

ÇOK BOYUTLU TERAPİ UYGULAMASI

Sistemik, Kapsamlı ve Etkili Psikoterapi

Arnold A. LAZARUS

Çeviri:
Sarp GÜNERİ

Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 102

Çok Boyutlu Terapi Uygulaması

Arnold A. LAZARUS

Özgün adı:

The Practice of Multimodal Therapy

© 1981, 1989 Arnold A. Lazarus.

Translated and published by the author's permission. All rights reserved.

ISBN 978-605-4817-09-2

Türkçe yayın hakları Psikoterapi Enstitüsü'ne aittir.

Birinci baskı: Ağustos 2013

Editör: Tahir Özakkaş

Çeviri: Sarp Güneri

Yayıma hazırlayan: Menekşe Arık & Sevgi Çorabatur

Baskı: İklim Ofset

Nişanca Mah. Arpacı Hayrettin Sok. No:21 Eyüp/İstanbul

Tel: 0212 577 77 45

www.iklimmatbaa.com

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORG. VE
DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.

Eğitim ve Kongre Merkezi: Fatih Sultan Mehmet Caddesi No:285

Darıca-İZMİT

Tel : 0262 653 6699 Fax : 0262 653 6698

Merkez: Bağdat Caddesi No: 540/8 Bostancı-İSTANBUL

Tel : 0216 464 3119 Fax : 0216 464 3102

www.psikoterapi.com - www.psikoterapi.org - www.hipnoz.com

ÇOK BOYUTLU TERAPİ UYGULAMASI

Sistematik, Kapsamlı ve Etkili Psikoterapi

Arnold A. LAZARUS



Editör:

Uz. Dr. Tahir ÖZAKKAŞ

Çeviri:

Sarp GÜNERİ

SUNUŞ

Psikoterapi Enstitüsü olarak, öncelikle ruh sağlığı profesyonellerinin ya da ruh sağlığı ile ilgilenen kişilerin ihtiyaç duyacağı teorik bilgileri ve pratik/uygulamaya yönelik deneyimleri paylaşan özgün ve çeviri yayınlar ile literatüre katkıda bulunmayı hedefliyoruz. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, Psikoterapi Enstitüsü'nün çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen atölye çalışmaları, uluslararası konferanslar ve dünya literatüründen seçkileri içermektedir.

Psikoterapide bütünleşme girişimlerinin önemli bir ayağı olan teknik seçmeciliğin önde gelen isimlerinden biri olan saygıdeğer kuramcı ve klinisyen Dr. Lazarus'un geliştirdiği Çok Boyutlu Terapi uygulamasının temel kitabı olan bu eserde klinisyenlere sistematik ve kullanışlı bir model sunulurken, uygun müdahaleleri seçme ve yaratma konusunda da tam bir özgürlük sağlanıyor. Ayrıca ÇBT modelinin arkasındaki teori tartışılmakta, farklı terapi bağlamlarında modelin nasıl uygulandığına dair örnekler verilmektedir.

Konuya ilgi duyan okuyucuların yanı sıra klinisyenler, psikoterapistler ve araştırmacılar için başvuru kitabı niteliği taşıyan bu yayını sizlerle buluşturmaktan kıvanç duyuyoruz.

Tahir ÖZAKKAŞ
Psikoterapi Enstitüsü Başkanı

*Bu kitabı:
Ettye ve Elias'a, Doreen ve Isaac'a,
Leonard ve Mary'ye adıyorum.*

Yazar Hakkında

1972'den beri Arnold A. Lazarus Rutgers'daki New Jersey Devlet Üniversitesinde Profesör II olarak görev yapmaktadır. Bu paye Rutgers tarafından, kendi araştırma alanında bilimsel saygınlık kazanmış tam zamanlı öğretim üyelerine verilir. Dr. Lazarus, Uygulamalı ve Profesyonel Psikoloji Enstitüsünde ders vermektedir ve çeşitli Çok boyutlu Terapi Enstitülerinin yönetici müdürüdür. Kendisi Princeton, New Jersey'de yaşar ve burada yarı zamanlı olarak özel muayenehane işletir. Ayrıca eyalet çapındaki çeşitli hastanelere, kliniklere ve çeşitli organizasyonlara danışman olarak hizmet verir. Kendisi Stanford Üniversitesi, Temple Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Yale Üniversitesinde de klinik psikoloji dersleri vermiştir. Kendisi Amerikan Psikoloji Derneğinin bir üyesi, Amerikan Profesyonel Psikoloji Kurulunun diplomalı bir klinisyeni, çeşitli dernek ve kurumların eski başkanı ve yüz kadar profesyonel makale ve raporun yazarıdır. Birçok kitabı Almanca, Fransızca, İspanyolca, Felemenkçe ve Portekizceye çevrilmiştir. Yurt içinde ve dışındaki konferanslarının, davet edildiği yerlerin ve atölye çalışmalarının sayısı yüzlerle ifade edilmektedir.

İÇİNDEKİLER

Önsöz	xiii
Birinci Baskıya Önsöz.....	xv
Giriş	xix
BÖLÜM 1	
ÇOK BOYUTLU TERAPİ: TEMEL MANTIK VE YÖNTEM	1
BÖLÜM 2	
ÇOK BOYUTLU TERAPİ UYGULAMASI İÇİN TEMEL KAVRAMLAR.....	28
BÖLÜM 3	
İLK GÖRÜŞME.....	44
BÖLÜM 4	
ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİRME – TERAPİ BAĞLANTISI	76
BÖLÜM 5	
BASIC ID ETKİLEŞİMLERİNİ BELİRLEMEK	107
BÖLÜM 6	
ISSİZ ADA FANTEZİSİ TEKNİĞİ	127
BÖLÜM 7	
İLİŞKİ UNSURLARI VE DANIŞAN-TERAPİST UYUMU	167
BÖLÜM 8	
TEKNİKLERİN SEÇİMİ	194
BÖLÜM 9	
ÇOK BOYUTLU EVLİLİK TERAPİSİ	220
BÖLÜM 10	
ÇOK BOYUTLU SEKS TERAPİSİ	251
BÖLÜM 11	
ÖZEL DURUMLARDA ÇOK BOYUTLU TERAPİ: ÇOCUKLARLA, GRUPLARLA VE AĞIR BOZUKLUKLARLA ÇALIŞMAK	272

Son Söz: 1989	290
Ek 1 Çok Boyutlu Yaşam Öyküsü Anketi	305
Ek 2 Başlıca Teknikler Sözlüğü	324
Ek 3 Evlilik Memnuniyet Anketi	343
Ek 4 Yapısal Profil Anketi	345
KAYNAKLAR.....	348

ÖNSÖZ

Bu kitap ilk yayınlandığından beri çok boyutlu değerlendirme ve terapinin çeşitli ilave ve düzeltmeleri ortaya çıkmıştır. Kuramdaki ve uygulamadaki belli başlı yenilikler Önsözde sunulmuştur ve Ek 4'te yeni bir Yapısal Profil Anketi bulunmaktadır. Hedefler değişmemiştir: tam olarak hangi bireylerin en çok neden fayda sağlayacağını belirleyerek mümkün olan en geniş danışan yelpazesine nasıl yardım edileceği; çiftler veya aileler yerine ne zaman bireylerle çalışılacağı ve bu durumun tersi; hiçbir önemli problemin gözden kaçırılmamasından nasıl emin olunacağı ve ayrıca tedaviye olan bağlılığın nasıl arttırılacağıdır.

Sürekli bir kavram yanılgısı, çok boyutlu terapinin kuramsal olmaması ve yalnızca “işe yarayan şey” ekolüne bağlılık göstermesidir. Gerçekte çok boyutlu terapinin teknik olarak seçmeci tutumu, tutarlı bir *sosyal bilişsel öğrenme kuramının* içinde çalışır. (Bandura, 1986) Her ne kadar bazı psikodinamik terapistler belli problemlerin üstesinden gelmek için (veya belli danışanları böyle bir tedaviye sevk etmek için) günümüzde özel bilişsel ve davranışsal teknikler kullanmaya istekli olsalar da çoğu pratisyen – kendilerini seçmeci olarak görenler de dâhil – kendilerine danışılan çok sayıdaki problem için hâlâ tek modlu, çift modlu veya üç

modlu bakış açılarını benimsemeye ve uygulamaya isteklidirler. (Bu sav için veriler yakın zamandaki kitaplardan, bahislerden, dergi makalelerinden, meslektaşlarla yapılan tartışmalardan ve görüşmelerden, çeşitli seminerlere katılmadan ve danışanların klinik raporlarından gelmektedir). Yine de çoğu terapist, her bir insanın eşsiz olduğu üzerinde ve bir yandan da bazı varsayımsal insan davranışı kuramlarının planlı olmayan standardına uymaya zorlanmak gayretli bir biçimde engellenerek psikoterapinin kişisel ihtiyaçları karşılamak üzere kişiye özel hale getirilmesi prensibi üzerinde anlaşılır. (kavramsal çerçeve – Paul, 1967) Bu takdire değer ilkeye inanır gibi yapmaktansa çok boyutlu değerlendirme ve terapinin, onun yaygın olarak uygulanmasını kolaylaştıracak belli bir yapı ve format sağlamak için çaba harcaması daha uygundur.

Teşekkürlerim, Sonsözü okuma inceliğini gösteren, isabetli eleştiriler sunan ve çok boyutlu terapi uygulaması için yeni fikirleri harekete geçiren Dr. Allen Fay'e ve Dr. Windy Dryden'a gidiyor.

Birinci Baskıya Önsöz

Bu kitap, onlara danışan insanlarla daha yüksek bir verim ve etkinlik seviyesini yakalamak konusunda gerçekten istekli olan pratisyenlere hitap etmektedir. Meslekten olmayan akıllı insanlar kişisel fayda sağlamaya elverişli olan kendin yap süreçlerini seçip alabilecek olsalar da bu kitap esas olarak profesyoneller için yazılmıştır. Tasarlanmış referans gruplarım psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, danışmanlar, psikiyatrik hemşireler ve insanların duygusal yardım için kendilerine başvurdukları herhangi diğer “sağlık hizmeti sağlayanlardır”. Profesyonel zamanımın büyük kısmını bir Psikoloji Doktorası programına kayıtlı lisansüstü öğrencileri eğitmekle harcadığım için bu okuyucu kitlesini büyük ölçüde kafamda düzenledim. Daha tecrübeli ve bilgili olan klinisyenler kitaptaki bazı bölümlere göz geçdirmeyi veya bazı bölümleri atlamayı seçebilirler fakat ben, görmüş geçirmiş kıdemlilere bile değer sağlayacak etkileyici ve harekete geçirici yeterli sayıdaki fikrin kitabın içine dağılmış durumda olduğuna inanıyorum.

İhtiyacımız olan son şey yeni bir psikoterapötik sistemin, şu anda mevcut olan yüzlercesine eklenmesidir. Çok boyutlu terapi

bir *sistem* değildir, değerlendirme ve terapi için insani bir bütünleşme, sistemleştirme ve kapsamlı bir “plan” sağlayan bir *yaklaşım*dır. Çok boyutlu terapi, *kuramsal* seçmeciliğin gizli tehlikelerini tasarlayarak engellerken bir yandan da *teknik* seçmeciliğin değerli özelliklerini vurgular. Sonuç, otuz altıdan fazla özgün sürecin, tedavi yöntem ve araçlarının tümüdür. (en sık kullanılan tekniklerin terimler sözlüğü için bkz. Ek 2) Temel amaç, hızlı ve kalıcı sonuçların elde edilmesidir. Kitabın tümünde yapılan vurgu özünde pragmatik ve deneyseldir. Birçok insan bana eleştirel öneriler ve yapıcı fikirler sunma kibarlığını gösterdi. Çok parlak ve yaratıcı bir psikiyatrist ve gerçek bir dost olan Dr. Allen Fay’le 1972’den beri yaptığım yakın işbirliği, klinik yeteneğime ve tedavi repertuarıma sonsuz katkılar sunmuştur. Onun, el yazısı metninin üzerinden detaylı ve zekice geçişi bile kendi içinde büyük bir öğrenme deneyimiydi. Diğer bir esin kaynağı da, çeşitli Çok boyutlu Terapi Enstitülerindeki meslektaşlarımla ve iş arkadaşlarımla ayırt edici özelliği olan fikirleri, yöntemleri ve teknikleri paylaşmaktaki açıklık ve gönüllülüktür. El yazılarımı haftalık olarak, beni dikkatlice dinleyen ve bana dürüstçe ve anlayışlı bir biçimde cevap veren Kingston, New Jersey ve New York’taki üyelere verdim. Ayrıca Virginia Beach’teki Çok boyutlu Terapi Enstitüsünün personeline de Yaşam Öyküsü Anketinin (Ek 1) geliştirilmesindeki cömert yardımları için teşekkür etmek istiyorum. Dr. Larry Minter’a da, ilk taslağı okuduktan sonra bana detaylı ve çok bilgilendirici bir mektup gönderme zahmetine girdiği için teşekkür ediyorum. Danışanlarıma, bu kitaba dâhil etmeye degeceğini düşündüğüm bölümleri içeren belli seansların teyp kayıtlarını ödünç almama seve seve izin verdikleri için teşekkür etmek istiyorum. (Albert Ellis’i izleyerek danışanlarımdan birçoğunu, her bir seansı teybe kaydetmeleri ve kayıtları buluşmalar arasında bir ev ödevi gibi çalışmalarını konusunda cesaretlendiriyorum. Gerekli olduğu

zaman vakalara ait materyal, gizliliği ve söz konusu danışanların gerçek kimliğini korumak için değiştirilmiştir). Edith Cohen'e, Alyce Koblan'a ve Linda Provenzano'ya, teyplerin suretini çıkarmak gibi can sıkıcı bir görevi bu kadar iyi niyetli bir şekilde yerine getirdikleri için teşekkür ediyorum. Son olarak karım Daphne'ye, kızım Linda'ya ve oğlum Cliff'e, kitaplar yazmam için beni teşvik eden nükleer aile üssü türü bir mekân sağladıkları için teşekkür etmek istiyorum.

Bu kitapta atıfta bulunacağım yazarlara ek olarak birçok başka klinisyen de çok boyutlu uygulamalar konusunda yazılar yayınladılar. Agorafobinin çok boyutlu tedavisinde Kwee ve de Waal (1975) Hollanda dilinde, Popler (1977) ise İngilizce yazılar yayınladılar. Kwee (1978) nörotik depresyonda çok boyutlu yöntemlerden bahseder ve geniş kapsamlı bir makalesinde de (Kwee 1979) çok boyutlu düşüncenin evrimini özetler ve bu yaklaşımın günlük hayatın semptomları ve problemleri için olan avantajları ve dezavantajlarını sunar. Richard (1976), davranışsal tıp alanına çok boyutlu bir perspektiften değinmiştir. Bair ve Leventhal (1979), sürekli hipertansiyonun çok boyutlu yönetimi ile ilgili yazmışlardır. Yokley ve McCarthy (1980), çok boyutlu terapide paraprofesyonel kaynakların kullanımını tanımlamışlardır. Girişimci klinisyen ve araştırmacıların birçok problemi tespit edeceği ve içinde BASIC ID şemasının anlamayı kolaylaştıracağı ve yapıcı ve kalıcı bir değişim ile sonuçlanacak bir ortam bulacağı konusunda iyimserim.

Tedavinin tüm boyutlarını etkili bir şekilde kullanmayı öğrenmek konusunda kendi geçmişimizdeki dar kapsamlı öğretilerle çok fazla sınırlanmış durumdayız. Kendilerini, hastalarının davranışında faydalı değişiklikler meydana getirmeye adanmış profesyonellerin kendi davranışlarında da benzer değişiklikleri arayacaklarını ve o değişiklikleri hoş karşılayacaklarını umut ediyorum. Hastalarımıza ne kadar açık yüreklilikle yaklaşırsak ve insan davranışının karmaşık yönleri üzerinde çalışmada ve onlarla yüzleşmede ne kadar devamlı bir bağlılık gösterirsek, çok yönlü tedavi hedefine de o kadar daha çabuk ulaşabiliriz.

—Seymour L. Halleck,
DUYGUSAL BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİ

2000 yılında aktif olan psikologların... Bugün bir araya gelen yeteri kadar uzmanlaşmamış insanlardan çok daha kapsamlı bir biçimde eğitilmiş olmaları gerekecektir.

—Gardner Murphy, 2000 YILINDA PSİKOLOJİ

Terapistler davranışları başarılı bir şekilde etkileyebilseler de etkileyemeseler de, ileri sürecekleri şey konusunda az seçenekleri vardır. Eğer terapistler davranışları etkileyemeyeceklerini söylemek isterlerse veya yalnızca insanla olan ilginin en fazla olduğu alanlarda bunu yapmazlarsa ve böylece danışanlarının davranışlarından hiçbir şekilde sorumlu olmazlarsa birinin onlara bu işte olmaya ne hakları olduğunu sorması gerekir.

—Perry London,
PSİKOTERAPİNİN BİÇİMLERİ VE AHLAKİ DEĞERLERİ

GİRİŞ

Çok depresif hissediyorum. Neredeyse 42 yaşındayım ve yaşımı göstermek için elimde ne var? Karım ona anneme davrandığım gibi davrandığımı söylüyor ve beni terk etmekle tehdit etti. Çocuklarım bana bir pislikmişim gibi davranıyorlar. İş yerinde hüsrana uğramış durumdayım – aslında patronumdan nefret ediyorum. Bazen her şey çok fazla geliyor ve canıma kıymayı bile düşündüm. Doktorum hastalık hastası olduğumu düşünüyor ve ona söylediğim hiçbir şeyi hiçbir zaman ciddiye almıyor fakat son zamanlarda o berbat baş ağrısını çekiyorum; kim bilir belki de o baş ağrısı ciddi bir şeydir.”

Klinisyenler, yukarıda belirtilen şikâyetlerin tekrarını veya varyasyonlarını ayda bir düzine kere duyarlar. Bu bilginin edinilmesi, analiz edilmesi, değerlendirilmesi, işlenmesi, dikkatle incelenmesi, yorumlanması, araştırılması, ona cevap verilmesi ve sonuç olarak yönetilmesi veya ele alınması terapistten terapistte çok büyük oranda değişir. Teşhisle ilgili sınıflandırmayla evli olanlar, bu adamın duygusal rahatsızlıktan, kaygı bozukluğundan veya belki de “bağımlı kişiliğinin” sonuçlarından veya diğer bir DSM III kategorisinden muzdarip olduğunu dışa vurup vurmadığını belirlemek isteyecektir. Diğerleri ise, organik patolojiyi göz ardı etmek için detaylı tıbbi ve nörolojik araştırmalar isteyebilirler. Bazıları bunu aile dinamiğinde tüm ailenin tedavisini gerektiren bir problem olarak görürler. Şüphesiz birçok diğer görüş de sunulacaktır –

bir girişkenlik problemi, mantıklı içsel konuşma eksikliği, çocuk-yetişkin-ebeveynin ego durumları arasında yetersiz bütünleşme veya bugün kullanımda olan 250'den fazla değişik terapiden alınan birtakım fikirler. (Herink, 1980) Başka bir deyişle danışanlar terapistin, o birey için uygun olmayabilen şahsi yönelimine göre değerlendirilmeye ve tedavi edilmeye eğilimlidirler.

42 yaşındaki bu adam için, "kendini bulmasının", daha mutlu bir evliliğe ve aile hayatına ulaşmasının, işinden memnuniyet çıkarmasının, potansiyelini kullanmaktan dolayı hayattan memnuniyet çıkarmasının ve ağrılarından ve acılarından özgürlük çıkarmasının arzu edilen bir şey olduğu konusunda çoğu terapist hem-fikir olacaktır. Bu durum en iyi nasıl elde edilir? Acının yerine mutluluğu, karmaşanın yerine de huzuru elde etmenin "doğru" bir yolu var mıdır? Bu adam hastaneye mi yatırılmalı, sakinleştirilmeli mi, uyuşturulmalı mı, hipnotize mi edilmeli, psikanalize mi tabi tutulmalı veya ona psikosentez mi uygulanmalı? Değişik ekollerden gelen uzmanlar bu konuda bir uzlaşmaya varabilirler mi?

Geçen yıl aşağıdaki mektubu, aynı zamanda yazar, araştırmacı ve kuramcı olan üç ünlü terapist - Dr. Albert Ellis'e, Dr. James Framo'ya ve Dr. Hans Strupp'a gönderdim.

Sayın Meslektaşım,

Yoğun programınızdan birkaç dakika ayırıp aşağıdaki araştırmada bana yardım eder misiniz?

Problem: Hastanedeki 19 yaşındaki bir genç adamı ziyaret etmeniz istendi. Bu genç adam ciddi bir intihar girişiminde bulundu fakat şu anda tıbbi olarak iyileşme yolunda ilerliyor. Danışanları hastanede ziyaret etmek sizin alışılmış uygulamanız olmayabilir fakat bu vakada özel bir rica (sevk eden hekim veya yakın bir

aile dostu veya bir başka ikna edici insan tarafından yapılan) sizi, durumu değerlendirmek ve tedavi önerilerinde bulunmak için bu genç adamla buluşmaya sevk etti.

Rica: Aşağıdaki boşluğa lütfen, o durumda ne bulmayı umacağınız konusundaki ana hipotezinizi yazar mısınız? Örneğin bir “davranış terapisti” aşağıdaki olasılıkları yazardı: *Hasta büyük olasılıkla girişken sosyal becerilerden yoksundur ve bu da onda, öğrenilmiş çaresizlik ve pozitif pekiştirmenin kaybı sonuçlarını yaratmıştır. Hasta aynı zamanda eleştirilmeye ve reddedilmeye karşı aşırı hassas olabilir. Organik faktörleri kapsam dışında bıraktıktan sonra (örn. ilacın kötüye kullanımı) hasta muhtemelen duyarsızlaştırma teknikleri ve girişkenlik eğitiminden fayda sağlayacaktır. Siz olsaydınız hangi tür öncül ve/veya sürdüren süreçleri arardınız?*

Doktorların cevapları sırasıyla şöyledir:

Dr. Albert Ellis: Hasta büyük olasılıkla kendini aşağılamaktadır, kendine acımaktadır ve depresiftir ve kendini bu hale büyük ölçüde şunlara inanarak getirmiştir: (1) “Başarılı OLMALIYIM ve benim için önemli insanlar tarafından onaylanmalıyım; eğer öyle olmazsam bu çok kötü olmaz mı?; bunu YAPMALIYKEN yapmadığım için ne kadar da rezil bir insanım! (2) Yaşamam gereken şartlar daha kolay ve daha zevkli OLMALI; böyle olmadıkları zaman berbat bir durum olmuyor mu?; OLMASI GEREKTİĞİ kadar iyi olmadığı için bu dünya ne kadar berbat bir dünya.” Hasta, sosyal ilişkilerdeki beceri eğitiminin ve OLMALI felsefesini değiştirdikçe hayattan istediklerini daha çok almanın içinde olduğu akılcı duygusal terapiden güzel bir şekilde yararlanabilir.*

Dr. James Framo: (1) Benim düşünceme göre tüm intihar girişimlerinde bir aile bağlantısı yani çok yakın biriyle bir iletişim

vardır. (2) Bu yüzden, neler olduğunu saptamak için bir aile teşhis seansı ayarladım. (Bu konuda tam bir açıklama American Psychologist'te "Aile kuramı ve terapisi" adlı makalemde yapılmıştır - 1979, 34, 988-992.)

Dr. Hans Strupp: O durumda, hastanın öz saygısına yok edici bir darbe vurduğu ortaya çıkan yakında olmuş bazı deneyimler bulmayı beklerdim (reddetme, kayıp, vs.). Hastanın geçmişi muhtemelen, onun öz saygısının her zaman sallantıda olduğunu gösterecektir ve bu da erken çocukluktaki çok düşük kırıklığı yaratan ve ağır travmatik deneyimler nedeniyle olacaktır. (saldırgan, reddedici, kullanıcı ebeveynler) Aynı derecede önemli olarak, hastanın şimdiki hayatındaki belirgin yeri olan bir kişiye yöneltilmiş ve bir ebeveyn figürüne olan öfkeyle bağlantılı büyük bir öfke de olacaktır. Öfkesini dışarı yönlendiremeyen hasta onu kendisine yöneltmiştir. Derin çaresizlik ve ümitsizlik elbette ki resmin bir parçasıdır aynı zamanda bunlar bir aşk nesnesine doğru olan büyük bir ikircikliktir. Yetersiz ego kontrollerinin ve zarar verici türden eyleme eğilimlerinin büyük olasılıkla başka bulguları da vardır. Terapötik bir bakış açısından bakınca, bu konularla psikodinamik bir perspektiften ilgilenmeyi denerdim.

*Bu söylediğimin *istatistiksel olarak olası* olduğunu ve *kesin* veya *mutlak* bir cevap olmadığını belirtmek isterim. Bu da demektir ki, son yirmi beş yıldır gördüğüm intihara doğru giden genç insanların büyük çoğunluğu (fakat *hepsi* değil) az önce belirttiğim OLMALI felsefesine sahiptiler ve bu kavrama türü onların depresyonlarına ve intihar girişimlerine kayda değer oranda katkı yapmıştır. Kayıtlarım göstermektedir ki, bu süre içinde ciddi şekilde intihara meyilli 300 danışan üzerinde ADT'yi (Akılcı Duygusal Terapi) kullandım ve tedavi sırasında bunlardan bir tanesi bile kendini öldürmedi ve bildiğim kadarıyla yalnızca ikisi sonradan

bunu yaptı – birisi tedavinin bitmesinden birkaç ay sonra ve diğeri bir yıl sonra. Bu danışanlarla yapılan terapi onların OLMALI bilişinden, ADT’yi ünlü hale getiren mantıksal yeniden yapılanma türüyle (bir başka deyişle danışanların mantıksız inanışlarıyla aktif şekilde mücadele) birlikte vazgeçmelerine sevk etmekten oluşuyordu. Aynı zamanda bu tür terapi, o danışanların mutlakçı düşünce tarzlarını değiştirmek için tasarlanan birtakım bilişsel, duygusal ve davranışsal tekniklerin kullanılmasından da oluşuyordu. Böylece o danışanların başarılı tedavileri, mantıksız düşüncenin muhtemelen şiddetli depresyonun ve intihar arzusunun başlıca (fakat tek nedeni değil) nedeni olduğu şeklindeki mantıklı-duygusal hipoteze bir miktar destek sağlamaktadır.

Bu cevapları aldıktan sonra aynı durumu diğer bazı meslektaşlarıma da sordum ve daha da çeşitli cevaplar aldım. Gelin bu varsayımsal vakayı çok boyutlu bir bakış açısından ele alalım. Sonuçta, bu genç adamı mantıklı-duygusal terapiyle veya aile terapisiyle veya psikanalizle tedavi etmenin aynı derecede etkili olduğu ortaya çıkabilir. Bu genç adamın ihtiyacı olan tek şey bir profesyonelin *ilgisi* veya gerçekten peşin hükümsüz bir yabancı olabilir. Bu hastanın intihar girişimi sevdiklerine bir mesaj vermek konusunda yanlış hesaplanmış bir girişim olmuş olabilir: “Beni terapiste göndererek umurunuzda olduğumu gösterin”. Öte yandan eğer hastanın aile düzeni çok bozmuş ve hasta tüm çevrenin aktif katılımı olmadan akılcı duygusal terapi veya psikanaliz görüyorsa hastanın iyileşme şansı büyük olasılıkla sınırlı olacaktır. Eğer hasta başlangıç seviyesinde şizofrense (o durumda hasta muhtemelen antipsikotik ilaç tedavisi ihtiyacı içindedir) ve intihar girişimini halüsinasyonları kontrol etmek amacı taşıyan bir tepki olarak yaptıysa akılcı duygusal terapi, aile terapisi ve psikanalitik terapinin hepsi de sonuçta faydasız olabilir.

Belki bu genç adam, varoluşçu karşılaşım grubu artı bireysel girişkenlik eğitiminin bir kombinasyonuna en iyi cevap verecektir. Veya belki de bir rahip veya ruhsal uyanış toplantıları onun için psikoterapinin geleneksel yöntemlerinden daha fazlasını yapabilir. Onun için en iyi “terapi” İsrail’deki bir Kibutzda bir yıl veya Vermont’daki bir çiftlikte altı ay olabilir mi? Veya onun yerine hasta Erhard Seminerleri Eğitimi (ese) ve Transandantal Meditasyon (TM) mu görmeli?

Çok boyutlu terapist şunu sorar: *Bu birey için en iyisi kimdir veya nedir?* Burada yaklaşım kişisel veya bireyseldir. Çok boyutlu terapistler, genel kurallar ve prensiplere göre bireysel istisnalara karşı tetiktedirler. Çok boyutlu terapistler, “kişiliğin” yedi parametresini değerlendirerek her bir insana uygun müdahale şekilleri ararlar.

Çok boyutlu terapi belki de en iyi şekilde *sistemik seçmecilik* olarak tanımlanabilir. Klinik alanda belli ekollere katı bir şekilde bağlı olma özelliği artık bir azınlığın özelliğidir. Onların yerini, çeşitli yöntem ve kuramlar yelpazesi kullanan pratisyenler almıştır. Bu bir ilerleme meydana getirir mi? Evet ve hayır. Uygunluğun limitleri artık görünür hale gelmiştir ve bu da daha çok terapistin, kendi ideolojilerinin kuramsal kısıtlamalarından önce hastalarının pratik ihtiyaçlarını belirlemeye istekli olmalarını teşvik etmektedir. Fakat bunu yaparken birçokları, Eysenck’den (1970) alıntı yapmak gerekirse “kuramların güzel olmayan bir karışımını, süreçlerin karmakarışık bir halini, çorba halinde terapileri ve doğru dürüst bir mantığı olmayan ve test edilmesi veya değerlendirilmesi mümkün olmayan bir etkinlikler curcunasını” benimsemişlerdir. Tipik bir seçmeci terapist yöntemlerini, kuramlarını ve tekniklerini büyük ölçüde öznel çekicilik temelinde seçer. “Bana ne mantıklı geliyorsa ve neyle rahat ediyorsam onu kullanırım”

sıkça rastlanan bir ifadedir. Yıllar içersinde her zaman işaret ettiğim gibi (Lazarus, 1971, 1976 a,b) bu tür kuramsal veya sistematik olmayan seçmecilik, yalnızca karmaşaya hatta daha kötüsü baş belası bir duruma neden olur.

Geniş bir yelpazedeki problemlerde ve değişik kişiliklerde etkili olmak isteyen bir terapist esnek, çok yönlü ve *teknik olarak* seçmeci olmalıdır. Teknik seçmecilik, farklı kaynaklardan yararlanılan birçok tekniğin kullanılmasını beraberinde getirirken diğer yandan da onları doğuran kuramlara veya bilim dallarına çok bağlanmamayı kapsar. Bir insanın gestalt teknikleri kullanmak için gestalt prensiplerine uyması gerekmez; bir insan tek bir psikanalitik ilkeye taraftar olmadan da duygulanım yüklü materyale ulaşmak için serbest çağrışım kullanabilir. Teknik seçmeciler şu temel pragmatik soruyu yanıtlamaya çalışırlar: Ne kimin için ve hangi belli şartlarda çalışıyor?

Bilimsel araştırmalarda seçmecilik görmezlikten gelinemez – eğer görmezlikten gelinirse bu durum yalnızca çelişkili kavramların bolluğuna yol açar. Laboratuvarlarda pasif, hareketsiz ve önemsiz maddeleri aktif ve özgül olanlardan ayırmak için bir veya iki değişkeni birden test etmek gereklidir. Yalnızca neyin gerçekten işe yaradığını değil aynı zamanda da *neden* işe yaradığını bulmak için potansiyel olarak aktif unsurları alıkoymak, izole etmek veya geri çekmek gereklidir. Klinik uygulamada bu tür süreçler – potansiyel olarak yararlı müdahaleleri alıkoymak – profesyonelce değildir ve insanlık dışıdır. Özenli bir bilim insanı seçmeci olmayı göze alamazken etkili bir terapist yararlı görünen teknikleri çıkış noktalarını dikkate almadan alıkoymayacaktır.

Yukarıda belirtilenler bir pratisyen terapistin bilimsel bilgiye veya klinik gelişmelere katkıda bulunamayacağını mı ima etmek-

tedir? Gerçekte katkıda bulunabilir fakat bu katkı geriye dönük bir şekilde olur. Teknik olarak seçmeci uygulamayı yaptığı yıllar boyunca sistematik ve sezgileri kuvvetli bir gözlemci olarak kalan klinisyen, çeşitli trendleri ve “yararlı kümeleri” ortaya çıkarabilir. Bu bulgular test edilebilir şartlarda ifade edilmelidir ve güncel bilimsel bulgularla uyumlu olmalıdır. Çok boyutlu terapinin evrimi her iki ilkeyi de izlemiştir.

Çok Boyutlu Evrim: Kişisel Bir Not

Bir çocuk olarak babamın, amcalarımın ve benden büyük kuzenlerimin, küçük perakende işlerinde ürünleri dikkatli bir şekilde incelediklerini görüyordum. “Hangi ürünler iyi satıyor? Onlar neden iyi satıcı ve onların iyi satmaya devam etmelerini garantiye almak için ne yapabiliriz? Hangi ürünler satılmadı? O ürünler neden satılmadı ve daha iyi bir ciroya ulaşmak için neler yapabiliriz?” Çabuk satılan ürünlerin hareketini desteklemek için yapılan sistematik planlar, yavaş giden ürünlerin elden çıkarılması ile ilgili tekliflerle beraber yapıyordu.

Bu “depo sayımı” anlayışı bana da geçti. Bir stajyer terapist olarak bile dikkatli envanterler tuttum. “Benim hizmetlerimden kim fayda elde ediyor görünüyor? Kim mesafe alamamış görünüyor? İlk grubun kazançlarını nasıl arttırabilirim ve ikinci grubun kayıplarını nasıl azaltabilirim?” Yıllar boyunca dikkatli bir şekilde stok tutmaya devam ettim. Birçok açıdan bu kitabın içerikleri, yirmi yıldan fazla süren bu tür bir stok tutmanın zirvesini temsil eder. Bu kitapta aşağıdaki tür sorulara değinilmiştir: Hangi problemlerden muzdarip hangi bireylerde hangi yöntemler en etkilidir? Bu yöntemler kimlerde en etkilidir ve kimlerde en az yararlıdır? Daha çok başarı kazanmak ve daha az başarısızlığa uğramak için tam olarak neler yapılabilir? Neden belli süreçler bazı insanlar

için çok yararlı olurken diğerleri için çok yararsızdır? Hangi unsurlar tedavi sonuçlarını geliştirir gibi görünmektedir? Uzun vadedi ve pozitif izlemeleri en iyi nasıl garantiye alırız?

Bir üniversite öğrencisi olarak psikoterapi konusunda kariyer yapmaya olan ilgim arttığı zaman kendime bir danışman aradım. En büyük ikilemim, hedeflerimi tıbbi psikiyatri rotası yoluyla gerçekleştirmeye çalışıp çalışmamaktı. Bana, biyolojik tedavilerle özellikle ilgili hale gelmezsem tıbbi eğitimin beni işi daha iyi bilen bir insan yapmayacağı söylendi. Geriye baktığımda, akademik ve klinik psikolojideki geçmişim benim, hastalık analogilerinin yerine eğitsel modellere sıcak bakmamı sağladı fakat klinik yeteneklerimin çoğu araştırma literatüründen ve ayrıca akademik eğitimden ziyade *kişisel gözlemden* geldi. Uzman terapistleri, arkasını gösteren aynadan gözlemlenmeye önem verdim ve böylece uzmanlar tarafından yürütülen seanslarda oturma ayrıcalığını elde ettim. Çeşitli defalar yardımcı terapist olarak hizmet vermeme izin verildi. Kişiliğimin tedavi ettiğim insanlar üzerindeki etkisini de gözlemladım. (stok tutma geleneği dahilinde) İlk baştaki Freudyen ve Rogeryen yönlendirmesiz konumlandırma yerini aşamalı olarak daha aktif ve güçlü insancıl eğitim ve yeniden eğitim (psiko-eğitsel) terapi yaklaşımına bıraktı.

Bir yüksek lisans öğrencisi olarak performansa dayalı yöntemlerin değişimi etkilemede, tamamen sözel ve bilişsel olan yaklaşımlardan genellikle daha iyi olduğunun farkına vardım. İlk başta Joseph Wolpe'den ve onun "şartlandırma terapistleri" grubundan oldukça etkilendim. Akademik profesörlerim ve klinik danışmanlarım davranışı, daha temel ruhsal süreçlerin görünen dışavurumu olarak görürken ben kısa zaman içinde davranışın kendi başına klinik olarak anlamlı olduğunu gördüm. İnsanların içgörü edinebilecekleri veya önemli inançları değiştirebilecekleri ve hâlâ da

kendi kendine zarar veren davranışlara ısrarla devam edebilecekleri gözle görünür hale geldi. Buna karşılık davranıştaki bir değişiklik çoğunlukla içsel aktivitenin dinamik olarak yeniden dağılımına yol açtı – farklı davrandıktan sonra insanlar farklı hissetmeye ve farklı düşünmeye istekli hale geldiler. Yine de psikiyatrik düzen davranışı, “buzdağının görünen ucu”, bilinçdışı komplekslerin simgeseli, altta yatan bir hastalığın semptomatiği olarak görmeye devam etti. Bu talihsiz geleneğe karşılık vermek ve davranışsal müdahaleyi etkili klinik uygulamanın vazgeçilmez bir parçası olarak meşru kılmak için bilimsel ve profesyonel literatüre “davranış terapisi” ve “davranış terapisti” terimlerini soktum. (Lazarus, 1958)

Başlangıçta davranışsal modun içine çok fazla girdim. Hiçbir zaman radikal bir davranışçı olmamakla beraber yine de evrimdeki alt insandan insanın işleyiş seviyelerini tahmin eden hayvan benzeşiklerini benimsedim. Ayrıca söylemim, klasik ve işlemsel şartlandırma literatürünün jargonuyla çokça süslenmişti. Bazı önemli süreç değişkenlerini ihmal ettim ve *teknikleri* önemle vurguladım. Davranışsal literatüre tanıttığım yeni tekniklerin çeşitliliği, grup duyarsızlaştırması yöntemlerini (Lazarus, 1961), “duygusal hayali” (Lazarus & Abramovitz, 1962), orgazm olamayan kadınlar için duyarsızlaştırma süreçlerini (Lazarus, 1963), “zaman yansıtmasını” ve depresyonu alt etmek için olan diğer yöntemleri (Lazarus, 1968b), girişkenlik eğitim gruplarını (Lazarus, 1968a) ve standart davranışsal süreçlerin diğer çeşitli biçimlerini (kavramsal çerçeve – Wolpe & Lazarus, 1966) kapsar.

1965 gibi erken bir tarihte, alkolizmi çok boyutlu bir bakış açısından tedavi etme ihtiyacı konusunda bir rapor yazdım. (Lazarus, 1965a) 1966’da, sonradan “dar bant davranış terapisi” olarak adlandırdığım şeyle ilgili kuşkuya düşmüş durumdaydım ve “Ge-

niş spektrumlu davranış terapisi ve agorafobinin tedavisi” adlı eserimi yayınladım. (Lazarus, 1966) Bu makale yalnızca dar uyarın-karşılık formülasyonlarını sorgulamamıştır aynı zamanda da ikili etkileşimlerin veya kişilerarası sistemlerin agorafobinin oluşumunun ve sürdürülmesinin ayrılmaz bir parçası olduğu kavramının da ayrıntılarına girmiştir. Sonradan hazırlayıcı izleme araştırmalarını yürüttükten sonra dar bant davranış terapisinin devamlılığını ciddi bir şekilde sorguladım. “Bilişsel davranış terapisi” olarak adlandırılmaya başlanan kavramın ilk metinlerinden biri olan *Davranış Terapisi ve Ötesi* (Lazarus, 1971) adlı kitabımda bir “geniş spektrum” yaklaşımını savundum.

Geleneksel davranış terapisinin sınırlarının dışında gözüyle bakılan teknikleri kullanma nedeni, daha sistematik izlemelerin, yalnızca davranışsal yöntemlere maruz kalmış kişiler için hayal kırıklığı yaratacak derecede yüksek nüksetme oranı göstermiş olmasıdır. Terapötik gelişimlerini korumuş olan o bireylerin vaka notlarına başvurulunca görülmüştür ki bu insanlar “büyük ihtimalle terapinin sonucu olarak hayata karşı farklı bir bakış açısına, farklı bir hayat felsefesine ve daha fazla özgüvene, bunların yanı sıra da daha geniş bir kişilerarası ve davranışsal yelpazeye” sahip olmuşlardır. (aynı eserde – s.18) Davranışsal ve bilişsel yöntemlerin sinerjisi çok daha görünür hale gelmiştir.

İzlemelerin Önemi

Başlangıcından bu yana davranış terapisi literatürü nadiren bir veya iki yıllık sürelerdeki izlemelere atıfta bulunmuştur. Dikkat çekici bir şekilde, uzun vadeli ve sistematik izleme çalışmaları mevcut değildir. İnsanlarla, terapiye son vermelerinden sonraki üç ila beş yılda bile görüşme yapmak zordur. Birçok insanın taşındığı ve yerlerini bulmanın zor olduğu bariz gerçeğini bir tarafa

bırakırsak, bazı insanlar izleme araştırmalarının mahremiyetlerinin bir ihlali olduğunu ileri sürmektedir. Yine de uzun süren tedaviler neredeyse tamamen yeterli izleme verisine dayanır. Ben neredeyse yalnızca izleme *anketlerine* güvenirdim fakat onların yanlış kesinliklere yol açtığını buldum. Eski danışanlarla yapılan telefon görüşmeleri biraz daha güvenilirdir fakat mümkün olduğu kadarıyla yüz yüze toplantıları tercih ederim ve aynı zamanda da eşlerle ve diğer aile üyeleriyle de görüşme yapmaya çalışırım (danışanın izniyle). Danışanın aile üyeleri, işverenleri, arkadaşları ve iş arkadaşları negatif bulguları açığa vurmamak konusunda çok daha az isteksizdirler.

Terapötik süreçlerim son on yıl boyunca herhangi bir diğer unsurdan daha çok izleme araştırmalarımın sonuçlarından etkilendiği görülmüştür. Davranış terapisi teknikleri ne zaman yeterli olur? Ne tür problemlere sahip ne tür insanlar davranış terapisinden fazlasına ihtiyaç duyuyor gibi görünmektedirler? Davranış terapisinin sınırlarının dışına adım atarken hangi etkili “davranışsal olmayan” yöntemler hangi özel tedavi programlarına hangi problemler için, hangi şartlar altında ve hangi bireylerle en iyi şekilde dâhil edilebilir? (kavramsal çerçeve – Paul, 1967) Bu soruların bazılarında verilen cevaplar 1970lerin başlarında başlayan çeşitli izleme araştırmalarından doğmuştur. Özetle davranış terapisi, durumsal krizleri, belli uyum sağlama problemleri, keskin sınırlı fobileri, çeşitli cinsel yetersizlikleri, kesintili alışkanlık bozuklukları, daha az yaygın kaygı ve gerginlik zorlukları ve bazı psikobiyolojik bozuklukları olan insanlar için yeterli görünüyordu. Zor bir süreç boyunca destek veya zor hayat kararları hakkında rahatlatılmaya ihtiyacı olanlar ve girişkenlik ve diğer sosyal becerileri olmayanlar da gevşeme, duyarsızlaştırma, sosyal beceri eğitimi, yanlış anla-

maların düzeltilmesi ve davranış provası gibi davranışsal müdahalelerden kalıcı fayda sağlıyor gibi görünüyordular.

İzlemeler, davranış terapisinin genellikle bazı ciddi şekilde dengesiz bireylerin etkileyici bir gelişme kaydetmesini sağladığını göstermiştir fakat bu kazanımlar çoğu zaman korunamamıştır. (N=19, bunların 13'ü üç yıl içinde yeniden eski haline dönmüştür) Dolayısıyla şiddetli obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireyler taşıyıcı terapisinden, tepki önlemeden ve katılımcı modelleme süreçlerinden, yalnızca birkaç ay veya en fazla bir yıl veya iki yıl içinde eski hallerine geri dönmek üzere faydalanırlar. (Bazı vakalarda destekleyici aylık seansların yararlı olduğu görülmüştür fakat "motivasyon" bir problem haline gelmiştir çünkü çoğu insan fonksiyonlarını bu kadar iyi yerine getirirken terapiye devam etmek için ortada bir sebep görmemiştir). Aralıklarla meydana gelen panik ataklar yüzünden çok kaygılı olan bireyler de davranış terapisi gördükten sonra eski hallerine dönmeye meyilliydiler. Etkileyici olmayan izleme bulguları, kendi kendine zarar verme eğilimleri olan vakalarda ve suçluluk duygusu, öfke, depresyon ve bazen intiharla ilgili mimiklerle birlikte uzaklaşım gösteren insanlar arasında ortaya çıkmıştır. Bağımlılıkların yelpazesinin tümünün üstesinden, üç yıllık bir izlemeden sonra yetersiz şekilde gelinmiştir. (yani ilaçlara, alkole veya yiyeceğe olan bağımlılık)

Tanısal işaretlerden ve nozolojik kategorilerden kaçındığımı belirtmek isterim. Literatürün zenginliği, psikiyatrik işaretlerin yetersiz güvenilirliğini ve şüpheli geçerliliğini kanıtlar. Onları yalnızca, danışanlarım için sigorta formları doldururken veya kurumların talepleri, bu resmi tanısal oluşumlar için olan ihtiyacı gerektirdiği zaman kullanırım. (örneğin mahkemede ifade verirken) Kendi konuşma dilimde, durumsal krizlerden, hafif, orta dereceli veya şiddetli psikolojik dengesizliklere kadar her şey bir

insanın BASIC ID'si boyunca olan dâhil olma derecesi ile yansıtılmıştır. (başka deyişle hem davranış, duygulanım, duyu, hayal, biliş ve kişilerarası ilişkilerin hem de biyolojik ve ilaçlarla ilgili sorunların fazlalıkları ve eksiklikleri)

Özü itibarıyla izlemeler, davranış terapisinin bazı vakalarda önemli ölçüde daha az etkili olduğunu gösterdi. Bu vakalar geniş çaplı kişilerarası (sistemleri) problemlerin kapsadığı vakalardır ayrıca izlemeler, bilişsel yeniden yapılanmanın, yanlış anlamaların düzeltilmesini veya negatif içsel konuşmanın dürüst bir şekilde değiştirilmesini gerektirdiği zaman, davetsiz imgeler kasvetli ve problemlili bir geleceği akla getirdiği zaman ve duygulanımsal tepkiler aşırılıklar tarafından şekillendirildiği zaman (örn. aralıklarla meydana gelen panik ataklarla veya kronik hissizlikle veya duygunun donukluğuyla beraber her zaman hissedilen kaygı) davranış terapisi önemli ölçüde daha az etkilidir. Tekrarlamak gerekirse, davranış terapisi teknikleri çoğu zaman bu karmaşık problemleri düzeltmiştir fakat bu vakaların üçte ikisinden fazlası iki yıl içinde eski haline geri dönmüştür.

Devamlı olarak pozitif sonuçlar elde edecek ilave, sistematik müdahaleleri aramak, profesyonel çabalarımın temeli olmaya devam etmektedir. Başlangıcından beri (Lazarus, 1973b) çok boyutlu yaklaşım, etkileyici sonuçlar ve umut veren izlemeler sunduğu izlenimi veren kapsamlı fakat kullanışsız olmayan bir yönelim sağlamıştır. Bir çok boyutlu terapi yolunun sonuna kadar giden yirmi "karmaşık vakanın" üç yıllık izlemesi (örn. obsesif kompulsif alışkanlıklar, aşırı agorafobi, her zaman hissedilen kaygı ve panik, depresyon, alkol bağımlılığı veya her tarafı ağ gibi sarmış aile ve evlilik problemlerinden muzdarip kişiler) göstermiştir ki bu vakalardan on dördü kazanımlarını korumuşlar veya daha fazla terapi görmeden fazladan ilerleme kaydetmişlerdir. Bu vakalardan ikisi

zaman zaman ilaç tedavisine ihtiyaç hissetmiştir ve bunun için aile doktoruna başvurmuştur. (bir kişi aşırı panik ataklardan muzdaripti, diğeri ise tekrar eden depresyon nöbetlerine yatkındı) Bu vakalardan bir adam, karısı kendisini hâlâ “fazla kompulsif” olarak açığa vurduğu halde kendisini “oldukça iyi” olarak görüyordu. Diğeri üç vaka ise (bir anorektik kadın ve iki alkol bağımlısı) ilk baştaki kazanımlarını korumakta başarısız oldular. Bazıları inatçı görünen karmaşık ve zor vakalardan oluşan bir örnekleme sahip %70 başarılı izleme en çok teşvik eden şeydi. Bir gün, çok boyutlu terapi görmüş insanların on yıllık izlemelerini rapor edebilmeyi umuyoruz fakat üç yıllık sürede gerçek ve dürüst “nörotik bozuklukların” eski haline çok az döndüğünü bulduk.

Zor veya karmaşık vakalarda, “tam bir” çok boyutlu terapi yolunun ortalama süresi yaklaşık 50 saattir. (yani haftalık terapilerle yaklaşık bir yıl terapi) Ciddi şekilde dengesiz insanlar veya özel problemleri olan insanlar ilk başlarda daha sık seanslara ihtiyaç duyabilirler fakat haftada bir, ev ödevi görevlerinin tam bir etkiye sahip olmaları için en iyi aralıktır. Mevcut yönelim aynı zamanda kriz müdahalesine ve kısa vadeli terapiye de çok uygundur. Kendi özel uygulamalarımda gördüğüm danışanların %25’inden daha azı, olabilirse 50 saatlik terapiye gerek duyuyor gibi görünüyordular veya 50 saatlik terapi görmek istiyorlardı. Aşırı bir vakada, neredeyse dört yıl çok boyutlu terapi gören bir danışanım vardı ve bu dört yılın ilk yılı desteğin ve güven inşasının neredeyse tümünü oluşturmuştu. Akıl hastanesindeki, gündüz tedavi merkezlerindeki insanlarla veya zihinsel özürlü insanlarla çok boyutlu terapiyi kullanmadım fakat diğeri insanlar çok boyutlu yöntemleri kullanarak bu ortamlarda sevindirici sonuçlar rapor etmişlerdir. (örn. Brunell, 1978; Brunell ve Young, 1981; Pearl ve Guarnaccia, 1976; Roberts, Jackson ve Phelps, 1980)

Bu kitapta göstermeyi umduğum üzere, çok boyutlu yönelim, bildik çok etkenli ve çok boyutlu değerlendirme ve terapiyaklaşımının ötesine geçer. Bu yönelim, detayları feda etmeden kapsamlı olmayı sağlama alan sistematik bir çerçeve sunar. Ayrıca tanısallık doğruluğu ve terapötik verimliliği destekleyen bir pusula, bilişsel harita ve sürekli çapraz kontroller sağlar. Sağladığı bir diğer şey ise “tüm insanı tedavi etmek için” özel vasıtalar sağlarken “danışanın dilinden konuşmaktır”. Hepsinden önemlisi bu yönelim bireyin içindeki ve kişilerarası (sistemleri) problemleri değerlendirmek ve tedavi etmek için belirlenmiş süreçler sağlar.

Bir Yaşam Tarzı Olarak Eşitlik

Eşitlik prensibi, arkadaş, akraba, meslektaş, öğrenci veya danışan olsun benim tüm insanlarla olan ilişkilerime kişilik veren bir bakış açısidir. Bu prensip, hepimizin temelde birbirine eşit olduğu inancıdır. Bu eşitlikçi bakış açısı, tüm kişilerarası boyuta yayılmıştır. “Üstün insan yoktur – kraliyet aileleri, devlet başkanları, dini liderler, büyük şirketlerin yöneticileri, ünlü aktörler, sporcular, doktorlar, avukatlar veya öğretmenler üstün değillerdir”. (Lazarus ve Fay, 1975)

Bazı insanların diğer insanlardan daha üstün olduğuna inanan terapistler ve özellikle de kendilerini danışanlarından daha üstün gören terapistler belli ki üstünlük ve aşağılık konularında, tüm insanları farklı, gerçekte de eşsiz fakat eşit olarak gören bazılarımızdan çok daha farklı mesajlar vereceklerdir.

Terapide terapist danışanına, bazı insanların birçok alanda üstün yeteneklere ve becerilere sahip olmasının onları üstün insan yapmadığını aktarmayı başardığı zaman danışan birtakım temel değişiklikler yaşar. Ellis’in (1962, 1975, 1977c) uzun yıllar vurguladığı gibi biz, değerli nitelikleri olduğu gibi sınırları da olan ve ha-

taya da düşebilen insanlarız. Hayatı, olağanüstü kapasiteleri için diğerlerine saygı duyarak fakat onları hiçbir zaman ilahlaştırılmadan yaşamak bir insanın temsili bir zevk elde etmesini ve kıskançlık ve kendini aşağılama yerine diğerlerinin başarılarından bir şeyler öğrenmesini sağlar. Bir insan, bazı insanların insan olarak diğerlerinin üzerine yükseltildiği bir dikey insan üstünlüğü modeline taraftar olduğu sürece açgözlülük, güç ve saldırganlık o insanın kişilerarası ilişkilerine egemen olacaktır. Kendinden yüksek seviyede olduğu şeklinde hiç kimseyi hiçbir zaman baş tacı etmemek (veya hiç kimseye tepeden bakmamak) sevgiye, samimiyete ve üretken etkinliklere bağlı olma duygusunu destekler. (kavramsal çerçeve – Fromm, 1976)

Çoğu danışanın terapiye girdiği zaman, hiyerarşik kafa yapısına sahip toplumumuz tarafından bazı insanların diğerlerinden daha iyi olduğu konusunda ve kendilerinin de çoğu kişiden daha aşağı seviyede olduğu konusunda beyni yıkanmış durumda olduğu açıktır. Böyle danışanların çoğu terapisti ilahi bir mevkiye yükseltecektir. (ve pek çok terapist bunu devam ettirecek ve daha da kötüsü buna gerçekten inanacaktır) Başlangıçta belli danışanları üretken etkinliğe doğru harekete geçirmek için bu “ayla etkisinden” yararlanmak faydalı olabilir fakat terapi ilerledikçe, hileye dayanmış olabilecek bir deneyden sonra deneklere verilen bilgi kadar çarpıtılmış algılar hakkında danışanların gözünü açmayı tercih ederim.

Eşitlik felsefesini anlamak ve onu bir insanın yaşam tarzına tam olarak uydurmak kolay değildir. Öncelikle saygınlık tüccarları ve statü arayanlar her zaman her yeredir ve onların tuzaklarına düşmek kolaydır. Ayrıca Batı medeniyetimizdeki herkes, aşağılık-üstünlük bölünmesine bağlanmış dikey bir başarı ölçeği açısından sosyalleşmiştir. Dolayısıyla eşitlik felsefesini duyururken

bugüne dek yaptığım girişimlerde olduğundan daha fazla dirençle karşılaştım. En yaygın tepki samimiyeetime inanmamak şeklindedir. “Üstün insanların olmadığına gerçekten inanmıyorsun”. Okuyucuyu, eşitliğin bir yaşam biçimi olarak kapsamlı ve samimi bir şekilde benimsemesinin genelde onun hayatı üzerindeki ve özelde onun profesyonel yaşamı üzerindeki etkisinin ne olacağı konusunda en ciddi şekilde düşünmeye teşvik etmek isterim.

Bölüm 1

ÇOK BOYUTLU TERAPİ: TEMEL MANTIK VE YÖNTEM

Çok boyutlu terapinin amacı, psikolojik olarak çekilen acıyı azaltmak ve kişisel gelişimi mümkün olduğu kadar hızlı ve mümkün olduğu kadar kalıcı bir şekilde desteklemektir. Psikiyatrik yaftalardan mümkün olduğunca kaçınılırız ve terapötik çoğulculuk için olan ihtiyacı güçlü bir şekilde vurgularız. Eğer varsa birkaç problemin bir tek nedeni veya tek bir “çaresi” olduğunu vurgularken insanın kaygısının çok seviyeli ve çok katmanlı olduğunu da kabul ediyoruz. Fakat çok boyutlu terapi pratisyenleri bu gözlemleri global ve farklılaşmamış açılardan yapmak yerine insan kişiliğini kesintili fakat interaktif boyutlara ayırırlar. Bir insan, her bir bireyi bu özgül boyutlar yoluyla değerlendirerek ve sonra da onlar arasındaki belirgin etkileşimleri inceleyerek ince-

lenen insan ve onun sosyal çevresi hakkında ayrıntılı ve bütüncül bir anlayışı daha güzel bir şekilde elde edebilir.

Yedi Boyut

Biz insanlar hareket eden, hisseden, algılayan, imgeleyen, düşünen ve birbiriyle ilişki kuran varlıklarız. Temelde biz biyokimyasal/nörofizyolojik varlıklarız. Kişiliklerimiz, devam eden davranışlarımızın, duygulanım süreçlerimizin, duyularımızın, hayallerimizin, bilişlerimizin, kişilerarası ilişkilerimizin ve biyolojik fonksiyonlarımızın ürünüdür. Bu boyutların her birinin ilk harfleri BASIC IB kısaltmasını oluşturur. Eğer biyolojik boyuta ilaçlar için “İ” dersek o zaman daha farklı bir kısaltma olan BASIC ID* kısaltmasını elde ederiz. (“İ” harfinin ilaçlar, ilaç tedavisi veya farmakolojik müdahaleden çok daha fazlasını ifade ettiğini hatırlamak önemlidir. “İ” harfi aynı zamanda beslenme, hijyen, egzersiz ve kişiliği etkileyen tıbbi tanuların ve müdahalelerin tam teçhizatını da kapsar.) BASIC ID, “insan kişiliğini” temsil eden alternatif ve tercih edilen bir kısaltmadır.

Çok boyutlu terapi, “BASIC ID’nin” kapsamlı değerlendirmesini ve tedavisini içerir. Bu tarzda çalışarak danışanları tedaviye *uydurmuyoruz*, onun yerine terapiyi danışanın ihtiyaçlarına nasıl tam olarak uyduracağımızı gösteriyoruz. Temel varsayım BASIC ID’nin insan kişiliğinin tüm yelpazesini içermesidir, bir başka deyişle BASIC ID tarafından kapsanılmayacak hiçbir problemin, duygunun, başarının, hayalin veya fantezinin olmadığıdır.[†]

* Türkçe kısaltma yerine, “temel kimlik” anlamına gelen özgün BASIC ID kısaltması kullanılacaktır – e.n.

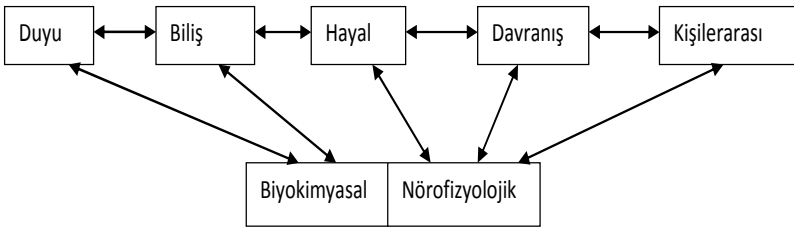
† Sosyokültürel, politik ve çeşitli çevresel faktörler BASIC ID’nin dışında kalır. Bu dış faktörler “kişiliği” etkiler fakat öznel ve nesnel olaylar arasında bariz bir karşılıklı olma durumu olduğu için sosyolojik değişkenler “mizaç ve kişiliğin” bir bö-

Çok boyutlu terapi, belli bir boyut içindeki belli problemlerle veya zorluklarla ilgilenir, aynı zamanda da bu boyut ile diğer altı boyutun her biri ile olan etkileşimle ilgilenir. Bir insanın bilişsel bir değerlendirmeye karşı güçlü duygulanımsal tepkileri harekete geçirdiğini varsayalım. (örn. o insanın psikolojik bütünlüğüne gerçek veya hayal edilmiş bir tehdit) Dolayısıyla bu da davranış-taki, duyudaki ve hayaldeki yansımaları ve aynı zamanda kişilerarası ve biyolojik yansımaları tetikler. Bir başka deyişle bir boyutun dâhil olması veya etkinleştirilmesi daha büyük ölçüde veya daha küçük ölçüde diğer her boyutu etkiler. “Bay Smith’in başı ağrıdığı zaman hastalık hastası olduğu konusunda endişelenir” ifadesinin çok boyutlu detaylandırması aşağıdaki şekilde ilerleyecektir: Bay Smith’in başı ağrıdığı zaman Bay Smith sessiz ve çekingen hale gelir (davranış), kendisini kaygılı hissetmeye başlar (duygulanım), acıyı “içerideki bir çekicinin sıcak çivileri kafatasına çakması” şeklinde deneyimler (duyu) ve kendisinin beyin tümöründen öldüğünü hayal eder (hayal), bu arada da kendisini, doktorların cidden yanlış birşeyi kaçırdıkları konusunda ikna eder (biliş). Bu olaylar süresince Bay Smith tek heceli olarak konuşurken karısı ise onun gözünün içine bakar (kişilerarası) ve aspirinlere ve diğer ağrı kesicilere başvurur (biyolojik). Herhangi bir problemin çok boyutlu detaylandırması yalnızca devam eden zorlukları neyin sürdürüyor olabileceğini ayrıntılarıyla açıklamaz aynı zamanda da bir insanın, tanılanmış problemlerin etkileşimli yönlerini inceleyerek mantıklı terapötik yaklaşımların tam yerini saptamasını sağlar.

lümü değildir. Elbette ki bir insanın BASIC ID’sini değerlendirmek veya değiştirmeye çalışmadan önce o insanın kültürel mirasını bilmek bir zorunluluktur. Nathan ve Harris’in (1980) güçlü bir şekilde vurguladıkları gibi “psikopatoloji ve toplum ayrılmaz bir şekilde birbirine bağlıdır”.

Duygulanımsal tepkilerin yalnızca biyolojik bir bozukluğa (örn. yer kaplayıcı lezyon, endokrinolojik dengesizlik, nörolojik kayıp) bağlı olduğu görece nadir durumlarda tüm BASIC ID hâlâ işin içindedir. Çok çabuk öfkelenmeye ve saldırgan patlamalara sebep olan bir beyin tümörünün hastanın davranışsal repertuarı, diğer duygulanımsal tepkileri, duyuları, hayalleri ve bilişleri ve aynı zamanda kişilerarası ilişkilerinin birçoğu üzerinde bir etkisi olacaktır. (Bu noktada şunu belirtmek isterim ki çok boyutlu değerlendirme BASIC I boyunca boşluk veya uyumsuzlukları gösterdiği zaman, kalan son boyut özellikle ayrıntılı bir araştırma gerektirir. Dolayısıyla bir insan çok boyutlu bir değerlendirme yürüttüğü zaman organik faktörlerin göz ardı edilmesi çok olası değildir. Bu nokta kitabın tanı ve değerlendirme ile ilgili bölümlerinde geniş olarak açıklanacaktır.)

Plutchik'in (1980) gösterdiği gibi duygular veya duygulanımsal tepkiler birey tarafından bilişsel şekilde değerlendirilen bazı uyarıcılar tarafından tetiklenir. Çok boyutlu bir bakış açısıyla, duygusal bir bozuklukla sonuçlanan olaylar dizisi aşağıdaki şekilde ilerleyebilir:



Bir insan öncelikle bir veya daha çok duyusu aracılığıyla bir şey duyar, bir şeye dokunur veya ona bir şey tarafından dokunulur ayrıca bilişsel olarak değerlendirilen birşeyi (bir tehlike veya bir kaybı) ve açık davranışla sonuçlanan (örn. kaç veya kavg et) ve

genellikle başka kişilerarası yansımaları (örn. kaçınma veya kontrol) olan imgeler tarafından yakından izlenen birşeyi (kısa zaman dizilerine rağmen vahim durumların canlı resimlerini) görür, koklar veya tadar. Biyolojik boyut, sistemin içine çeşitli kimyasallar katarak zincirdeki her bir bağlantıyı etkiler. (örn. adrenalin) Çeşitli boyutlar arasında birbirine bağlı etkileşim mevcuttur bu yüzden de oklar her iki yöne giderler.

Duygulanımsal zincir her durumda Duyusal-Bilişsel-Hayalle İlgili-Davranışsal-Kişilerarası sırasını takip etmez. “Canlandırma” sırası herhangi bir boyutla başlayabilir. Dolayısıyla bir insan, hoş olmayan duylara yol açan korkutucu düşünce ve hayallerin basitçe üzerinde durarak bir kaygı atağı başlatabilir. (örn. kalp çarpıntıları ve baş dönmesi) Düşüncesizce davranan insanların, anında kişilerarası sonuçlar doğuran bir şey söyleyerek veya yaparak bir duygulanımsal tepkiyi tetiklemeleri muhtemeldir. Bir insan bir partide aptalca bir sözü ağzından geçirir. Grubun üzerine bir sessizlik çöker ve o kişi gruptakilerin onaylamama havasını anlar. Kişinin yüzü kızarır ve terlemeye başlar, sonra da insanların arkasından kendisi için yapacağı yorumları hayal eder. Kişi kalkar ve odadan dışarı çıkar. Buradaki canlandırma sırası Davranış-Kişilerarası-Biliş-Duyu-Hayal-Davranıştır. Özellik teorilerine boyun eğmeden söylenebilir ki insanlar, değişik durumlarda aynı kalmaya eğilimli olan oldukça iyi tanımlanmış ve tahmin edilebilir bir “boyut canlandırma sıralarına” sahip oldukları izlenimini verirler. İleride göreceğimiz gibi bu durumun, uygun terapötik teknikleri seçmede önemli çıkarımları vardır.

Bir insanın BASIC ID’sinin belli başlı bileşenlerini bilmek – bireyin dikkat çeken davranışları, duygulanımsal tepkileri, duysal tepkileri, imgeleri, bilişleri, kişilerarası bilişleri ve biyolojik eğilimleri – o birey hakkında ve aynı zamanda o bireyin sosyal çevre-

si hakkında çok şey bilmektir. Çeşitli boyutların etkileşimlerini daha fazla anlamak – çeşitli davranışlar duygulanımları, duyuları, imgeleri, bilişleri ve önemli ilişkileri nasıl etkiler ve onlardan nasıl etkilenir – şansa çok az yer bırakan bir tahmin ve kontrol seviyesine erişmek demektir.

BASIC ID, A B C D E F G'nin müzikteki notaları temsil ettiği gibi insan kişiliğinin temel vektörlerini temsil eder. Müzikte H I J K L M N O P yoktur. A B C D E F G'nin kombinasyonları (diyezler ve bemollerle), “yemek çubuğundan” Mozart'a kadar her şeyi sağlar. Ya da kırmızı, sarı ve mavi olan ana renkleri alabiliriz. Çeşitli şekillerde karıştırıldıkları zaman bu renkler, yeşil, turuncu, mor, vb. gibi ikincil renkleri üretirler. Bu nedenle hipotezimiz, insan etinin ve insan ruhunun kendisine mirasçı olduğu her şartın açıklamasının BASIC ID tarafından yapıldığıdır. Sevgi, ümit, güven, hırs, açgözlülük, iyimserlik, neşe, cinsel itki, girişkenlik, hayal kırıklığı, beklenti, öfke, iğrenme, korku, keder, zevk, şaşırma, başarısızlık, dehşet, kibir, benimseme veya insanın deneyimleyebileceği herhangi diğer hareket, duygu, duyu, zihinsel resim, fikir, kişisel bağ veya fiziksel unsur BASIC ID'de bulunur. Örneğin “güven” veya “manevi” bileşenler güçlü bir bilişsel-duygulanımsal bağdan ortaya çıkarlar. Tekrar vurgulamak gerekir ki her bir boyut daha büyük veya daha küçük ölçüde her bir diğerinde mevcuttur. Bu tam olarak “dinamik” bir kişilik kuramıdır. Başka bir insanı “tanımak” veya “anlamak” onun BASIC ID'sine tam erişime sahip olmaktır. Kendini tanıma, kişinin kendi BASIC ID'sinin içeriğinin farkında olması ve aynı zamanda oradaki etkileşimli etkilere bir kavrayış demektir.

Çok Boyutlu Değerlendirmenin Özü

Etkili terapötik müdahale için detaylı ve kapsamlı bir değerlendirme çoğu kez olmazsa olmaz şarttır. “Tanı genellikle tedaviden önce gelmelidir” klişesi, gerçek problemler tanımlandığında etkili çarelerin (eğer etkili çareler varsa) yönetilebileceği bariz gerçeğine işaret eder. İnsan psikolojisinin geçici doğasına ve insan düşüncesinin, duygusunun ve hareketinin karmaşıklığına uyum sağlamak için bazı aşırı karmaşık tanısal süreçler tasarlanmıştır. Bunlar pratisyen klinisyenler için faydasız şeylerdir. Bu süreçlerin bazıları o kadar karmaşıktır ki neredeyse dijital ve analog bilgisayarlara erişim gerektirirler! (1) Hatırlaması kolay olan ve (2) yönetmesi kolay olan detaylı ve kapsamlı bir değerlendirme şeması mevcut mudur? Ayrıca böyle bir şema (3) tedaviye yönelik daha etkili müdahalelere giden yolu açık bir şekilde işaret edebilir mi? Çok boyutlu değerlendirme süreçlerinin bu üç kriteri zorlanmadan yerine getirdiğine inanıyorum.

Örnek olarak bir bireyi değerlendirmek için bize bir saat verildiğini varsayalım. O zaman aralığı boyunca birçok değişik sorunun sorulabileceği açıktır. Bazı kuramcılar sorularında çocukluk anılarına, tuvalet eğitimine ve benzer şeylere yönelebilirler. Diğerleri ise nesnel test maddeleri uygulamayı veya Rorschach’ı yönetmeyi veya canlı içi yolculuğu tasarlamayı seçebilir. Çok boyutlu değerlendirme aşağıdaki konulara odaklanır:

1. Mutluluğunuzla aranızda giren davranışlar hangileridir? Ne yapmaya başlamak istersiniz? Ne yapmaya son vermek istersiniz? Neyi daha çok yapmak istersiniz? (arttırmak) Neyi daha az yapmak istersiniz? (azaltmak) Belli başlı güçlü yanlarınız veya değerli nitelikleriniz olarak neleri görüyorsunuz?

2. Sizi ne güldürür? Sizi ne ağlatır? Sizi ne üzgün, öfkeli, mutlu, korkmuş hale getirir? Belli bir şekilde hissedince nasıl davranırsınız? (örn. üzgün, öfkeli, mutlu veya korkmuş) Kaygı, öfke, depresyon, suçluluk duygusu veya diğer bir “negatif duygudan” rahatsız mısınız?
3. Özellikle neleri görmeyi, duymayı, tatmayı, dokunmayı ve koklamayı seversiniz? Görmeyi, duymayı, tatmayı, dokunmayı ve koklamayı sevmediğiniz şeyler nelerdir? Sık veya sürekli hoş olmayan duyulardan muzdarip misiniz? (ağrılar, acılar, baş dönmesi veya titremeler gibi) Duyusal ve cinsel olarak sizi heyecanlandıran ve heyecanınızı bitiren şeyler nelerdir? Duyularınızın duygularınız ve davranışlarınız üzerindeki etkisi nedir?
4. Kendinizi yakın gelecekte ne yaparken görüyorsunuz? “Öz imajınızı” nasıl tanımlarsınız? “Beden imajınızı” nedir? Kendinizi algılama şekliniz konusunda sevdiğiniz ve sevmediğiniz noktalar nelerdir? Bu imajlar davranışlarınızı, ruh hallerinizi ve duygularınızı nasıl etkiler?
5. Sıkı sıkıya bağlı olduğunuz inanç ve değerlerden bazıları nelerdir? Belli başlı ‘gerekli’, ‘olmalı’ ve ‘kesin olmalılarınız’ nelerdir? Başlıca entelektüel ilgi alanlarınız ve uğraşlarınız nelerdir? Düşünceleriniz duygularınızı nasıl etkiler?
6. Hayatınızdaki en önemli insanlar kimlerdir? Diğer insanlar sizden ne beklerler? Siz diğer insanlardan ne beklersiniz? Hayatınızdaki önemli insanlar sizin için ne yapıyorlar? Siz onlar için ne yapıyorsunuz?
7. Sağlık durumunuzla ilgili endişeleriniz var mı? Beslenme, egzersiz ve fiziksel formla ilgili alışkanlıklarınız nelerdir?

Herhangi bir ilaç tedavisi görüyor musunuz, herhangi bir ilaç alıyor musunuz?

Elbette ki bu sorular az çok BASIC ID'yi izlerler. Bu şekildeki bir saat sorgulamadan sonra oldukça belli başlı ve önemli bilgi toplanacaktır. Açıkçası klinik uygulamada değerlendirme aşamamız bir saatle sınırlı değildir ve her bir boyutta ve boyutların arasındaki etkileşimlerde çok daha derine ve detaya inmek mümkündür. (Daha detaylı maddeler ve BASIC ID'yi kapsayan geniş bir yelpazedeki sorular için bkz. Ek 1'deki Yaşam Öyküsü Anketi)

Çok boyutlu araştırmayı yürütürken zeki klinisyen yalanları, saptırmaları ve diğer tutarsızlıkları kolayca belirleyebilir. Bir BASIC ID anketi terapistin, "kişiliğin" etkileşimli boyutları boyunca danışanın belli güçlü ve zayıf yanlarını belirlemesini sağlar ve her bir alanda kendini tanımanın derecesini açıkça gösterir.

Bir insan davranışsal çıktılarını, duygulanımsal tepkilerini, duygusal zevklerini, hoşnutsuzluklarını, imgelerini, bilişlerini ve kişilerarası yetenek ve eksikliklerini nasıl ve nerede edinir? Bu unsurlar büyük bir çoğunlukla öğrenilirler – geçmiş deneyim yoluyla geliştirilirler ve ilerletilirler ve büyük ölçüde de devam eden ödüllerle korunurlar. BASIC I boyunca olan güçlü ve zayıf yanların tümü ile alacaklar ve borçların tümü, öğrenmenin, şartlandırmanın, modellemenin ve benzer sosyal ve psikolojik süreçlerinin ürünleridir. BASIC I'yı açıklamak için hastalık analogilerinin ve tıbbi modellerin üzerinde duranlar maalesef yanlışlık içindedirler. Fakat ilaç boyutunu göz ardı etmek ve dolayısıyla bu tıbbi ve hastalık çıkarımlarını ihmal etmek de aynı ölçüde risklidir.

Klasik Bir Vaka

1974 yılının başında bir meslektaşım kendisinin ikinci dereceden bir kuzenini görmemi istedi. Bu meslektaşım kuzenini “umutsuz vaka” olarak tanımlıyordu. Danışan 32 yaşındaydı, annesiyle yaşıyordu ve çeşitli korkulardan, yaygın kaygı ve panik ataklardan, psikosomatik problemlerden, saplantılardan ve zorlanımlardan ve hastalık hastalığından muzdaripti. Meslektaşım beni “umutsuz durumda ve duygusal olarak sakat” diyerek bilgilendirdi.

Danışanın annesi ona eşlik ediyordu ve onun “çok gergin” olduğunu söyledi, o zamana kadar her zaman “kırılğan” olduğunu da ekledi. Danışan agorafobikti ve annesi tarafından eşlik edilmeden evden ayrılmıyordu. Tek başına evi terk etmeye çalıştığı zaman çok yoğun bir panik hissediyordu. Hastalık ve ölümle ilgili belli fobileri vardı ve zorlanımlı yıkama ve temizleme törenleri germ fobilerine bağlıydı. Danışanda “bir anlamda tüm hayatım boyunca korktum” olayı olsa da belli başlı korkularının başlangıcının izini, liseyi bitirdiği ve üniversite için ayrılmak üzere olduğu 17 yaşına kadar sürmüştür.

Detaylı bir yaşam öyküsü göstermiştir ki danışan, annesi aşırı koruyucu olan ve babası çoğu zaman içkili ve ağzı bozuk olan tek bir çocuktur. Hayatının ilk yıllarında babasından yabancılaştığını hissetmişti. Yaşı büyüdükçe annesinin koruyucusu rolünü oynadı ve babası annesine karşı terbiyesizce davrandığı zaman çoğu defa araya girdi. Öyle durumlarda annesi ona “sen olmasaydın ne yapardım bilmiyorum” diyordu. 17 yaşındayken bir ikilem yaşamaktaydı. Üniversiteye gitmek istiyordu fakat annesini nasıl bırakacaktı? Panik ataklarının patlamaları ve yaygın kaygı duyguları annesini onunla anlaşmaya sevk etti. Danışan “evi terk etmek için

çok hastaydı”. Görünüşe göre bu da danışanın, annesinin koruyuculuğu işlevini yerine getirdiği ve aynı zamanda ona bebeksi bir bağımlılık geliştirdiği çelişki bir ilişki için zemin hazırladı.

Üç yıl sonra danışanın babası trombozdan öldü. Danışanın annesinin dul kız kardeşi eve taşındı ve danışan artık “çift koruyucu” rolünü üstlendi. Evden annesi olmadan hiç çıkmadığı halde danışan teyzesine ve annesine bakan “evin erkeği”ydi”. Birçok fiziksel rahatsızlıktan şikâyet etmeye başladı ve annesiyle birlikte çeşitli uzman doktorlara gitti. Danışana mide-bağırsakla ilgili tetkikler yapıldı, danışan nörolojik ve endokrinolojik muayenelere girdi ayrıca ona göğüs röntgenleri ve elektrokardiyogramlar gibi birçok rutin test uygulandı. Bu tıbbi testler ve muayeneler herhangi bir organik patoloji göstermedi ve bir yıl sonra (danışan 21 yaşındayken) danışana bakan dâhiliye uzmanı onu bir psikanaliste sevk etti.

Baba aileye 100.000 dolarlık bir hayat sigortası poliçesi artı ordundan bir emekli aylığı ve danışanın analistini haftada birkaç kez görmesini sağlayan birkaç mali varlık bıraktı. Altı yıl ve 50.000 dolar kadar harcamadan sonra danışan psikanalizin kendisine yardımcı olmadığını hissetti. Korkuları, fobileri, zorlanımları, bedensel kaygıları ve aile durumu değişmeden kaldı. Hâlâ arkadaşı yoktu, hâlâbağımsızlığı yoktu, hâlâ gezemiyordu. Evde kaldı, televizyon seyretti, kitap okudu, teyzesiyle oyun kâğıdı oynadı, annesiyle market alışverişine gitti ve banyo törenleriyle meşgul bir şekilde saatler harcadı.

Teyzesinin görümcenin psikoloji okumuş bir oğlu vardı ve yerel bir “davranış terapistini” tavsiye etti. Danışana göre yerinde duyarsızlaştırma, düşünce durdurma ve ilerlemeli gevşeme yolunu benimsemişlerdi. Danışan iki ay sonra annesi olmadan süper-

markete gidip gelebiliyordu fakat panik atak geçirdiği zaman eve geri çekildi ve davranış terapisine son verdi. Sonraki birkaç yıl içinde durumu kötüleşti. Omzundaki yüklerle sıkça yaşadığı ölüm kâbusları eklendi. Zorlanımları ve psikosomatik şikâyetleri sayıca arttı. Annesine karşı öfke patlamalarına yatkın hale geldi. Bana sevk edildiği zaman – psikanalize ve davranış terapisiyle geçirdiği kısa zamana ek olarak – ilaç tedavisi, elektrokonvulsif terapi, birincil terapi, etkileşimsel analiz, transandantal meditasyon ve varoluşçu terapi görmüştü. Hâlâ agorafobiden, çeşitli diğer fobilerden, banyo törenlerinden ve diğer obsesif-kompulsif problemlerden muzdaripti.

Bilim dalının ithamı mı?

Bu danışanda kullanılan çok boyutlu yaklaşımın kendine özgü özelliklerinden bahsetmeden önce kendimize ‘burada ne oluyor’ diye sormalıyız. Bu, iyileşmek istemeyen ve statükosunu korumak için umutsuzca savaşıacak olan bir “dirençli hasta” mıdır? Danışan, çeşitli terapistleri ve terapileri “yenmek” için devriye gezmeye ve “zafer hatıraları” koleksiyonuna daha çok sistem eklemeye devam edecek olan bir “terapist katili” midir? Yoksa yaşam tarzının şu anda “terapide olmasını” gerektiren bir “terapist alışverişi yapan kişi” midir?

Danışan yardım aradığı zaman anlamlı bir biçimde fanatik destekçi olmaktan kaçınmıştır. Yalnızca tanınmış doktorlara, psikiyatristlere, çok saygı duyulan bir psikanaliste ve lisanslı klinik psikologlara danışmıştır. Meditasyon eğitiminin değeri bile sonradan Harvard’dan bir doktor (Benson, 1975) ve Princeton’dan bir psikolog (Carrington, 1977) tarafından belgelenmiştir. O zaman neden acısının hafiflemesini deneyimlemedi? Danışanın ilk terapisti, altı yıllık bir süre boyunca sonuca yönelik herhangi bir kanıt

olmadan aynı ilacın gittikçe daha fazlasını yazarak 50.000 doları almasını nasıl haklı göstermiştir? (Bu terapist bana yazılı bir rapor göndermeyi reddetmiştir fakat telefonda danışanın ana problemlerinin oedipal öncesi çatışmalardan kaynaklandığını açıklamıştır. Konuşmanın geri kalanı benzer bir jargonla ve anlamlı iletişimi engelleyen özellik kuramlarıyla doluydu.) Janov (1972) birincil kuramın, “diğer tüm psikolojik kuramları demode ve geçersiz duruma getiren” “tektedavi” olduğunu iddia ettiği için (s. 19) danışanımızın neden birincil terapiyle tedavi edilmediğini sormaya da hakkımız vardır. Benzer şekilde, yetersiz eğitim almış bir etkileşimsel analizciyi, acemi bir varoluşçuyu, vasıfsız bir davranış terapistini ve benzerlerini görmek yeni başına gelen bir şey midir? Alanımızda bir şeyin ciddi şekilde yanlış olduğu sonucuna varmadan önce busorunu daha ne kadar zamanyok sayabiliriz?

Bazı kuramcılar ve terapistler çeşitli terapötik yaklaşımlar arasındaki ortak yönleri vurgularlar. Ayrıca benzerlikleri ararlar ve değişik sistem ve yöntemlerin örtüştüğü noktaları işaret ederler. Fakat farklılıkları ihmal etmek, kritik bir değişkenin sebebi olabilecek önemli unsurları gözden kaçırmak demektir. Çok boyutlu terapinin birçok psikoterapötik yaklaşımla çok ortak yönü olduğu açıktır. Bununla ilgili özgün bir şey var mıdır? Çok boyutlu terapistler, başka psikoterapistlerin yaptıklarından farklı bir şey yaparlar mı? “Klasik vakaya” geri dönelim.

Çok boyutlu bir şekilde ilerlemek: Nasıl ve nerede müdahale etmek gerekir?

İlk görüşme büyük ölçüde yakınlık kurmaktan ibaretti. Danışanın problemleriyle ve geçmişindeki bazı şeylerle bilgi toplarken aynı zamanda umut aşılama çalıştım. Danışanın morali yüksek değildi. “Depresif” gözüyle bakılacak kadar cesareti kırılmıştı ve

başka bir yararsız girişime başlamak konusunda tereddütlüydü. Bazı insanların, danışanın değişime direnmekte çıkarı olduğunu savunacaklarını ve ona, bana karşı çıkacağını tahmin edip etmediğini veya kendisini benimle işbirliği yaparken hayal edip etmediğini soracaklarını işaret ettim. (Bu soru zıtlasma eğilimlerini ortaya çıkarmak ve bir dereceye kadar boyun eğmeyi desteklemek amacını taşıyordu.) Aynı zamanda benimle veya bana karşı çalışıp çalışmayacağını belirlemek için dört seans yapmamız konusunda anlaşmayı önerdim. İlk görüşmeden sonra kendisine bir Yaşam Öyküsü Anketi yapıldı. İkinci seansın sonunda aşağıdaki Boyut Profilini düzenledim.

<i>Davranış:</i>	Kaçınma Hasta rolü oynamak Hareket kabiliyetinin veya katılımın olmaması Banyo törenleri
<i>Duygulanım:</i>	Korku Panik Kaygı Şiddetli öfke Cesareti kırılmış / depresif
<i>Duyu:</i>	Baş dönmesi, çarpıntılar Titremeler Ağrılar / acılar Vs.
<i>Hayal:</i>	Yetersiz öz imaj Anlaşmazlık içinde olan ebeveynler Sadist bir öğretmenden gelen sataşmalar
<i>Biliş:</i>	“Başka insanlar beni tuhaf ve olağandışı olarak görüyorlar”.

“Hiçbir kadın hiçbir zaman bana yaklaşmayı istemez”.

Bulaşma kavramları

‘Olması gerekli’ ve ‘olmalılar’

Kişilerarası: Çekingen, beceriksiz, inzivaya çekilmiş biri gibi

İlaçlar / biyoloji: Düzenli olarak günde üç kere Valium 10 mg alıyor.

Abur cubur yiyor

Vücudu gevşek, formunda değil, kilolu

Bu üstünkörü profili hazırlamak 10 ila 15 dakika sürdü. BASIC ID boyunca olan belli problemleri yazmanın bir avantajı, tedavi hedeflerini belirlerken ve gelişimi değerlendirirken danışan ve terapist için “detaylı bir plan” sağlamasıdır. İkinci ve en az onun kadar önemli bir avantaj daha vardır: danışanın tedavi süreci hakkındaki bilgisini genişleterek onu eğitme işlevini görür. Bu da danışanın, terapistin geniş bir terapötik stratejiler yelpazesinden bir tane stratejiyi akıllıca bir şekilde seçmesine yardım etmesini sağlar.

Bu danışana mantıklı bir müdahale noktası ne olabilir? Boyut Profilini inceledikten ve danışanın yaşam öyküsü anketini tekrar okuduktan sonra onun Hayal ve Biyolojik boyutlarıyla başlamaya karar verdim. Gereğemi danışanla, onun fiziksel olarak bariz bir şekilde formunda olmadığını işaret ederek paylaştım. Danışan kiloluydu, evde oturuyordu ve çok az egzersiz yapıyordu. Zihnivücut bağlantısını vurguladım ve acil hedefin onun yüksek bir form seviyesine ulaşması olduğunu işaret ettim. En iyi fiziksel şekle yani ideal şekle sahip bir insanın kaygıya ev sahipliği yapmasının veya düşük kendine güvenden veya psikosomatik acılardan muzdarip olmasının çok daha az muhtemel olduğu konusuna