travmayı düşünün. Bilimsel düşünsellik, sadece danışmanların bir davranışla ilgili mantıklı açıklamaları yapmasını değil kültürel uygulamalarla ve inançlarla uyumlu tedavi tekniklerini uygulamasını da gerektirir.

*Dinamik olarak boyutlandırma*, Sue (2006) tarafından tanımlanan ikinci özelliktir. Bu kavram, görüşmecinin genellemelerin ne zaman grup üyeliğine dayalı olduğunu ve ne zaman dayalı olmadığını bilmesini gerektirir. Danışanın kültürel kökeninin genel özelliklerini bilmeniz ve ayrıca bu özelliklerin farklı şekillerde içselleştirilmesine ve ifade edilmesine de izin vermeniz gerekir.

Örneğin *maçoluk* kavramı, genellikle Hispanik erkeklerle ilişkilendirilir. Ancak tüm Hispanik erkeklerin maço davrandığını varsaymak saflık olur; bunu yapmak, danışanınızın davranışlarıyla ilgili beklentilerinizi etkiler. Öte yandan, siz maçoluktan ve Hispanik erkeklerin davranışlarını etkileme olasılığından bihaberseniz, bu hususta dikkatsiz davranabilirsiniz. Dinamik boyutlandırma, uygun şekilde kullanıldığında danışanları standart kalıplara sokmanın gizli tehlikelerinden kaçınılır; görüşmeci de önemli kültürel etkilere açık olur.

Dinamik boyutlandırmanın diğer özelliği, terapistin kendi deneyimlerini ne zaman genelleyeceğini bilmesi gerektiğidir. Sue (2006), bir grubun üyesi olduğu için ayrımcılığa ve önyargılara maruz kalan bir insan, diğer grupta aynı deneyimlerle karşılaşan insanların kötü durumunu anlayabileceğini söylemektedir. Ancak aynı tecrübelere sahip olmak doğru empatiyi garanti etmez. Dinamik boyutlandırma

görüşmecinin eş zamanlı olarak hem *bilmesini* ve anlamasını hem de *bilmemesini* ve anlamamasını gerektirir. Derinlemesine anlayışın ve açıklığın bu mükemmel bileşimi kültürel olarak yetkin görüşmenin çok önemli bir unsurudur.

Kültürel yetkinliğin üçüncü özelliği belirli bir *kültüre* özgü *uzmanlıktır*. Kültüre özgü uzmanlık, sosyopolitik dinamiklerin yanı sıra belirli gruplara yönelmiş etkili müdahaleler ve teknikler de dahil olmak üzere kültürel gruplarla ilgili bilgilerin edinilmesini gerektirir. Ruh sağlığı uzmanlarının dünya üzerindeki her kültürün her ince ayrıntısını bilemeyecekleri bir gerçektir. Ancak bu gerçek, kültürel körlüğü mazur göstermez. Yaşam deneyimleri ve inanç sistemlerini öğrenmenin sonu yoktur. Yetkin ruh sağlığı uzmanları, etrafındaki hayatın çeşitliliğine yönelik anlayışlarını artırmak için her fırsatı kullanır. Dolayısıyla çokkültürlülük uygulamalı bir alan olduğu kadar, bir tutum ya da felsefi bir yaklaşımdır.

Bölümün bir sonraki ayrımında ırk veya kültürel geçmişle belirlenen insan gruplarına özgü temel, kapsamlı olmayan meseleler ele alınmıştır. Ek olarak, farklı cinsel yönelimleri olan insanları, engelli insanları ve yoğun dini inançları olan insanları ele alan kısa metinler verilmiştir. Kadınları, yaşlıları ve baskı yaşamış grupları veya gençlik kalıbına uymayan, beyaz erkekleri içeren gruplar için ayrı bir tartışma üretilebilir (Hays, 2008). İnsanların kendilerini bir grup içinde bulduğu, bu gruplamaların kimlik oluşumunu ve hayat kalitesini etkilediği birçok yol vardır. Sue ve arkadaşlarının (1996) belirttiği gibi:

> Her danışan (birey, aile, grup, örgüt), büyük ihtimalle aynı oranda ilerlemeyen veya genişlemeyen çoklu bir kültürel kimliğe sahiptir. Örneğin bir erkek, Navaho kimliğinin oldukça farkında olabilir ancak kendinin bir heteroseksüel veya Vietnam subayı olduğunun daha az farkındadır. Kapsamlı bir çokkültürlü terapi, ona ve ona benzeyen başkalarına kültürel konuların varoluşları üzerindeki etkisinin daha fazla farkında olması konusunda yardım etmeye odaklanabilir (s. 17).

## BÜYÜK DÖRTLÜ

*Growing up Latino* (Augenbraum ve Stavans, 1993) adlı kitabının girişinde, Ilan Stavans şöyle demektedir:

> Bugün, çatışmanın merkezinde Hispanikler var; anadili olarak Kastilya İspanyolcası konuşan erkekler, kadınlar, çocuklar veya ataları o dili konuşanlar. ABD'de biz Hispanikleri, monolitik (tek tür) veya amorf (dağınık) birer grup gibi görürüz. İki kültür ve iki dil arasında yaşarlar. Ancak sınırlı tanımlamalarımız, Amerikalıların onları anlamak için tek bir kategoriye sığdırma çabasından kaynaklanır (s. xvi).

Stavans, Hispanikler hakkında yazıyordu ancak ABD'deki daha geniş veya daha küçük etnik grupları araya ekleyebilir ve bu da eşit ölçüde doğru olabilirdi. Her biri şaşırtıcı miktarda çeşitlilik arz eden etnik gruplandırmalarımız var. Aynısı genellikle beyaz kültür veya baskın kültür olarak nitelenen kültür için de söylenebilir. *Beyaz*'ı tanımlarken de zorlanırdık. İtalya kökenli Amerikalıları veya Yahudi Amerikalıları dahil eder miydik? *Anglo* kelimesi *"beyaz"dan* daha mı doğru bir terimdi? "Batı Avrupa kökenli insanlar" demiş olsak bile kimin bu gruba dahil olacağı ve kimin dahil olmayacağı net olmazdı. Bu kategoriye uymak için çocuklar hangi yüzyılda doğmalı? Örneğin *beyaz* kelimesini ABD'deki baskın Avrupa kültürünü tanımlamak için kullanıyoruz. Ancak genellemelerimizin sınırlı ölçüde fayda sağladığını ve çok geniş olduğunu canı gönülden kabul ediyoruz (McGoldrick, Giordano & Garcia-Preto, 2005). Bu bölümün, kültürel yetkinliğinizi geliştirme isteğinizi canlandırmasını umuyoruz.

*Kızılderili Kültürleri*

> Sadece beş yaşındaydı ama iyi bir Ojibway'ın nasıl davranması gerektiğini biliyordu. Yapamayacağı şeylerin ve yapmayı öğrenmesi gereken şeylerin neredeyse hepsini biliyordu. Büyükannesine ve büyükbabasına gitti. Utanarak gözlerini yere dikip sormak istediği birçok şeyi dile getiremeyeceğini bilerek huzurlarına çıktı; önce bilge olanlar konuşmalıydı. İlk kelimeler her zaman yaşlı insanların ağzından çıkmalıydı.
> —Ignatia Broker, Ojibway yaşlısı ve hikâye anlatıcısı, *Growing up Native American*, Editör: Pat Riley.

2000 yılındaki nüfus sayımına göre, ABD'de yaşayan yaklaşık 500 kabile var; beklendiği gibi her kabilenin ayrı değerleri, gelenekleri ve geçmişleri var. Tarihsel olarak, Berkhoffer (1978), 15. yüzyılın sonlarında Avrupalılar geldiğinde, Kuzey Amerika'da 2000'den daha fazla kültürün temsil edildiğini belirtmektedir. Bu kültürlerin çeşitli dilleri, uygulamaları, arkadaşça veya savaşçı ilişkileri vardı. Kendilerini tek bir birey olarak düşünmediler. Kızılderililer arasında var olandan daha fazla ortak özellik olduğunu varsaymak bir hatadır. Öte yandan, geçmiş ve şimdiki Kızılderili hayatında veya farklı kabilelerden olan Kızılderililerin arasında, daha ortak bir zemin bulmalarına müsaade eden yönleri olabilir. Ortak zeminin bir alanı, Kızılderililerin Avrupalı yerleşimcilerin elleri altında iki yüzyıldan fazla yaşadığı soykırımsal uygulamalardır.

Bu deneyimlerle ilişkili travma, kuşaklar arası üzüntü ve ümitsizlik çoğu kabile kültüründe çabucak gözlenebilir ve trajik şekilde hâlâ onlara büyük zarar vermektedir. Kızılderililer her ne kadar baskın kültürden olan kişilerin danışmanlığa gelebilecekleri nedenlerden dolayı danışmanlığa gelse de insan olarak, onların kültürlerinin büyük bir kısmının sistemli şekilde yok edildiğini hatırlamamız gerekir. Şef Oturan Boğa'nın Amerika'nın 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında uyguladığı sindirme politikasına cevabını düşünün:

> Ben Kızılderiliyim. Büyük Ruh beyaz olmamı isteseydi beni en baştan böyle yaratırdı. O, sizin kalbinize istekler ve hedefler koydu, benim kalbime farklı istekler ve farklı arzular. Onun nazarında her insan iyidir. Kartalların karga olmasına gerek yok (Deloria'dan aktarılmıştır, 1994, s. 198).

Kültürel katliam ve sindirmenin, hâlâ doğrudan danışmanlık sonuçları vardır; özellikle danışman beyaz Avrupalı kültürünü temsil ediyorsa. ABD'deki soykırımsal politikalar şimdi çoğunlukla tarih olsa da arazi kullanımı ve kabile egemenliğine ilişkin mücadeleler aynı politikaların kalıntılarıdır. Halbuki beyaz Avrupalı danışmanlar geçmiş olaylar için çok az sorumluluk taşır. Ancak onlar hâlâ Kızılderililerin hakkını gasp eden baskın kültürü temsil ediyormuş gibi *algılanabilir.* İlişki kurma açısından, güven kurmak olağanüstü bir duyarlılık gerektirebilir.

Aşırı genelleme tehlikesine karşın, Kızılderili danışanlarla çalışan bir görüşmeciyi yönlendirmeye yardım etmek için kullanılabilecek bazı özel kültürel değişkenler aşağıda belirtilmiştir.

*Kabile Kimliği*

Kızılderili bir danışana kabilesi hakkında soru sormak başlangıç görüşmesinin önemli bir unsurudur. Danışan size çok fazla anlatmamayı seçebilir ancak neredeyse tüm Kızılderililer kendisini bir kabileye, zümreye veya boya aitmiş gibi tanımlar (Sutton ve Broken Nose, 1996). Her ne kadar söylenen kabileye yabancılığınızı açığa vursa da, görüşmeciler doğru telaffuz ve hecelemeyi sorma konusunda utangaç olmamalıdır. Kızılderili danışmanlar bile var olan her kabilenin adını ve uygulamalarını bilmez. Bir bireyde kabile kimliği ne kadar çok veya az olursa olsun, bu Kızılderili kültürünün önemli bir unsurudur (D. Wetsit, kişisel görüşme, 11 Temmuz 1998). Kabile bağlılığı ve kimlik hakkında sorular sormak, danışman ile Kızılderili danışan arasında önemli bir süreç başlatır. Danışanlar kendi kabilesini belirttikten sonra, izleyen basit soru şudur: "Bana Assiniboine olmak hakkında en çok değer verdiğiniz şeyleri söyleyin." Kızılderili olmayan görüşmeciler Kızılderili hayatıyla ya da kabile mevzularıyla ilgili çok şey biliyormuş gibi yapınca Kızılderili görüşmecilerle olumlu ilişkiye zarar verme riskini alır.

*Ailenin Rolü*

Çoğu ya da tüm kabileler için geniş aile son derece önemlidir. Akrabalık sistemi değişir ancak benimsenmiş ve biyolojik büyükanne ve büyükbabalar, teyzeler, amcalar, dayılar, kuzenler ve kardeşler merkezi önem taşır. Cenazeler, düğünler, doğumlar, toplumsal ve ailevi kutlamalar büyük anlam ifade eden, sıklıkla diğer zorunlulukları iptal ettiren etkinliklerdir. Bazen aile, kabile sağaltıcıların aile üyeleri olduğunu düşünür; bazı koşullar altında bu üyeleri aile temelli müdahalelere veya görüşmelere dahil etmek uygun olabilir.

Ebeveynlik uygulamaları gibi aile rolleri için de kabile gelenekleri çeşitlilik gösterir. Bu alanların önemi dikkate alındığında, danışanlarınız karışık kabile geçmişinden geliyorsa farklılıklar hakkında soru sormak yararlı bilgi sağlayabilir (Ho ve ark., 1994; Sutton, Broken & Nose, 2005).

*Maneviyatın Rolü*

Her Kızılderilinin dini yönelimli olduğunu söylemek büyük bir aşırı genelleme olur. Ancak birçok Kızılderiliye göre, kabile üyeleri ile aralarında –yaşayan, ölü ve henüz doğmamış olanlar; doğa ve insanlar arasında; yaratıcı ve yaratılanlar arasında– çok sayıda dinsel, kutsal ilişki vardır. Bu ilişkiler, hayatın şu anda yaşanma biçimini ve ailenin, kabilenin gidişatını etkiler (Ho ve ark., 1994, Kızılderili toplantılarında genellikle bir dua (veya şarkı) okunur. Dini inançlara doğru saygı göstermek güçlü bir terapötik ilişki kurmanın temelidir.

*Paylaşma ve Mallar*

Geleneksel olarak Kızılderililer, diğer bireylere, ailelere, zümreye, kabileye veya topluma çok şey verenlere büyük saygı gösterir (Sutton ve Broken Nose, 2005, s. 40).

Almadan vermenin geri planda olduğu kapitalist kültürümüzün aksine Kızılderililer arasında paylaşmak çok önemlidir. Bir yandan kültürel kimliklerini sürdürmeyi bir yandan da baskın kültürel standartlar temelinde ölçülen başarılı hayatlar kurmayı deneyen genç Kızılderili insanlar için değerlerin çatışması bir kargaşa ve sıkıntı kaynağı olabilir. (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007).

*Zaman*

Birçok kültür, zamanın akışını, baskın Avrupalı ve ABD kültürlerine göre çok daha fazla sakin ve döngüsel bir biçimde görür. Randevu için kararlaştırılan zamanda oraya varmak, Avrupa kökenli birçok insanda doğuştan gelen özelliklerdir. Ancak zamanında varmak her zaman Kızılderililerin (ve birçok kültürden insanların) saatiyle ilişkili değildir. "Zamanında" sözcüğünün anlamı farklı olabilir. Bunun bir örneği, genellikle üniversite danışmanlık servisinde çalışan stajyerlerimizin deneyimlediği, bazı Kızılderililerin haftalık buluşmalarını programlama isteksizliğidir. Kızılderililer, Avrupa kökenli beyazlara göre, "şimdi ve burada" yaklaşımına daha fazla ve geleceğe daha az yönelimlidir (Sutton ve ark., 2005). Şimdiki zamanda deneyimlenen danışmanlıkta hissedilen bir ihtiyaç olduğunda aranır. Ancak gelecekteki bir buluşmada anlaşmak, gelecek şimdiki zaman olduğunda olan şeylere göre çözülebilir de, çözülmeyebilir de.

*İletişim Tarzları*

Birçok Kızılderili, sessizliğin saygının bir işareti olduğuna inanır. Başkasını

dikkatlice dinlemek büyük bir övgüdür, dinlememek ise çok büyük bir saygısızlık olarak görülür. Ancak yaygın beyaz dinleme alışkanlıklarından oldukça farklı olan bu dikkatli dinlemeyi göstermenin kültürel olarak uygun yolları da vardır. Soruların özgürce kullanımı yaygın bir dinleme işareti değildir; aslında çok fazla soru sormak kabalık sayılır. Dolayısıyla görüşmeci soruları kısa ve sınırlı sayıda tutmalıdır. Ek olarak, Kızılderili danışandan çok soru beklememelisiniz. Net olmaya çaba gösterin ve Kızılderili danışanın sorusu olup olmadığını soracağınız zamanlarda rahat olun. Danışan, çok soru sormaktansa kelimelere iyi dökülmüş bir tane soru oluşturmak için zaman isteyebilir. Göz teması, birçok Kızılderili kültürde baskın Amerikan kültüründe olduğundan farklıdır. Saygı, sessizce dinleyerek ve göz temasından kaçınarak diğerlerine iletilir. Bu, özellikle Kızılderili bireyin yaşlı birine ya da daha yüksek statüde algılanan herhangi birine saygısını sunmak istediği zamanlarda geçerlidir.

Bazı Kızılderili danışanlar açısından, başlangıç görüşmesinde not almanın bir dinleme tepkisi olduğu anlaşılamayabilir. Not almak kaba görüldüğünde, sözel olmayan işaretleri izlemek (Paniagua, 1998) ve mümkünse not almayı durdurmak mantıklıdır. Birkaç not almanız gerekiyorsa bu sürecin işleyişini basitçe açıklayın ve onların sonucu olan dikkat dağılmasını telafi etmeye çalışın.

Bir Kızılderiliyle ilk görüşmeyi içeren vaka örneği ve vaka formulasyonu, *Uygulamaya Geçirme 14.2*'de sunulmuştur.

### Afrika Kökenli Amerikalı Kültürleri

> Ben *Kikuyu. Benim halkım, toprağa yakınsanız insanlara da yakın olduğunuza inanır. Afrikalı bir kadın toprakta büyüttüğü bitkiler gibi ailesini de besleyecektir. Benzer* şekilde, *aile ilişkilerini beslediği gibi en nihayetinde toplumu besleyecektir. Bu bir döngüdür.*
>
> —Wangari Waigwa-Stone, Terry Tempest Williams'ın *Refuge: An Unnatural History of Family and Place.*

Kızılderililerin yaşantılarına benzer şekilde, Afrika kökenli Amerikalılar ve Avrupalı yerleşimciler arasındaki ilişki de karşılıklı, gönüllü bir ilişki olarak başlamamıştır. Hem Kızılderili hem de Afrika kökenli Amerikalı kültürler, beyazlarla gönülsüz temasları nedeniyle aile yapısının katliamını, ağır hastalıkları, mülkiyetlerinin, geleneklerinin ve özgürlüklerinin kaybını deneyimledi. 1518 ve 1870 yılları arasında, yaklaşık 15 milyon Afrikalı esir edildi ve Yeni Dünya'da köle olarak hizmet vermeye zorlandı (Black & Jackson, 2005). Sonuçta kuşaklar arası travma, rol çatışması, keder ve kayıplar, Afrika kökenli Amerikalı kültür kendini yeniden inşa ettikçe yankılandı. Afrika kökenli Amerikalı kültüründe olağanüstü başarı hikâyeleri şifa, derinlik ve bilgelik vardır ancak bu travmaların bedeli de hâlâ ortadadır.

*Ailenin Rolü*

Afrika kökenli insanlar çekirdek aileye ve geniş akrabalık sistemine büyük önem verir. Bu aile ilişkileri yapısı, onlar Kuzey Amerika'ya getirilmeden ve ailelerin köleler olarak yüzleştikleri aşırı koşullarla pekiştirilmeden önce Afrika'da da geçerliydi. Her aile üyesine, biyolojik olarak ne kadar uzak akraba olmasından bağımsız olarak, oldukça değer verilir.

**Uygulamaya Geçirme 14.2**

**Kızılderili Bir Danışanla İlk Görüşme**

Willard 26 yaşında, bekâr, New Mexico'nun kırsalında Kızılderililer için ayrılmış bir arazide, Navajo'da büyümüş, Navajolu bir erkektir. Liseden hemen sonra Deniz Kuvvetleri'nde dört yıl görev yapmıştır. Şimdi üniversitede Matematik ve Eğitim ana dalında, üçüncü sınıf öğrencisidir. Üniversite yönetimi Willard'ın yurtta bir kavga sırasında yaptığı saldırı nedeniyle tutuklandıktan sonra danışmanlık almasını istemişti ve onun okuldaki durumu beş seansın tamamlanmasına bağlıydı. Kaza tutanağında, onun ve kavgaya karışan diğer iki öğrencinin adı geçiyordu. Bu iki öğrenciden birinin Willard'ın kız arkadaşına uygunsuz hareketlerde bulunduğu ve kavgaya karıştıkları belirtiliyordu.

İlk seansta görüşmeci tarafından iri, çok kaslı, uzun saçları özgürce omuzları çevresine düşen genç bir adam olarak gözlendi. Girişte gülümsemedi. Ancak doğrudan göz teması kurdu. Kaydının devamı için koyulan koşulların farkındaydı ancak danışmanlığa katılmaya hevesli değildi.

Küçük gruplarla veya ikili çalışarak Willard'la ilk görüşmede nasıl ilerleyebileceğinizi düşünün. Onun başvurusundaki belirli koşulların göz önünde bulundurulması gereken maddelerinin listesini yaparak başlayın. (Örneğin danışmanlığa zorla yönlendirilmenin etkisi nedir?) Listenizdeki maddelerin hangisinin kültürel sonuçları vardır? Sonra Willard'la terapötik ilişki kurmakla alakalı konuları düşünün. Görüşmeye nasıl başlardınız? (Bunu küçük grubunuzla veya ikili uygulayın.) Son olarak, Willard hakkında, çalışmanızı etkileyecek hangi bilgiyi edinmek isterdiniz? Yerli Amerikalılar hakkındaki kalıp yargılarınız veya varsayımlarınız listenizdeki herhangi bir şeyi etkiledi mi? (Örneğin, kavgadakilerin herhangi birinin alkolün etkisi altında olup olmadıkları merak edilebilir.) Bunları grubunuzla tartışın.

Afrika kökenli bireylerle çiftlerle veya ailelerle görüşme, aile rollerine duyarlılığı içermelidir. Aile reisi baba, anne ya da büyük kardeşler olabilir. Ek olarak, ak-

raba olamayan grup üyeleri (vaftiz ebeveyni, papazlar ve yakın arkadaşlar) önemli ailevi roller üstlenebilirler. Her ne kadar soy ağacı değerlendirmesi tedavide yardımcı olsa da akrabalık sistemleri açıkça kabul edilmemiş bilgiler içerebilir. Hines ve Boyd-Franklin (1996), gayrimeşru doğumlar, anne babanın medeni durumu, hapsedilen aile üyeleri ya da AIDS sonucu ölümler, şiddet veya maddenin kötüye kullanımı gibi tüm aile üyelerinin bilmediği bir sır veya üyelerin üçüncü şahıslarla paylaşılmasının doğru bulmadığı bilgiler olabileceğini söylüyor. Açıkça görülüyor ki böyle bir bilginin paylaşılmasını beklemeden, güven ilişkisi kurulmalıdır.

*Din ve Maneviyat*

Kilisenin, dinin veya dinsel uğraşların rolü birçok Afrika kökenli Amerikalı için kritiktir. Kölelik sırasında başlayan anlam ve duygu yüklü dini hizmetler bugün devam etmektedir. İnanç toplumuna derin bağlılık aile kadar etkili ve merkezi olabilir. Kilise üyeleri veya kilise liderleri danışmanlık sürecine etkili bir şekilde davet edilebilir.

*Çift ve Cinsiyet Rolleri*

Afrika kökenli Amerikalı erkeğin ötekileştirmenin birçok şekilde sıkıntısını çektiği söylenmektedir. Franklin (2007), Beyazların Afrika kökenli erkeklere onlar sanki görünmezmiş gibi davranmasına karşılık gelen *görünmezlik terimini* öne sürmüştür. Afrika kökenli Amerikalı erkeklerin ortalama yaşam süresi cinayet, hapse girme, zihinsel ve bedensel engeller, uyuşturucu, alkol bağımlılığı ve tehlikeli istihdam durumları nedeniyle beyaz erkeklere veya her iki ırktan kadınlara göre daha azdır (Franklin ve ark., 2006). Bu görünmezlik, aile sistemindeki erkek hakkındaki kalıplaşmış varsayım formunda ya da aile sisteminde erkeğin yokluğu formunda klinik görüşmeye gizlice girebilir.

Geçmişten gelen uygulamalar neticesinde Afrika kökenli Amerikalıların aile rolleri, kadının rolünün çocuk doğurma ve ev işleriyle sınırlandırıldığı beyaz ataerkilliğinden daha eşitlikçi olma eğilimi göstermektedir. Afrika kökenli Amerikalı kadınlar, ailenin geçimi için çalışmanın yanı sıra eşit veya baskın ebeveyn rolü oynar.

Çift danışmanlığı, sıklıkla çocuk odaklı endişeler nedeniyle oluşur. Ayrıca Afrika kökenli Amerikalı erkeklerin yüklenmiş hayatlarına daha fazla sıkıntı ekleme isteksizlikleri nedeniyle Afrika kökenli Amerikalı kadınların işlevsiz ilişkileri sürdürme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Hines ve Boyd-Franklin, 2005). "Erkeklerine" uyarak geliştirilen başının çaresine bakma tutumu Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla çalışan danışmanlar için oldukça rahatsızlık verici olabilir.

*Dil*

Sokak ağzına ya da zenci İngilizcesi'ne alışık olmayan bir görüşmeci için bu dili kullanan bir danışanı anlamak zorlayıcı olabilir. Ancak bu konuyu diğer iki

dillilik zorluklarından niteliksel olarak farklı görmüyoruz. Bazı Afrika kökenli Amerikalılar standart Amerikan İngilizcesini mükemmel konuşur ve istediği zaman neredeyse (görüşmeci için) anlaşılmaz zenci İngilizcesi'ne döner. Bazı beyaz Amerikanlar da aynısını yapabilir. Ancak çoğu beyaz danışmanın sokak ağzını, ya da zenci İngilizcesi'ni kolayca anlaması olası değildir. Anlamadaki yetersizliğinizi kabul etmeniz ve yardım istemeniz gerekir. Hatırlanması gereken önemli şey, bu dil konuşanın sorunu değil, görüşmecinin eksikliği olduğudur. Bir parça mizah duygusuyla birlikte kibar bir tutum var olabilecek dil engellerini aşmada çok yararlı olabilir.

*Varsayım Sorunları*

Afrika kökenli yaklaşık 34.6 milyon Amerikalı var (BD. Nüfus Sayım Bürosu, 2001). Toplam nüfusun % 12'sini oluşturan bu grup, ABD'deki beyaz olmayan en büyük grubu oluşturuyor. İstatistiksel olarak, beyaz Amerikalılara kıyasla Afrika kökenli Amerikalılar daha fakir, daha az eğitimli, işsizlikten daha fazla mustarip ve daha fazla ergen hamileliği yaşıyor. ABD şiddet ve kaybın zararının çoğunun Beyaz ve Afrika kökenli Amerikalılar arasında olduğu, ırksal çekişmeyle ayrılmıştır. Bundan bahsettik çünkü çok az bilginin tehlikeli bir şey olduğunu hatırlamak iyidir. Bir zamanlar Afrika kökenli Amerikalı bir arkadaşımız, oda arkadaşımız, kız arkadaşımız veya patronumuz olduğundan Afrika kökenli insanlarla nasıl çalışılacağını bir şekilde bildiğimize inanıyoruz. Bu tür varsayımlar, başka bir kültürden herhangi bir kişi açısından tehlikelidir ama özellikle Beyaz ve Afrika kökenli Amerikalılar arasında olasıdır.

*Uygulamaya Geçirme 14.3*'te Afrika kökenli Amerikalı danışanla başlangıç görüşmesi örneğine yer verilmiştir.

**Uygulamaya Geçirme 14.3**

**Afrika Kökenli Amerikalı Danışanla Çalışmak**

Marvin, 36 yaşında, 12 yıldır evli ve yaşları altı ile sekiz olan iki çocuk sahibi, Afrika kökenli Amerikalı bir erkektir. Son beş yıldır çalıştığı muhasebe şirketinde oldukça tatmin edici bir terfi aldıktan kısa bir zaman sonra danışmanlık almayı istemiştir. Afrika kökenli Amerikalı bir danışmanla görüşme tercihini belirtmiştir ancak kurumdaki uygun görüşmeci için yaklaşık altı ay beklemesi gerektiğinden bu isteğinden vazgeçmiştir. Dolayısıyla hemen hemen kendi yaşlarında olan beyaz bir erkek danışmanla görüşmeyi gönülsüzce kabul etmiştir.

Marvin, danışmana görüşmede zor biri gibi göründü. Ellerini salladı,

kısa göz temasları kurdu ve düşünceli gülümsemeler sergiledi. Terfisinden birkaç ay önce büyük ölçüde stres hissettiğini belirtti. İşin taleplerini karşılarken koca ve baba rolünü yerine getirmenin neredeyse imkânsız olduğundan söz etti. Sonra, "Ama siz beyazsınız, muhtemelen anlamazsınız," dedi. Kızarak devam etti, "Beyaz adamın işinde Siyah adam olmanın neye benzediğini HİÇBİR ŞEKİLDE anlayamazsınız! Lanet olsun! Beyaz bir insanın DÜNYASINDA!" dedi.

Bu senaryoyu birkaç dakika düşünün. Bu etkileşimden sonra zihninizde hangi Siyah adam kalıp yargıları belirdi? Bunlarla nasıl baş ederdiniz? Ne hissederdiniz?

Marvin'e nasıl tepki verirdiniz? Bir seçenek şöyle bir şey söylemek olabilir: "Haklısınız, bunun sizin için neye benzediğini anlamamın hiçbir yolu yok ama denemek isterim. İş yerinizde Siyah olmayı bana biraz daha anlatır mısınız?"

Böyle bir soru neyle sonuçlanır? Başka hangi tepkileri deneyebilirsiniz?

## Hispanik Amerikalı Kültürleri

*Babamın aile geçmişinin Kuzey İspanya'ya dayanmasına, beyaz teni ve açık kahverengi saçı olmasına, adımızın Porto Riko'da, ABD'deki Johnson kadar yaygın olmasına rağmen adam Deniz Kuvvetleri üniforması üzerindeki isim etiketini parmağıyla göstererek babama sordu "Sen, Kübalı mısın?"*

*Babam düşmanının öfkeli gözlerine bakarak cevap verdi, "Hayır Porto Rikoluyum."*

*"Aynı, lanet şey" Ve kapı kapandı.*

—Judith Ortiz-Cofer, *Silent Dancing*

Bu bölümün amaçları açısından, Hispanik teriminin anlamını, "Hispanikler ABD'de oturan ve İspanyolca konuşan Latin Amerika uluslarından birinde veya İspanya'da doğmuş yahut ailelerinin kökeni buralara dayanan insanlardır," (s. 1) diyen Marin ve Marin'den (1991) aldık. Bu terim mükemmel değildir. Öyle ki bazı Meksika kökenli Amerikalılar *Latino* terimini tercih eder çünkü bu terim fetheden ülke olan İspanya'yı ve ilgili olayları anımsatmaz (Dana, 1993). Ancak şimdi yaygın olarak *Hispanik* terimi kullanılıyor. Dolayısıyla bu bölümde bizim seçimimiz Hispanik olmuştur.

Birlikte gruplanan insanlar birçok farklı ülkeyi, kültürü, sosyopolitik tarihi ve ABD'de bulunma nedenlerini temsil etmektedir. Dolayısıyla klinik görüşmeyi başlatacak önemli bir husus, danışanın köken ülkesini sormaktır.

Latinolar için milliyetlerini açığa vurmak çok önemlidir; bu hikâyelerinde, müziklerinde ve şiirlerinde yansıtılan bir gurur ve kimlik hissi verir. Terapide, "Kökeniniz

neresi?" sorusunu sormak ve danışanın göç hikâyelerini dinlemek terapistin ilgisini çekmeye yardımcı olur. Terapiste danışanın geride bıraktığı ülkesi, kültürü ve oradan ayrılma nedenleri hakkında bilgi edinme fırsatı verir (Garcia-Preto, 1996, s. 142).

*Din ve İlişkili İnanç Sistemleri*

Katolik Kilisesi birçok Hispanik yerleşim bölgesinde oldukça etkilidir. Dolayısıyla rahip, bireysel ve ailevi sorunların çözülmesinde yardım etmede genellikle merkezdedir. Ruh sağlığı sorunlarına bazen kötü ruhların neden olduğuna inanılır ve dolayısıyla kilise yardım aramak için mantıklı bir yerdir (Cuellar & Paniagua, 2000). Sonuç olarak, ruh sağlığı uzmanlarıyla kilisedeki ve toplumdaki diğer tüm yöntemleri denedikten sonra temasa geçilir. Hispanik kültürde, bazen, insanların belirli davranışlarda bulunarak kendi ruhsal ve fiziksel sorunlarına kendilerinin neden olduğuna ve diğerlerinin *mal de ojo* (nazar) yoluyla kendilerine yönlendirilen bu tür problemlerden etkileneceğine inanılır. Bu tür inançlar bazılarının birçok Hispanik kültürde yaygın olarak belirlediği kadercilikle alakalıdır. Kadercilik, bir insanın kendi kaderi hakkında çok bir şey yapamayacağı inancıdır –şanssızlık ve iyi talih bireyin kontrolü dışındadır. Danışmanlıkta, terapist danışanları kontrolü almaya ve değişiklikler yapmaya başlamaya teşvik ettiğinde bu inanç ters tepebilir. Öte yandan, aslında onların kontrolü dışında olan travmatik yaşam koşulları nedeniyle suçlanan bireyleri temize çıkarabilir. Hispanikleri kadercilikle ya da dış kontrol odağı yönelimleri konusunda fazlasıyla yüzleştirmek sakıncalıdır. Bazı durumlarda, kilisede yer almaya veya dahil olmaya devam etmelerini teşvik etmek faydalı olabilir.

*Kişiselcilik*

Hispanik kültürler, kişiler arası ilişkilere büyük önem vermesiyle samimiyete değer vermesiyle ve kendini dürüst bir şekilde açmasıyla ünlüdür (Comas-Diaz, 2006). Bu değerler, danışman seçimini belirleyebilir. Görüşmeci olarak, kişisel hayatınıza ve zevklerinize yönelik ilginin seviyesine şaşırabilirsiniz ancak niyet sıkıntı vermek değil sadece bağlanmaktır. Başlangıçta ilişkinin sınırlarını bildirmek için daha resmi kalmanız önerilir. Soyadlarıyla hitap etmek ve ilk görüşme esnasında temkinli bir saygıyla yaklaşmak, bu sürece yardım edebilir. Paniagua (1998), şöyle der:

> Hispanik danışanlarla çalışan terapistler hangi koşulları altında hediye kabul etmenin kültürel olarak uygun olacağının (örneğin Noel'de terapist, Afrika kökenli Amerikalı bir danışandan Meksika'da ahşaptan yapılmış bir kupa alabilir) ve hangi koşullar altında bu hediyeleri reddetmenin klinik olarak uygun olacağının (örneğin kupayı terapi ücretinin bir ödemesi olarak almak) farkına varmalı, hediyeleri buna göre kabul etmelidir (s. 42-43).

*Ailenin Rolü*

Bu bölümde tartışılan diğer kültürlere benzer şekilde, aile Hispanikler için de aşırı derecede önemlidir ve beyaz Amerikalıların çekirdek ailesinden daha geniş şekilde tanımlanır. Aile üyeleri büyük bir olasılıkla birey danışmanlığa gelmeden önce danışmanlığa gelir ve çoğu durumda aileyi doğrudan dahil etmek yardımcıdır. Ailenin ve grubun ihtiyaçlarına bireyin ihtiyaçlarından daha güçlü vurgu yapılır. Ancak ABD'de baskın olmayan diğer kültürlerin ve beyaz kültürün aksine, Hispanik toplumda ailede rol esnekliğine izin verilmez. Baba ailenin reisidir ve bu sıfatla saygı duyulur. Anne ev kadınıdır ve çocukları yetiştirir. Aile yükümlülükleri, şeref ve sorumluluklar çoğu geleneksel Hispanik ailede yer etmiştir (Gibbs & Huang, 2003; Losada ve ark., 2006).

*Cinsiyet Rolleri*

Maçoluk ve *marianismo* kişiler arası ilişkileri, özellikle iki cinsiyet arasındakileri belirleyen merkezi kavramlardır. *Maçoluk*, fiziksel yiğitlik, saldırganlık, kadınlara çekici gelmek ve büyük miktarlarda alkol tüketimi sayesinde başkalarının saygısını talep etmekle kanıtlanan erkeksilik anlamına gelir. Bu saygının, Hispanik kültürde birçok önemli boyutu vardır. *Respeto* terimi yaşa, sosyal konuma, cinsiyete ve statüye dayanan insanlara gösterilen saygıya karşılık gelir. *Respeto* gösterilen kişi eğitimli ve iyi büyütülmüş biridir (Guilamo-Ramos ve ark., 2007).

*Marianismo* ya da geleneksel Hispanik kadınlığı, Meryem Ana'ya olan Katolik ibadete dayanmaktadır. Bu itaati, utangaçlığı, evlenene kadar cinsellikten kaçınmayı, duygusallığı ve kibarlığı ifade eder. Comas-Díaz'a (1994) göre, *marianismo* kavramı erkeklerin tüm eziyetlerine dayanan kadının ruhani üstünlüğüne olan inancı da içerir. Söylemeye gerek yok, maçoluk ve *marianismo* ABD'deki baskın kültürde sosyal olarak kabul edilebilecek cinsiyet rolü kuralları değildir. Göç etmiş aileler, daha genç nesillerin eğitim düzeyi arttıkça bu geleneksel rollere ve beklentilere uymayı reddettikçe çatışmalar yaşamaktadır. *Uygulamaya Geçirme 14.4*'te Hispanik danışmanla çalışmaya yönelik bir vaka örneği verilmiştir.

### Asya Kökenli Amerikalı Kültürler

> *Personel öğle yemeği için toplandığında derme çatma bir mutfakta oturuyorduk. Konuşmacı Laosluydu. H'Mong'un iş arkadaşı masanın ortasına "yapışkan pirinç" ile dolu bir hasır sepet yerleştirdi; Japon danışman pirinç kabından kısa, içinde parçalı pirinçlerin olduğu bir kap koydu; Çin kökenli Amerikalı klinisyen ise uzun taneli pirinç içeren bir kap koydu. Pirincin farklı çeşitleri masada temsil edilen farklı etnik, kültürel, tarihsel ve dinsel geleneklere göndermeydi. Ancak yine de hepimiz "Asya kökenli" olarak değerlendiriliyoruz. Her iki bakış açısı da gerçeğin belirli yönlerini içeriyor.*
>
> —Christina Chao, "We Do Not Even Eat Rice the Same"

**Uygulamaya Geçirme 14.4**

**Hispanik Danışanla Çalışmak**

Rosa, ailesi (annesi, babası ve beş kardeşi) 15 yıl önce Meksika'dan Michigan'a taşınan 19 yaşında bekâr bir kadındır. 16 ve 21 yaşında iki kız kardeşi ve 14, 17 ve 22 yaşında üç erkek kardeşi vardır. Rosa ve ailesi, Katolikliğin insanların hayatının önemli bir parçası olduğu Meksika kökenli Amerikalıların bulunduğu bir toplumda yaşamaktadır. Rosa, üstün akademik başarısı nedeniyle yerel bir üniversitede gazetecilik okurken ayrı bir evde yaşamaktadır.

Son iki aydır depresyonda hissettiği için gelmişti. İyi uyuyamadığını ve yemek yiyemediğini, "sadece günü geçirmede zor zamanlar yaşadığını" belirtmişti. Danışmanlığa gelmenin zor olduğunu ifade etmişti çünkü ailesi kişisel meseleleri dışarıdaki biriyle tartışmasını onaylamazdı. Ama o yine de gelmişti çünkü üniversitedeki arkadaşları onu fazlasıyla teşvik etmişlerdi.

Hayatı hakkında soru sorulduğunda, gözyaşlarına boğuldu. Ailesinin ona farklı davrandığını ayırt edene kadar üniversitede olmaktan zevk alıyordu. Geçmişi düşündüğünde, bunun üniversiteye başlar başlamaz başladığını düşündü ama bu deneyimlerin yeniliği onun farklılıkları görmezden gelmesine yardımcı olmuştu. Rosa, özellikle erkek kardeşlerinin aralarına mesafe koyduğunu ve onunla konuştukları zaman sanki Rosa onlara artık benzemiyormuş gibi davrandığını söyledi. Bir keresinde, ağabeyinin Rosa'nın onlardan daha iyi olmayı denediğini söylediğine kulak misafiri olmuştu. Ayrıca eski arkadaşlarıyla da aynı derecede ilişki kuramadığını fark etmişti. Buluştukları zaman konuşacak şeyleri birkaç garip dakikadan sonra bitiriyorlardı. Son olarak, "Bu tek kelimeyle benim için değerli değil. Üniversiteyi bırakacağım. Artık kim olduğumu bilmiyorum!" dedi. Ailenin önemini Rosa'yla nasıl incelerdiniz? Onun hakkında başka ne bilmeye ihtiyacınız var? Arkadaşları olabilir mi? Nasıl sorardınız? Rosa'yla çalışmanızda yardımcı olacak diğer kaynakları da birleştirmeyi düşünür müydünüz? Partnerinizle tartışın.

Asya kökenli Amerikalılar, ABD'deki ruh sağlığı servislerinde temsil edilen sadece üçüncü büyük çokkültürlü gruptur (Paniagua, 1998). Ancak onların kökeni dünyanın hem arazide hem de nüfusta en geniş adasıdır. Asya coğrafi özellikleri açısından farklıdır hatta dini, gelenekleri, yaşam tarzı ve ataları açılarından daha farklıdır. Güney Asya'yı oluşturan büyük ülkeler Hindistan, Bangladeş ve Pakistan; Güneydoğu Asya'yı oluşturanlarsa Burma, Kamboçya, Laos, Vietnam, Malezya, Endonezya ve Filipinler'dir. Doğu Asya'nın büyük ülkeleri Çin, Japonya, Kuzey ve Güney Kore ile Tayvandır (Axelson, 1999).

*Ailenin Rolü*

Yine Asya kökenli insanlar arasında, beyaz kültürlerde olduğundan daha güçlü, daha içine alan aile rolleri görürsünüz. Hispanik aile yapısına benzer şekilde, baba aile reisi olarak değerlendirilir ve baskın rol oynar. Aslında, her aile üyesinin rolü cinsiyete, doğum sırasına ve medeni haline dayalıdır, sabittir ve değiştirilemez (Paniagua, 1998).

Dolayısıyla bireysel eylemler, doğrudan aileyi yansıtır. Bireyselcilik olumlu karşılanmaz. Aileyi etkileyen kararlara (kararların çoğuna ya da hepsine) bireylerden ziyade aileler karar vermelidir. Aile yeterince güçlü, yeterince bilgili olmalı ve bireyin karşılaştığı sorunların üstesinden gelebilmek için yeterli kaynakları olmalıdır. Bu işi yapamamak ve danışmanlık formunda dışarıdan yardım istemek utanç verici bir sosyal imaj kaybıdır (Chao, 1992). Bu nedenle Asya kökenli Amerikalı bir danışanla veya aileyle ilk seansını yapan bir görüşmeci, danışan(lar)ın yardım istemesine çok miktarda stresin neden olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Sonuç olarak durum muhtemelen oldukça ciddidir ve kişiye bu bağlamda yaklaşılmalıdır.

İlk ziyareti daha da zorlaştıran başka bir şeyse böyle bir ziyaretin ve bu ziyareti gerekli kılan şeylerin utanç verici olarak deneyimlenebilmesidir. Danışan açık sözlü olmayabilir ancak bunun yerine problem alanlarını azaltabilir veya onları anlaşılmaz, gayri şahsi şekilde tanımlamaya kalkışabilir.

ABD'de yaşayan Asya kökenli Amerikalıların neredeyse tamamı kültürselleşmenin bir aşamasındadır. Çocuklar genellikle iki dilli olurlar, ailede geleneksel rolleri bozan bir güç edinirler. Dahası, bazı ailelerin anavatanlarında yaşayan aile üyeleri ve burada yaşayan üyeleri vardır ki bu da ilişki ve rol gerginliklerini artırır (Lee, 1996).

*Otoriteye Yönelmek*

Birçok Asya kültürünün yapısı katı ve hiyerarşiktir (Matsumoto & Yoo, 2005; negy, 2004). Bu, hiyerarşik olarak sizden daha yukarıda olanlara borcunuz olan namus, saygı, uyum ve sadakat anlamına gelen *atalara saygı* kavramıyla doğrudan ilişkilidir (Cheung ve ark., 2006). Otoriteye uyma, birçok şekilde ortaya çıkar. Asya kökenli Amerikalı danışanlar, danışmanın bir uzman olmasını ve otoriteyle hareket etmesini bekler. Aynı şekilde, bir ruh sağlığı uzmanıyla sözel iletişim dolaysız olmayabilir ve kesinlikle mücadele edici değildir. Asya kökenli Amerikalı danışan belirsizlikle karşılaştığında, sadece mümkün olan en kibar, en doğrulayıcı cevabı sunar. Asya kökenliler arasında, çoğu Kızılderili kabilelerinde olduğu gibi sessizlik saygının bir işaretidir. Göz teması örüntüsü de benzerdir. Doğrudan göz teması, özellikle yüksek statüden veya otoriteden insanlarla etkileşirken saldırgan ve saygısızcadır.

İlk görüşme esnasında bile çoğu Asya kökenli Amerikalı somut ve elle tutulur tavsiye bekler. Bu, yeni başlayan görüşmecilerin aldıkları eğitim modellerine karşı işlemektedir; dolayısıyla nasıl çabuk tavsiye verileceğinin alıştırmalarını yapmanız gerekir. Bu alıştırmalar gereklidir çünkü sunulan tavsiye büyük ihtimalle Asya kökenli Amerikalı olmayan birinden gelecektir; kültürel olarak uygun tavsiye verme şansları, kapsamlı okumayla ve önceden ciddi düşünmekle geliştirilir (Fouad & Arrendo, 2007).

Tüm danışanlara saygılı olmak önemlidir ancak Asya kökenli Amerikalı danışanlar özellikle resmi saygı gördüğü zaman iyi şekilde cevap verir. Bay ve Bayan kelimelerini ve soyadını kullanmak saygının bir belirtisidir. Danışan ilk adının kullanılmasını doğrudan isteyene kadar da durdurulmamalıdır. Ancak geleneksel olarak çoğu Asya kültüründe, kadınlar kendi ailelerinin soyadını kullanır ve ABD'deki gelenekler nedeniyle kocalarının soyadını kullanmaya başlamış olsa bile kendi soyadıyla hitap edilmesini ister. Bu satırlar doğrultusunda basit bir soruşturma yapmak, saygı göstergesidir. Bu alanlar doğrultusunda basit bir inceleme yapmak, saygı belirtir.

**Uygulamaya Geçirme 14.5**

**Asya Kökenli Amerikalı Danışanla Çalışmak**

"Psikoterapi" adlı bilimsel derginin birinde bir meslektaşımız, John Chambers Christopher, şu vakayı bildirmiştir:

Doğu Asya kökenli uluslararası öğrenci Simon, ABD'de yaklaşık bir yıl okuduktan sonra üniversite danışmanlık merkezine başvurmuştur. Simon düşük özsaygı, konsantrasyon güçlüğü ve sosyalleşme sorunları yaşadığını belirtmiştir. Bahsettiği terapi hedefi "diğerleriyle etkileşiminde kendinden daha emin" olmaktı (Christopher, 2001, s. 124). Simon özellikle Amerikalı oda arkadaşlarına daha fazla benzemek ve anayurdundan gelen uluslararası öğrencilere daha az benzemek isteğini ifade etti. Farklı bir terapiste veya farklı bir danışanına sunulduğunda, bu vakaya daha çok basitçe doğrudan girişkenlik eğitimi biçimi verilebilir. Ancak Christopher'ın (2001) tanımladığı gibi Simon'un belirttiği problem daha derindeki kişisel düşünceleri uyarmıştı:

Bu vakanın, şahsi değerlerim bakımından, başlangıçta beni zor bir duruma soktuğunu itiraf ediyorum. Batı kültürünü eleştirerek ve Batılı olmayan geleneklerin ahlaki bakışını öğrenerek birkaç yıl geçirmiş biri olarak benim yönelimim kendine güvenin sınırlılıklarına ve onun ortaya çıkardığı ve desteklediği bireyselciliğe odaklanmaktı. Dahası, Simon'unki kadar zengin kültürel geleneği olan birinin Batılı

**Uygulamaya Geçirme 14.5 (devamı)**

olmak için bu mirastan neredeyse vazgeçmeye hevesli olduğunu görmekten üzülmüştüm... ben... Simon'un belirttiği hedefe ulaşmasına yardımcı olmak hakkında tereddüt hissettim (s. 125).

Bu vaka kültürler arası danışmanlıkla ilişkili ilginç bir bağlamsal ikilemi örneklemektedir. Yani terapistin danışanın kültürüne danışandan daha büyük ölçüde değer verdiği bir durumda, terapist bu durumla nasıl uğraşır?

John Christopher'ın ikilemi üzerinde düşünmek için biraz zaman ayırın. Benzer bir durumdan nasıl etkilenirdiniz? Kendinizinkinden daha istenilir bulduğunuz herhangi bir etnokültürel bakış açısı, dünya görüşü veya davranış kalıbı var mı?

*Manevi ve Dini Mevzular*

Çoğu Asya kültüründe yaygın bir uygulama, atanın altarını saklamaktır. Atalara yönelik bir saygı ve ataların ruhları, dilekleri veya aile konularındaki varlıkları hakkındaki çeşitli inançlar bireyin ve ailenin işleyişinde ve karar vermede merkezi olabilir. Dini yönelimler Asya kökenli Amerikalıların geldiği ülkeler kadar çeşitlidir; Budizm, İslam, Hinduizm, Hıristiyanlık, Janism ve her birinin farklı mezhepleri gibi çeşitli inanç sistemlerini içerir. Batı zihniyeti ve dünya görüşü ile Doğu zihniyeti ve dünya görüşü hakkında dini yahut felsefi literatürde çok şey yazılmıştır. Aşağıdaki alıntı, herhangi bir Asya kökenli Amerikalı danışanla görüşmede yardımcı olmayacak olsa da çokkültürlü olma arayışımızda daha güvenilir bir kılavuz olabilir:

*Bir Fincan Çay*

Meiji döneminde (1868–1912) bir Japon usta, Nan-in, Zen hakkında araştırma yapmak için gelen bir üniversite öğretim üyesini kabul etmişti. Misafirin çayını fincanı tamamen doldurana kadar döktü ve sonra dökmeye devam etti.

Öğretim üyesi artık kendisini tutamayana kadar suyun dökülmesini izledikten sonra, "Fazla dolu, daha fazlasını almayacak!" dedi.

"Bu fincan gibi," dedi Nan, "Fikirlerinle ve yorumlarınla dolusun. Sen öncelikle fincanını boşaltmadıkça ben sana Zen'i nasıl gösterebilirim?" (Nyogen Senzaki ve Paul Reps, 1939, s. 5)

Asya kökenli Amerikalı danışanla çalışmaya dair bir vaka örneği *Uygulamaya Geçirme 14.5*'te verilmiştir.

## DİĞER DANIŞAN GRUPLARI

Özdeşleştiğimiz gruplar –sahiplendiğimiz gruplar ve bize sahip çıkan gruplar– bizi derinlemesine etkiler. Aile kökenlerimiz, etnik, kültürel ve ırksal kimliklerimiz ve cinsel kimliklerimiz hayatlarımızı hem bilinç düzeyinde hem de bilinçdışında sürekli etkiler. Dahası, seçilmiş inançlarımız ve hayatın getirdiği tecrübeler de kimliklerimizin ve hayatımızın kalitesini belirler. Aşağıdaki gruplardaki bireyler bu gerçeğin örnekleri olarak sunulmuştur.

### Gey, Lezbiyen, Biseksüel ve Cinsiyet Değiştirmiş İnsanlar

*Mel'in [beyaz, gey, papaz] homoseksüel olmak hakkında hiçbir seçim hakkı yoktu.* İnanın *bana, seçme şansı olsaydı evliliğini, ailesini ve biricik papazlığını seçeceğini biliyorum; Mel'in değerleri ise tanıdığı pek çok gey ve lezbiyen gibi benimkiler ve benim heteroseksüel arkadaşlarımınkilerle aynı: Aşk, saygı, bağlılık, terbiye, sorumluluk, dürüstlük ve bütünlük... Bu yolculukta hepimiz birlikteyiz ve bu yolun, çok uzun süredir haksız yere kınanan, reddedilen homoseksüel erkek ve kız kardeşlerimizin dahil olduğu herkes için güvenli olmasını sağlamalıyız. Onları hâlâ kapıda bekleyen yabancılar gibi görmek yerine, evimizde ağırlamak için kalplerimizi ve kollarımızı açtığımız zaman geçmiş değil mi?*

—Lyla White, *Stranger at the Gates*

Cinsel yönelim, şüphesiz çok tartışmalı bir konudur. Baskın olan dünya dinlerinin çoğu homoseksüelliğin günahkârlık olduğunu ifade eder; yine de bu görüşü benimsemeyen önemli sayıdaki belirli dinler ve mezhepler de vardır (Morrow & Messinger, 2006). Uzun yıllardan beri homoseksüellik, zihinsel bir hastalık olarak değerlendirilmişti ve bu güne kadar, homoseksüelleri "iyileştirmek" için tasarlanmış tedaviler vardı (Spitzer, 2003).

Çoğu homoseksüel, homoseksüel olduğunu ana sınıfından bile önce bildiğini belirtirken diğerleri hayatının ilerleyen evrelerinde bunun farkına vardığını söyler (White, 1994; Worhington, Navaro, Savoy & Hampton, 2008). Etiketleme ve kültürel rol modellerinin eksikliği nedeniyle çoğu homoseksüel, bazen cinsel yönelimleriyle mücadele etmiş ve görmezden gelmeye, değiştirmeye çalışmıştır (O'Connor, 1992).

Heteroseksüellik dışında cinsel kimliği veya cinsel yönelimi olan insanlar, danışanlara heteroseksüel insanların gittiği tüm nedenlerden dolayı gider ve aslında homoseksüelliği problemlerinin bir parçası olarak da belirlemez. Ancak birçoğu sözlü tacize, şiddete, saldırgan etiketlemeye, yalnızlığa ve sert kararlara tahammül etmiştir; bazen bu deneyimler çocukluk veya ergenlik esnasında olur. Halbuki bazı danışanlar bu deneyimlerin daha yakın veya daha güncel olduğunu belirtir. Bu za-

limlikler büyük gelişimsel ve psikolojik bedeller gerektirir (Jeltova & Fish, 2005).

Homoseksüel, biseksüel veya cinsiyet değiştirmiş çoğu insan bu bilgiyi başlangıç görüşmesi esnasında paylaşmaz. Aslında çoğu, kimliklerinin bu parçasını çok az insanla paylaşır. Görüşmecilerin cinsel kimlikle, flört etme, çekicilik ve benzeriyle mücadele konuları önermek için dinlemeleri gerekir. Heteroseksüel olmayan çoğu insan şiddetli görüş ve reddedilme beklediğinden bazı terapistler bu konulara dair açık tutumlarını iletmek için bekleme odasında homoseksüel-dostu broşürler veya yazılar bırakabilir (Van den Burg, kişisel görüşme, Kasım 1997). Homoseksüellik varsayımını belirten cinsiyete özgü kelimeleri kullanmaktan kaçınmaya özen göstermek de önemlidir. Örneğin yakın ilişkiler hakkında bilgi alırken *kız arkadaş* veya *erkek arkadaş* kelimelerindense *partner* kelimesi kullanılmalıdır. Bu, danışanın partnerinin cinsiyetini hazır hissettiğinde açıklamasına müsaade eder. Daha genç veya flörtü olan danışanlar için romantik ilişkiler ya da *romantizm* hakkında genel sorular sormak faydalıdır.

Görüşmecilerin homoseksüel, biseksüel ve cinsiyet değiştirmiş danışanlarda, ilişki ve aile konularına duyarlı olmaları gerekir. Gey ve lezbiyen çiftler, heteroseksüel çiftlerin canını sıkan çeşitli ihtiyaçlarla ve problemlerle (hatta daha fazlasıyla) gelir. Heteroseksüel çiftleri besleyen sosyal ve ailesel destekler ile yaptırımlardan yoksundurlar. Hastalık veya kayıp zamanında, gey veya lezbiyen bir hayat arkadaşı onaylanmayabilir. Heteroseksüel bir partnerle aynı ayrıcalıklar onlara tanınmayabilir. Ek olarak, bu bireylerin çoğu bir veya daha fazla aile üyesinden şiddetli reddedilme yaşamıştır. Böyle deneyimler, bu kişilerin ya cinsel yönelimlerini kabul etmeye gönülsüz olmasına ya da cinsel yönelimlerini yüksek sesle ve saldırganca ifade etmesine neden olabilir.

> *Gey Kızılderili örgütünün varlığını gösteren posteri gördüğüm gün, yüzümü ellerimin arasına aldım ve rahatlamayla hıçkıra hıçkıra ağladım... Amerikalıların geylik olarak tanımladığı kavramın farklı kültürel özellikleri vardır; bu grubun üyeleri, tarihte dünyanın her yerinden insanlar arasında uzun dönemler sosyal güç sahibi olmuştur.*
>
> —Judy Grahn, *Another Mother Tongue*

### Engelli Bireyler

> *Ama Kit elimi sıktığında, o ilgili olduğu sürece, bunların hiçbirinin bir fark yaratmayacağını biliyordum. Ben sadece onun âşık olduğu adamdım. Hevesle bekleyen bir kadın ve bir erkektik. Başka hiçbir şeyin önemi yoktu, en zararsızı benim körlüğümdü... Garson içeceklerimizi getirdi. Kit'in viskisini ve suyunu önüne koyarken "Buyurun matmazel," dedi. Sonra fısıldadı, "İçeceğini nerede ister?"*
>
> —Harold Krents, *To Race the Wind*

Fiziksel, gelişimsel ve duygusal engeli olan danışanlarla çalışmak isteyen görüşmeciler için kapsamlı bir literatür vardır (Del Orto & Power, 2007). Aslında özel eğitim ve rehabilitasyon konusunda yüksek lisans ve doktora seviyesinde eğitim programları da mevcuttur. Çeşitli tıbbi koşullar ve engeller için birçok teknik yönler olsa da genel olarak, tüm insan gruplarında olduğu gibi açık ve kabullenici bir tutum engelli insanlarla çalışmanın en önemli ön koşuludur.

Bazen uzmanlar açıkça bir engeli olan danışanla görüşürken koltuk değneklerini, eksik uzuvları, tekerlekli sandalyeleri, hatta körlük ima eden bastonları görmezden gelmenin daha kibar olacağını varsayar. Ancak daha önce ırk ve kültür hakkında belirtildiği gibi "farklılık" hakkında doğrudan soru sormak genellikle iyi karşılanır. "Tüm hayatınız boyunca tekerlekli sandalye mi kullandınız yoksa daha yeni bir eklenti mi?" gibi sorular engelin içten tartışılması için kapıları açabilir. Bir engelle karşılaşmak ve onu yönetmek, insanın hayatının tüm alanlarını etkiler. Ancak sıklıkla rehabilitasyon eğitimi olmayan ruh sağlığı uzmanları engeli nasıl ayarlayacaklarını bilmez. Engele, ya bireyi tanımlayan diğer tüm özellikleri gölgeleyen bir özellik gibi davranır ya da engel görmezden gelinir; bir engeli görmezden gelmek onun gerçekten bireyin duygusal ve kişiler arası işleyişinde doğrudan bir etkisi olmayacağını ima eder. (Marini, 2007).

*Engellerini ve kronik koşullarını kabul eden erkekler, genellikle baskın erkek değerlerinin yerini alan yeni değerleri benimser. Bu süreç, erkeğin özel koşullarına, kişiliğine ve sosyal durumuna bağlı olarak çok zaman alabilir.*

*—A Man's Guide to Coping with Disability*

### Dine Bağlı Olanlar

*Manastırdakilerin zorlu görevi, kendi hikâyelerini Tanrı'nın dünyadaki süregelen çalışmasının bir parçası olarak görmek ve deneyimlemek için bazı insanlara –hastalıkları olan, kederli olan, fiziksel veya zihinsel engeli olan, yoksulluktan ve baskıdan mustarip olan, dini olmayan ve dini kurumların karmaşık ağlarına yakalanan insanlara– yardım etmektir.*

—Henri J. M. Nouwen, *The Living Reminder*

Son derece dindar bir insan için dindar olmayan bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemek riskli bir şey. Dolayısıyla görüşmecinin dini otoriteye karşı çıkmayı gösteren davranışlara özellikle duyarlı olması gerekir. Her iki bakış açısını da inkâr etmeyen ortak bir zemin bulmak zorlayıcı olabilir. Samuel M. Natale'ın (1985) *Psychotherapyand the Religiously Committed Patient* (*Psikoterapi ve Dine Bağlı Olan* İnsanlar) kitabında dediği gibi:

> Psikoterapide danışanların dini inançlarıyla uğraşmaktan daha zahmetli çok az sorun vardır. Buna birçok şey neden olur: Sadece terapistin duyarlılık ve anlayış eksikliğini değil tereddütleri, kaçınması ve hatta içten içe terapistin danışanın dini değerlerini sorgulama endişesi... (s. 107).

Bireyler, ailelerle veya çiftlerle çalışırken, danışmanlık sürecinde tüm fotoğrafa bakma eğilimini sürdürmede din veya ruhanilik sıklıkla dahil edilebilir (Pargament & Saunders, 2007). Ancak daha hoşgörülü düşünen dindar danışanlar bakımından bu her ne kadar doğru olsa da en örgütlü dinlerden aşırı tutucular ve derinden bağlı insanlar genellikle sorunları için laik/dinsel olmayan yardım aramayı tercih etmez (Stern, 1985). Dolayısıyla Asya kökenli Amerikalı danışanlarla çalışma yollarına benzer şekilde, ilk ziyaret aile krizi veya kişisel bir kriz nedeniyle yapılabilir. Bu kişilerin profesyonel ruh sağlığı dünyasına girişleri psikoterapide olası büyüme ve gelişme gibi sıradan bir talep değildir. Bunun bir çaresizlik ifadesi olması daha muhtemeldir. Kişisel veya ailevi çatışmaları çok büyüktür ve dini çerçevelerindeki cevaplar, tedaviler veya çözümler başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

Din hem kültürel hem de kişisel seçimi temsil ettiği için danışman ve danışan arasındaki farklılıklar, her ne kadar görülmese de hâlâ belirgin ve rahatsız edici olabilir (Onedera, 2008). Başlangıç görüşmesinde dini inançlarınız hakkında doğrudan sorgulanabilirsiniz. Dengeli bir cevap vermenizi öneririz:

- Birincisi, bir profesyonel olarak hem nedenleri yüzünden hem de bu bilgiler danışanın problemleriyle ve ihtiyaçlarıyla ilişkili olduğu için verilen bilgilerin doğruluğunu araştırmak sizin işinizdir.
- İkincisi, hazırda gerçeğe uygun ve dikkatli bir cevabınız olsun. Dini ve manevi yöneliminizin kısa bir özetini paylaşmayı reddetmek, çoğu durumda, sadece ilgiyi alevlendirir. Özetinizden sonra danışanın sizinle çalışmak konusunda nasıl hissettiği hususuna dönün. İnanç konularını tartışmayın.

Meslektaşlarımızdan biri, aynı zamanda bir papaz olan bir psikolog, dindar danışanlara genellikle din (veya maneviyat) ve iyilik hali arasındaki ilişki hakkında aşağıdaki şu açıklamayı sunmaktadır:

> Güçlü dini inançları olan birinin, kişisel problemleri hakkında bir uzmana başvurmasının zor olabileceğini anlıyorum. Buna şöyle bakıyorum; psikolojik olarak iyi idare eden ancak iş dini uyum sağlamaya gelince çok başarısız olan bazı insanlar tanıyorum. Öte yandan, dini hayatlarıyla oldukça iyi olan ancak yapması gereken bazı psikolojik ve duygusal işleri olan insanlar da var. Her ne kadar çoğu zaman din ve psikolojik iyilik hali birbiriyle ilişkili olsa da bir alanda iyi olmak ille de diğer alanda da iyi hissedeceğiniz anlamına gelmez. Siz de isterseniz inanç mevzularını bozmadan, burada duygusal ve psikolojik kaygılarınız üzerinde çalışabileceğimizi düşünüyorum. (P. Bach, kişisel görüşme, Mart 1994)

Bazı ruh sağlığı uzmanları dini bağlılıklarını veya inançlarını ilanlarında, kartvizitlerinde veya bilgilendirme formu evraklarında belirtiyor. Bazıları ise dini kaygılarla uğraşmak konusunda belirli uzmanlık alanları geliştiriyor. Genel bir klinik görüşmede din olgusu, bireyin bir özelliği olarak ele alınıyorsa da görüşmeci ko-

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ

nuşmayı asıl problem alanlarına ve sıkıntı kaynaklarına kibarca geri getirmelidir. Ayrıca tedavi planlaması, kesinlikle dini liderlere veya otoritelere başvurmayı içerebilir (Reber, 2006).

## KÜLTÜREL KARMAŞA VE KİMLİKLER

> İnsanlar kendileri karmaşık olarak düşünmek istese de diğerlerinin her söylediğini, inandığını ve yaptığını açıklarken onların en görünür özelliklerine dayanarak basit şekilde tek boyutluymuş gibi kabul eder.
>
> —*P. Hays*

Kendinizi nasıl tanımlarsınız? Kendinizi en basit haliyle siyah veya kadın olarak mı tanımlarsınız? Müslüman, çevreci veya muhafazakâr olarak mı? Birkaç tane özellikle tanımlasanız hangilerini seçerdiniz? Size tanımlamada baskın olan şey nedir? Biraz da karmaşık düşünürsek iki ırksal/etnik kökeniniz olsa öngörülenin ötesindeki bir yaşta bir lisans öğrencisi olsanız veya ciddi fiziksel engelleri olan bir çocuğun anneannesi olsanız? Birçok insan, dünyayı görme biçiminizi etkileyen sayısız faktör sıralayabilir (Hall, 2004; Kallivayalil, 2007).

Bu kısmın başında, *Addressing Cultural Complexities in Practice* kitabının yazarı ve uygulamalarına Alaska'da devam eden Pamela Hays'ın bir sözü ile başladık. Hays burada aramızdaki kültürel farklılıklara katkıda bulunan dinamiklere bir gönderme yapmaktadır. "ADDRESSING" kısaltması ile Yaş (age), Gelişimsel (developmental) ve Edinilmiş (acquired) Engeller (disabilities), Din (religion), Etnik kimlik (ethnicity), Sosyoekonomik durum (socioeconomic status), Doğal kalıtım (indigenous heritage), Köken (native origin) ve Cinsiyet (gender) kelimelerine vurgu yapmaktadır.

Bu kısaltma, bizden farklı insanlarla çalışırken sorgulamak ve gözlem yapmak için kullanmamız gereken boyutlara karşılık gelmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki bir yerde bulunan tıp merkezinde bir intern uygulamacı olduğunuzu düşünün. Sekreter size bir sonraki danışanınızın Asyalı gibi görünen biri olduğunu söylüyor ama ifade edilmesi zor olduğundan tam olarak tanımlayamıyor.

Bayan Cho ofisinize girdi. Çok neşeli ve konuşmaya hevesli biri ama aksanı çok belirgin ve söylediklerini takip etmekte zorlanıyorsunuz. Formları doldurup onamı aldıktan sonra, geliş nedenini soruyorsunuz. Çok dikkatlice dinlemenize rağmen özür dileyerek bazı şeyleri anlamadığınız için tekrar etmesini istediniz. Aklınızda ADDRESSING kısaltması var ve ona göre gözlem yapıp soru sormaya çalışıyorsunuz.

**Yaş:** Kaç yaşındasınız Bayan Cho? Forma baktınız, boş bıraktığını gördünüz. Gri saçlı ve görünüşü orta yaş üzerinde olduğuna işaret ediyor. Geldiği kültür ve yaşama göre ne anlama gelebilir? Neden yaş boş bırakılmış? Bu önemli mi?

**Gelişimsel engeller:** Herhangi bir gelişimsel engel görünmüyor ama aksanından ve konuşmasından dolayı Bayan Cho'da bir zihinsel yavaşlık veya iletişim sorunu olduğunu düşünüyorsunuz. Hatta bunun için tedavi bile görmüş olabilir. Elbette henüz bir şey sormadığınız için bunlar henüz birer varsayımdan ibaret.

**Edinilmiş engeller:** Bayan Cho'nun ofise girerken hafif topalladığını ve kalın çerçeveli gözlük takuğını gördünüz. Bunların yaşamı üzerindeki etkilerini bilmiyorsunuz ancak Bayan Cho'nun anlatacağı hikâyedeki yeri ve yaşamı üzerindeki etkileri de merak ediyorsunuz.

**Din:** Bayan Cho, size Vietnamlı olduğunu söyledi. O aralar Vietnamlı bir Budist olan Ticht Nach Hahn'ın bir romanını okuyorsunuz. Aklınızda Bayan Cho'nun yazarı tanıyıp tanımadığı sorusu var. Şu anki hayatını belirleyen bir dini veya manevi yanını merak ediyorsunuz. Sonra size başvurma gerekçelerinden birinin, şu an devam ettiği İlk Bileşik Metodist Kilisesi'ndeki görevlilerin yönlendirmesi olduğunu söyledi. Bayan Cho, dua ettikten sonra bu öneriye uyduğu için geldiğini söylüyor. Ortada Budizm ile ilgili bir bilgi yok.

**Etnik/Irksal Kimlik:** Bayan Cho'nun aksanı size ana dilinin İngilizce olmadığını ima ediyor. Vietnamlı olduğunu zaten söyledi ama anlamadığınız için tekrar etmenizi rica edince eğer Fransızca sorabilirseniz daha rahat cevap verebileceğini söyledi. Şimdiye kadar Vietnam'da doğup doğmadığına dair veya Fransızca ile ne ilgisi olduğuna dair bir şey söylemedi. Duyduğunuz şüphe önemli ancak fırsat bulduğunuzda bunları sorabilirsiniz.

**Sosyoekonomik Durum:** Bayan Cho, sizinle görüşmek için düşük sosyoekonomik düzeydeki insanların geldiği bir merkeze geldi. Giyimi gayet normal. İyi bir ekonomik durumda olduğunu düşünebilirsiniz. Doğru veya yanlış! Giyim konusunda ekonomik sorun yaşamayabilir ama sağlık sigortası olmayabilir. İpuçlarını izlemek, hayatına dair bilgi verebilir. O günkü koşulları hakkında net olsanız da daha fazlası var! Fakir bir ailede mi büyüdü? Şu anki yakın çevresi ve komşuları nasıl?

**Doğal kalıtım:** Kalıtsal durum veya özellikler ile ilgili hiçbir görünür durum yok.

**Ulusal kimlik/köken:** Bayan Cho'nun ne vatandaşı olduğu veya ulusal kimliği ile ilgili bilginiz henüz yok. Oğlunun kanada'da yaşadığını ve buraya gelerek burada yaşamasını istediğini söyledi ama Vietnamlı olması dışında Vietnam'la ilgili hiçbir şey söylemedi. Bu noktada, ulusal kimliği ve bunun yaşamındaki yeri ile ilgili henüz sadece varsayımlarınız var.

**Cinsiyetle ilgili bilgi:** Bayan Cho, ikinci kocası Albert'ın danışmanlık almaya geldiğini bilse çok ama çok kızacağını söylüyor. Cinsiyet rollerinin ve Bayan Cho'nun yaşamındaki roller ve beklentilerin etkisini merak ediyorsunuz.

Bu örnek aslında, bizi biz yapan kişilik özellikleri ve kimliğimizdeki karmaşıklığı gösteriyor. Bu her şeyi kapsayan tam bir liste değil ama kesinlikle çeşitliliği anlamamızda yardımcı olacak bir listedir.

**Tablo 14.1 Çokkültürlü Danışanlarla İlk Görüşmede Yapılacaklar ve Yapılmayacaklar**

Aşağıdakiler, kendilerinden farklı kültürel, ırksal, dini veya yaşam deneyimi geçmişleri

olan danışanlarla çalışan görüşmeciler için sunulan önerilerdir. Her önerinin uygulanabilirliği ve uygunluğu mevcut özel klinik duruma göre değerlendirilmelidir. Amacımız, sizleri düşünmeye zorlayan bir kontrol listesi sağlamaktır.

### Açık Sorgulama

1. Bariz olan veya danışandan elde edilen bilgiyle bariz hale getirilen kabilesel, etnik ya da tarihsel farklılıklar hakkında soru sorun.
2. Bu farklılıkları verilenden daha ayrıntılı araştırma konusunda ısrarcı olmayın.
3. Kültürselleşmenin ve kültürel kimliğin hem değişken hem de gelişimsel olduğunun farkına varın.
4. Belirli bir aile grubunun veya çiftin tüm fertlerinin kültürel kimliğinin aynı seviyede olduğunu veya baskın kültürde aynı ortak deneyimleri edindiğini varsaymayın.

### Aile

1. ABD'de baskın olmayan çoğu kültürde, ailenin rolünün merkezi olduğunu fark edin.
   Aile kavramı belirli bir bireyin kimlik hissi için genellikle daha geniş, daha kapsayıcı ve daha tanımlayıcıdır. Bu nedenle aile meselelerine artan bir farkındalıkla ve duyarlılıkla uyum sağlayın.
2. Kendi aile tanımınızı veya danışanın kültürüyle ilgili okuduğunuz aile tanımını danışanınıza dayatmayın. Sadece danışanın şahsi aile hissine açık olun.
3. Çok rica ederlerse zarif olun ve aile üyelerinin başlangıç görüşmesinin bir kısmına katılmalarına müsaade edin.
4. Aileyi, katı bir biçimde, biyolojik çizgiler dahilinde tanımlamayın.

### İletişim Tarzı

1. Göz temasının, soru alanlarının doğrudan kelimelerle ifade edilmesinin, hikâye anlatımının ve not almanın kültürel olarak belirlenmiş çok farklı normları olduğunu hatırlayın.
2. Bu sizin baskın tarzınız olsa bile geveze veya aşırı derecede senli benli tarz takınmayın. Saygı göstermeye çalışın.
3. Bir şeyler net değilse açıklama isteyin.
4. Sizin netlik eksikliğinizin danışanın sorunuymuş gibi düşünülmesine neden olacak şekilde açıklama istemeyin.

### Dini ve Manevi Konular

1. Danışanın sıkıntı kaynaklarına ilişkin inançlarını kabul edin. Ataların onaylamaması, nazar, Allah'ın gazabı veya başka bir yaşamdaki yanlış davranışlar nedeniyle sıkıntı. Bu tür inançların uyumlu ve uyumsuz yönlerini belirlemeden önce güçlü bir güven ilişkisi kurulmalıdır, böylece iyileşme ve büyüme çerçevesi doğrultusunda çalışabilirsiniz.
2. İlk görüşmelerde danışanların iman ve inanç sitemleriyle ilgili bütün hikâyeyi duy-

duğunuzu sanmayın. Bu sistemler fazlasıyla güçlüdür, oldukça özeldir ve ne kolaylıkla ne de bütünüyle paylaşılacaktır.

3. Mevcut sıkıntıyı ele almaya yardımcı olabilecek anlamlı manevi veya dini inançlara veya ilişkilere olası bağlantılarından faydalanın.
4. Danışanın saygı duyduğu dindar ya da manevi insanlardan bilgi girdisine izin vermekte tereddüt etmeyin.

## KÜLTÜRE BAĞLI SENDROMLAR VE DEĞERLENDİRME

Birçok kültürde, ruh sağlığı uzmanına başvurmak farklı şekillerde değerlendirilir. Kişisel sorunlarına dışarıdan biri olarak bakmak demek, geleneksel sorun çözme stratejilerinin ötesine geçmek demektir. Başka bir kültürden bir kişiden, danışmanlık almak çok büyük bir stres kaynağı olabilir, başvurmanın yanı sıra tabii. Ayrıca danışmanlık beklentileri görüşmecinin beceri ve tarzından çok farklı olabilir. Dolayısıyla danışanın kendini rahat hissetmesi, sizi uzman olarak görmesi ve güven ilişkisinin kurulması için ekstra özen gerektirecektir. Güven oluşması, güvenirliğin bir kültürde nasıl değerlendirildiğine bağlıdır (Branzei ve ark., 2007). Temel amaç, danışanlara karşısındakinin dünya görüşünün ötesinde sorunlarının ele alınabileceği güvencesini verebilmektir.

Standart ölçme araçları danışanda kaygı, karmaşa veya öfke uyandırabilir. Bu nedenle bazı durumlarda standart ölçümler uygun olmayabilir. Tarihsel olarak, tanıya yönelik değerlendirme işlemleri farklı niteliklere sahip danışanlar söz konusu olduğunda kötüye kullanıldığı örnekleri görebilirsiniz. Değerlendirme araçlarında kültürel yanlılıkları ele alma çabasına rağmen hâlâ bazı yanlılıklar bulmak mümkündür.

Ne yazık ki kültüre özel veya kültürden bağımsız değerlendirme işlemleri var olsa da böyle işlemler görüşmeciye sınırlı bilgi sunabilmektedir. Kültüre özel değerlendirme özel bir gruba üye olma ile gelen deneyimleri değerlendirmede sınırlayıcı olabilmekte ve bireyin biricikliğini göz ardı edebilmektedir; kültürden bağımsız olanlar ise kültürel farklılıkları göz ardı ederken kişinin yaşamındaki kültür etkisini ihmal etmektedir. Ölçme ve değerlendirme alanı bu kitabın mevcut amaçları arasında olmasa da kültürel olarak farklı danışanlarla çalışan görüşmeciler için şu konular önem arz etmektedir:

- Gerekli bilgileri toplamak için hem görece kültüre özel hem de görece kültürden bağımsız değerlendirme yöntemleri mevcut mu?
- Kültürel farklılıkları göz önüne seren veya sergilemeyi kolaylaştıran yöntemler mevcut mu?
- Bu değerlendirme işleminin kullanımı bana, danışanın özel bir kültürel varlık olarak kişisel deneyimi ile ilgili bilgi verebilecek mi?

Kültürel olarak farklı özelliklere sahip danışanlarla görüşme yapmak için kılavuz olarak kullanılabilecek yöntemler *Tablo 14.1*'de verilmiştir.

*Kültüre Özgü Sendromlar*

İnsan işlevselliğiyle ilgili kuramlar kültüre bağlı olduğundan ruh sağlığı sorunları için şimdiki tanı sistemimiz kültürden oldukça etkilenmiştir (Paniagua, 2001). Ayrıca zihinsel endişelerin ve sıkıntıların dışavurulması zamanla değişen kültürel olarak farklı belirli semptom kompleksleri yoluyla oluşur. Örneğin Freud'un döneminin (Jones, 1955) aksine, ABD'deki çoğu kadının şu an melankolisi veya bayılma nöbetleri yoktur ancak yüz yıl önce adı neredeyse hiç duyulmamış olan yeme bozukluğu vardır. Travma sonrası stres semptomları, travma karşısında verilen insani tepkilerin kültürler arasında ortak olduğunun göstergesidir ama bu bozukluğun adı yüzyıllar boyunca değişmiştir. Ek olarak, travmatik olarak değerlendirilen şey kültüre özgüdür ve travmayla karşılaşıldığında ne yapılacağı kültürel olarak aktarılan bir tavsiye gibidir.

Kültüre özel sendromlar gün geçtikçe değişiklik göstermektedir (Griffi th & Baker, 1993; Ranganathan & Bhattacharya, 2007; Tseng, 2006; Rubel, O ' Nell, & Collado – Ardon, 1984; Simons & Hughes, 1993). Paniagua (1998), çeşitli kültürlerde ortak semptomların listesini derlemiştir. Bu açıklayıcı liste Tablo 14.2'de verilmiştir.

Bir meslektaşımız, şöyle bir örnek vermişti: Genç Puerto Rico'lu bir adam ABD'de annesiyle birlikte yaşıyor. Bir kızla çıkıyor ve evlenmeyi planlıyor. Büyük beyaz bir hayaletin, kız arkadaşı ile uyurken yatağın yanına geldiğine dair bir halisünasyonu olduğunu söylüyor. Hayalet göğsünün tam üzerine oturuyor ve adam nefes almada zorluk çekiyor. Batı'da eğitim almış birçok psikolog, bu adamın psikotik bir bozukluğu olduğunu düşünebilir.

Bu genç adam danışmanlık almaya geldiğinde, kız arkadaşını artık çekici bulmadığını hem cinslerinden hoşlanmaya başladığını söylüyor. Kendi kendine gey olduğunu söylüyor ama içten içe de kültürel olarak gey olmak kabul görmediğinden bunu inkâr ediyor. Hayaletin özellikle kız arkadaşı ile birlikteyken ortaya çıkması enteresan bir bilgi. Açıkça bir çatışma söz konusu. Sonrasında danışman, özellikle de çatışma yaşarken bu şekilde hayalet görmenin, genç adamın geldiği kültürde oldukça yaygın bir durum olduğunu öğreniyor. Bu tür bir halüsinasyon, içsel bir çatışmayı temsil eden kültürel bir olgu. Tedavi planında belki de birçok ruh sağlığı uzmanı, hem kaygı atakları hem de hayalet görmesi için danışanı ilaç tedavisi için bir psikiyatriste yönlendirebilirdi. Ancak bu örnekte danışman, kendi memleketinde bu konuda bir danışman ve rahiple görüşme ayarlaması konusunda danışanına yardımcı olmuştur. Danışan bir süre sonra, kız arkadaşından ayrılmış ve hayalet peşini bırakmış.

Tablo 14.2 Kültüre Özgü Zihinsel, Duygusal ve Davranışsal Bozukluklar

| Bozukluğun Adı | Kültürel Kökenleri | Belirtileri | Nedenleri |
|---|---|---|---|
| *Ataque de nervios* | Hispanik | Bilinçdışı durum | Kötü ruhlar |
| Dökülme | Afrika kökenli Amerikalı | Nöbet benzeri belirtiler | Hırsızlık gibi travmatik olaylar |
| Hayalet hastalığı | Kızılderili | Zayıflık, sersemlik | Cadıların eylemleri, kötü güçler |
| *Hwa-byung* | Asya kökenli toplumlar | Üst karın ağrısı, ölüm korkusu, yorgunluk | Gerçeklik ve öfke arasındaki dengesizlik |
| *Koro* | Asya kökenli erkekler | Penis tutma isteği | Vücudun içine kaçacağına ve ölüme neden olacağına inanma |
| *Mal puesto*, nazar, hex, rootwork, voodoo ölümü | Afrika kökenli Amerikalı ve Hispanik | Doğal olmayan hastalık veya ölüm | Kötü ruhları kullanan insanların gücü |
| *Susto, eapanto, starpasmo, miedo* | Hispanik | Yorgunluk, zayıflık | Korkutucu ya da şaşırtıcı deneyimler |
| *Wackinko* | Kızılderili | Öfke, yoksunluk, sessizlik, intihar | Hayal kırıklığı, kişiler arası problemler |
| Rüzgâr/soğuk hastalığı | Hispanik ve Asya kökenli toplumlar | Soğuk rüzgâr korkusu, zayıf ve hastalıklara duyarlı hissetmek | Doğal ve doğaüstü unsurların dengeli olmadığı inancı |

Tablo 14.2'deki bilgiler, ruh sağlığı tanı sisteminin geniş kapsamı hakkında birçok şeyi ortaya koymaktadır. Birincisi, *belirtiler* kültürler arasında benzer olabilir ancak farklı vakalar görülebilir (psikotik düşünce, kaygı veya depresif belirtiler, kültürler boyunca tutarlı olarak tarif edilebilir ancak şeytan etkisi, kötü davranış, beyin hastalığı, travma, aile düzeni, eğitim ve benzeri gibi şeylere atfedilebilir.) İkincisi, *nedenler* (beyin hastalıkları, travma, keder, bağlanma kaybı veya rahatsızlık) kültürler arasında benzerlik gösterebilir ancak rahatsızlık ve sıkıntı, kendini çok farklı belirtilerle gösterebilir. Tanı koymakla ilgili hususlarda genel bilgi almak için Bölüm 10'a bakabilirsiniz. Çokkültürlü bir bakış açısıyla ele almak gerekirse insanların sıkıntılarına ilişkin algımızın büyük bir kısmı kültüre bağlıdır. Üstelik, farklı kültürel perspektifler hakkında öğrenilecek çok şey vardır.

## PROFESYONEL KONULAR

Etnik köken ve kültürel olarak farklı danışanlarla çalışırken çokkültürlülüğe dair bazı bilgilere sahip olmak son derece faydalı olacaktır. Kültürel farkındalık ve duyarlılık bazen uzmanların karmaşık sorular için kolay ve hızlı cevaplar aramasına yol açabilir. Ancak H.L. Mencken'in (1949) şu sözünü aklınızda tutun: "Her sorun için muhakkak bir çözüm vardır: Temiz, mantıklı ve yanlış!" Başka deyişle, gerçek hayatta çok az kısa yol vardır. Aşağıda bu alana yönelik bazı konu başlıklarını bulabilirsiniz.

### Bedava Bilgi Talep Etmek

Bir keresinde gey bir arkadaşımız bize sınıf arkadaşlarının, öğretim elemanlarının ve süpervizörlerin de olduğu bütün lisansüstü programında homoseksüellerin duygularına ve düşüncelerine yönelik tek bilgi kaynağı olmaktan usandığını söylemişti. Daha da sinir bozucu olan şeyse heteroseksüel terapistinin ondan, gey bir danışanın ihtiyaçları hakkında eğitim vermesini rica etmesiydi. Böyle bir sorgulamanın sadece bilgisizliğe değil, tembelliğe ve saygısızlığa da işaret ettiğine inanıyordu. Haklıydı. Çokkültürlü eğitim kaynağı olarak sadece danışana güvenmek uygun bir yaklaşım olmaz. Her danışanın iyi niyetli ancak bilgisiz bir görüşmeciye veya terapiste göstereceği bir tahammül sınırı vardır. Dolayısıyla bilgi edinmek amacıyla danışana doğrudan ne kadar soru sorulmasının uygun olacağı, ne kadar bilginin başka kaynaklardan alınabileceği konusunda klinik duyarlılık gösterilmelidir.

### Kültürel Danışma ve Eğitim İçin Çoklu Kaynak Kullanımı

Belirli bir bilgi için bir grubun üyelerine danışmak çok aydınlatıcı olabilir. Ancak tek bir bilgi kaynağı karmaşık bir kültürel gruba dair sadece bir yönü hakkında bilgi sağlayacaktır. Tek bir Vietnamlı tüm Vietnamlılar adına, tek bir Afrika kökenli Amerikalı tüm Afrika kökenli Amerikalılar adına veya tek bir kadın tüm kadınlar adına konuşamaz. Dolayısıyla başka bir kültür hakkında bilgi sahibi olmak demek birden fazla kaynaktan bilgiyi teyit etmek, o kültüre dair okumalar yapmak, tartışmak, deneyimlemek ve tekrar tekrar düşünmek demektir. Hiç kimse tam bir kültürel yetkinliğe sahip olamaz. Her zaman daha fazlası vardır, kendi kültürünüz için bile!

### Küçük Topluluklarda Göz Önünde Bulundurulması Gerekenler

Etkili görüşme, danışanın hayatındaki çok kişisel konular hakkında soru sormayı gerektirir. Küçük insan topluluklarının toplum içinde gizliliği ihlal etmek ve dışarıdakilere yanlış bilgi vermek, hatta düpedüz hiçbir bilgi vermemek konusunda adı çıkmıştır. Farklı baskın bir kültürün içine gömülmüş bir altkültürün üyesi

olmak, hayli geniş bir bölgede yaşasanız bile küçük bir topluluğun üyesi olduğunuzu neredeyse garantiler. Bu tür toplulukların örnekleri boldur, homoseksüel gruplarından dini cemaatlere ve Kızılderili bölgelerine bilgi yaymanın her zaman üç yolu vardır: Telefon, telgraf ve telekulak.

Dahası, birçok kültürel grup bilgiyi sonradan istismar eden insanlar tarafından sorgulanmış olma deneyimini yaşamışlardır. Bazı temel kültürel gerçekliklerin kutsal olduğu düşünülür, bunlar başkalarıyla paylaşılmaz. İnsanlar kendilerinin dahil olmadığı belirli bir kültür hakkındaki gerçekleri kolayca yanlış anlayabilir. Ne yazık ki bazen sohbet etmenin nedeni saf bir iyi niyet değildir.

Dolayısıyla şahsi bir bilgiyi yeni tanışılan bir yabancıyla samimi şekilde paylaşmanın, küçük kültürel toplumlardan gelen insanların yükünü ağırlaştırması size şaşırtıcı gelmemelidir. Her şey bir yana, en azından mesleğinizin gereği olarak siz bir yabancısınız. Toplumda yaşıyorsanız veya kültürün bir üyesiyseniz, içeridekinin ve dışarıdakinin karışımı olabilirsiniz. Bir acentede çalışıyorsanız danışanın akrabaları ve arkadaşları orada çalışabilir veya danışan olarak orada bulunabilir (Paniagua, 1998). Bunu kimin bildiği ve kimin neyi paylaşacağı hakkındaki varsayımlar baskın kültüre ait şehirli insanların yapacağı varsayımlara benzemez. Bir terapötik ilişkinin gelişmesi için gerekli olan derin paylaşıma müsaade eden güven türünü kurmak sabır, ekstra eğitim, dikkatli, tekrarlanmış açıklama ve çokça zaman gerektirebilir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2007).

## ÖZET

Bu bölüm diğer kültürlerdeki insanlarla etkileşime girmenin ve çalışmanın öğrenilmiş tepkiler olduğu tarafını seçerek çokkültürlü danışmanlık alanındaki felsefi ve uygulamalı konuları ele almıştır. Bu tür bir öğrenme, yaşamın erken dönemlerinde başlar; dolayısıyla etkili, açık ve farklılıkları onaylayan biri olmak için ruh sağlığı uzmanının sürekli olarak yeni öğrenmeleri eklemesinin, kültüre bağlı varsayımları ve kuramlarımızdaki ve tekniklerimizdeki kör noktaları her zaman sorgulamanın yanı sıra belirli tutumları unutması gerekir. Diğer kültürlerden ve diğer insanların yaşam deneyimlerinden, farklılıklardan ders çıkarmanıza müsaade eden tutumlar geliştirmeliyiz.

Bu bölümde ABD'deki en kalabalık dört azınlık kültürüyle –Kızılderililer, Afrika kökenli Amerikalılar, Hispanikler ve Asya kökenli Amerikalılar– ilgili genel bilgi verilmiştir. Bu geniş kültürel gruplaşmaların her biri oldukça farklı kültürleri ve alt kültürleri yansıtır. Herhangi bir ayrıntıyı genelleme çabası etkili, kültürel olarak uygun ruh sağlığı yardımı sunmak için gerekli olan özgüllüğe erişmeyi engellemektedir. Bu bölümde verilen bilgi, danışmanın bu kültürlerden bireylerle veya ailelerle etkili bir şekilde çalışması için bilmesi gereken şeyler bakımından

sadece bir başlangıçtır. Ayrıca, bu bölüm gey ve lezbiyenler, engelli ve güçlü dini dünya görüşü olan bireylerle ilişkili temel değişkenleri de tartışmıştır.

Kültürel olarak farklı danışanlar sadece kendi kültürel bakış açısından değil, bireysel olarak eşsiz bağlamsal bakış açılarından da ele alınmalıdır. Bu bölümde Pamela Hays'ın ADDRESSING (2008) yaklaşımı incelenmiştir. Ayrıca klinik görüşme ve değerlendirme prosedürleri farklı kültürden gelen danışanları etkileyebilecek bağlamsal değişkenler olarak kısaca ele alınmıştır.

Son olarak, bu bölümde çokkültürlülükle ilgili kültüre bağlı sendromlar ve dikkat edilecek konular da incelenmiştir.

## OKUMA ÖNERİLERİ VE KAYNAKLAR

Dell Orto, A.E., & Power, P.W. (2007). *The psychological and social impact of illness and disability* (5th ed.; pp. 194 – 213). New York: Springer. Bu bölüm, engelli bireylerle çalışmak isteyen öğrenciler için önemli bir kaynak olacaktır.

Gibbs, J.T., & Huang, L. N. (Eds.). (2003). *Children of color: Psychological interventions with culturally diverse youth.* San Francisco, CA: Jossey - Bass. Bu kitap, Afrika, Asya, Orta Amerika, Latin, Yerli kökenli Amerikalılar için kültüre duyarlı değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarını içermektedir.

Hays, (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.) Washington, D.C.: American Psychological Association. Bu kitap, danışanların terapiye getirdikleri farklı kimlik sorunlarını ele almaktadır.

Morrow, D.F. & Messinger, L. (Eds.) (2006). *Sexual orientation & gender expression in social work practice* . New York: Columbia University Press. Bu kitap, gey, lezbiyen, biseksüel ve transeksüellerle çalışacak olan ruh sağlığı uzmanları için çok değerli bir kaynaktır.

McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia - Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy.* New York: Guilford. Bu kitap, önerilen diğer metinlere bazı yönleriyle benzer. Ancak mümkün olduğunca bahsi geçen kültürün üyesi olan uzmanlardan malzemeler içerir. Aile çalışması için tavsiyelerle bunları alttan desteklemek için tarihsel olarak ilgili gerçekleri ele alarak ilgilenir. Kültürleri, sadece meşhur dörtlüden (Endonezyalı, Hollandalı, Alman, Yahudi ve İranlı) ziyade daha geniş bir yelpazede irdelemektedir.

Paniagua, F.A. (1998) *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2. Baskı). Thousand Oaks, CA: Sage. ABD'deki en büyük dört azınlık grubuyla ilişkili yaygın genellemeleri araştıran bu bilgiyi etik ve etkili ruh sağlığı hizmeti sağlama bağlamında dikkatle ve profesyonel şekilde uygulamayı mantıklı kılan, aktif katılımı sağlayan bir kitaptır.

Portes, A., & Rumbaut, R.G. (2006). *Immigrant America: A portrait.* Berkeley, CA: University of California Press. Bu kitap, ABD'deki göçmenlerin hayatıyla ilgili önemli bilgiler sunmaktadır.

Stern, M.E. (1985). *Psychotherapy and the religiously committed patient.* New

York: Haworth Press. Bu küçük kitap psikoterapiyle ilişkileri olduğu için tutkunun, saygının ve dinin derin yönleri ile maneviyatı ele alan yazarların çok yönlü bir derlemesi niteliğindedir.

# *Kaynaklar*


Abu-Ras, W. (2007). Cultural beliefs and service utilization by battered Arab immigrant women. *Violence Against Women, 13*(10), 1002-1028.

Accordino, M. P., Keat, D. B., II ve Guerney, B. G., Jr. (2003). Using relationship enhancement therapy with an adolescent with serious mental illness and substance dependence. *Journal of Mental Health Counseling, 25* (2), 152-164.

Achebe, C. (1994). *Things fall apart.* New York: Doubleday.

Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C. ve ark. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the division 29 task force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 495-497.

Ackerman, S. J. ve Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature.* Garden City, New York: Garden City Publishing.

Adler, A. (1930). *Individual psychology.* Oxford, England: Clark University Press.

Adler, A. (1958). *What life should mean to you.* New York: Capricorn.

Ahmad, A., Larsson, B. ve Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(5), 349-354.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44,* 709-716.

Akhtar, S. (2007a). *The 'listening cure': An overview.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Akhtar, S. (Ed.). (2007b). *Listening to others: Developmental and clinical aspects of empathy and attunement.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling, 53*(2), 239-244.

Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D. ve Pantone, P. (2002). *Relational child psychotherapy.* New York: Other Press.

American Counseling Association (2005). *The American Counseling Association code of ethics.* Alexandria, VA: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Baskı). Washington, DC: Author.

American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5. Baskı). Washington, DC: Author.

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060-1073.

American Psychological Association (2008). *Disaster response network member guidelines*. 17 Şubat 2008, http://www.apa.org/practice/drnguide.html#standards.

Anderson, R. N. (2001). Deaths: Leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 49 (11), 1-87.

Anderson, R. N., Kochanek, K. D. ve Murphy, S. L. (1997). Report of final mortality statistics, 1995. *Monthly vital statistics report*, 45 (Ilaveli 2, Tablo 7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Anthony, J. C. (1982). Limits of the "mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Medicine*, 12 (2), 397-408.

Antony, M. M. ve Swinson, R. P. (2000). *Panic disorder and agoraphobia*. Washington, DC: American Psychological Association.

Arkowitz, H. ve Engle, D. (2007). *Understanding and working with resistant ambivalence in psychotherapy: An integrative approach*. New York: Routledge/Taylor & Francis.

Arredondo, P. ve Arciniega, G. M. (2001). Strategies and techniques for counselor training based on the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 29(4), 263-273.

Athey, J. ve Moody-Williams, J. (2003). Developing cultural competence in disaster mental health programs: Guiding principles and recommendations. *DHHS Publication No. SMA 3828*.

Augenbraum, H. ve Stavans, I. (1993). *Growing up Latino*. Boston: Houghton Mifflin.

Axelson, J. A. (1999). *Counseling and development in a multicultural society* (3. Baskı). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. New York: Ballantine Books.

Baldessarini, R. J., Pompili, M. ve Tondo, L. (2006). Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectrums*, 11(6), 465-471.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. ve Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 842-852.

Balleweg, B. J. (1990). The interviewing team: An exercise for teaching assessment and conceptualization skills. *Teaching of Psychology, 17*, 241-242.

Banaka, W. H. (1971). *Training in depth interviewing*. New York: Harper & Row.

Bandler, R. ve Grinder, J. (1975). *The structure of magic. I: A book about language and therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Bandura, A. (1997). Psychotherapy based on modeling procedures. A. E. Bergin ve S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (653-708) içinde. New York: Wiley.

Bandura, A., Blanchard, E. B. ve Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology, 13*, 173-199.

Barlow, H. ve Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic*. New York: Graywind.

Basow, S. A. (1980). *Sex role stereotypes: Traditions and alternatives*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Baumrind, D. (1975). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monograph, 75*, 43-88.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence. Special Issue: The Work of John P. Hill: I. Theoretical, Instructional, and Policy Contributions, 11*(1), 56-95.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beitman, B. D. (1983). Categories of countertransference. *Journal of Operational Psychiatry, 14*, 82-90.

Bellinson, J. (2002). *Children's use of board games in psychotherapy*. Lanham, MD: Jason Aronson.

Bem, D. J. ve Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review, 81*(6), 506-520.

Benjamin, A. (1987). *The helping interview with case illustrations*. Boston: Houghton Mifflin.

Benjamin, A. (1981). *The helping interview*. Boston: Houghton Mifflin.

Bennett, C. C. (1984). Know thyself. *Professional Psychology, 15*, 271-283.

Benyakar, M. ve Collazo, C. (2005). Psychological interventions for people exposed to disasters. J. J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius ve A. Okasha (Ed.), *Disasters and mental health* (81-97) içinde. New York: Wiley.

Berg, I. K. ve Dolan, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. New York: Norton.

Berg, I. K. ve Shafer, K. C. (2004). *Working with mandated substance abusers: The language of solutions*. New York: Guilford.

Berg, I. K. ve DeJong, P. (2005). Engagement through complimenting. *Journal of Family Psychotherapy, 16* (1-2), 51-56.

Berkhoffer, Robert F., Jr. (1978). *The White man's Indian: Images of the American Indian from Columbus to the present.* New York: Vintage.

Berry, J. W. (2006). *Contexts of acculturation.* New York: Cambridge University Press.

Bertolino, B. (1999). *Therapy with troubled teenagers.* New York: John Wiley & Sons.

Bertolino, B. ve O'Hanlon, B. (2002). *Collaborative, competency-based counseling and therapy.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z. ve Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 162* (5), 890-898.

Beutel, M. E., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R. ve Wiltink, J. (2006). Midterm effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75* (6), 337-345.

Beyebach, M., Morejon, A.R., Palenzuela, D.L. ve Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. S. D. Miller, M. A. Hubble ve B. L. Duncan (Ed.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (299-334) içinde. San Francisco: Jossey-Bass.

Bickford, J. O. (2004). Preferences of individuals with visual impairments for the use of person-first language. *RE:View, 36* (3), 120-126.

BigFoot, D. S. ve Dunlap, M. (2006). *Storytelling as a healing tool for American Indians.* Washington, DC: American Psychological Association.

Birdwhistell, M. L. (1970). *Kinesics and context.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S. ve ark. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1503-1526.

Black, L. ve Jackson, V. (2005). *Families of African ,origin: An overview.* New York: Guilford.

Blader, J. C. ve Carlson, G. A. (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry, 62* (2), 107-114.

Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bonta, J., Law, M. ve Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent

recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123* (2), 123-142.

Bornstein, P. H. ve Bornstein, M. T. (1986). *Marital therapy: A behavioral-communications approach.* New York: Pergamon Press.

Bostwick, J. M. ve Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1925-1932.

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

Bowlby, J. (1988). *A secure base.* New York: Basic Books.

Boyer, D. (1988). *In and out of street life: A reader on interventions with street youth.* Portland, OR: Tri-County Youth Services Consortium.

Brammer, L. M. (1979). *The helping relationship* (2. Baskı). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Branzei, O., Vertinsky, I. ve Camp, R. D., II. (2007). Culture-contingent signs of trust in emergent relationships. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 104* (1), 61-82.

Brems, C. (1993). *A comprehensive guide to child psychotherapy.* Boston: Allyn & Bacon.

Brockington, I. (2001). Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology, 16* [Özel sayı], 7-19.

Brody, C. M. (Ed.) (1984). *Women therapists working with women: New theory and process of feminist therapy.* New York: Springer.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22,* 732-742.

Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. ve Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA:Journal of the American Medical Association, 294* (5), 563-570.

Brown, L. S. (2007). Empathy, genuineness, and the dynamics of power: A feminist responds to Rogers. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44* (3), 257-259.

Brown, L. S. (2008). *Feminist therapy as a meaning-making practice: Where there is no power, where is the meaning?* New York: Routledge/Taylor & Francis.

Brown, L. S. (1994). *Subversive dialogues.* New York: Basic Books.

Brown, L. S. ve Brodsky, A. M. (1992). The future of feminist therapy. *Psychotherapy, 29,* 51-57.

Buck, S. (1999). The function of the frame and the role of the fee in the therapeutic situation. *Women and Therapy, 22,* 37-49.

Brown, L. S. ve Bryan, T. C. (2007). Feminist therapy with people who self-inflict violence. *Journal of Clinical Psychology*, *63* (11), 1121-1133.

Brug, J., Conner, M., Harré, N., Kremers, S., McKellar, S. ve Whitelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of change: A critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. ve White, M. (2004). Why don't stage- based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, *20* (2), 244-258.

Bryan, C. J. ve Rudd, M. D. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, *62* (2), 185-200.

Bryceland, C. ve Stam, H. J. (2005). Empirical validation and professional codes of ethics: Description or prescription? *Journal of Constructivist Psychology*, *18* (2), 131-155.

Bucciarelli, C. (2005). *Addicted and mentally ill: Stories of courage, hope, and empowerment*. New York: Haworth Press.

Burkard, A. W., Knox, S., Groen, M., Perez, M. ve Hess, S.A. (2006). European American therapist self-disclosure in cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *53* (1), 15-25.

Busch, K. A. ve Fawcett, J. (2004). A fine-grained study of inpatients who commit suicide. *Psychiatric Annals*, *34* (5), 357-364.

Cabassa, L. J. (2007). Latino immigrant men's perceptions of depression and attitudes toward help seeking. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *29* (4), 492-509.

Camarota, S. (2005). *Immigrants at mid-decade: A snapshot of America's foreign-born population in 2005*. Report. Center for Immigration Studies, Washington, D.C. 9 Mart, 2008, http://www.cis.org/articles/2005/back1105.html.

Cameron, M. ve Guterman, N. B. (2007). Diagnosing conduct problems of children and adolescents in residential treatment. *Child & Youth Care Forum*, *36* (1), 1-10.

Campfield, K. M. ve Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 327-340.

Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body* (Düzenlenmiş Baskı). New York: Norton.

Capra, F. (1975). *The tao of physics*. New York: Random House.

Carkhuff, R. R. (1987). *The art of helping* (6. Baskı). Amherst, MA: Human Resource Development Press.

Carlson, J., Watts, R. E. ve Maniacci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cashel, M. L., Killilea, B. ve Dollinger, S. J. (2007). *Interpretation of storytelling*

*in the clinical assessment of children and adolescents*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Caspi, A. ve Roberts, B. W. (2001). Target article: Personality development across the life course. *Psychological Inquiry, 12* [Özel sayı], 49-66.

Castrucci, B. C. ve Gerlach, K. K. (2006). Understanding the association between authoritative parenting and adolescent smoking. *Maternal & Child Health Journal, 10* (2), 217-228.

Chambless, D. L., Crits-Christoph, P., Wampold, B. E., Norcross, J. C., Lambert, M. J., Bohart, A. C. ve diğer (2006). *What should be validated?* Washington, DC: American Psychological Association.

Chang, C. Y., Ritter, K. B. ve Hays, D. G. (2005). Multicultural trends and toys in play therapy. *International Journal of Play Therapy, 14* (2), 69-85.

Chao, C. M. (1992). The inner heart: Therapy with Southeast Asian families. L. A. Vargas ve J. D. Koss-Chioino, (Ed.), *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents* içinde (157-181). San Francisco: Jossey-Bass.

Cheng, A. T. A., Hawton, K., Chen, T. H. H., Yen, A. M. F., Chang, J., Chong, M. ve diğer. (2007). The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behavior in patients with a history of depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 103*(1-3), 69-75.

Cheng, M. K. S. (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: Solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *Psychiatric Clinics of North America, 30* (2), 157-166.

Cheung, C., Kwan, A. Y. ve Ng, S. H. (2006). Impacts of filial piety on preference for kinship versus public care. *Journal of Community Psychology, 34*(5), 617-634.

Cheyne, J. A. ve Girard, T. A. (2007). Paranoid delusions and threatening hallucinations: A prospective study of sleep paralysis experiences. *Consciousness and Cognition: An International Journal, 16* (4), 959-974.

Chiang, H., Lu, Z. ve Wear, S. E. (2005). To have or to be: Ways of caregiving identified during recovery from the earthquake disaster in Taiwan. *Journal of Medical Ethics, 31*, 154-158.

Chipeniuk, R. (1995). A repertory grid test of the claim that sense of landscape naturalness is specific to culture. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science, 29* (4), 335-360.

Christopher, J. C. (2001). Culture and psychotherapy: Toward a hermeneutic approach. *Psychotherapy, 38*, 115-128.

Christopher, J. C. ve Bickhard, M. H. (2007). Culture, self and identity: Interactivist contributions to a metatheory for cultural psychology. *Culture & Psychology, 13*(3), 259-295.

Chung, T. ve Martin, C. S. (2005). What were they thinking? Adolescents' interpretations of *DSM-IV* alcohol dependence symptom queries and implications for diagnostic validity. *Drug and Alcohol Dependence, 80*(2), 191-200.

Clark, A. J. (2004). Editors note: Early recollections. *Journal of Individual Psychology, 60*(2), 105-106.

Clark, D. C. (1998). *The evaluation and management of the suicidal patient.* New York: Guilford.

Clarkson, P. (2003). *The therapeutic relationship* (2. Baskı). Philadelphia: Whurr Publishers.

Cochran, B. N., Pruitt, L., Fukuda, S., Zoellner, L. A. ve Feeny, N. C. (2008). Reasons underlying treatment preference: An exploratory study. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(2), 276-291.

Collins, B. G. ve Collins, T. M. (2005). *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention.* Boston: Lahaska Press.

Coloroso, B. (1995). *Kids are worth it.* New York: Avon Books.

Comas-Diaz, L. (1994). *Ethnocultural psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Comas-Diaz, L. (2006). *Cultural variation in the therapeutic relationship.* Washington, DC: American Psychological Association.

Comtois, K. A. ve Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice -friendly review. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 161-170.

Constantine, M. G. (2001). Multiculturally- focused counseling supervision: Its relationship to trainees' multicultural counseling self-efficacy. *Clinical Supervisor, 20*(1), 87-98.

Constantino, M. J., Castonguay, L. G. ve Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* içinde (81-131). Boston: Allyn & Bacon.

Cook, J. W., Taylor, L. A. ve Silverman, P. (2004). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children: A clinical description with illustrative case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(2), 243-248.

Copeland, S. R. ve Hughes, C. (2002). Effects of goal setting on task performance of persons with mental retardation. *Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities, 37*(1), 40-54.

Coppen, A. (1994). Depression as a lethal disease: Prevention strategies. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 37-45.

Corcoran, J. (2005). *Building strengths and skills: A collaborative approach to working with clients.* New York: Oxford University Press.

Cormier, L. S. ve Nurius, P. (2003). Interviewing strategies for helpers (5. Baskı). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Cormier, L. S., Nurius, P. S. ve Osborn, C. J. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive-behavioral interventions* (6. Baskı). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Cornelius-White, J. H. D. (2002). The phoenix of empirically supported therapy relationships: The overlooked person-centered basis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*(3), 219-222.

Coryell, W. H. (2006). Clinical assessment of suicide risk in depressive disorder. *CNS Spectrums, 11*(6), 455-461.

Craig, R. J. (Ed.). (2005). *Clinical and diagnostic interviewing* (2. Baskı). Lanham, MD: Jason Aronson.

Cuéllar, I. ve Paniagua, F. A. (2000). *Handbook of multicultural mental health.* San Diego, CA: Academic Press.

Cummings, J. L. (2006). *Suicidal patients: The ultimate challenge for master psychotherapists.* Amsterdam, Netherlands: Elsevier.

Dacy, J. M. ve Brodsky, S. L. (1992). Effects of therapist attire and gender. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29* (3), 486-490.

Damsteegt, D. C. ve Christoffersen, J. (1982). Objective self-awareness as a variable in counseling process and outcome. *Journal of Counseling Psychology, 29*(4), 421-424.

Dana, R. H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology.* Boston: Allyn & Bacon.

D'augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T. ve Sinclair, K. O. (2005). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(6), 646-660.

Davis, M., McKay, M. ve Eshelman, E. R. (2000). *The relaxation and stress reduction workbook.* Oakland, CA: New Harbinger.

Davis, M. H. ve Franzoi, S. L. (1999). *Self-awareness and self-consciousness.* Chicago: Nelson-Hall Publishers.

Davis, S. R. ve Meier, S. T. (2001). *The elements of managed care: A guide for helping professionals.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

De Jong, P. ve Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

De Jong, P. ve Berg, I. K. (2008). *Interviewing for solutions* (3. Baskı). Belmont, CA: Thomson.

de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process, 23,* 79-93.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.

de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., McCollum, E., Trepper, T. ve Berg, I. K.

(2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy.* New York: Haworth Press.

De Vega, M. H. ve Beyebach, M. (2004). Between-session change in solution-focused therapy: A replication. *Journal of Systemic Therapies, 23*(2), 18-26.

Dell Orto, A. E. ve Power, P. W. (Ed.) (2007). *The psychological and social impact of illness and disability* (5. Baskı). New York: Springer.

Deloria, V., Jr. (1994). *God is red.* Golden, CO: Fulcrum Publishing.

Dickinson, J. J., Poole, D. A. ve Bruck, M. (2005). Back to the future: A comment on the use of anatomical dolls in forensic interviews. *Journal of Forensic Psychology Practice, 5*(1), 63-74.

DiLillo, D., DeGue, S., Kras, A., Di Loreto- Colgan, A. R. ve Nash, C. (2006). Participant responses to retrospective surveys of child maltreatment: Does mode of assessment matter? *Violence and Victims, 21*(4), 410-424.

Drye, R. D., Goulding, R. L. ve Goulding, M. E. (1973). No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American Journal of Psychiatry, 130,* 171-174.

Duan, C., Rose, T. B. ve Kraatz, R. A. (2002). Empathy. G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* içinde (197-231). Boston: Allyn & Bacon.

Dugger, S. M. ve Carlson, L. (Ed.). (2007). *Critical incidents in counseling children.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Dunner, D. L. (2005). Depression, dementia, or pseudodementia? *CNS Spectrums, 10*(11), 862.

Eagle, G. (2005). Therapy at the cultural interface: Implications of African cosmology for traumatic stress intervention. *Journal of Contemporary Psychotherapy,* 35 (2), 199-209.

Edlund, A., Lundström, M., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G. ve Gustafson, Y. (2006). Delirium in older patients admitted to general internal medicine. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 19* (2), 83-90.

Egan, G. (2006). *The skilled helper: A problem management and opportunity development approach to helping.* Pacifi c Grove, CA: Brooks/Cole.

Ekman, P. (2001). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage.* New York: Norton.

Ellis, T. E. (Ed.). (2006a). *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ellis, T. E. (2006b). Epilogue: What have we learned about cognition and suicide and what more do we need to know? T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* içinde. Washington, DC: American Psychological Association.

Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr.

ve diğer. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 291*(14), 1753-1762.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544.

Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: I. Being scientific in the human domain. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(2), 57-62.

Engle, D. E. ve Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.* New York: Guilford.

Enns, C. Z. (2004). *Feminist theories and feminist psychotherapies: Origins, themes, and diversity* (2. Baskı). New York: Haworth Press.

Erickson, M. H., Rossi, E. ve Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities.* New York: Irvington.

Eriksen, K. ve Kress, V. E. (2005). *Beyond the DSM story: Ethical quandaries, challenges, and best practices.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Escobar, J. I. ve Vega, W. A. (2007). *Cultural issues and psychiatric diagnosis: Providing a general background for considering substance use diagnoses.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Evanoff, R. J. (2004). Universalist, relativist, and constructivist approaches to intercultural ethics. *International Journal of Intercultural Relations, 28*(5), 439-458.

Evans, E., Hawton, K. ve Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*(8), 957-979.

Everly, G. S. ve Boyle, S. H. (1999). Critical incident stress debriefing (CISD): A meta-analysis. *International Journal of Emergency Mental Health, 1*, 165-168.

Fairbairn, R. (1952). *Object relations theory of the personality.* New York: Basic Books.

Faller, K. C. (2005). Anatomical dolls: Their use in assessment of children who may have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse, 14*(3), 1-21.

Falloon, I. R. H., Mizuno, M., Murakami, M., Roncone, R., Unoka, Z., Harangozo, J., ve diğer. (2005). Structured assessment of current mental state in clinical practice: An international study of the reliability and validity of the current psychiatric state interview, CPS-50. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(1), 44-50.

Falloon, I. R. H. (1988). *Handbook of behavioral family therapy.* New York: Guilford Press.

Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy.* New York: Guilford.

Fawcett, J., Clark, D. C. ve Busch, K. A. (1993). Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals, 23*(5), 244-255.

Fawcett, J. ve Rosenblate, R. (2000). Suicide within 24 hours after assessment

in the emergency department: Look for and manage anxiety. *Psychiatric Annals, 30*(4), 228-231.

Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L. ve Clark, D. C. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 147*(9), 1189-1194.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Norton.

Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 75-86.

Fenigstein, A., Scheier, M. F. ve Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(4), 522-527.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. B. H. Stamm (Ed.), *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring* içinde (3-28). Lutherville, MD: Sidran.

Finch, J. R. (2006). Review of therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide. *Psychiatric Rehabilitation Journal. Özel Sayı: The Health Promotion of People with Psychiatric Disabilities, 29*(4), 325-326.

Firestone, L. (2006). *Suicide and the inner voice*. Washington, DC: American Psychological Association.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. W. ve Williams, J. B. (1995). The structured clinical interview for *DSM-III-R* personality disorders (SCID-II). I: Description. *Journal of Personality Disorders, 9*, 83-91.

Fisher, S. (1973). *Body consciousness: You are what you feel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K. ve Schmidt, N. B. (2005). Randomized controlled trial of a brief problem-orientation intervention for suicidal ideation. *Behavior Therapy, 36*(4), 323-333.

Flanagan, D. P., Genshaft, J. L. ve Harrison, P. L. (Ed.). (1997). *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*. New York: Guilford Press.

Foa, E. ve Riggs, D. S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. R. S. Pynoos, (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review* içinde (133-163). Lutherville, MD: Sidran Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O. ve Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals, 33*(1), 47-53.

Foley, R. ve Sharf, B. F. (1981). The five interviewing techniques most frequently overlooked by primary care physicians. *Behavioral Medicine, 8*, 26-31.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. ve McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.

Fones, C. S., Manfro, G. G. ve Pollack, M. H. (1998). Social phobia: An update. *Harvard Review of Psychiatry, 5*(5), 247-259.

Fong, M. L. ve Cox, B. G. (1983). Trust as an underlying dynamic in the counseling process: How clients test trust. *Personal and Guidance Journal, 62*(3), 163-166.

Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 2*(2), 123-133.

Fouad, N. A. ve Arredondo, P. (2007). *Becoming culturally oriented: Practical advice for psychologists and educators.* Washington, DC: American Psychological Association.

Frank, J. D. ve Frank, J. B. (1991). *Persuasion & healing: A comparative study of psychotherapy* (3. Baskı). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. ve Frank, J. B. (1996). Demoralization and unexplained illness in two cohorts of American soldiers overseas. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(7), 445-446.

Franklin, A. J. (2004). *From brotherhood to manhood: How black men rescue their relationships and dreams from the invisibility syndrome.* New York: Wiley.

Franklin, A. J. (2007). *Gender, race, and invisibility in psychotherapy with African American men.* Washington, DC: American Psychological Association.

Franklin, A. J., Boyd-Franklin, N. ve Kelly, S. (2006). *Racism and invisibility: Race-related stress, emotional abuse and psychological trauma for people of color.* Binghamton, NY: Haworth Maltreatment and Trauma Press/The Haworth Press.

Freedenthal, S. (2007). Challenges in assessing intent to die: Can suicide attempters be trusted? *Omega: Journal of Death and Dying, 55*(1), 57-70.

Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense* (C. Baines, Çev.). New York: International Universities Press.

Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis.* New York: Norton.

Freud, S. (1957). The future prospects of psycho-analytic therapy. J. Strachey, (Ed.), *The standard edition* (Sayı 11) içinde. London: Hogarth Press.

Freud, S. (1958). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. J. Strachey (Ed. ve Çeviri), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* içinde (Sayı 12, 109-120). London: Hogarth Press.

Friedmann, P. D., Saitz, R., Gogineni, A., Zhang, J. X. ve Stein, M. D. (2001). Validation of the screening strategy in the NIAAA physicians' guide to helping patients with alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol, 62* [Özel sayı], 234-238.

Gandy, G. L., Martin, E. D. ve Hardy, R. E. (1999). *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities* (2. Baskı). Springfield, IL: Charles C. Thomas. Garb, H. N. (1998). *Studying the clini-*

*cian: Judgment research and psychological assessment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ganguli, M., Ratcliff, G., Huff, F. J. ve Belle, S. H. (1990). Serial sevens versus world backwards: A comparison of the two measures of attention from the MMSE. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 3*(4), 203-207.

Garb, H. N. (2007). Computer-administered interviews and rating scales. *Psychological Assessment, 19* (1), 4-13.

Garcia-Preto, N. (1996). Latino families: An overview. M. McGoldrick, J. Giordano ve J. K. Pearce, (Ed.), *Ethnicity and family therapy* içinde (2. Baskı, 141-154). New York: Guilford Press.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences.* New York: Basic Books.

Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century.* New York: Basic Books.

Gardner, R. A. (1993). *Storytelling in psychotherapy with children.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Gaspar, R. M. (2006). Terapia integral de pareja./integrative behavioral couple therapy. *EduPsykh é: Revista De Psicología y Psicopedagogía, 5*(2), 273-286.

Gazda, G. M., Asbury, F. S., Balzer, F. J., Childers, W. C. ve Walters, R. P. (1984). *Human relations development: A manual for educators* (3. Baskı). Boston: Allyn & Bacon.

Geller, J. D. ve Gould, E. (1996). A contemporary psychoanalytic perspective: Rogers' brief psychotherapy with Mary Jane Tilden. B. A. Farber ve D. C. Brink, (Ed.), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary* içinde (211-230). New York: Guilford Press.

Gellerman, D. M. ve Suddath, R. (2005). Violent fantasy, dangerousness, and the duty to warn and protect. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 33*(4), 484-495.

Gelso, C. J. ve Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice.* New York: John Wiley & Sons.

George, R. L. ve Cristiani, T. S. (1994). *Counseling: Theory and practice* (4. Baskı). Boston: Allyn & Bacon.

Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin, 128*(4), 539-579.

Gibbs, M. A. (1984). The therapist as imposter. C. M. Brody, (Ed.), *Women*

*therapists working with women: New theory and process of feminist therapy* içinde (22-33). New York: Springer.

Gibbs, J. T. ve Huang, L. N. (Ed.). (2003). *Children of color: Psychological interventions with culturally diverse youth.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gibson, P. (1994). Gay male and lesbian youth suicide. M. R. Feinleib, (Ed.), *Report of the secretary's task force on youth suicide. Sayı 3: Preventions and interventions in youth suicide* içinde (110-142). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gladwell, M. (2005). *Blink: The power of thinking without thinking.* New York: Little Brown.

Glanville, J. L. ve Paxton, P. (2007). How do we learn to trust? A confi rmatory tetrad analysis of the sources of generalized trust. *Social Psychology Quarterly, 70* (3), 230-242.

Glasser, W. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy.* New York: HarperCollins.

Goldenberg, I. ve Goldenberg, H. (2007). *Family therapy: An overview* (7. Baskı). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Goldfried, M. R. (1994). *Cognitive-affective behavior therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Goldfried, M. ve Davison, G. (1976). *Clinical behavior therapy.* New York: Holt, Rinehart and Winston.

Goldfried, M. R. (2007). What has psychotherapy inherited from Carl Rogers? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(3), 249-252.

Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. ve Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology, 41,* 659-688.

Goldston, D. B., Reboussin, B. A. ve Daniel, S. S. (2006). Predictors of suicide attempts: State and trait components. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 842-849.

Goodman, L. A. ve Epstein, D. (2008). *Listening to battered women: A survivor-centered approach to advocacy, mental health, and justice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gottman, J. M. ve DeClaire, J. (2001). *The relationship cure: A five-step guide for building better connections with family, friends, and lovers.* New York: Crown.

Gould, M., Jamieson, P. ve Romer, D. (2003). Media contagion and suicide

among the young. *American Behavioral Scientist. Özel Sayı: Suicide in Youth, 46* (9), 1269-1284.

Graham, J. M., Liu, Y. J. ve Jeziorski, J. L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 68* (3), 701-717.

Grahn, J. (1990). *Another mother tongue.* Boston: Beacon Press.

Gray, J. (2004). *Men are from Mars, women are from Venus: The classic guide to understanding the opposite sex.* New York: HarperCollins.

Green, R. J. (1996). Why ask, why tell? Teaching and learning about lesbians and gays in family therapy. *Family Process, 35,* 389-400.

Greenan, D. E. ve Tunnell, G. (2006). *Sex, drugs, rock 'n' roll... and children: Redefining male couples in the twenty-first century.* New York: Haworth Press.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.* Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R. ve Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 380-384.

Greenberg, R. P. ve Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry, 138,* 1467-1471.

Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly, 34,* 155-181.

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis* (Sayı 1). New York: International Universities Press.

Griffith, E. E. H. ve Baker, F. M. (1993). Psychiatric care of African Americans. A. C. Gaw, (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* içinde (147-173).Washington, DC: American Psychiatric Press.

Grinder, J. ve Bandler, R. (1976). *The structure of magic: II.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Grisham, J. R., Brown, T. A. ve Campbell, L. A. (2004). *The anxiety disorders interview schedule for DSM-IV* (ADIS-IV). Hoboken, NJ: Wiley.

Gross, B. (2005). Death throes: Professional liability after client suicide. *Annals of the American Psychotherapy Association, 8* (1), 34-35.

Guerney, B. G. (1977). *Relationship enhancement.* San Francisco: Jossey-Bass.

Guerney, B. (1977). *Relationship enhancement therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Guilamo-Ramos, V., Dittus, P., Jaccard, J., Johansson, M., Bouris, A. ve Acosta, N. (2007). Parenting practices among Dominican and Puerto Rican mothers. *Social Work, 52* (1), 17-30.

Gurman, A. S. (2008). *Clinical handbook of couple therapy* (4. Baskı). New York: Guilford.

Hadley, S. W. ve Strupp, H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 33,* 1291-1302.

Hahn, W. K. ve Marks, L. I. (1996). Client receptiveness to the routine assessment of past suicide attempts. *Professional Psychology: Research and Practice, 27,* 592-594.

Hakim-Larson, J., Kamoo, R., Nassar-McMillan, S. C. ve Porcerelli, J. H. (2007). Counseling Arab and Chaldean American families. *Journal of Mental Health Counseling, 29*(4), 301-321.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapies: The psychiatric techniques of Milton Erickson.* San Francisco: Jossey-Bass.

Hall, C. C. I. (1997). Cultural malpractice; the growing obsolescence of psychology with the changing U.S. population. *American Psychologist, 52,* 642-651.

Hall, C. C. I. (2004). Mixed-race women: One more mountain to climb. *Women & Therapy, 27*(1-2), 237-246.

Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension* (1. Baskı). Garden City, NY: Doubleday.

Hall, R. C., Platt, D. E. ve Hall, R. C. W. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics, 40,* 18-27.

Hallfors, D., Khatapoush, S., Kadushin, C., Watson, K. ve Saxe, L. (2000). A comparison of paper vs. computer-assisted self interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys. *Evaluation and Program Planning, 23*(2), 149-155.

Hamilton, M. (1967). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23,* 56-62.

Hammer, A. (1983). Matching perceptual predicates: Effect on perceived empathy in a counseling analogue. *Journal of Counseling Psychology, 30,* 172-179.

Hanna, F. J., Hanna, C. A. ve Keys, S. G. (1999). Fifty strategies for counseling defi ant, aggressive adolescents: Reaching, accepting, and relating. *Journal of Counseling & Development, 77*(4), 395-404.

Hardy, G., Cahill, J. ve Barkham, M. (2007). *Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective.* New York: Routledge/ Taylor & Francis.

Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D. ve Newman, J. P. (1990). The revised psychopathy checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2* (3), 338-341.

Harpur, T. J., Hakstian, A. R. ve Hare, R. D. (1988). Factor structure of the psychopathy checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(5), 741-747.

Harris, G. T., Rice, M. E. ve Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior, 20*(4), 315-335.

Havneskold, L. (2006). Focused (time-limited) self-psychologically based psychotherapy. *Self Psychology: European Journal for Psychoanalytic Therapy and Research, 7*(25-26), 300-311.

Haw, C., Bergen, H., Casey, D. ve Hawton, K. (2007). Repetition of deliberate self-harm: A study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(4), 379-396.

Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28* (Ek 1), 4-9.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive & Behavioral Practice, 9*(1), 58-66.

Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2. Baskı). Washington, DC: American Psychological Association.

Healy, D. (2000). Emergence of antidepressant induced suicidality. *Primary Care in Psychiatry, 6*(1), 23-28.

Hegarty, E. L. H., Catalano, G. ve Catalano, M. C. (2007). New onset delusions in the aftermath of the September 11th terrorist attacks. *Journal of Psychiatric Practice, 13*(6), 405-410.

Hendrix, H. (2007). *Getting the love you want: A guide for couples.* New York: Holt and Company.

Henggeler, S. W. ve Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. A. E. Kazdin (Ed.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* içinde (301-322). New York: Guilford.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Hermann, M. A. ve Herlihy, B. R. (2006). Legal and ethical implications of refusing to counsel homosexual clients. *Journal of Counseling & Development, 84*(4), 414-418.

Heron, M. (2007). *Deaths: Leading causes for 2004* (No. 56). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A. ve Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*, 242-247.

Hersen, M. ve Turner, S. M. (2003). *Diagnostic interviewing* (3. Baskı). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Hess, E. H. (1975). *The tell-tale eye.* New York: Van Nostrand-Reinhold.

Hiinton, W. J., Sheperis, C. ve Sims, P. (2003). Family-based approaches to juvenile delinquency: A review of the literature. *Family Journal: Counseling & Therapy for Couples & Families, 11*(2), 167-173.

Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (2. Baskı). Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, C. E., Stahl, J. ve Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping skills and beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(4), 364-370.

Hilton, N. Z., Harris, G. T. ve Rice, M. E. (2006). Sixty-six years of research on the clinical versus actuarial prediction of violence. *Counseling Psychologist, 34*(3), 400-409.

Hines, P. ve Boyd-Franklin, N. (2005). African American families. New York: Guilford Press.

Hinton, D. E., Pich, V., Chhean, D., Safren, S. A. ve Pollack, M. H. (2006). Somatic-focused therapy for traumatized refugees: Treating posttraumatic stress disorder and comorbid neck-focused panic attacks among Cambodian refugees. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Özel Sayı: Culture, Race, and Ethnicity in Psychotherapy, 43*(4), 491-505.

Ho, M. K., Rasheed, J. M. ve Rasheed, M. N. (2004). *Family therapy with ethnic minorities* (2. Baskı). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hoagwood, K. E., Vogel, J. M., Levitt, J. M., D'Amico, P. J., Paisner, W. I. ve Kaplan, S. J. (2007). Implementing an evidence-based trauma treatment in a state system after September 11: The CATS project. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(6), 773-779.

Hodges, K. (1985). *Manual for the child assessment schedule.* Yayınlanmış metin, University of Missouri-Columbia.

Horner, A. J. (2005). *Dealing with resistance in psychotherapy.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness.* Chicago: University of Chicago Press.

Horwitz, A. V. ve Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.* New York: Oxford University Press.

Hoyt, M. F. E. (Ed.). (1996). *Constructive therapies* (sayı 2). New York: Guilford.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. ve Miller, S. D. (Ed.) (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Hughes, C. C. (1993). Culture in clinical psychiatry. A. C. Gaw, (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* içinde (3-41). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hungerford, A. (2005). The use of anatomically detailed dolls in forensic investigations: Developmental considerations. *Journal of Forensic Psychology Practice, 5*(1), 75-87.

Hurwitz, T. A. (2004). Neuropsychiatry: Grasping the body-mind and mind-body problems. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne De Psychiatrie, 49*(3), 155-156.

Igartua, K. J. (1998). Therapy with lesbian couples: The issues and the interventions. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 391-396.

International Association for Marriage and Family Counselors. (2006). Ethical code for the International Association for Marriage and Family Counseling. *The Family Journal, 14*(1), 92-98.

Iverson, G. L. (2004). Objective assessment of psychomotor retardation in primary care patients with depression. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 31-37.

Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B. ve Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (5. Baskı). Boston: Allyn & Bacon.

Ivey, A. E. ve Ivey, M. B. (1999). Toward a developmental diagnostic and statistical manual: The vitality of a contextual framework. *Journal of Counseling & Development, 77*(4), 484-490.

Ivey, A. E. ve Ivey, M. B. (2007). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society.* Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.

Izard, C. E. (1977). *Human emotions.* New York: Plenum Press.

Izard, C. E. (1982). *Measuring emotions in infants and children.* New York: Cambridge University Press.

Jaghab, K., Skodnek, K. B. ve Padder, T. A. (2006). Munchausen' s syndrome and other factitious disorders in children case series and literature review. *Psychiatry, 3*(3), 46-55.

Jakovljevic, M. (2006). The modern psychopharmacotherapy, mind-body medicine and science of well-being. Body, brain, mind & spirit: All for one, and one for all. *Psychiatria Danubina, 18*(3-4), 148-149.

Jameson, K. A. (2005). Culture and cognition: What is universal about the representation of color experience? *Journal of Cognition and Culture. Özel Sayı: Culture, Cognition and Color Categorization, 5*(3-4), 293-347.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15,* 30-34.

Jeltova, I. ve Fish, M. C. (2005). Creating school environments responsive to gay, lesbian, bisexual, and transgender families: Traditional and systemic approaches for consultation. *Journal of Educational & Psychological Consultation. Özel Sayı: Helping Non-mainstream Families Achieve Equity within the Context of School-Based Consulting, 16*(1-2), 17-33.

Jobes, D. A. (Baskıda). Clinical work with suicidal patients: Emerging ethical issues and professional challenges. *Professional Psychology: Research & Practice.*

Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach.* New York: Guilford.

Jobes, D. A., Moore, M. M. ve O'Connor, S. S. (2007). Working with suicidal clients using the collaborative assessment and management of suicidality (CAMS). *Journal of Mental Health Counseling, 29*(4), 283-300.

Jobes, D. A., Nelson, K. N., Peterson, E. M., Pentiuc, D., Downing, V., Francini, K. ve diğer. (2004). Describing suicidality: An investigation of qualitative SSF responses. *Suicide and Life Threatening Behavior, 34*(2), 99-112.

Jobes, D. A., Wong, S. A., Conrad, A. K., Drozd, J. F. ve Neal- Walden, T. (2005). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(5), 483-497.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Joiner, T. E., Jr., Pettit, J. W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, M. D., ve diğer. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the

suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social & Clinical Psychology, 21*(5), 531-545.

Joiner, T. E., Jr., Wingate, L. R. ve Otamendi, A. (2005). An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator. *Journal of Social & Clinical Psychology, 24*(5), 649-664.

Jones, E. (1955). *The life and work of Sigmund Freud* (Sayı II). New York: Basic Books.

Jongsma, A. E., Peterson, L. M. ve Bruce, T. J. (2006). *The complete adult psychotherapy treatment planner* (4. Baskı). New York: Wiley.

Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* New York: Hyperion.

Kallivayalil, D. (2007). Feminist therapy: Its use and implications for South Asian immigrant survivors of domestic violence. *Women & Therapy, 30*(3-4), 109-127.

Kawase, E., Karasawa, K., Shimotsu, S., Imasato, S., Ito, K., Matsuki, H. ve diğer. (2006). Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan. *General Hospital Psychiatry, 28*(4), 321-322.

Kazdin, A. E. (2004). *Cognitive-behavior modifi cation.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Keats, D. M. (2000). *Interviewing: A practical guide for students and professionals.* Buckingham, England: Open University Press.

Kendall, P. C. ve Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. M. Hersen, A. E. Kazdin ve A. S. Bellack, (Ed.), *The clinical psychology handbook* içinde (565-592). New York: Pergamon Press.

Kern, R. M., Belangee, S. E. ve Eckstein, D. (2004). Early recollections: A guide for practitioners. *Journal of Individual Psychology, 60*(2), 132-140.

Kielbasa, A. M., Pomerantz, A. M., Krohn, E. J. ve Sullivan, B. F. (2004). How does clients' method of payment influence psychologists' diagnostic decisions? *Ethics & Behavior. Özel Sayı: Ethics and Behavior, 14*(2), 187-195.

King, A. R. ve Pate, A. N. (2003). MCMI- II predictors of judgmental tendencies as measured by the first impression interaction procedure. *Personality and Individual Differences,* 35(2), 327-337.

King, R. A., Riddle, M. A., Chappell, P. B. ve Hardin, M. T. (1991). Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescent during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 30(2), 179-186.

Kishi, Y., Robinson, R. G. ve Kosier, J. T. (2001). Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 189*(9), 623-628.

Kivlighan, D. M., Jr. (2002). Transference, interpretation, and insight: *A research-practice model.* G. S. Tryon, (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* içinde (166-196). Boston: Allyn & Bacon.

Kleespies, P. M. (2004). *Life and death decisions: Psychological and ethical considerations in end-of-life care.* Washington, DC: American Psychological Association.

Kleespies, P. M. ve Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician: Incidence, impact and means of coping. *Journal of Clinical Psychology, 56*(10), 1353-1369.

Klerman, G. L. (1984). A debate on *DSM-III:*The advantages of the *DSM-III. American Journal of Psychiatry, 141*(4), 539-542.

Knapp, M. L. (1972). *Nonverbal communication in human interaction.* New York: Holt, Rinehart and Winston.

Knesper, D. J. (2007). My favorite tips for engaging the difficult patient on consultation-liaison psychiatry services. *Psychiatric Clinics of North America, 30*(2), 245-252.

Knox, S., Burkard, A. W., Jackson, J. A., Schaack, A. M. ve Hess, S. A. (2006). Therapists -in- training who experience a client suicide: Implications for supervision. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 547-557.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* London: University of Chicago Press.

Korchin, S. J. (1976). *Modern clinical psychology.* New York: Basic Books.

Kposowa, A. J. (2001). Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide: A Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine, 31,* 127-138.

Krents, H. (1972). *To race the wind.* Toronto, Ontario, Canada: Longmans Canada Limited.

Kumar, C. T. S., Mohan, R., Ranjith, G. ve Chandrasekaran, R. (2006). Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *Journal of Affective Disorders, 91*(1), 77-81.

Kutcher, S. ve Chehil, S. (2007). *Suicide risk management: A manual for health professionals.* Malden, MA: Blackwell Publishing.

Kutchins, H. ve Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy.* New York: Free Press.

Lacoursiere, R. B. (2005). National catastrophes and striving for objectivity. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law,* 33(4), 437-439.

Laing, R. D. (1982). *The voice of experience.* New York: Pantheon Books.

Lambert, M. T. ve Fowler, D. R. (1997). Suicide risk factors among veterans: Risk management in the changing culture of the department of veterans affairs. *Journal of Mental Health Administration, 24*(3), 350-358.

Lankton, S. R., Lankton, C. H. ve Matthews, W. J. (1991). Ericksonian family therapy. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Latham, G. P. ve Locke, E. A. (2006). Enhancing the benefi ts and overcoming the pitfalls of goal setting. *Organizational Dynamics, 35*(4), 332-340.

Latham, G. P. ve Locke, E. A. (2007). New developments in and directions for goal-setting research. *European Psychologist, 12*(4), 290-300.

Lau, M. A., Segal, Z. V. ve Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy. Özel Sayı: Festschrift Special Issue for John Teasdale, 42*(9), 1001-1017.

Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy.* New York: Springer.

Lazarus, A. A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics and Behavior, 4*, 255-261.

Lazarus, A. A. (1996). Some reflections after 40 years of trying to be an effective psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33*(1), 142-145.

Lazarus, A. A. (2006). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way.* New York: Springer.

Leahy, R. L. (Ed.). (2004). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice.* New York: Guilford.

Lee, E. (1996). Asian American families: An overview. M. McGoldrick, J. Giordano ve J. K. Pearce, (Ed.), *Ethnicity and family therapy* içinde (2. Baskı, 227-248). New York: Guilford.

Lee, R. S. (2001). A modified life style assessment and its use in the school setting. *Journal of Individual Psychology Special Issue: Individual Psychology: A Practical Application Approach, 57* (3), 298-309.

Le Guin, U. K. (1969). *The left hand of darkness.* New York: Ace Books.

Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. ve Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy, 60*(3), 233-259.

Lennon, S. J. ve Davis, L. L. (1990). Categorization in first impressions. *Journal of Psychology, 123*, 439-446.

Leve, R. M. (1995). *Child and adolescent psychotherapy.* Boston: Allyn & Bacon.

Levenson, H. (2004). *Time-limited dynamic psychotherapy: Formulation and intervention.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Levine, H. B. (2007). A note on notes: Note taking and containment. *Psychoanalytic Quarterly, 76* (3), 981-990.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. San Francisco: Jossey-Bass.

Linehan, M. M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science & Practice, 7*(1), 113-119.

Litman, R. E. (1995). Suicide prevention in a treatment setting. *Suicide and Life-Threatening Behavior: Özel sayı: Suicide Prevention: Toward the Year 2000, 25* (1), 134-142.

Loeber, R., Pardini, D., Homish, D. L., Wei, E. H., Crawford, A. M., Farrington, D. P. ve diğer. (2005). The prediction of violence and homicide in young men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1074-1088.

Loftus, E. F. (2001). Imagining the past. *Psychologist.* Özel Sayı: After the facts, *14*, 584-587.

Long, J. K., Granit, A. ve Barney, M. N. (2002). *Sitting outside the therapy room.* New York: Haworth Press.

Long, J. K. ve Lindsey, E. (2004). *The sexual orientation matrix for supervision: A tool for training therapists to work with same-sex couples.* New York: Haworth Press.

Losada, A., Shurgot, G. R., Knight, B. G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M. ve diğer. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health, 10*(1), 69-76.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment.* New York: Basic Books.

Luborsky, L., Singer, B. ve Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everybody has won so all shall have prizes?" *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.

Luborsky, L. ve Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2. Baskı). Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky, L. ve Barrett, M. S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 1-19.

Luquet, W. (20066). *Short term couples therapy: The imago model in action* (2. Baskı). New York: Brunner/Mazel.

Lushington, K. ve Luscri, G. (2001). Are counseling students stressed? A cross-cultural comparison of burnout in Australian, Singaporean and Hong Kong counseling students. *Asian Journal of Counseling, 8*(2), 209-232.

Lynn, S. J., Martin, D. J. ve Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 44*(1), 7-19.

Maag, J. W. (2001). Rewarded by punishment: Reflections on the disuse of positive reinforcement in schools. *Exceptional Children, 67*, 173-186.

Macaskill, N. ve Macaskill, A. (1992). Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: Results of a U.K. survey. *British Journal of Psychotherapy, 9* (2), 133-138.

MacDonald, B. (1947). *Mrs. Piggle-Wiggle*. New York: Scholastic.

MacKay, S., Henderson, J., Del Bove, G., Marten, P., Warling, D. ve Root, C. (2006). Fire interest and antisociality as risk factors in the severity and persistence of juvenile firesetting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45* (9), 1077-1084.

Magnuson, S. ve Shaw, H. E. (2003). Adaptations of the multifaceted genogram in counseling, training, and supervision. *The Family Journal, 11*(1), 45-54.

Mahalik, J. R. (2002). Understanding client resistance in therapy: Implications from research on the counseling process. G. S. Tryon, (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* içinde (66-80). Boston: Allyn & Bacon.

Maj, M. (2008). Delusions in major depressive disorder: Recommendations for the *DSM-V. Psychopathology, 41*(1), 1-3.

Malchiodi, C. A. (Ed.) (2005). *Expressive therapies*. New York: Guilford.

Manthei, R. J. (2007). Research digest. *Counseling Psychology Quarterly, 20* (1), 115-118.

Marangell, L. B., Bauer, M. S., Dennehy, E. B., Wisniewski, S. R., Allen, M. H., Miklowitz, D. J. ve diğer. (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disorders, 8* (5, pt 2), 566-575.

Marin, G. ve Marin, B. V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage.

Marini, I. (2007). *Cross-cultural counseling issues of males who sustain a disability*. New York: Springer.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2. Baskı). New York: Harper & Row.

Matarazzo, J. D. (1983). The reliability of psychiatric and psychological diagnosis. *Clinical Psychology Review, 3* (1), 103-145.

Mathy, R. M. (2006). Self-disclosure: A dance of the heart and a ballet of the mind. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 10* (1), 109-121.

Matsumoto, D. (2007). Culture, context, and behavior. *Journal of Personality, 75*(6), 1285-1320.

Matsumoto, D. ve Yoo, S. H. (2005). *Culture and applied nonverbal communication.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Matthews, J. R. ve Walker, C. E. (Ed.) (1997). *Basic skills and professional issues in clinical psychology.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Maurer, R. E. ve Tindall, J. H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology, 30*(2), 158-163.

McCann, I. L. ve Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3* (1), 131-149.

McCormack, J. R. (2002). There is no such thing as a resistant client. *Marriage & Family: A Christian Journal, 5* (1), 39-45.

McDaniel, J., Purcell, D. ve D'Augelli, A. R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(Ilaveli), 84-105.

McGoldrick, M., Gerson, R. ve Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3. Baskı). New York: Norton.

McGoldrick, M., Giordano, J. ve Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy* (3. Baskı). New York: Guilford.

McGrath, P. J., Stewart, J. W., Quitkin, F. M., Chen, Y., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A. ve diğer. (2006). Predictors of relapse in a prospective study of fluoxetine treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry, 163*(9), 1542-1548.

McKenzie, I. ve Wurr, C. (2001). Early suicide following discharge from a psychiatric hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(3), 358-363.

McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, E. H. ve McWhirter, R. J. (2007). *At risk youth: A comprehensive response for counselors, teachers, psychologists and human services professionals.* Belmont, CA: Thomson.

Meador, B. ve Rogers, C. R. (1984). Person-centered therapy. R. J. Corsini, (Ed.), *Current psychotherapies* içinde (155-194). Itasca, IL: Peacock.

Mednikov, M. (2007). Psychodynamic-interpersonal supervision of Liu's case of TC. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(3), 51-54.

Meichenbaum, D. (2006). *Trauma and suicide: A constructive narrative perspective.* Washington, DC: American Psychological Association.

Meier, S. T. ve Davis, S. R. (2008). *The elements of counseling* (6. Baskı). Pacific Grove, CA: Wadsworth.

Meissner, W. W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *P sychoanalytic Psychology, 24*(2), 231-254.

Mencken, H. L. (1982). *A Mencken Chrestomathy.* New York: Vintage.

Merton, T. (1974). *A Thomas Merton reader.* New York: Doubleday.

Messer, S. B. ve Kaplan, A. H. (2004). *Outcomes and factors related to efficacy of brief psychodynamic therapy.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Metcalf, K., Langdon, R. ve Coltheart, M. (2007). Models of confabulation: A critical review and a new framework. *Cognitive Neuropsychology, 24*(1), 23-47.

Mezzich, J. E. ve Shea, S. C. (1990). Interviewing and diagnosis. New York: Plenum.

Miller, J. B. (1986). *Toward a new psychology of women* (2. Baskı). Boston: Beacon Press.

Miller, M. (1985). *Information center: Training workshop manual.* San Diego, CA: The Information Center.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*(2), 147-172.

Miller, W. R. ve Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford.

Miller, W. R. ve Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2. Baskı). New York: Guilford.

Minuchin, S. ve Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S., Rosman, B. L. ve Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Oxford: Harvard University Press.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment.* Hoboken, NJ: Wiley.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8,* 36-39.

Mohr, J. J., Gelso, C. J. ve Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 298-309.

Molnar, B. E., Berkman, L. F. ve Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the U.S. *Psychological Medicine, 31*(6), 965-977.

Monson, C. M. ve Friedman, M. J. (2006). *Back to the future of understanding trauma: Implications for cognitive-behavioral therapies for trauma.* New York: Guilford.

Moraga, A. V. ve Rodriguez-Pascual, C. (2007). Accurate diagnosis of delirium in elderly patients. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(3), 262-267.

Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B. ve Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry, 64*(9), 1032-1039.

Moreno, C. L. (2007). The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. *Qualitative Health Research, 17*(3), 340-352.

Morrison, J. (2007). *The first interview* (3. Baskı). New York: Guilford.

Morrow, D. F. ve Messinger, L. (Ed.). (2006). *Sexual orientation & gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual ve transgender people.* New York: Columbia University Press.

Morse, G. G. (1997). Effect of positive reframing and social support on perception of perimenstrual changes among women with premenstrual syndrome. *Health Care Women International, 18*(2), 175-193.

Mosak, H. H. ve Maniacci, M. (1999). *A primer of Adlerian psychology: The analytic-behavioral-cognitive psychology of Alfred Adler.* New York: Routledge.

Mosak, H. H. (1989). Adlerian psychotherapy. R. J. Corsini ve D. Wedding, (Ed.), *Current psychotherapies* içinde (4. Baskı, 65-116). Itasca, IL: Peacock.

Muehrer, P. (1995). Suicide and sexual orientation: A critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*(Ek), 72-81.

Murphy, B. C. ve Dillon, C. (2008). *Interviewing in action in a multicultural world* (2. Baskı). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Murphy, J. (2008). *Solution-focused counseling in middle and high schools.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention: An assessment triage model.* Belmont, CA: Wadsworth.

Nash, L. (1996). The delusion of infection with HIV. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30,* 467-471.

Natale, S. M. (1985). Confrontation and the religious beliefs of a client. E. M. Stern, (Ed.), *Psychotherapy and the religiously committed patient* içinde. New York: Haworth Press.

Neff, K. D. ve Harter, S. (2003). Relationship styles of self-focused autonomy, other-focused connectedness, and mutuality across multiple relationship contexts. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*(1), 81-99.

Negy, C. (2004). *Cross-cultural psychotherapy: Toward a critical understanding of diverse clients.* Reno, NV: Bent Tree Press.

Neimeyer, R. A., Fortner, B. ve Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide and Life Threatening Behavior, 31*(1), 71-82.

Nemeroff, C. B. (2007). Early life factors in depression. *Investigating the mind:*

*Mindfulness, compassion, and the treatment of depression.* Paper presented at the Emory University Mind and Life Institute. Atlanta, GA.

Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(6), 710-713.

Norris, S. (2007). The micropolitics of personal national and ethnicity identity. *Discourse & Society, 18*(5), 653-674.

Nosek, B. A., Greenwald, A. G. ve Banaji, M. R. (2005). Understanding and using the implicit association test: II. Method variables and construct validity. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*(2), 166-180.

Nouwen, H. J. M. (1977). *The living reminder.* New York: Seabury Press.

Nutt, R. L. (2005). *Feminist and contextual work.* Hoboken, NJ: Wiley.

O'Brien, S. (1989). *Native American tribal government.* Norman, OK: University of Oklahoma Press.

O'Connor, M. F. (1992). Psychotherapy with gay and lesbian adolescents. S. H. Dworkin ve F. J. Gutierrez, (Ed.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow* içinde (3-22). Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.

Odell, M. ve Campbell, C. E. (1998). *The practical practice of marriage and family therapy: Things my training supervisor never told me.* New York: Hawthorne Press.

O'Donohue, W., Cummings, N. A. ve Cummings, J. L. (Ed.). (2006). *Clinical strategies for becoming a master psychotherapist.* Amsterdam, Netherlands: Elsevier.

Oetzel, K. B. ve Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 40* (3), 215-225.

Ogbu, J. U. (1992). Understanding cultural diversity and learning. *Educational Researcher, 21,* 5-14.

Ogden, P., Minton, K. ve Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.* New York: Norton.

Oh, Y., Koeske, G. F. ve Sales, E. (2002). Acculturation, stress, and depressive symptoms among Korean immigrants in the United States. *Journal of Social Psychology, 142*(4), 511-526.

O' Hanlon, W. H. (1998). Possibility therapy: An inclusive, collaborative, solution-based model of psychotherapy. M. F. Hoyt (Ed.), *The handbook of constructive therapies* içinde (137-158). San Francisco: Jossey-Bass.

O'Hanlon, B. ve Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web: Brief, respectful*

*solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma.* New York: John Wiley & Sons.

Olson, M. E. (2000). *Feminism, community, and communication.* Binghamton, New York: Haworth Press.

O'Hanlon, W. H. ve Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web: Brief, respectful, solution-oriented therapy for sexual abuse and trauma.* New York: Wiley.

Olson, M. E. (2000). *Feminism, community, and communication.* Binghamton, NY: Haworth Press.

Onedera, J. D. (Ed.). (2008). *The role of religion in marriage and family counseling.* New York: Routledge/Taylor & Francis.

Oquendo, M. A., Bongiovi- Garcia, M. E., Galfalvy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Burke, A. K. ve diğer. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 164* (1), 134-141.

Orellana, M. F., Reynolds, J., Dorner, L. ve Meza, M. (2003). In other words: Translating or "para-phrasing" as a family literacy practice in immigrant households. *Reading Research Quarterly, 38* (1), 12-34.

Ortiz, S. O. ve Dynda, A. M. (2005). *Use of intelligence tests with culturally and linguistically diverse populations.* New York: Guilford.

Ortiz, S. O. ve Ochoa, S. H. (2005). *Advances in cognitive assessment of culturally and linguistically diverse individuals: A nondiscriminatory interpretive approach.* New York: Guilford.

Ortiz-Cofer, J. (1990). *Silent dancing: A partial remembrance of a Puerto Rican childhood.* Houston: Arte Publico Press.

Ostrosky-Solís, F. ve Lozano, A. (2006). Digit span: Effect of education and culture. *International Journal of Psychology, 41*(5), 333-341.

Othmer, E. ve Othmer, S. C. (2002a). *The clinical interview using DSM-IV-TR: Sayı 2: The difficult patient.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Othmer, E. ve Othmer, S. C. (2002b). *The clinical interview using DSM-IV. Sayı 1: Fundamentals.*Washington, DC: American Psychiatric Press.

Overholser, J. (2003). *Predisposing factors in suicide attempts: Life stressors.* San Diego: Academic Press.

Overholser, J. C. (2006). Panacea or placebo: The historical quest for medications to treat depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36* (4), 183-190.

Packman, W. L., Marlitt, R. E., Bongar, B. ve Pennuto, T. O. (2004). A comprehensive and concise assessment of suicide risk. *Behavioral Sciences & The Law,* 22 (5), 667-680.

Paniagua, F. A. (1996). Cross-cultural guidelines in family therapy practice. *The Family Journal, 4*(2), 127-138.

Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2. Baskı). London: Sage.

Paniagua, F. A. (2001). *Diagnosis in a multicultural context: A casebook for mental health professionals.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Papp, P. (1976). Family choreography. P. J. Guerin Jr., (Ed.), *Family therapy: Theory and practice* içinde (276-299). New York: Gardner.

Pargament, K. I. ve Saunders, S. M. (2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology. Özel Sayı: Spirituality and Psychotherapy, 63* (10), 903-907.

Patterson, C. H. (1996). Multicultural counseling: From diversity to universality. *Journal of Counseling and Development, 74,* 227-231.

Patterson, C. H. ve Watkins, C. E. Jr. (1996). *Theories of psychotherapy* (5. Baskı). New York: HarperCollins College Publishers.

Patterson, J., Williams, L., Grauf-Grounds, C. ve Charmow, L. (1998). *Essential skills in family therapy: From the first interview to termination.* New York: Guilford.

Paunonen, S. V. (2001). Inconsistencies in the personality consistency debate. *Psychological Inquiry, 12*(2), 91-93.

Pearlman, L. A. ve Mac-Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology Research and Practice, 26* (6), 558-565.

Pearn, J. (2000). Traumatic stress disorders: A classification with implications for prevention and management. *Military Medicine, 16* (6), 434-440.

Peck, M. S. (1978). *The road less traveled: A new psychology of love, traditional values and spiritual growth.* New York: Simon & Schuster.

Pennebaker, J. W., Zech, E. ve Rimé, B. (2001). *Disclosing and sharing emotion: Psychological, social, and health consequences.* Washington, DC: American Psychological Association.

Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K. ve diğer. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 54* (3), 479-484.

Petretic, P. (2004). *The impact of client characteristics and therapist variables when working with battered women.* Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Phares, E. J. (1988). *Introduction to personality* (2. Baskı). Glenview, IL: Scott, Foresman & Co.

Phinney, J. S. ve Chavira, V. (1992). Ethnic identity and self-esteem: An exploratory longitudinal study. *Journal of Adolescence, 15* (3), 271-281.

Pierce, R. D. (2004). A narrative of hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 403-409.

Piersma, H. L. ve Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: A descriptive report. *Community Mental Health Journal, 33* (1), 35-41.

Pipes, R. B. ve Davenport, D. S. (1999). *Introduction to psychotherapy: Common clinical wisdom* (2. Baskı). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Poe, E. A. (1985). Silence: A fable. *Works of Edgar Allan Poe* içinde. New York: Avenel Books.

Polanski, P. J. ve Hinkle, J. S. (2000). The mental status examination: Its use by professional counselors. *Journal of Counseling and Development, 78* (3), 357-364.

Pomerantz, A. M. ve Handelsman, M. M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice, 35* (2), 201-205.

Pope, K. S. (1990). Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 227-239.

Portes, A. ve Rumbaut, R. G. (2006). *Immigrant America: A portrait.* Berkeley: University of California Press.

Pottick, K. J., Kirk, S. A., Hsieh, D. K. ve Tian, X. (2007). Judging mental disorder in youths: Effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 1-8.

Pouliot, L. ve De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 491-510.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N. ve diğer. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *American Journal of Psychiatry, 160* (1), 56-63.

Price, A. (2007). Review of uncoupling conventions - psychoanalytic approaches to same-sex couples and families. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 35* (3), 509-510.

Prochaska, J. O. ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, 19*, 276-278.

Prochaska, J. O. ve DiClemente, C. C. (2005). *The transtheoretical approach.* New York: Oxford University Press.

Puig-Antich, J., Chambers, W. ve Tabrizi, M. A. (1983). The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children. D. Cantwell ve G. Carlson, (Ed.), *Childhood depression* içinde (157-179). New York: Spectrum.

Pulver, S. E. (2007). *'Getting it' and knowing what to do when one does not 'get it': Discussion of Schwaber's chapter "the unending struggle to listen: Locating oneself within the other."* Lanham, MD: Jason Aronson.

Rand, M. L. (2006). Postural mirroring: Conscious and unconscious. *Annals of the American Psychotherapy Association, 9*(3), 38.

Ranganathan, S. ve Bhattacharya, T. (2007). Culture-bound syndromes: A problematic category. *Psychological Studies, 52*(2), 153 157.

Rassin, E., Cougle, J. R. ve Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2800-2803.

Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E. ve Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 367-372.

Reber, J. S. (2006). Secular psychology: What's the problem? *Journal of Psychology & Theology, 34*(3), 193-204.

Reiter, M. D. (2008). *Therapeutic interviewing essential skills and contexts of counseling.* Boston: Allyn and Bacon.

Richardson, B. (2001). *Working with challenging youth: Lessons learned along the way.* Philadelphia: Brunner-Routledge.

Riley, P. (Ed.). (1993). *Growing up Native American: An anthology.* New York: Morrow.

Rilke, R. M. (1992). *Letters to a young poet* (J. Burnham, Çev.). San Rafael, CA: New World Library.

Rivera, E. T., Phan, L. T., Hadduv, C. D., Wilbur, J. R. ve Arredondo, P. (2006). Honesty in multicultural counseling: A pilot study of the counseling relationship. *Revista Interamericana De Psicologia, 40* (1), 37-45.

Robinson, F. (1950). *Principles and procedures in student counseling.* New York: Harper & Row.

Robinson, D. J. (2001). *Brain calipers: Descriptive psychopathology and the psychiatric mental status examination* (2. Baskı). Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.

Robinson, D. J. (2007). My favorite tips for exploring difficult topics such as delusions and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America, 30*(2), 239-244.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95-103.

Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Personnel and Guidance Journal, 37,* 6-16.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become.* Columbus, OH: Merrill.

Rogers, C. R. (1972). *Carl Rogers on counseling, a personal perspective at 75.* Corona Del Mar, CA: Psychological and Educational Films.

Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power.* New York: Delacorte.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. ve Haigh, G. (1983). I walk softly through life. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy, 18,* 6-14.

Rogers, C. R. ve Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change.* Chicago: University of Chicago Press.

Rollnick, S. ve Bell, A. (1991). Brief motivational interviewing for use by the nonspecialist. W. R. Miller ve S. Rollnick, (Ed.), *Motivational interviewing* içinde (203-213). New York: Guilford Press.

Rollnick, S. ve Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325-334.

Roosevelt, E. (1992). *The autobiography of Eleanor Roosevelt.* New York: Da Capo.

Rosenberg, J. I. (1999). Suicide prevention: An integrated training model using affective and action-based interventions. *Professional Psychology: Research and Practice, 30* (1), 83-87.

Rosenberg, J. I. (2000). The complexities of suicide prevention and intervention training: A response to Sommers-Flanagan, Rothman, and Schwenkler. (2000). *Professional Psychology, 31*(1), 100-101.

Rossau, C. D. ve Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. *British Journal of Psychiatry, 171,* 355-359.

Rounsaville, B. J. (2007). *DSM-V* research agenda: Substance abuse/psychosis comorbidity. *Schizophrenia Bulletin, 33*(4), 947-952.

Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Smith, S. M., Saha, T. D., Pickering, R. P. ve diğer. (2008). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule-IV (AUDADIS-IV): Reliability of new psychiatric diagnostic modules

and risk factors in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence, 92* (1-3), 27-36.

Rubel, A. I., O'Nell, C. W. ve Collado-Ardon, R. (1984). *Susto:A folk illness.* Berkely: University of California Press.

Rudd, M. D., Mandrusiak, M. ve Joiner, T. E., Jr. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology, 62*(2), 243-251.

Rudolph, B. A. (2005). *Teaching diagnostic and clinical interviewing.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Russell, S. T. ve Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1276-1281.

Russo, M. F., Vernam, J. ve Wolbert, A. (2006). Sand play and storytelling: Social constructivism and cognitive development in child counseling. *The Arts in Psychotherapy, 33* (3), 229-237.

Safford, S. M., Kendall, P. C., Flannery- Schroeder, E., Webb, A. ve Sommer, H. (2005). A longitudinal look at parent-child diagnostic agreement in youth treated for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(4), 747-757.

Safran, J. D., Muran, J. C. ve Rothman, M. (2006). *The therapeutic alliance: Cultivating and negotiating the therapeutic relationship.* Amsterdam, Netherlands: Elsevier.

Saint-Exupery, A. D. (1971). *The little prince.* New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Salem-Pickartz, J. ve Donnelly, J. (2007). *The family as a source of strength and life skill: The role of authoritative parenting in building resilience.* Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Salmon, K. (2006). Toys in clinical interviews with children: Review and implications for practice. *Clinical Psychologist, 10* (2), 54-59.

Sanfelippo, A. J. (Ed.). (2006). *Panic disorders: New research.* Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.

Satir, V. N. (1967). *Conjoint family therapy* (düzenlenmiş baskı). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Schwartz, R. C. ve Wendling, H. M. (2003). Countertransference reactions toward specific client populations: A review of empirical literature. *Psychological Reports, 92*(2), 651-654.

Scuka, R. F. (2005). *Relationship enhancement therapy: Healing through deep empathy and intimate dialogue.* Oxford, UK: Routledge.

Selicoff, H. (2006). Looking for good supervision: A fit between collaborative and hierarchical methods. *Journal of Systemic Therapies, 25*(1), 37-51.

Seligman, L. (2004). *Diagnosis and treatment planning in counseling* (3. Baskı). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Report* study. *American Psychologist, 50,* 965-974.

Senzaki, N. ve Reps, P. (1939). *101 Zen stories.* Philadelphia: David McKay.

Serby, M. (2003). Psychiatric resident conceptualizations of mood and affect within the mental status examination. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1527-1529.

Shapiro, F. (2002). *EMDR treatment: Overview and integration.* F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* içinde (27-55). Washington, DC: American Psychological Association.

Sharpley, C. F. (1984). Predicate matching in NLP: A review of research on the preferred representational system. *Journal of Counseling Psychology, 31*(2), 238-248.

Shattell, M. M., Starr, S. S. ve Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(4), 274-284.

Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2. Baskı). Philadelphia: Saunders.

Shea, S. C. (2004). Suicidal ideation: Clear understanding and use of an interviewing strategy such as the chronological assessment of suicide events (CASE approach) can help clarify intent and immediate danger to the patient. *Psychiatric Annals, 34*(5), 385-400.

Shea, S. C. ve Barney, C. (2007). Facilic supervision and schematics: The art of training psychiatric residents and other mental health professionals how to structure clinical interviews sensitively. *Psychiatric Clinics of North America, 30*(2), e51-e96.

Sheese, B. E., Brown, E. L. ve Graziano, W. G. (2004). Emotional expression in cyberspace: Searching for moderators of the Pennebaker disclosure effect via E-mail. *Health Psychology, 23*(5), 457-464.

Shellenberger, S. (2007). *Use of the genogram with families for assessment and treatment.* Hoboken, NJ: Wiley.

Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: A clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(1), 13-22.

Shinfuku, N. (2005). The experience of the Kobe earthquake. J. J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius ve A. Okasha (Ed.), *Disasters and mental health* içinde (127-136). New York: Wiley.

Shneidman, E. S. (1996). Psychotherapy with suicidal patients. New York: New York University Press.

Shneidman, E. S. (1980). Psychotherapy with suicidal patients. T. B. Karasu ve L. Bellak, (Ed.), *Specialized techniques in individual psychotherapy* içinde (306-328). New York: Brunner/Mazel.

Shneidman, E. S. (1981). *Suicide thoughts and reflections.* New York: Guilford.

Shneidman, E. S. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 38*(3), 319-328.

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind.* New York: Oxford University Press.

Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind.* New York: Oxford University Press.

Shurts, W. M., Cashwell, C. S., Spurgeon, S. L., Degges-White, S., Barrio, C. A. ve Kardatzke, K. N. (2006). Preparing counselors-in- training to work with couples: Using role- plays and reflecting teams. *The Family Journal, 14*(2), 151-157.

Siassi, I. (1984). Psychiatric interview and mental status examination. G. Goldstein ve M. Hersen, (Ed.), *Handbook of psychological assessment* içinde (259-275). New York: Pergamon.

Silverman, W. (1987). *Anxiety disorders interview schedule for children (ADIS).* Albany, NY: Graywind.

Silverstein, S. (1996). *Where the sidewalk ends.* New York: HarperCollins.

Simha- Alpern, A. (2007). "I finally have words!" integrating a psychodynamic psychotherapeutic approach with principles of emotional intelligence training in treating trauma survivors. *Journal of Psychotherapy Integration, 17*(4), 293-313.

Simon, L. (2006). Abnormal psychology textbooks: Valid science or political propaganda. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry, 8*(2), 101-110.

Simonds, S. L. (1994). *Bridging the silence: Nonverbal modalities in the treatment of adult survivors of childhood sexual abuse.* New York: Norton.

Simone, S. ve Fulero, S. M. (2005). Tarasoff and the duty to protect. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 11*(1-2), 145-168.

Simons, R. C. ve Hughes, C. C. (1993). Cultural-bound syndromes. A. C. Gaw, (Ed.), *Culture, ethnicity, and mental illness* içinde (75-93). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Skinner, B. F. (1972). *Walden two.* New York: Knopf.

Sklare, G. B. (2005). *Brief counseling that works: A solution-focused approach for school counselors and administrators* (2. Baskı). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Skovholt, T. M. (2001). *The resilient practitioner.* Boston: Allyn and Bacon.

Smail, D. (1997). *Illusion and reality: The meaning of anxiety.* London: Constable.

Smith, H. B. (2006). Providing mental health services to clients in crisis or disaster situations. *VISTAS Online, Article 3,* 17 Şubat, 2008.

Smith, M. L., Glass, G. V. ve Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith-Hanen, S. S. (1977). Effects of nonverbal behaviors on judged levels of counselor warmth and empathy. *Journal of Counseling Psychology, 24,* 87-91.

Snyder, D. K. (1979). Multidimensional assessment of marital satisfaction. *Journal of Marriage & the Family, 41*(4), 813-823.

Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 30*(4), 526-537.

Sommers-Flanagan, J. ve Barr, L. (2005). Three constructive interventions for divorced, divorcing, or never-married parents. *The Family Journal, 13*(4), 482-486.

Sommers-Flanagan, J. ve Campbell, D. (Baskıda). Psychotherapy and (or) medications for depression in youth? An evidence-based review with recommendations for treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy.*

Sommers-Flanagan, J. ve Means, J. R. (1987). Thou shalt not ask questions: An approach to teaching interviewing skills. *Teaching of Psychology, 14*(3), 164-166.

Sommers-Flanagan, J. (2007a). The development and evolution of person-centered expressive art therapy: A conversation with Natalie Rogers. *Journal of Counseling & Development, 85*(1), 120-125.

Sommers-Flanagan, J. (2007b). Single-session consultations for parents: A preliminary investigation. *The Family Journal, 15*(1), 24-29.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1989). A categorization of pitfalls common to beginning interviewers. *Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 3*(1), 58-71.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1995a). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology, 26* (1), 41-47.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1995b). Psychotherapeutic techniques with treatment-resistant adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Special Issue: Adolescent Treatment: New Frontiers and New Dimensions, 32*(1), 131-140.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (1998). Assessment and diagnosis of conduct disorder. *Journal of Counseling and Development, 76* (2), 189-197.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques.* New York: Wiley.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (2004). *The challenge of counseling teens: Counselor behaviors that reduce resistance and facilitate connection.* North Amherst, MA: Microtraining Associates.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (2007a). Our favorite tips for interviewing couples and families. *Psychiatric Clinics of North America, 30* (2), 275-281.

Sommers-Flanagan, J. ve Sommers-Flanagan, R. (2007b). *Tough kids, cool counseling: User-friendly approaches with challenging youth* (2. Baskı). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Sommers-Flanagan, R. (2007). Ethical considerations in crisis and humanitarian interventions. *Ethics & Behavior, 17*(2), 187-202.

Sommers-Flanagan, R., Elander, C. D. ve Sommers-Flanagan, J. (2000). *Don't divorce us!: Kids' advice to divorcing parents.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Sommers-Flanagan, R., Elliot, D. ve Sommers-Flanagan, J. (1998). Exploring the edges: Boundaries and breaks. *Ethics and Behavior, 8* (1), 37-48.

Sommers-Flanagan, R. ve Sommers-Flanagan, J. (2007). *Becoming an ethical helping professional: Cultural and philosophical foundations.* Hoboken, NJ: Wiley.

Sonne, J. L. ve Pope, K. S. (1991). Treating victims of therapist-patient sexual involvement. *Psychotherapy, 28*(1), 174-187.

Sperry, L., Carlson, J. ve Peluso, P. R. (2006). *Couples therapy: Integrating theory and technique* (2. Baskı). Denver, CO: Love Publishing Company.

Sperry, L., Gudeman, J. E., Blackwell, B. ve Faulkner, L. R. (1992). *Psychiatric case formulations.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Spitzer, R. L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior, 32*(5), 403-417.

Stapleton, J. A., Taylor, S. ve Asmundson, G. J. G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: Case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy. Special Issue: Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy, 21*(1), 91-102.

Stephan, W. G., Diaz-Loving, R. ve Duran, A. (2000). Integrated threat theory and intercultural attitudes: Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*(2), 240-249.

Stephenson, M. T. ve Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *Journal of Drug Education, 36* (3), 247-270.

Stern, E. M. (1985). *Psychotherapy and the religiously committed patient.* New York: Haworth Press.

Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence.* New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. ve Wagner, R. K. (Ed.). (1986). *Practical intelligence: Origins of competence in the everyday world.* New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. (2005). *The triarchic theory of successful intelligence.* New York: Guilford.

Stocker, S. S. (2005). The ethics of mutuality and feminist relational therapy. *Women & Therapy, 28*(2), 1-15.

Stolle, D., Hutz, A. ve Sommers-Flanagan, J. (2005). The impracticalities of R. B. Stuart' s practical multicultural competencies. *Professional Psychology: Research and Practice, 36* (5), 574-576.

Stone, C. B. (2005). *School counseling principles: Ethics and law.* Alexandria, VA: American School Counselor Association.

Stone, J., Smyth, R., Carson, A., Warlow, C. ve Sharpe, M. (2006). La belle indifference in conversion symptoms and hysteria: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 188*(3), 204-209.

Strean, H. S. (1985). *Resolving marital conflict: A psychodynamic perspective.* New York: John Wiley & Sons.

Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15,* 215-224.

Strub, R. L. ve Black, F. W. (1977). *The mental status examination in neurology.* Philadelphia: Davis.

Strupp, H. H. (1983). Psychoanalytic psychotherapy. M. Hersen, A. E. Kazdin ve A. S. Bellack, (Ed.), *The clinical psychology handbook* içinde (471-488). New York: Pergamon.

Strupp, H. H. ve Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key.* New York: Basic Books.

Stuart, R. B. ve Stuart, F. (1975). *Premarital counseling inventory manual.* Ann Arbor, MI: Compuscore.

Stuart, R. B. (2005). Multiculturalism: Questions, not answers. *Professional Psychology: Research and Practice, 36* (5), 576-578.

Sue, D. W. ve Sue, S. (1987). Cultural factors in the clinical assessment of Asian Americans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 479-487.

Sue, D. W., Arredondo, P. ve McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling and Development, 20*(2), 64-88.

Sue, D. W. ve Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4. Baskı). Hoboken, NJ: Wiley.

Sue, D. W. ve Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5. Baskı). Hoboken, NJ: Wiley.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist,* 53(4), 440-448.

Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of Community Psychology. Special Issue: Addressing Mental Health Dispa-*

*rities through Culturally Competent Research and Community-Based Practice, 34*(2), 237-245.

Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview.* New York: Norton.

Susser, I. ve Patterson, T. C. (Ed.). (2000). *Cultural diversity in the U.S.: A critical reader.* London: Blackwell.

Sutton, C. T. ve Broken Nose, M. A. (1996). American Indian families: An overview. M. Mc-Goldrick, J. Giordano ve J. K. Pearce, (Ed.), *Ethnicity and family therapy* içinde (2. Baskı, 31-44). New York: Guilford.

Sutton, S. (2005). Another nail in the coffin of the transtheoretical model? A comment on West (2005). *Addiction, 100* (8), 1043-1045.

Sweeney, T. J. (1989). *Adlerian counseling.* (3. Baskı). Muncie, IN: Accelerated Development.

Szasz, T. S. (1961). The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. *American Psychologist, 16* (2), 59-65.

Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness.* New York: McGraw-Hill.

Szasz, T. S. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist, 41*(7), 806-812.

Taibbi, R. (2007). *Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice* (2. Baskı). New York: Guilford.

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation.* New York: Morrow.

Tantillo, M. ve Sanftner, J. (2003). The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. *Eating Behaviors, 3*(4), 349-364.

Tarasoff v. Regents of the University of California, 118 Cal. Rptr. 129, 529 P. 2d 533 (1974).

*Tarasoff v. Regents of the University of California,* 551 P.2d 334 (Cal. 1976).

Taylor, L. (2005). A thumbnail map for solution-focused brief therapy. *Journal of Family Psychotherapy, 16*(1-2), 27-33.

Teasdale, J. D. ve Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology, 26*(2), 113-126.

Teicher, M., Glod, C. ve Cole, J. (1990). Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry, 147*(2), 207-210.

Teyber, E. (1997). *Interpersonal process in psychotherapy: A guide for clinical training* (5. baskı). Belmont, CA: Brooks/Cole.

The TADS Team. (2007). The treatment for adolescents with depression study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry, 64*(10), 1132-1144.

Thomas, L. (1974). *The lives of a cell.* New York: Bantam Books.

Thompson, C. L. ve Henderson, D. A. (2007). *Counseling children* (7. Baskı). Belmont, CA: Thomson.

Thompson, M., Kaslow, N., Kingree, J., Puett, R., Thompson, N. ve Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress, 12,* 59-72.

Thoresen, C. E. ve Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control.* New York: Holt, Rinehart and Winston.

Tohn, S. L. ve Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. M. F. Hoyt (Ed.), *Handbook of solution-focused brief therapy* içinde (152-183). San Francisco: Jossey-Bass.

Tolstoy, L. (2003). *Anna Karenina.* New York: Penguin Classics.

Trickett, E. J. ve Jones, C. J. (2007). Adolescent culture brokering and family functioning: A study of families from Vietnam. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(2), 143-150.

Trippany, R. L., Kress, V. E. W. ve Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 31-37.

Trotter, K., Eshelman, D. ve Landreth, G. (2003). A place for Bobo in play therapy. *International Journal of Play Therapy, 12* (1), 117-139.

Trull, R. J. ve Phares, E. J. (2001). *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession* (6. Baskı). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.

Tseng, W. (2006). From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcultural Psychiatry,* 43(4), 554-576.

Tuckey, M. R. (2007). Issues in the debriefi ng debate for the emergency services: Moving research outcomes forward. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 14(2), 106-116.

Tummala-Narra, P. (2007). Skin color and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Psychology,* 24(2), 255-270.

Ullmann, L. P. ve Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior.* Oxford, England: Prentice-Hall.

United States Bureau of the Census. (2001). *2000 census of the population.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

United States Food and Drug Administration. (2007). *FDA proposes new warnings about suicidal thinking, behavior in young adults who take antidepressant medications.* 10 Ocak 2008, http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2007/NEW01624.html.

Vahter, L., Kreegipuu, M., Talvik, T. ve Gross-Paju, K. (2007). One question as a screening instrument for depression in people with multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation, 21*(5), 460-464.

Van der Kolk, Bessel A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L. ve diğer. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(1), 37-46.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W. ve Joiner, T. E., Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 72-83.

Van Oudenhoven, J. P., Ward, C. ve Masgoret, A. (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies. *International Journal of Intercultural Relations, 30*(6), 637-651.

Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A. ve Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy, 28*(3), 411-421.

Vargas, L. (2004). Reflections of a process-oriented contextualist. J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan, *Counseling and Psychotherapy theories in context and practice* içinde (428-429). Hoboken, NJ: Wiley.

Vazquez, C. I. ve Clauss-Ehlers, C. S. (2005). Group psychotherapy with Latinas: A cross-cultural and interactional approach. *NYS Psychologist, 17*(3), 10-13.

Vig, S. (2007). Young children's object play: A window on development category. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*(3), 201-215.

Vontress, C. E., Johnson, J. A. ve Epp, L. R. (1999). *Cross-cultural counseling: A casebook.* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Wagner, L., Davis, S. ve Handelsman, M. M. (1998). In search of the abominable consent form: The impact of readability and personalization. *Journal of Clinical Psychology, 54*(1), 115-120.

Wakefi eld, J. C., Schmitz, M. F., First, M. B. ve Horwitz, A. V. (2007). Exten-

ding the bereavement exclusion for major depression to other losses: Evidence from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 64*(4), 433-440.

Walitzer, K. S., Dermen, K. H. ve Conners, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification,* 23(1), 129-151.

Walker, L. E. A. (2002). *Feminist ethics, boundary crossings, dual relationships, and victims of violence.* New York: Springer.

Waller, D. (2006). Art therapy for children: How it leads to change. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(2), 271-282.

Walters, R. P. (1980). *Amity: Friendship in action. Part I: Basic friendship skills.* Boulder, CO: Christian Helpers.

Ward, C., Bochner, S. ve Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock* (2. Baskı). New York: Routledge.

Warwick, L. L. (1999). What is necessary and what is right? Feminist dilemmas in community mental health. *Women and Therapy,* 22(2), 39-51.

Watkins, J. G. ve Watkins, H. H. (1997). *Ego states.* New York: Norton.

Watson, J. C. (2006). *Resolving trauma in process-experiential therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Watzlawick, P., Weakland, J. ve Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Wax, E. (2001). Lesson plans becoming obsolete: Cultural differences require broader teaching methods. *The Washington Post,* A-9.

Weakland, J. H. (1993). Conversation - but what kind? S. G. Gilligan ve R. Price (Ed.), *Therapeutic conversations* içinde (136-145). New York: Norton.

Weaver, J. (1995). *Disasters: Mental health interventions.* Saraota, FL: Professional Resource Press.

Webber, J., Bass, D. ve Yep, R. (2005). *Terro, trauma, and tragedies: A counselor' s guide to preparing and responding.* Alexandria, VA: American Counseling

Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence* (4. Baskı). Baltimore: Williams & Wilkins.

Wechsler, D. ve Stone, C. P. (1945). *Wechsler Memory Scale manual.* New York: Psychological Corporation.

Weeks, G. R., Odell, M. ve Methven, S. (2005). *If only I had known: Avoiding common mistakes in couple' s therapy.* New York: Norton.

Weiner, I. B. (1998). *Principles of psychotherapy* (2. Baskı). New York: John Wiley & Sons.

Weiner-Davis, M. (1993). Pro-constructed realities. S. G. Gilligan ve R. Price (Ed.), *Therapeutic conversations* içinde (149-157). New York: Norton.

Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples.* New York: Cambridge University Press.

Welfel, E. R. (2002). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues* (2. Baskı). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Welfel, E. R. (2006). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues* (3. Baskı). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Welfel, E. R. ve Heinlen, K. T. (2001). The responsible use of technology in mental health practice. E. R. Welfel ve R. E. Ingersoll, (Ed.), *The mental health desk reference* içinde (484-489). New York: Wiley.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* New York: Wiley.

West, R. (2005a). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction, 100*(8), 1036-1039.

West, R. (2005b). What does it take for a theory to be abandoned? The transtheoretical model of behaviour change as a test case. *Addiction, 100*(8), 1048-1050.

West, R. (2006). The transtheoretical model of behaviour change and the scientific method. *Addiction, 101*(6), 774-778.

Westefeld, J. S. ve Furr, S. R. (1987). Suicide and depression among college students. *Professional Psychology, 18* (2), 119-123.

Whitaker, C. A. ve Burnberry, W. M. (1988). *Dancing with the family: A symbolic experiential approach.* New York: Brunner/Mazel.

White, M. (1994). *Stranger at the gate.* New York: Simon & Schuster.

White, M. (1988). The process of questioning: A therapy of literary merit? *Dulwich Centre Newsletter,* 8-14.

Widiger, T. A. (1997). Mental disorders as discrete clinical conditions: Dimensional versus categorical classification. Hoboken, NJ: Wiley.

Widiger, T. A. ve Clark, L. A. (2000). Toward *DSM-V* and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin. Special Issue: Psychology in the 21st Century, 126*(6), 946-963.

Wiger, D. E. (2005). *The psychotherapy documentation primer* (2. Baskı). Hoboken, NJ: Wiley.

Wiley, A. (2004). *Abnormal psychology textbooks exclude feminist criticism of the DSM.* Lanham, MD: Jason Aronson.

Williams, M. L., Freeman, R. C., Bowen, A. M., Zhao, Z., Elwood, W. N., Gor-

don, C. ve diğer. (2000). A comparison of the reliability of self-reported drug use and sexual behaviors using computer-assisted versus face-to-face interviewing. *AIDS Education and Prevention, 12*(3), 199-213.

Williams, T. T. (1991). *Refuge: An unnatural history of family and place.* New York: Vintage Books.

Willock, B. (1986). Narcissistic vulnerability in the hyper-aggressive child: The disregarded (unloved, uncared-for) self. *Psychoanalytic Psychology, 3,* 59-80.

Willock, B. (1987). The devalued (unloved, repugnant) self: A second facet of narcissistic vulnerability in the aggressive, conduct-disordered child. *Psychoanalytic Psychology, 4,* 219-240.

Wilmot, W. W. ve Hocker, J. L. (2005). *Interpersonal conflict.* New York: McGraw-Hall.

Wing, L. (2005). *Problems of categorical classification systems.* Hoboken, NJ: Wiley.

Winslade, J. M. ve Monk, G. D. (2007). *Narrative counseling in schools: Powerful & brief* (2. Baskı). Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Witt, S. D. (1997). Parental influence on children's socialization to gender roles. *Adolescence, 32*(126), 253-259.

Witvliet, C. V. O., Worthington, E. L., Root, L. M., Sato, A. F., Ludwig, T. E. ve Exline, J. J. (2008). Retributive justice, restorative justice, and forgiveness: An experimental psychophysiology analysis. *Journal of Experimental Social Psychology, 44*(1), 10-25.

Wolberg, B. (1995). *The technique of psychotherapy* (Düzenlenmiş 4. baskı). New York: Grune & Stratton.

Wollersheim, J. P. (1974). The assessment of suicide potential via interview methods. *Psychotherapy, 11*(3), 222-225.

Woody, S. R., Detweiler-Bedell, J., Teachman, B. A. ve O'Hearn, T. (2003). *Treatment planning in psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care.* New York: Guilford.

Worell, J. ve Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women* (2. Baskı). Hoboken, NJ: Wiley.

World Health Organization. (2004). *The ICD-10 international statistical classification of diseases and health related problems* (2. Baskı). Cambridge University Press.

Worthington, R. L., Navarro, R. L., Savoy, H. B. ve Hampton, D. (2008). Development, reliability, and validity of the measure of sexual identity exploration and commitment (MOSIEC). *Developmental Psychology, 44*(1), 22-33.

Wright, J. H. ve Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*(1), 25-45.

Yalom, I. (1989). *Love's executioner.* New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. New York: HarperCollins.

Yalom, I. D. ve Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5. Baskı). New York: Basic Books.

Yehuda, R. ve Bierer, L. M. (2005). Re-evaluating the link between disasters and psychopathology. J. J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius ve A. Okasha (Ed.) içinde, *Disasters and mental health* (pp. 65-80). New York: Wiley.

Yellow Bird, M. (2001). Critical values and fi rst nations peoples. R. Fong ve S. M. Fulero (Ed.) içinde, *Culturally competent practice: Skills, interventions, and evaluations* (61-74). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Young-Eisendrath, P. (1993). *You're not what I expected: Learning to love the opposite sex.* New York: Morrow.

Zahl, D. L. ve Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry, 185* (1), 70-75.

Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 37,* 369-375.

Zuckerman, M. (1990). Some dubious premises in research and theory on racial differences: Scientific, social, and ethical issues. *American Psychologist, 45*(12), 1297-1303.

Zuckerman, M. (2000). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model.* Washington, DC: American Psychological Association.

Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: Ethical and clinical explorations.* Washington, DC: American Psychological Association.

24 Ağustos 2016

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ

| Yayının Geri Getirileceği Tarih | | |
|---|---|---|
| 03-11-2016 | | |
| 01 2018 | | |
| 15-03-2[illegible] | | |
| 15 Nisan 2019 | | |
| 17 Ekim 2019 | | |
| 07-11-2019 | | |
| 07-10-2021 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

http://kutuphane.ticaret.edu.tr
e-mail: kutuphane@ticaret.edu.tr

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ

# Etkin görüşmeler yapabilmek için pratik stratejileri ele alan klasik bir çalışma!

*Klinik Görüşme*, alan deneyimleri ve akademisyenlikleriyle ABD'de çok sayıda bilimsel kitap kaleme alan John ve Rita Sommers-Flanagan tarafından yazılmış temel bir başvuru kitabıdır. Ve bireyle çalışan farklı meslek dallarındaki profesyonellerin sıklıkla uyguladıkları klinik görüşmeyle ilgili oldukça kapsamlı bir çalışma niteliğindedir. Psikoloji, psikiyatri, psikolojik danışma ve rehberlik, sosyal hizmetler, psikiyatri hemşireliği başta olmak üzere görüşme ile bir başka kişiye yardım etmeyi amaç edinmiş pek çok meslek çalışanı, uzman ve bu alanlarda eğitim alan lisans ve lisansüstü düzeydeki öğrenciler için zengin bir içerik sunmaktadır. Kitap, sadece eğitim esnasında kullanılabilecek bir kaynak olmanın ötesinde, meslek elemanlarının profesyonel yaşamlarında da danışmak isteyecekleri bir kılavuz niteliğindedir ve bu basımıyla, daha etkin ve donanımlı klinik görüşmeler yapabilmek için gerekli olan teknik ve becerilere yönelik bir içgörü de sağlamaktadır.

Elinizdeki kitap, etkin klinik görüşme için gerekli bilgi, beceri ve tekniklerle kuramsal açıklamaların yanı sıra, gerçek hayattan alınan vaka örnekleri ve anekdotlarla zenginleştirilmiştir. Sakın aklınıza sadece kuramsal bilgilerin olduğu ansiklopedi tarzında bir ders kitabı gelmesin! Tam aksine yazarlar, konuları anlatırken diyaloglar ve kişisel hayatlarından örneklerle kitabı sıkıcı olmaktan uzak tutuyor. Kitap, bu alandaki güncel tartışma ve literatür bilgi ve bulgularını da ele alıyor. Çok sayıda örnek uygulama ile okuyuculara bilgi ve becerileri benimseyebilmeleri için fırsat sunuyor. Ayrıca, alanda karşılaşılabilecek durumlara ilişkin örnek olaylar ve sorgulamalar ile bireysel ve kültürel açıdan farkındalık yaratmaya çalışıyor. Nihayetinde klinik görüşme ile ilgili temel bir kitap *Klinik Görüşme*...

DOÇ. DR. ORÇUN YORULMAZ

2. BASKI

www.ithaki.com.tr
facebook.com/ithakiyayin
twitter.com/ithakiyayinlari
ithaki

İstanbul Ticaret Üniversitesi Kütüphanesi
*66935*
İstanbul Ticaret Üniversitesi Kütüphanesi