

Kısa Süreli Tedavilerde Terapötik Etkinliğin Arttırılması

Mine ÖZMEN*

ÖZET

Son yıllarda sosyal ve ekonomik koşullara bağlı olarak kısa psikoterapiler gündeme gelmiştir. Oldukça sık olarak hekim ve hasta birbirlerini yalnız bir seans görürler ve hasta bu tek seanstan beklenenden çok daha fazla yararlanabilir. Birçok klinisyen bu etkileşim sürecinin en etkili nasıl kullanılabileceğini ve buna yanıt veren vakaların özelliklerini saptamaya çalışmaktadır. Özellikle hastane ortamında çalışan psikiyatristlerin, sınırlı zamanlarını en etkili biçimde kullanmak zorunda olduklarından repertuarlarını genişletmeleri, hastalarını daha iyi kavramaya yardım edecek değişik yaklaşımlarla donanmış olmaları gerekir. Hekim tek bir seansı bile hastanın yararına en etkili biçimde kullanabilir. Yazıda kısa süreli karşılaşmalarda terapötik etkinliğin arttırılabilmesi için kullanılabilecek yöntemler dinamik yaklaşım ön plana alınarak özetlenmiş ve bir ya da birkaç seanstan yararlanan 4 olgu sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Kısa psikoterapi, tek seanslı psikoterapi, dinamik yaklaşım.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:239-246

SUMMARY

Increase of Therapeutic Effectivity in Short Term Therapies

During the recent years, short term psychotherapies has come into attention due to social and economic conditions. More often than not, the psychiatrist and the patient see each other for only one session and the patient may benefit from this single session beyond the expectations. The characteristics of these patients and using this interaction process most effectively is the focus of attention of many clini-

cians. The psychiatrist, has to use his limited time most efficiently especially in inpatient hospitals, has to expand his armementarium and has to be equipped with different approaches which might help him to comprehend his patient in a better way. Even a single session can be used most effectively on behalf of the patient. The approaches which can be used to increase therapeutic effectivity in brief encounters has been tried to be summarized with special emphasis on dynamic approach and 4 cases who benefited from one or a few sessions are presented.

Key Words: Brief psychotherapy, single-session psychotherapy, dynamic approach.

GİRİŞ

Psikoterapi hastanın iç dünyasında kendisini ve çevresini nasıl algıladığını anladıktan sonra, ruhsal yaşantılarını yeni bir çerçeve içine yerleştirme sürecidir. Bu süreç içerisinde hasta ile onun olduğu yerde buluşup, anlaşıldığı ve onaylandığı mesajı verilirken, aynı zamanda ona yeni bir bakış açısı da sunulur. Terapist uygun bulduğu yaklaşım doğrultusunda yanlış inanışları düzelterek ya da yorumlarla hastanın dünya görüşünde alternatif bir bakış ya da şüphe oluşturmak ister.

Başlangıç görüşmesi ve tedavinin başlaması arasında kesin bir sınır yoktur. Hastanın kendi mutsuzluğu ya da rahatsızlığı için bir şey yapmaya karar verip terapist gelmesinde bile terapötik bir yan vardır. Sorunlarının ciddiye alındığını hissetmek ve bunları duydukları karşısında hayal kırıklığına uğramayan bir uzmanla ele almak, hasta için zaten yararlıdır.

* Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Psikoterapi, terapist hastaya kendisini anlamasının hem mümkün, hem de gerekli olduğunu belirttiğinde ve hasta bu sürece katılmayı kabul ettiğinde başlar. Birisinin kendisini anlaması, eylem ve isteklerine mesafe alması, geçmiş, şimdi ve gelecek bağlamında motivasyonunu araştırması demektir. Hastaların çoğunun yakınmalarının kaynağı halihazırdaki ihtiyaçlarına uygun düşünüp davranamamaları, semptom, davranış ya da tutumun hizmet ettiği amacı görememeleridir. Terapistin ilk amacı, hastanın durumunu nasıl değerlendirdiğini anlamaktır. Hastaya yapacağı yardım büyük ölçüde onun durumunu çarpıtmadan anlamasına ne ölçüde yardım edebildiğine bağlıdır (Basch 1980). Hastanın durumunu doğru tanıyıp anlamasına (comprehensiveness), gücünü tartarak, karar ve eylemlerini ayarlayabilme yetisini yitirmemesine (manageability), sorunlu yaşam durumlarında bile bu durumdan bir anlam çıkarmayı becerebilmesine (meaningfulness) yardım eder. İşte bunlar kişide tutarlılık duygusunun (sense of coherence) oluşmasına, dolayısıyla yaşamında ne olup bittiğini anlamasına, anlamlandırmasına ve başatmesine yardım eder (Koptagel-İlal 1997).

Bu yardımı almak bazen öngörülenden çok daha kısa sürebilir. Değişim için her zaman uzun süreli psikoterapiler gerekemeyebilir. Çok kısa bir terapötik etkileşim bile bazen bir karar anı yaratabilir, bize rehberlik edebilir ya da yaşamamıza yardım edebilir. Tek bir seanstan sonra hastanın yaşamında köklü bir değişiklik gerçekleşebileceği Freud'dan beri ileri sürülmüş, tek seanslı terapilerin başarılı olduğu olgulardan sıklıkla söz edilmiş, birçok tedavi biriminde planlı ya da plansız tek seanslık görüşmelerin yaygın olduğu bildirilmiştir (Malan ve ark. 1975, Sifneos 1987, Hoyt ve ark. 1992). Terapist ve hastanın yalnızca bir tek kez görüşmesinin çeşitli nedenleri olabilir. Hasta başka bir hekime gönderilebilir, terapist gelmesini önermiş olsa da hasta ikinci kez görüşmeye gelmemeyi tercih edebilir, bazen de terapist ve hasta birlikte o seanstaki çalışmalarının yeterli olduğuna, şimdilik başka seanslara gerek olmadığına karar verirler. Özellikle hasta yükü fazla olan kliniklerde hekimin sınırlı zamanını en verimli biçimde kullanması gerektiğinden ilk karşılaşılan seansta mümkün olabildiğince çok yardım etme zorunluluğu vardır. Ölümlü olduğumuzu kavramak nasıl yaşamı yoğunlaştırmamıza neden olabilirse, hasta ile ilk görüşmenin son görüşme olabileceğini bilmek de her etkileşimi kendi içinde bütünlüğü olan bir tam görüşme olarak ele almamıza yol açarak hasta ile temasımızı ve etkinliğimizi arttırabilir.

Otomatik olarak çoğu kez bir kez gelip sonra kaybolan hastayı, "erken sonlandırma", "başarısız tedavi" olarak tanımlarız. Ancak bazen bu hastaları bir süre sonra tekrar gördüğümüzde o seanstan çekip aldıkları ya da kazandıkları bizi etkileyebilir. Psikolojik güçlüklerin önemli bir kısmının psikoterapi olmadan da kendiliğinden remisyona girdiği bildirilmektedir (Lambert 1986). Sorunlarını hızla çözme potansiyeli olan bireyleri saptayabilmek için elimizden geleni yapmalıyız. Bu yoldaki güçlüklerden biri psikolojik reaksiyonların modifiye edilmelerinin hayli zaman alacağı yönünde eğitim görmüş psikiyatristlerin, bu değişimi inanılmaz bir hızla yapan hastalardan kuşkulananması ve hastanın güvenini "fobi karşıtı tepki" gibi açıklamalarla kırmaları ya da olumlu sonuçların kısa ömürlü olacağından şüphe etmeleridir. Tam tersine terapistin buradaki rolü hastaları uzun süreli psikoterapiye zorlamak değil, yüreklendirmek, sorunlarına kendi başlarına çözüm bulmalarını teşvik etmektir (Sifneos 1987).

Terapinin başarılı olması için derin kişilik değişikliklerinin oluşması gerektiği, bunun da kısa bir zaman biriminde gerçekleşemeyeceği savı kısa tedavilere karşı ileri sürülmektedir. Hiç şüphesiz tek bir yorumla bir semptom geçmez, bir kişilik özelliği değişmez ya da bir kimlik krizi çözülmez. En basit gibi görünen olgularda bile birçok işlev prensibi geçerlidir. Her zihinsel eylemin, isteklerin doyurulması, suçluluk hisleriyle başatma, savunma amaçlı işlemler ve gerçeğe uyum gibi boyutları vardır. Hastanın sıkıntısı, süreç içinde bu karmaşık işlemleri tanımlayan pek çok yorumla giderilir. Hastanın sindirilmemiş, bütünleştirilememiş, bölünmüş introjeksiyonlarını çözümlemesine yardım etmek için olumsuz aktarımı birçok kez yorumlamak gerekir (Kernberg 1995).

Kısa tedaviler karakter değişiklikleri ile sonlanmasa da, halihazırdaki sorunu çözmeye yardım eder. Hasta ileride tekrar yardıma ihtiyaç duyarsa terapistin kendini başarısız hissetmemesi gerekir. Değişik yaşam dönemlerinde farklı sorunlarla başa çıkmak için değişik yaklaşımlar gerekebilir. Yaşamın farklı dönemlerinde bireyin sorunlara yaklaşımı da değişebilir. Bir ergendeki kimlik krizine yaklaşımla orta yaşlı birinin kimlik krizine yaklaşım farklı olabilir. Genç desteklenerek dizginlenmesi, orta yaşlının ise yüzleştirilerek mahmuzlanması gerekebilir. İyi terapi çok terapi demek değildir. Net ve öz konuşmak terapi sanatının püf noktalarından biridir. Tek bir cümle 5 dakika konuşmaktan daha etkili olabilir. "Daha çok daha

iyidir", "daha derin daha iyidir" inancı her zaman geçerli olmayabilir.

Terapötik ilişkinin kırılma olduğu, işbirliğini çok dikkatli geliştirmek gerektiği, hastada kaçınılmaz olarak direnç oluşacağı inancı, terapistin tedaviyi sonlandırmaya yönelik karşı aktarımları (terapistin ihtiyaç duyulmaya gereksinimi olması), kısa tedavi ile uğraşacak terapistin parlak olması gerektiği düşüncesi ve ekonomik nedenler kısa tedavilere yönelik dirençlerden bazılarıdır (Hoyt 1995).

Hastanın sorununu kısa sürede çözmeyi hedefleyen bir yaklaşımda, hekimin hastanın motivasyonu ve beklentisini gözönüne alması gerekir. Klinik deneyimler ve çalışmalar, terapinin süresini belirleyen en önemli faktörün hastanın kaç seans gerekeceğine yönelik beklentisi olduğunu göstermiştir. Hastanın tam olarak ne istediği, gizli ajandası belirlenmeli, sorun net olarak tanımlanmalıdır. Tetikleyen etkenler gözden geçirilmeli, hastanın güçlüklerinin hangi kuramsal bakış açısı ile daha iyi açıklanabildiği değerlendirilmelidir. Hedeflerin gerçekçi olup olmadığı, geçmişte denenmiş başarılı-başarısız çözümler, halihazırda işe yararlılıkları, hangi teknik yaklaşımın daha yararlı olacağı (eğitim, davranışçı, bilişsel, psikodinamik, interpersonal, stratejik, sistemik vs), kontrendikasyon (psikotik, suicidal, saldırgan hasta) olup olmadığı tartışılmalıdır. Kısacası terapistin hastanın neden sıkıştığını, bundan kurtulmak için neye ihtiyacı olduğunu, hastanın değişim sürecini hızlandırmak için ne yapması gerektiğini kendisine sorması gerekir.

Kısa terapilerle uğraşan terapist, uzun yıllar hastayı terapide tutarak yaşam yolculuğunda ona eşlik etmez, o an için neye ihtiyaç varsa onu vermeye, hastayla, yaşamı onun algıladığı noktada buluşmaya, terapötik işbirliğini hızla kurmaya çalışır, olumlu aktarımı destekleyen, direnç azaltacak empatik bir yaklaşım içine girer, sorunu tanımlar ve ona odaklanır (Mann 1973). Karşılıklı olarak anlaşılacak bir kontrat zemininde hasta ile buluşarak, direnç ortaya çıkmadan ne yapılacaksa yapılır. Güçlü bir direnç ortaya çıkarsa erken dönemde yorumlanır (Sifneos 1978). Hasta terapiye girmeyi düşünmeye başlar başlamaz değişim süreci başlamıştır, varlığının bir yönü ona sıkıntı vermektedir ve bu değiştirilebilir. Artık hastanın sorunu yeni bir düzlemde ele alınmaktadır. Terapistin gelmek hasta için bir değişimdir; terapistin görevi, hastanın bu değişimi yararına olacak biçimde sürdürmesine yardım etmektir. Terapistin terapiyi değişim olana dek

yapılandırmasına gerek yoktur, değişim gerçekleşmektedir. Terapi değişim sürecine odaklanır ve onu ayrıntılandırır.

TEK SEANSLI PSİKOTERAPİLER

Hoyt (1995), tek seanslı psikoterapilerden (TSP) söz etmiş ve değişim beklentisi yaratmak için gerekli teknikleri tartışmaya ilk seanstan başlamayı önermiştir. Görüşmenin ilk aşamalarında hastaya, daha önce kendisine başvurmuş olan hastaların oldukça önemli bir kısmının tek bir seanstan çok yararlandıklarını saptadıklarını belirtir, yeni şeyler denemeye hazırsa sorunu hızla çözmek için sıkı bir çalışma yapmayı önerir, gerekirse seans sayısının artırılabilirliğini de ekler. Bu girişin hastanın direncini ve bağımlı pasif agresif tutumu azaltacağını ve işbirliği oluşturmaya yardım edeceğini ileri sürer. Bu tür bir girişle hastaya değişimin onun elinde olduğu, ancak aktif şekilde sürece katılması gerektiğini de anlatmış olur. Hoyt, TSP'lerde en az kelime ile ve en kısa zamanda yapılmasına çalışarak, güven veren, katarsisi sağlayan, problem çözmeye odaklanan bir yaklaşımın başarılı olacağını bildirmiştir. TSP fikri hafif bir acelesi olduğu hissini yaratabilir, oysa terapistin ve hastanın acele etmek zorunda hissetmemesi önemlidir. Her seansın bir hızı ve kendine has özellikleri vardır. İyi bir çalışma için zamanı iyi kullanmak gerekir. Bazen oldukça kısa bir süre yeterli olabilirken bazen de 90 dakika ya da 2 saat ayırmak uygun olur. Tek seanslık görüşmelerde her karşılaşma kendi içinde bir bütündür, ancak doğal olarak son çözüm ya da tam bir tedavi değildir. Terapist ne büyücü ne de megalomandır. Ancak seansındaki etkileşimin hastaya seans dışında hayatında değişiklik yapmak için güç verdiğini kabul eder.

TSP'de bilgi toplamak, öykü almak, formülasyon ve tanı için ayrı seanslar ayrılmaz. Tedavi hastanın hekime ilk kez telefon ettiği anda başlar, ayrılırken son sözlerini söyleyene dek devam eder. Problemi tanımlamak ve çözüm için tek bir seans kullanılır. Her adım hastanın buna yanıtı ile birlikte, hem bilgi almak için, hem de yanıtı alınan bir girişim olarak kullanılır. Görüşme içerisinde hastanın patolojisinden çok güçlü yönlerinin altı çizilir. Hasta bu sorunu nasıl yaratıyor sorusundan çok nasıl bir çözüm üretebilir sorusunun sorulmasına önem verilir. Acı çeken, dağ gibi sorunlarla gelen bir hasta, klinisyenin aklına bir sürü tanı getirir. Bu durumda hastanın başa çıkma ve uyum mekanizmalarını görmek güç olabilir. Kuşkusuz

potansiyel tehlikelere (intihar, psikoz, madde ve alkol kullanımı) dikkat etmek gerekir ancak potansiyel güçlü yönler de gözardı edilmemelidir. Sorunu tanımladığımız ölçüde çözümden çok problemler aramış oluruz. Sıklıkla değerlendirme hastanın sorununun tüm görünümünü ve hastalığının kaynaklarını ayrıntılı biçimde tanımlamak şeklinde yapılır, en iyimser yaklaşımla onun egosunun güçlü yönlerinden ve destek sistemlerinden bir iki cümle ile bahsederiz. Hastanın geçmişteki başarılarını ve güçlü yönlerini görmek ise daha esnek bir tutumdur ve sağlığa daha yakındır (Hoyt 1995). TSP de terapist patolojiye odaklanmak yerine hastanın değişmesine yardım edecek bilgiyi arar. Odak sorunlar değil çözümlerdir. Çözüme odaklanmanın bir yolu; hastanın öz kaynaklarını gözden geçirmek, kullanabileceği becerilerini bulmaktır. Bunun için hastanın geçmişteki başarılı uyumları, güçlüklerle nasıl başa çıktığı gözden geçirilir. Hasta erişebildiği kaynaklar ve koşullar arasında kendisi için o andaki en iyi seçimi yapar. Terapist hastaya seçeneklerini, güçlü yönlerini göstermeye çalışır ancak seçimi yapacak ve harekete geçecek olan hastadır, çünkü hasta kendisini terapistin bildiğinden iyi bilir. Terapistin görevi hastanın kendi çözümünü bulmasına yardımcı olmaktır. Bu yaklaşım hastanın yaşamının kontrolden çıktığı fikrini kabul etmez ve hastanın otonomisini teşvik eder. Hastalar sıklıkla bize başkaları tarafından kontrol edilen kurbanlar oldukları hissi ile başvururlar. Onların yaşantılarında bir değişiklik yapabilmek yeteneklerini onaylamak genellikle yararlıdır. Bu tutum hastanın güçsüzlük hissine karşı çıkar. Terapist küçük bir değişikliğin bile yararlı olabileceğini hastaya iletir. Böylece hem terapist hem de hastanın üzerindeki baskı kalkar, çok fazla çabalarken tökezleme tehlikesi ortadan kalkar, hasta daha az korkar ve küçük değişiklikler yapmak daha uygun gelebilir, her türlü küçük hareket hastada umudun yeşermesi için yeterli olabilir. Bazı hastalar yalnızca küçük değişikliklere dayanabilirler. Büyük değişiklikler dengelerini bozabilir böyle durumlarda uygun kotarılmış bir seans onları gerek duydukları daha uzun bir terapiye hazırlayabilir.

KONSÜLTASYONLARDA TERAPÖTİK ETKİNLİK

Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde, hekim, sınırlı bir süre içinde değerlendirmek ve yardımcı olmak zorunda olduğu hastasının akut sıkıntısını çözmek için hastanın işine yarayacağını düşündüğü her tekniği kullanabilir. Diğerlerinin yanısıra psikodi-

namik kuram ve teknikler de kullanılabilir. Ancak hastanın bu girişimlerden yararlanabilmesi için entegrasyon ve soyutlama yapabilme, gözlemci egonun varlığı, obje ilişkileri kurabilme gibi ego işlevlerine yeterli ölçüde sahip olması gerekir. Bazen yalnızca psikoterapötik tekniklerle sorun ilaçsız çözülebilir (Hoyt 1995, Blackman 1994).

Viederman (1986), özellikle tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyonu tedavi etmek üzere "psikodinamik yaşam öyküsü" (psychodynamic life narrative) adını verdiği bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşım sonraları yaşam krizlerine maruz kalmış bireylerde de kullanılmıştır. Kısmen aktarım tedavisi (transference cure) olarak işlev gören kısa psikoterapötik bir girişimdir. Özellikle dengeli, sorunsuz bir yaşam süren bireylerin önemli bir yaşam olayı karşısında depresyona girdiği hallerde kullanılır. İçgörü kazandırmak hedeflenmez. Bir kaç seansta yeterli bilgi toplandıktan sonra hastaya yaşam öyküsü psikodinamik anlayışla özetlenir. Hastanın yakınmalarından sorumlu patolojik savunma ve affektlerine yönelik içgörü geliştirecek yorumlar yapılır. Hastanın tetikleyen olaya gösterdiği tepki hayatı bir bakıma gözden geçirilerek özetlenir. Bu özet, kişiye onun için o sırada hastalığın anlamını psikodinamik olarak açıklar. Bu yaklaşım, hastanın hekimini ülküleştirmesine yardım eder. Acil yaklaşım gerektiren durumlarda genellikle destekleyici teknikler kullanılır. Örneğin egonun zayıf olduğu durumlarda pek çok hasta için ilaç çok önemlidir. Hasta affektlerine tahammül edemiyorsa ya da zihninden bu düşünceleri atamıyorsa telkin, katarsis, manipulasyon (aktarımı ya da çevreyi), bilgi vermek, katılmak, model oluşturmak, empati, yüreklendirmek, tartışma, ikna, eleştiri, nasihat, şaka gibi teknikler kullanılabilir. Hastaya ilaç, destek, içgörü kazandırmak gibi girişimlerden hangisinin gerekli olduğuna karar vermek çok kolay olmayabilir. Bazen hastaya hepsini birden vermeye karar verebiliriz. Uygun hastalarda tek bir ya da birkaç seansta aşağıda sıralanan psikodinamik teknikler kullanılabilir;

1. Hastayı belirtileri hakkında bilgi vermesi için yönlendirmek. Geçmiş ve şimdiki ilişkilere yönelik bilgiler ve rüyalar. Bu sırada aktarım belirtilerine ve dirençlere dikkat çekmek kontrendikedir; çünkü amaç hastanın sorununu çözmektir, uzun süreli bir tedavi kontratı yapmak değildir.

2. Sorularla araştırmak; klinisyenin formüle ettiği klinik formülasyonları doğrulayacak ya da çürütecek bilgileri toplamak. Klinisyenin buradaki tutumu da

devam eden uzun süreli bir psikoterapiden farklıdır. Sorular hastanın çağrışımını bozacağından bilinç-dışı savunma, direnç ve fantezileri formüle etmeyi güçleştirir.

3. Hastanın gözlemci egosunu güçlendirmek için netleştirmek; başka sözlerle dramatize ederek özetlemek.

4. Yüzleştirme; hastanın dikkatini zihinsel işlevlerindeki patolojik yönler çekme. Patolojik yönler bilinçdışı olduğundan yüzleştirme sıklıkla şok etkisi yapar, bu yüzden zamanı değilse ertelenebilir.

5. Yorum;

A. Dinamik yorum: Şimdiki savunma mekanizmaları ile yüzleştirme. Aynı zamanda bunların hastayı nasıl istenmeyen istek ve duygulanımlardan koruduğunun açıklanması. Konsültasyonlarda bu yorumlar anahtar rol oynamaktadır. Hastanın bunlara vereceği yanıtı göre daha uzun bir psikoterapi için endikasyon olup olmadığı belirlenebilir.

B. Genetik yorum: Çatışmalar çocukluk ergenlik ve erken erişkinlik döneminden kaynaklanabilir. Şimdiki tepkilerin daha önce oluşmuş affektif çatışmalara dayandığının açıklanması hastanın semptomlarının oluşumuna yönelik bir içgörü kazanmasına yardım eder.

C. Yorumları bağlama: Yineleyen tutumların birbiri ile ilişkisi açıklanır, böylece hasta çatışmalarına ilişkin yorumları birbirine bağlamaya ve bütünleştirmeye devam eder (Blackman 1994).

Terapi, seanslar sonlandıktan sonra da devam eden bir süreçtir. Sürecin devamı tedavinin süresi ile ilintili değildir. Hasta terapi sonlandıktan çok sonra da terapötik etkileşimi canlı biçimde içinde taşır. Terapi başarılı olduğu takdirde hasta repertuarında gizli kalmış yeni yöntemler olduğunu farkeder.

Planlanmış bir kısa tedavide terapistin de kendisini bazı şeyleri yarım bırakmaya ve kayba hazırlaması gerekir. Tek seanslı psikoterapilerde sonlandırma sırasında terapötik olaylar sıralanır (ne zaman ne oldu gibi). Terapi pek çok yaşantılarımız gibi geçicidir, bir sonu vardır. Bellek deneyimlerimizin anahtarıdır; olayların yapısı ve sırası onların nasıl hatırlanacaklarını belirler. Terapi bu nedenle belleğimizi uyarır. Bir şeyi başlangıçta ve daha sonra seansın sonunda söylemek seansın ortasında birkaç kez söylemekten çok farklıdır, birincisi sonuncudan daha fazla hatırlanacaktır.

Terminasyon hem terapistin, hem de hastanın terapi sürecini tekrar gözden geçirerek anlamasını sağlar. Terapötik amaçlı yapılmış bu ilk görüşme sonunda terapisti hastaya harekete geçmesi için ya da genelde o seanstaki çalışmasının yeterli olup olmadığını sorar, yanıt evetse ne olduğu sorulur ve yararlı seansın kodlanıp-depolanıp gerektiğinde geri çağırılması sağlanır. Hastalara gerektiğinde tekrar başvurabilecekleri bildirilir, 1-2 ay sonra aramalarını söylenir, bazen de terapist kendisi arar (Hoyt 1995).

Aşağıda bazıları ilk değerlendirmede uzun psikoterapiden yarar göreceği düşünülen ancak dinamik yönelimli bir ya da bir kaç seanstan yararlanan 4 olgu sunulmuştur.

Olgu 1:

M.K. 39 yaşında, evli, iki çocuklu, yüksek öğrenimli, çalışan bir kadın. "Kendisini biraz daha sevmek istediği" yakınması ile başvurdu. 7 ay önce eşinin geçici bir süre için başka bir şehirde görevlendirilmesinin ardından annesinin destek olmak üzere evlerine gelecek kalmaya başlamasını izleyen günlerde başlayan ve giderek artan bunaltı, tedirginlik, çabuk sinirlenme, sık ağlama, yetersizlik hisleri, üzüntü hali, konsantre olamama yakınmaları vardı. Ailenin tek çocuğu olarak, çok üzerine düşülerek büyütülmüş. Annesi ülseri ve sürekli değişik beden yakınmaları olan sert, kontrol edici, döverek cezalandıran bir kadınmış. Aralarında hastanın yemek yememesi çok sorun olmuş; anne huniyle yedireceğini söyler, hasta da çok korkarmış. Şimdi çocuklarını annesine teslim ettiği için kendisini suçluyor annesinin onlara zarar vermesinden korkuyordu. Baba esnaf, 10 sene önce kalp krizi nedeniyle aniden ölmüş. Sıcak, sevecen, anlayışlı, sevgisini dışarı çok fazla vurmayan biriymiş. Hastamız ölümünün ardından doğal bir yas süreci yaşamış. Çekingen bir çocukmuş, kendisine güvenmezmiş.

Ergenlik döneminde hep kendisinde fiziksel kusurlar bulur, fazla ilgi çekmeyen birisi olduğunu düşünürmüş. Hala kendisini güzel bulmaz, fotoğraf ve filmlerde görünmekten hoşlanmazmış. Major depresyon tanısı konulan olguya 50 mg/gün sertralin başlandı. Depresyonunu besleyen narsisistik sorunları nedeniyle tedavi protokoluna dinamik psikoterapi eklenmesinin uygun olacağı düşünüldü.

İkinci seansa oldukça neşeli geldi. İlacı kullanmama karar verdiğini, sorunlarını konuşarak çözmek istediğini söyledi. Daha sonra eşi ile gittiği kısa bir

tatilden sözetti ve eşinden konuşurken gözyaşlarına boğularak birkaç ay önce eşinin ona bir sohbet sırasında şakayla karışık "senin bir erkekle birlikte olman için üste para vermen lazım" dediğini, bunun kendisini ne kadar incittiğini anlattı. Ardından çocukluğunda takdir görmediğinden, her yeni şeye yapamazsın denerek sözümona teşvik edildiğinden sözetti. Bir keresinde bu yüzden ağlayarak mandolin çalmayı bırakmış.

Üçüncü seansa kendisini geçen seanstan beri son derece iyi hissettiğini söyleyerek başladı. Buna paralel olarak gerçekleşen ve yaşamındaki olumlu yönleri farketmesini sağlayacak iki olaydan sözetti. Arkadaşları ile doğum gününü kutlamak için yemeğe gitmişler, onların sürprizleri ve ilgileri hoşuna gitmiş. İkinci olarak da eşi terminal dönemde kanser olan ve uzun süredir görmeye cesaret edemediği bir arkadaşını ziyarete gitmiş, orada kendi sorunları gözünde önemini yitirmiş. Bunlara ek olarak eşiyile bana anlattığı olayı paylaşmış ve tam istediği gibi bir yanıt almış. Eşi onu ne kadar beğendiğini, sözlerinin yalnızca şaka amaçlı olduğunu anlatmış, kendisi ile çok ilgilenmiş. Geçen seansta kendisini haklı ve anlaşılabilir hissettiğini, bunun eşiyile duygularını paylaşmasına yardım ettiğini belirtti. Önceki seansta çocuklarını annesine teslim etmekle ilgili kaygıları tartışılırken, çocukların en önemli yılları kendisi ve eşi ile geçirdiklerini, bu yaşta birkaç ay biraz fazla disiplin çok onulmaz yaralar açmayacağını yetkili bir ağızdan duymanın çok rahatlatıcı olduğundan, annesine çok daha olumlu davranmaya başladığından sözetti. Artık gelmeye ihtiyaç hissetmediğini, gerekirse nereye geleceğini bildiğini, bu düşüncenin bile kendisini rahatlatmaya yettiğini belirtti.

Yorum: Başlangıçta uzun dinamik psikoterapiden yararlanacağı düşünülen hastanın benlik saygısında düşme ve diğer depresif belirtileri dikkate alınarak destekleyici bir yaklaşım izlenmiş, bir süre sonra hasta bu kadar yardımın yeterli olduğu kanısına varmış, bu kararı desteklenmiş, ileride sorunlarını tartışmak üzere her zaman başvurabileceği vurgulanmıştır. 6 ay sonra telefonla yapılan kontrolde hayatından memnun olduğunu yakınması olmadığını bildirmiştir.

Olgu 2:

74 yaşında, erkek hasta, emekli öğretim üyesi, evli iki çocuklu. Bilim dalımızdan ötenazi istediği, tedaviyi reddettiği gerekçesi ile konsültasyon istendi. 3 ay önce prostat kanseri tanısı konmuş ve total prostatektomi

yapılmış, ameliyat sonrası kendisini son derece iyi hissediyormuş, ardından 1 ay sonra testislerinin alınması gerektiği söylenmiş ve ameliyatın ardından da radyoterapi önerilmiş. Henüz radyoterapi başlamadan 15 gün önce durdurulamayan kusmalar başlamış. Hekimleri hastanın terminal dönemde olmadığını, remisyona girme olasılığının yüksek olduğunu söylüyorlardı. Hastada major depresyon bulguları mevcuttu, bir an önce bu işin bitmesini istediğini söylüyordu. Görüşme ilerledikçe şimdiye dek sağlıklı bir yaşam sürdüğü, 15 yıl önce geçirdiği bypass ameliyatından bu yana hiçbir yakınması olmadığı, 1 sene önce iki yaş büyük ağabeyinin prostat kanseri nedeniyle öldüğü öğrenildi. Kendisine sağlıklı geçen yaşamının ardından bu sefer 15 sene önceki gibi tek seferde kurtulamadığı için moralinin bozulduğu, ayrıca ağabeyi aynı hastalıktan öldüğü için, sanki kendisinin de başına aynı şey gelecekti korkuya kapıldığı, bu tepkilerinin buna bağlı olduğu, oysa hastalığının tedavisinin iyi gittiği, kendisine bu ruhsal tepkileri ve karamsarlığı için yardım edebileceğimiz açıklandığında çok rahatladı ve ne gerekiyorsa yapacağını belirtti. Hastaya belli aralıklarla kendisini ziyaret edeceğimiz söylendi. Ayrıca sertralin 50 mg/gün başlandı. Ertesi gün hasta hipovolemi nedeniyle bir süre yoğun bakıma alındı, orada kaldığı süre içinde servis hekimi hastanın tedaviye uyumunda belirgin bir düzelme olduğunu ölümden hiç söz etmediğini bildirdi.

Yorum: Hastaya, ötenazi isteğinin anlamı, ardında yatan nedenler anlaşılabilir yaklaşım ve bu saptamalar hasta ile paylaşılmış, içinde bulunduğu durumun başa çıkılabilir olduğu gösterilmiştir. Böylece hastanın gözlemci egosu güçlendirilmiş (Netleştirme), tedaviye uyumu sağlanmıştır. Ayrıca sıkıntıları için bir ilaç verilerek destek olunmuştur.

Olgu 3:

42 yaşında lise mezunu, ev hanımı, evli bir çocuklu, mide kanseri tanısı ile cerrahi kliniğinde izleniyor. Bir haftadan beri süren uykusuzluk yakınması nedeniyle ile konsültasyon istendi. Kızının malign melanom tanısının konmasının ardından geçirdiği mide spazmı sonrası yapılan gastroskopide tesadüfen tanı konmuştu ve ameliyat edilmesine karşın radyoterapi sonrasında metastaz saptanmıştı, hasta terminal dönemde idi. 40 mg/gün diazepam perfüzyonuna karşın hasta çok sık uyandığından adeta hiç uymadığından yakınmaktaydı. Konuşmaya pek istekli değildi. Negativist tutumu tıbbi tedavisini üstlenen

hekimlerde belirgin bir kızgınlık uyandırmıştı. Görüşme sırasında verilen ilacı tartışmaya başladığında kendisine "siz adeta kendi kendinizin nöbetini tutuyorsunuz, bu nöbeti ve ilaçlarınızı ayarlamayı şimdi bana bırakın" dendikten sonra bu gerginliği konusunda konuşmaya başlandı. Tanıyı bilmesine karşın prognoz söylenmemişti. Ancak bir hafta önce tekrar ameliyat edileceğini sanırken bunun yapılacağı öğrenildiğinde hasta durumunu sezmışti. Durumu ile ilgili endişelerini, "eğer ölürsem ..." diyerek kızı, eşi ya da annesi ile paylaşmaya çalıştığında kızı konversiyon geçiriyor anne ve eşi ise çok üzülüyor ve gözyaşlarına boğuluyordu. Bunun kendisini yordüğünü, muhtemelen kendisini anlaşıl-mamış hissettiği söylendi ve aile içi paylaşımı arttırmak amacıyla birlikte görüşme yapmak önerildi, ancak hasta bunu reddetti. Kendisi için eskiden beri olumlu duygularını ifade etmenin zor olduğunu, hep ters bir insan olduğunu, huysuzluk ettiğini belirtti, bunun için kendisini suçluyordu. Anne ile ilişkileri sorgulandığında onun son derece kolay kırılan bir kişi olduğunu, kendisini anladığını hiç hissedemediğini, hep huysuz bir çocuk olduğunu belirtti. Kişilerin hiç farketmeden eski ilişkilerini bugünkü ilişkilere taşıdıklarını, belki şimdi de kendisini anlaşıl-mamış hissettiğinde öfkesini hem ailesine hem de hekimlere yönelik olumsuz tutumuyla gösteriyor olabileceği söylendi. Hastanın dosyası incelenirken, hafif de olsa bir ağrı tanımlamasına karşın, 4 günden beri ağrı ünitesinden konsültasyon istenmediği saptandı. Bunun üzerine hekimleri ile bu hastaya yönelik olumsuz duyguları, hastanın bunları nasıl oluşturduğu, hekimlerini nasıl çekirdek ilişkileri gibi püskürtmeye çalıştığı açıklandı. Bu görüşmeyi izleyen kontrollerde hem eşi hem de doktorları hastanın tedaviye uyumunun arttığını bildirdiler.

Yorum: Hastanın aktarımı ile başta hiç uğraşılmamış, olumsuz tutumu bir tarafa bırakılarak uykusuzluk yakınmalarının ardında yatan korku duygusuna dolaylı olarak dikkati çekilmiş, böylece hastaya yaklaşımın anlamı açıklanmıştır (Netleştirme). Ardından daha iyi bir işbirliği kurulabilmiş, hastalığı ile ilgili endişeleri anlaşıl-mış, hastanın tutumu ile ilgili suçluluk duygularının varlığı saptandığında ise bu tutumuna mesafe kazandırabilmek için geçmişle bağlantısı yorumlanmıştır (Genetik yorum). Hekimlere yönelik tutumu da bu bağlamda açıklanmıştır (Yorumları bağlama). Ayrıca tedavi ekibinde oluşan karşı aktarım dikkat çekilmiş ve onların hastayı başka bir bakışla kavramalarına yardım edilmiştir.

Olgu 4:

37 yaşında, evli, bir çocuklu, diş hekimi, bir süredir profesyonel yardım almayı düşünüyormuş. Durumunu çok net bir şekilde hızla özetledi. 13 senelik evliydi. 5 ve 3 yaşlarında iki kızı vardı. Kocasının kariyer yapma kararı üzerine onun çalışmalarını rahatça yürütebilmesi için evin, çocukların bakımını ve ekonomik sorunları tamamen o üstlenmişti. Birkaç yerde birden çalışıyor, eve geç geliyor, kızları ve eviyle ilgileniyor, durmaksızın ailesi için çalışıyordu. 5 ay önce eşinin yaklaşık 1 senedir başka bir ilişkisi olduğunu öğrenmişti. Kız arkadaşı bu ilişki bitirmeyi düşünürken, kocası arkadaşını hayatının kadını olarak niteliyordu. Hasta, eşinin bir tutku yaşadığını, bunun geçici olduğunu, kocası eve dönerse evliliğini sürdüreceğini bildiriyor, eşinin yaşadıklarına açıklamalar bulmaya çalışıyordu. Ona karşı son derece verici ve anlayışlı davranıyordu. Son aylarda ortaya çıkan depresif yakınmaları nedeniyle başvurduğu bir hekim antidepresan başlamıştı ancak depresif yakınmalar devam ediyor, zaman zaman intihar düşünceleri ortaya çıkıyordu. Anladığım kadarıyla evliliğini bitirmeyi pek düşünmediğini, ancak eşinin davranışlarının onu çok kızdırmış olabileceğini, belki de bu kararından pek de emin olmadığı söylediğinde gözleri doldu, onun dönüp yalvarmasını istediğini ancak sonra nasıl sürdüreceğini kendisinin de bilmediğini söyledi. Bu kadar kızgın olduğu halde eşine tam tersi bir tutum sergilediğini, öfkesini ise hiç göstermediği söylendiğinde "ben aslında hep böyleyimdir" dedi. Eski ilişkileri sorguladığında, babasının son derece öfkeli, gergin her an patlamaya hazır birisi olduğunu, kızmasın diye ne isterse anında yapmaya çalıştığını anlattı. Eşini babasına hiç benzemeyen, dengeli, yumuşak bir kişi olarak tanıdı ve evliliklerinin ilk 1-2 yılında ortamının ne kadar huzurlu olduğunu düşünerek çok mutlu olmuştu. Ancak sonraları eşinin son derece kırılgan ve kırıldığında çok öfkeli olabilen bir kişi olduğunu farketmişti. Babasının öfkeli davranışlarına maruz kalmamak için gösterdiği çabaları eşine karşı da gösterdiğine dikkat çekildi. Belki evliliği boyunca bu nedenle çok ağır yüklerin altına girdiği söylendiğinde biraz düşündükten sonra, "çok doğru" dedi, "işte aradığım buydu". "Çok düşündüm ben neden böyleyim diye, ama bu aklıma gelmemişti". Ardından yakın ilişkilerinde hep verici bir rol üstlendiğini ama bunların onda çok büyük bir öfke yarattığını, o yüzden son yıllarda eşine çok uzak ve soğuk davrandığını anlattı. Nedense öfkesi karşısında kendini suçlu hissettiği bu nedenle eşini çok mazur

gösterdiğini, öfkesini ise kendine yönelttiğini, bu nedenle intihar fantezileri geliştirdiği söylenince, "belki" dedi ve ardından birçok kez eşinin "gebermesini" istediğini açıkladı. Çok şiddetli öfkelerin bu tür fantezilere neden olabileceği, bunların doğal olduğu, ancak kişide suçluluk uyandırabileceği anlatıldı. Görüşmeyi bitirirken çok rahatladığını, bazı şeyleri netleştirdiğini söyledi. Bir hafta sonra yapılan telefon görüşmesinde intihar fikirlerinin kaybolduğunu, bir ay sonra yapılan görüşmede ayrı yaşamaya karar verdiğini bildirdi.

Yorum: Hastanın öfkesinden doğan suçluluk duyguları ile başetmek üzere kullandığı reaksiyon formasyon ile yüzleştirilmiş, bunların kendisini öfkesiyle yüzleşmekten koruduğu anlatılmıştır (Dinamik yorum). Geçmiş ile şimdi bağlantısı yorumlanmış

(Genetik yorum), hastanın davranışının altında yatan motifleri kavramasına yardım edilmeye çalışılmıştır.

SONUÇ

Psikoterapötik yaklaşımlar uygun hastalarda zamanımız kısıtlı bile olsa bir seçenek olarak düşünülmelidir. Tek bir görüşmede bile uygun yaklaşımlarla terapötik etkinliğimizi arttırmak mümkündür. Özellikle konsültasyon-liyezon psikiyatrisi gibi hasta yükünün gerçekten fazla olduğu alanlarda psikoterapötik yaklaşımlara tedavi yaklaşımına entegre etmek, hastayı ilk görüşmeden itibaren bütüncül yaklaşımın bir parçası olan bu kavramlarla ele almak tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalı, uygun hastalarda ağırlıklı olarak uygulanmalı, bu yaklaşımların temel ilkeleri psikiyatri eğitim sürecinde yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Basch MF (1980) Doing Psychotherapy. New York, Basic Books Publishers, s.19-20.
- Blackman JS (1994) Psychodynamic techniques during urgent consultation interviews. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4(3):194-203.
- Hoyt MF (1995) Brief Therapy and Managed Care. California, Jossey Bass Publishers, s.105-140, 134-135, 219-235.
- Hoyt MF, Rosenbaum RC, Talmon M (1992) Planned Single Session Psychotherapy, First Session Brief Therapy, SH Budman, MF Hoyt, S Friedman (Ed), New York, Guilford.
- Kernberg OF (1995) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. 2. baskı, Jason Aronson Inc., s.91-92, 167.
- Koptagel-İlal G (1997) Sağlık oluşumu (salutogenez) ve tutarlılık duygusu (sense of coherence). *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(3):183-189.
- Lambert MJ (1986) Implications of Psychotherapy Outcome Research for Eclectic Psychotherapy. *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, J Norcross (Ed), New York, Brunner ve Mozel.
- Malan D, Heath E, Bacal H ve ark. (1975) Psychodynamic changes in untreated neurotic patients. II. Apparently Genuine Improvements. *Arch Gen Psychiatry*, 32:110-126.
- Mann J (1973) Time-Limited Psychotherapy, Cambridge, Massachusetts and London, England, Harvard University Press. s.33-34.
- Sifneos PE (1978) Principles of technique in short term anxiety provoking psychotherapy. *Short-term Dynamic Psychotherapy*, H Davanloo (Ed), Spectrum Publications, s.344-345.
- Sifneos PE (1987), Short-term dynamic psychotherapy, evaluation and technique, 2. baskı, New York, Plenum Publishing Corporation, s.82-89.
- Viederman M (1986) The psychodynamic life narrative: Its implications as a transference cure. *Between Analyst and Patient*, HC Meyers (Ed), The Analytic Press, s.129-148.