

Psikodinamik Yönelimli Hastane Tedavisi

PSYCHODINAMIC ORIENTED HOSPITAL TREATMENT

Erol GÖKA*, Ayşe Devrim BAŞTERZİ**

* Doç.Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Psikiyatri Klinik Şefi,

** Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.Psikiyatri Kliniği Asistanı, ANKARA

Özet

Ülkemizde psikiyatri kliniklerinin yönetimi ile ilgili yaklaşımlar hastaneden hastaneye farklılıklar göstermektedir. Bazı klinikler tamamen tıpsal bir modele göre yönetilirken, bazıları da tarihsel yaklaşımlarla yönetilmektedir. Bu makalede psikiyatri kliniklerinde yatan hasta tedavilerinde psikodinamik kuramlardan yararlanılması üzerine durulmuştur. Psikodinamik yaklaşımın psikiyatri kliniği yönetimine katkılarında sözedilerek, günümüzde psikiyatri kliniklerinin nasıl bir biçim ve işleyişte olmaları gerektiği ile ilgili sorulara yanıt bulunmaya çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hastane yönetimi, Psikodinamik yaklaşım, Nesne ilişkileri kuramı, Yansıtılmalı özdeşim

T Klin Psikiyatri 2001, 2:13-20

Summary

In our country the approaches to management of psychiatry clinics show differences from one clinic to another. Some clinics are managed due to completely medical model while some use historical approaches. This article is about the therapy of the patients in psychiatry clinics. This article investigate the usage of psychodynamic concepts for treatment of psychiatry clinic inpatients. Function, structure and the management of psychiatry clinics are discussed by means of psychodynamic concepts.

Key Words: Hospital management, Psychodynamic approach, Object relations theory, Projective identification

T Klin J Psychiatry 2001, 2:13-20

Psikiyatri, modern tıbbın bir dalı olma konusundaki mücadelesini, tartışmasız bir başarıyla tamamlamıştır. Son zamanlarda ruhsal rahatsızlıkların sınıflandırılması, tanı ve tedavi yöntemleri alanında rahatlıkla "baş döndürücü" nitelemesiyle özetlenebilecek olan gelişmeler gözlenmektedir ve bunlar psikiyatrinin modern tıbbın güvenilir bir dalı olduğu hakkındaki kanaatleri pekiştirmektedir. Ancak psikiyatri kliniklerinin uygulamalarına baktığımızda, bu kliniklerde çalışan tedavi ekibinin çalışmalarını aynı özgüven içinde sürdürdüklerini ileri sürmek olanaklı değildir. Psikiyatri klinikle-

Geliş Tarihi: 22.08.2000

Yazışma Adresi: Dr.Ayşe Devrim BAŞTERZİ
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
I.Psikiyatri Kliniği
Samanpazarı, ANKARA

T Klin J Psychiatry 2001, 2

rindeki uygulamalar, hastaneden hastaneye büyük değişiklikler göstermektedir. Kimi klinikler, neredeyse bir dahiliye kliniğinden ayırdedilemeyecek şekilde tam bir tıpsal modele göre yönetilirken; kimi klinikler ise genel hastanenin içerisinde adeta birer "ruhsal hastalıklara yaklaşım tarihi müzesi" gibi idare edilmektedirler. Bu kliniklerde demir parmaklıklı kapı ve pencerelerden, tecrit odalarına, gladyatörleri andıran personelden tedavi topluluğundan miras yönetim anlayışına, bilgisayar destekli gelişmiş araştırma tekniklerinden yatak başında yapılan "seyyar şok tedavileri"ne kadar psikiyatri tarihi boyunca gündeme gelmiş hemen her türlü uygulamayı bir arada görmek mümkündür.

Ekonomik güçlerin ve biyolojik psikiyatrinin egemen paradigma olmasının zorlamalarıyla, psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların hastanede yatış süreleri alabildiğine kısalmış, hızlı tanı değerlendirmeleri ve agresif farmakoterapi uygulamaları

gözde tercihler haline gelmiştir. Böyle bir ortamda psikodinamik yönelimli klinik yönetiminden ve insan ilişkilerinin iyileştirici etkisinden bahsetmek oldukça güç ama bir o kadar zorunludur. Çünkü psikiyatri kliniklerinin nasıl bir biçim ve işleyişte olmaları gerektiğiyle ilgili soruya bir yanıt aranırken psikodinamik yönelimin dev mirası göz ardı edilemez.

Günümüzde psikiyatri kliniklerinin nasıl bir biçim ve işleyişte olmaları gerektiği ile ilgili sorular ilgilenenlerinin azlığına rağmen şiddetle yanıt beklemektedir. Bu yazıda, psikodinamik yaklaşımın bir psikiyatri kliniğinin yönetimine nasıl katkı sağlayabileceği üzerinde durulacaktır.

Tarihçe

Psikodinamik yaklaşımın hastane tedavisiyle ilgili olarak öne sürdükleri, bugüne kadar genellikle görmemezlikten gelinmiştir. İlk kez 1929 yılında Simmel, alkol bağımlılığı ve fobisi bulunan hastaları hastane dışına çıkarmaktaki güçlükler nedeniyle, hastanede psikanalitik tedaviden söz etmiştir. Simmel'in kafasındaki model, personelin eğitilerek hastane ortamında da analitik seansa benzer bir ortamın yaratılması esasına dayanmaktadır. Will Meninger 1939'da, doğrudan doğruya psikanalitik ilkelerin hastane tedavisinde uygulanmasını savunan bir anlayış geliştirmiştir. Onun yaklaşımı, hastaların içgörü kazanmasını değil, ajite hastaların saldırganlıklarını ifade edebilmeleri için özel yastıkların hazırlanması gibi ortam değişikliklerini hedefler.

Hilles; hastaların klinik içinde aile üyeleriyle olan çatışmalarını, personelle tekrar yaşadıklarına; hastane ortamında bir tedavi topluluğundan ziyade, yansıtılmış arkaik örüntülerin bulunduğu dikkati çekmektedir. Önerdiği yeni modelde ise uyumsuz davranışların geçmişteki kökenlerini yorum yoluyla açığa vurmayı amaçlamaktadır. Schlesinger ve Holzman, klinik koşullarını terapide konuşulan şeylerin gerçek yaşamdaki sınanma yeri olarak görmüşler ve ortam tedavisinin önemini vurgulamışlardır (1).

Birçok yazar, hastanedeki tedavi sürecinin bütünleyici bir parçası olarak karşı-aktarım üzerinde durmuşlardır. Personelin sanki hastanın ebeveynlerinden biriymişçesine karşı-aktarımsal bir durum içerisine girmesini çok rastlanılan bir durum olarak

değerlendirmişlerdir. Tedavi ekibinin rutin çalışmalarında karşı-aktarımın sistematik bir biçimde açıklanmasının tedavi etkinliğini arttıracaklarını ileri sürmüşlerdir. Bu yazarların ortak olarak savundukları nokta, hastanın içsel nesne ilişkilerinin klinik ortamında yeniden ortaya çıkacağını söylemeleridir. Bu bakış açısı, psikanalitik nesne ilişkileri ve sitemler kuramı ile grup süreci hakkındaki bilgileri bir araya getirerek, hastane tedavisine kapsayıcı bir yaklaşım geliştiren Kernberg'in görüşünü (2) yansıtmaktadır. Bu yaklaşıma göre, her insanda potansiyel olarak varolan yüksek düzeyli nesne ilişkileri, bireysel tedavi ilişkisinde etkinleşirken, daha ilkel düzeydeki nesne ilişkileri kendilerini grup tedavisinde gösterme eğilimi taşımaktadırlar. Uzun süreli hastane yatışları, her iki tedavi biçimine dolayısıyla her düzeyden nesne ilişkilerinin ortaya çıkmasına olanak sağlamaktadır. Bu yaklaşımın asıl kuramcısı Kernberg, önerdiği modelin yaşama geçebilmesi için personelin içsel ve dışsal çatışmalardan aynı ölçüde uzak kaldığı, hastaya karşı dostça ve hoşgörülü bir biçimde ama aynı zamanda ilgili ve fark eden bir bakışla donanmış olduğu "tarafsız" bir hastane ortamına gereksinim olduğunu söylemektedir. Ona göre böyle bir ortam, hastanın içsel nesne ilişkilerini ve onun nasıl denetlenmeye çalışıldığını spontan bir biçimde ortaya çıkararak, tanıyı ve tedaviyi sağlayacaktır.

Tüm bu tarihsel mirasın üzerine son olarak, psikodinamik yaklaşımı çağdaş klinik uygulamalara katabilme konusundaki çabalarıyla tanınan Gabbard, bu yazıda temel alacağımız "psikodinamik yönelimli hastane tedavisi" anlayışını geliştirmiştir (1,3,4).

Gabbard'ın Psikodinamik Yönelimli Hastane Tedavisi

Gabbard, dinamik yaklaşımın; hastanın benlik gücünün, kendisini aile ve toplumsal ilişkilerde gösteren intrapsişik nesne ilişkilerinin, psikolojik işleyiş kapasitesinin ve şimdiki problemlerinin çocuklukta kökenlerinin anlaşılmasını amaçladığını söylemektedir. Bu yaklaşım sayesinde klinisyenin; hastanın bilinçdışı materyalini yorumlayabilme, ileri ego zayıflığı ve/veya organik kökenli bilişsel yakınmaları olan hastalarda ego gücünü arttıran bir bakış geliştirebilme fırsatı elde ettiğini düşünmektedir. Gabbard, çağdaş psikiyatri kliniklerinde

yaşanan gündelik hastane uygulamalarındaki bazı zorunluluklar (hastane tedavisinin bir ekip işi olması ve hastane ortamındaki temel iyileştirici etmenin yoruma dayalı olmaması gibi) nedeniyle, doğrudan doğruya dinamik veya psikanalitik hastane tedavisi gibi bir anlayışın yerine "psikodinamik yönelimli bir hastane tedavisi" anlayışının daha gerçekçi olduğunu düşünmektedir.

Psikodinamik yönelimli hastane tedavisi, klinik ortamının hastanın içsel nesne ilişkilerinin dışsallaşabilmesi için üretken bir ortam olması ve ekibin uygun biçimde eğitilmesini temel alır ve bunun hastanın tedavisinde önemli bir fırsat yaratabileceği sayılına dayanır. Bu modele göre uygulamalarını sürdüren tedavi ekibi, klinikte bakım ve tedavilerinden sorumlu oldukları hastaların psikanalitik gelişim kuramı uyarınca, gelişimsel olarak sorunları olduğunun bilincindedir ve hastalara karşı davranışlarında, her bir hastanın gelişim düzeylerine uygun düşen yanıtlar vermeye çalışmaktadır. Hastane yapısının getirdiği sınırlamalar hastaların çocuksu ve rahatsız edici davranışlarını cezalandırma araçları olarak değil, onların başarısız intrapsişik yapılarının ortaya çıkarabileceği sorunları önleme çabalarının bir parçası olarak görülmektedir. Aynı şekilde personel de hastanın belli başlı sorun alanları olan gerçeği değerlendirme, dürtü denetimi, yargılama, kendilik-nesne ayrışmasının sağlanması gibi alanlarda kendilerine düşen yardımcı ego işlevlerinin ne olduğunu bilmek ve ona göre davranmak durumundadır. Bilinmektedir ki, yatan hastaların hastalıkları ayakta izlenenlere göre daha şiddetlidir; bu yüzden onlara hep bilinen "kendini ifade etmeyi destekleyici" teknikler yerine süperego lakünlerini kapamaya yönelik tekniklerle yaklaşmak gerekmektedir.

Bu yüzden ruhsal aygıtın birer parçası olan id-ego ve süperegodan eşit uzaklıkta kalmak şeklinde tanımlanan klasik tarafsızlık yaklaşımı, sıklıkla denetime gereksinim duyan yatan hasta grubunda terk edilmek zorundadır. Aynı şekilde, hastaya karşı duygusal tutumlardan uzak olmayı gerektiren teknik tarafsızlık ilkesinin de klinik koşullarında uygulanabilmesi olanaksızdır. Ayaktan izlenen bir hastaya karşı bir oturum boyunca belki tarafsız olunabilir ama aynı tutumu, gün boyunca ve günlerce hastalarla, örneğin borderline bir hastanın dizginlenemez öfkesiyle ve regrese bir psikotik hastanın

katastrofik terörüyle tekrar tekrar karşılaşan klinik ekibinden beklemek açıkça haksızlıktır.

"İfade edici" (expressive) analitik tekniklerin temellerinden olan yorum da yatan hastalarda doğrudan kullanılmamaktadır; yorumlar daha ziyade yüzleştirmeler, netleştirmeler, ego destekleri, gerçeğe dayalı öğütler, klinikteki gündelik yaşamla ilgili yönergeler şeklindedir. Klasik anlamda yorum yapılabilmesi için, bir hastanın belli bir psikolojik zihinliliğe, soyutlama yeteneğine ve zekaya sahip olması gerekmektedir. Oysa klinikte yatan hastalar, çoğu kere organik kökenli olan bilişsel sorunları olan kişiler ya da düşüncelerini organize edemeyen psikotiklerdir (1).

"Aktarım-karşıaktarım modeli" ve yansıtılmalı özdeşim

Gabbard, psikodinamik yönelimli hastane tedavisi anlayışına "aktarım-karşı aktarım modeli" adını verir. Gabbard, modelini temellendirirken bir hastanın hastanedeki kişilerarası etkileşimlerini, ailesindeki geçmiş yaşantılarını ve şimdiki hastane dışı yaşantısını kaçınılmaz bir biçimde yansıtacağı gerçeğinden yola çıkar. Yani bir başka deyişle, Gabbard'ın modeli, hastanın içsel nesne ilişkilerini yansıttığı düşünülen aktarımın ve karşı aktarımın sistemli bir şekilde anlaşılması esasına dayanır. Ona göre hastane ortamında oynanan hastane tedavisinin draması, hastanın içsel nesne dünyasının tiyatrosundan türemektedir (1).

Hastanın klinik ortamına yansıyan içsel nesne ilişkileri, kendilerini en iyi yansıtılmalı özdeşim ve bölünme düzenekleri aracılığıyla tanımlanabilir hale gelir (4,5). Dikkat edilecek olursa, Gabbard'ın kalkış noktası, ana motiflerini terapistle hastanın ilişkisi bağlamında ele alan bireysel analitik tedaviye çok benzemektedir. Fakat hastane tedavisinde hastanın kendilik ve nesne tasarımları, tek bir terapistte değil de, tedavi ekibinde yer alan öteki kişilere ve hastanede yatan diğer hastalara dağılmış olduğundan ortada bireysel psikoterapiden daha karmaşık bir durum vardır.

Yansıtılmalı özdeşim, oldukça tartışılmalı bir kavramdır (6). Gabbard, hastane tedavisi modelini geliştirirken çok önem verdiği bu düzeneği, Ogden tarafından tanımlanan üç aşamalı şemaya (7) göre ele almaktan yanadır. Yansıtılmalı özdeşim düzeneği sayesinde hasta, kendilik ve/veya nesne tasarımları

larını dışsallaştırarak, kendisiyle ilgilenenlere ve öteki hastalara yükler; onlar da hastanın kendilerine yansıttıkları yanlarla özdeşim yapmaya başlarlar; böylece hastanın içsel dünyası, klinik ortamındaki kişilerarası ortamda biteviye yinelenip durur. Yansıtımlı özdeşimin üçüncü aşamasında ise, hastayla ilgilenenler, yansıtılmış materyali kendi içlerinde işlerler ve sonuçta hasta, kişilerarası ortamda değişik biçimlerde ortaya çıkmış olan kendilik ve nesne tasarımlarını yeniden kendi içine alır.

İşte Gabbard'ın "aktarım-karşıaktarım modeli", yansıtımlı özdeşimin bu üçüncü aşamasındaki yeniden içe alım sürecine müdahale ederek, psikodinamik yönelimli klinik yönetiminin hastayı, almakta olduğu diğer tedavilerden ayrı olarak tedavi edici bir değeri olduğunu vurgulamaktadır. Tedavi ekibi, eğer psikodinamik yönelimin sağladığı bu fırsatı kavrayabilecek bir tarzda eğitilebilirse, yansıtımlı özdeşimin üçüncü aşamasının yani hastanın istediği ve alışık olduğu patolojik işleyişinin önüne geçebilecek, en azından daha az patolojik nesne ilişkilerinin hasta tarafından içselleştirilerek yeni ve farklı bir kişilerarası ortam yaratabilecektir. Buna göre, ideal koşullarda çalışan bir klinik ortamında klinik personelinin amacı; hastalarla onların içsel nesne tasarımlarının öngördüğü biçimde tepki almaya çalışan, provokasyonlardan kaçınabilen bir ilişki tarzı geliştirmek olmalıdır. Personel, hastanın klinik dışı yaşamında yansıtımlı özdeşim düzeneği sayesinde kolaylıkla manipüle edebildiği insanlar gibi davranmamalı, hastanın yeni ve daha sağlıklı nesnelere ve yeni bağlantılanmışlık biçimleri oluşturmasına katkıda bulunmaya çalışmalıdır.

Elbette başlangıçta klinik çalışanları, hastanın içsel nesne dünyasına uygun tutumlar takınabilirler fakat hastanın yansıtımlarıyla özdeşleşmek yerine onları kabul eden, alan, içeren bir farkındalık düzeyinde olmalıdırlar. Böyle yapmakla yansıtımlı özdeşimin dayattığı fasit daire kırılacak, hasta kendisine klinik dışı yaşamındaki insanlardan farklı yanıtlar veren bir ekiple karşılaşabilme fırsatı yakalayacaktır. Yani klinik personeli, hastanın dans davetine katılmak yerine, kişilerarası süreci anlamaya çalışan bir tutum izlemelidir (1).

Ancak tedavi ekibinin hastaya karşı göstermiş olduğu her davranışı, yalnızca hastanın yansıtımlı özdeşimi sayesinde yansıttığı nesne ilişkileriyle

açıklamak, sorunu aşırı basitleştirmek olacağı gibi doğru da değildir. "Aktarım-karşıaktarım modeli"nde, tedavi ekibi hastaların yol açtığı güçlü duygulara açık olmak zorundadır; bu da bizi doğal olarak, bu kez hastanın değil de ekip içinde yer alan kişilerin iç dünyalarına doğru götürecektir. Aktarımın olduğu kadar karşıaktarımın da incelenmesi, sürecin ayrılmaz bir parçasıdır. Personel, hastanın kendilik ve nesne yansıtımlarının ve duygularının depolayıcısı (özdeşim yapıcısı değil) olarak hizmet verebilme konusunda kendisini özgür bırakmalıdır; hastaya karşı olumsuz duygularının ortaya çıkmasını hep engellemeye ne yaparsa yapsın hastayı sevmeye çalışan "hastaya adanmış hekim" rolünü reddetmelidir. Eğer tedavi ekibinin üyeleri hastaya karşı duygusal tepki vermeme konusunda aşırı denetimli olurlarsa, hastanın içsel nesne ilişkilerini saptamaya yönelik tanı süreci çatlayabilecek, tedavi süreci bilmecemsi bir hal alabilecektir. Çünkü hasta böyle bir ilişki sürdüren ekip üyesini, kendisiyle etten ve kemikten tüm bir nesne olarak ilişkiye katılan sahici bir kişi gibi algılamayacaktır. Gabbard'ın modelinde esas olan, ekip üyesinin hastaya karşı spontan tepkiler vermesi, daha sonra bu tepkilerinde geçmiş ebeveyn rol yinelenmelerinin ve özdeşimlerinin aranması ve en sonunda da, hastanın yeniden içe alımı için bu tepkilerin uygun biçimde değiştirilerek etkileşim içinde sunulabilmesidir (4).

Karşıaktarım tepkilerine açıklık, benzer şekilde grup içinde de olmalıdır. Yani klinikte lider konumunda bulunan kişilerin de bu durumda personelin hastalara karşı çeşitli duygusal tepkilerini eleştirisiz ve kabul edici bir biçimde karşılamaları gerekmektedir. Liderler, personelden yalnızca hastalara iyi tedavi hizmeti vermekle görevli oldukları, bunun için de kişisel duygularını içlerinde tutmaları gerektiği gibi bir beklenti içinde olursa, böyle bir tutum birçok ruh sağlığı çalışanının zaten hipertrofiye durumda süperego yapılarında yankı bulacak, onların kabul edilemeyen duygularını ve özdeşimlerini geri iten, baskılayan, bölünmeye uğratan içsel savunmalarını harekete geçirecektir. Bu nedenle Gabbard, kliniklerdeki ekip toplantılarında giderek yalnızca davranışsal yönelimli planlar yapılmasına şiddetle karşı çıkmakta; ekip üyelerinin hastaya yönelik duygusal tepkilerinin açıklıkla ve anlayış içerisinde tartışılması gerektiğini savunmaktadır. Ona göre, eğer ekip toplantıları

yalnızca görev yönelimli yönetsel oturumlar halinde geçerse, aktarımın ve karşıaktarımın konuşulmasına hiç yer verilmezse, bu durumun klinik işleyişinde sorunlara yol açması kaçınılmaz olacaktır; böyle bir klinik yönetiminin kendisinin bir tedavi değeri bulunmayacak, klinikler diğer tedavilere uygun bir ortam sağlamak için vakaların idare edildiği yerler olarak nitelenmek durumunda kalacaktır (1).

"Aktarım-karşıaktarım modeli"nde liderin tutumu çok önemlidir. Lider, duygularını ortaya koymada ve onların içsel nesne ilişkileri ile bağlantısını kurmada model olmalı, ekibin hasta ile ilgili duygularını kabul etmeli, bunları asla çözülmemiş çatışmaların dışavurumu olarak görmemelidir. Bir ekip üyesi ilgilendiği hasta ile ilgili duygusunu dile getirdiğinde lider, "Hasta, acaba neden sizde böyle duygular uyandırmaya gereksinim duymuş olsun?", "Hasta, böyle davranmakla yaşamındaki neyi tekrar ediyor; geçmişindeki hangi figürü sizinle özdeşleştiriyor olabilir?", "Hastanın sizde uyandırdığı bu duygulardan, eşinin ve dostlarının ona nasıl tepkiler vermek zorunda kaldıklarını anlamamızda, nasıl yararlanabiliriz?" gibi sorular sormalıdır. Yine lider, ekibin her bir üyesinin hastayla ilişki kurma stilini, hangi hastalara ne türden karşıaktarımlar oluşturduğunu biliyor olmalıdır.

Elbette elden geldiğince hastaya karşı nesnel bir tutum takınmanın ideal olduğu söylenebilir ama zamanının önemli bir bölümünü klinikte hastalarla paylaşmak durumunda kalan tedavi ekibinden böyle bir nesnel tutum beklemek haksızlıktır. Paylaşılan klinik yaşantı içerisinde, ekip üyelerinin hastalara karşı olumlu ya da olumsuz güçlü duygular hissetmeleri kaçınılmazdır. Bu durumda böyle duyguları önlemek yerine, onları tanı ve tedavide aracı olarak kullanmak daha gerçekçi ve yerinde bir tutum gibi görünmektedir. Burada bir de güçlü duygular hissetmekle onları eyleme dökmek ya da ani tepki vermekle oluşan duyguları bir an için içinde tutarak yanıt vermek arasında ayırım yapmanın önemine işaret etmek gerekmektedir. Ekip üyelerinin hastalara karşı hissettikleri yıkıcı ve cinsel doğadaki duygularını asla eyleme sokmamaları ama onları mutlaka kendi aralarında tartışmaları gerektiği öğütlenmelidir. Ancak böyle yapılabildiğinde bu duyguların hastanın içsel nesne ilişkilerinin anlaşılıp tanınabilmesinde önemli işlevleri

olacağı ekibe anlatılmalıdır. Bu sayede ekibin karşıaktarım özdeşimlerine daha az eğilimli olması ve hastanın tedavisinde gerçekten de o hep istenilen nesnelliğe ulaşabilmesi olanaklı hale gelecektir. Ekip üyelerinin hastalara karşı duygularını ve suçluluk hislerini kimseyle konuşmayarak yadımaları halinde bilinmelidir ki, hastalar böyle iletişimlerini anlama konusunda tedavi ekibinden çok daha uzadıkları ve giderek paranoidleşebilirler (1).

Bölünme ve onunla başetme yolları

Psikodinamik yönelimli klinik yönetiminin anlaşılmasında önemli olan bir diğer savunma düzeneği de bölünmedir. Bu ifade, "klinik ortamı, hastanın kendilik ve nesne tasarımlarının dışlaşmasına olanak sağlayarak onun bölünme düzeneğini nasıl kullandığını tanımamız ve dolayısıyla tedaviye katkıda bulunmamız için bir fırsat sunar" diye de okunabilir.

Psikodinamik literatüre son zamanlarda girmiş olan bölünme düzeneği hakkında yapılan araştırmalar bu düzeneğe yalnızca sınırdaki kişilik bozukluğunda değil, öteki birçok kişilik bozukluklarında ve psikiyatrik rahatsızlıklarda da sıkça başvurulduğunu ortaya koymuştur. Tedavi ekibinin üyeleri, bir anda kendilerini hastalardan birine karşı gerçek durumla hiç de ilgili olamayan bir biçimde kutuplaşma düzeyinde taraf hissedebilirler. Hasta tedavi ekibinin bir grubu için bir kendilik-nesne tasarımı konstellasyonlarını, geri kalan ekip üyeleri için bir başka kendilik-nesne tasarımı konstellasyonlarını temsil etmektedir. Tedavi ekibindeki bu bölünmede, elbette yansıtma özdeşimin de payı vardır. Tek başına bölünme düzeneği işliyor olsaydı, üyeler hızla bu durumu farkederek hastanın bölünme düzeneğini bozarlardı ya da bölünme düzeneği belirgin bir etki yaratmadan geçirtilirdi. Bir başka deyişle bölünme düzeneğine yansıtma özdeşim de yardım etmekte; hasta farklı ekip üyelerine farklı içsel tasarımları yansıtarak, ekip üyelerinin farklı tasarımlarla özdeşleşmelerine ve ona göre tepki vermelerine neden olmakta, bu sürecin doğal sonucu olarak ortaya ekipte bölünme olgusu çıkmaktadır. Hangi ekip üyelerinin hangi yansıtma ve özdeşimlere maruz kalmasını belirleyen ise karşıaktarım tepkilerindeki farklılıklardır. Ekipteki bölünme kendisini çeşitli biçimlerde örneğin, hastanın tartışıldığı bir toplantıda açığa vurabilir. Ekip, bir bakar ki, üyeler "acaba biz aynı hastadan mı

bahsediyoruz?" diyecek kadar farklı kutuplara itilmişlerdir; çünkü herbiri hasta tarafından yazılmış senaryodaki rollerinin gereğini yerine getirmekte, yansıtımlı özdeşim düzeneğinin yapısı gereği kendilerini böyle davranmaya zorunlu hissetmektedirler.

Ekip üyelerinin birbirlerine karşı öfkeli ve zor anlar yaşamasına neden olan bu durum aslında hastanın içsel dünyasının kişilerarası alana yansımından başka birşey değildir ve bu sayede hastanın iç dünyasını ve kişilerarası ilişki biçimlerini doğrudan kavrama olanağı bulunmaktadır.

Gabbard'ın "aktarım-karşıaktarım modeli"ne göre, hastanın içsel tasarımlarını yansıtmak için seçtiği ekip üyeleri rastgele seçilmemişlerdir. Hastalar çeşitli ekip üyeleri arasında önceden varolan gizil çatışmaları araştırıp tesbit etme konusunda inanılmaz bir yeteneğe sahiptirler. Çoğu zaman klinikte bölünme, ekibin iyiliğini düşünen ve yönetimsel alana göndermede bulunan ekip üyeleri ile hastanın iyiliğini düşündüklerini söyleyen ve bireysel alana göndermede bulunan ekip üyeleri arasında ortaya çıkmaktadır. Tüm ekip bölünmeye maruz kalma açısından risk altındadır ancak çoğu kere psikoterapist ideal figür haline getirilirken, diğer üyeler hasta tarafından duyarsız ve cezalandırıcı olarak değerlendirilir. Bu bölünmenin sonucunda da bazan ekip hastanın terapistini, tedavinin planlanması sürecinden dışlayabilir; "kötülüğü" ve yetersizliği ekibin dışındaki psikoterapistte yükleyerek birliklerini güçlendirme yoluna gidebilirler. Böyle bir süreçte, bölünme düzeneği hesaba katılmazsa, terapist ile ekip arasındaki uçurum giderek açılacak, tıpkı hastanın içsel nesnelere gibi onlar da bütünleştirilemeden kalacaktır. Her gruplaşmanın doğası gereği taşıyacağı regresif nitelik, bu arada sürecin daha da olumsuz seyretmesine hizmet edecektir.

Grup, bu şekilde parçalanma noktasına geldiğinde, ekibin buna bulduğu çözüm, çoğu zaman hastanın suçlanmasıdır. Oysa bu, gerçek bir çözüm değildir çünkü hasta bölünme düzeneğine, bilinçdışı bir biçimde ve yalnızca emosyonel canlılığını sürdürürebilmek uğruna başvurmaktadır ve asla suçlanmayı hak etmemektedir (1,5). Klinikte bölünmeyle başedebilmek için, daha bilinçli ve ilkesel bir tutuma gerek vardır.

Klinikteki bölünmeyi ele alma konusundaki ilk ilke, bölünmenin tamamen önlenmesinin olanaksız olduğunun ve zaten istenmediğinin ekip üyelerince kabul edilmesidir. Öteki savunma düzenekleri gibi bölünme de, hastayı başa çıkamayacağını sandığı tehlikelerden korumaya yöneliktir. Bu nedenle önemli olan bölünmeyi önlemek değil, bölünmenin tedaviyi engelleyici bir hal almasının, ekip içerisinde onarılamaz ilişki sorunlarına neden olmasını önleyebilmektir.

Bir psikiyatri kliniğindeki tedavi ekibi, çeşitli ruh sağlığı disiplinlerindeki kişiler tarafından oluşmuştur ve doğal olarak disiplinlerarası gizil rekabet, bölünmenin yeşerebilmesi için çok uygun bir ortam oluşturmaktadır. Gabbard, Kernberg'i izleyerek, tedavi ekibinde yer alan üyelerin hem disiplinlerinin gereği olarak özgün tedavi görevleriyle ve hem de bir aktarım nesnesi veya yanıtın alıcısı olarak hizmet etme yükümlülükleri bulunduğunu düşünmektedir. Hastalar da bu ekip havasını bilmeli, hissetmeli, söyledikleri birşeyin diğer ekip üyelerine daha etkili bir tedavi planı için aktarılacağı farkında olmalıydılar. Bu nedenle Gabbard, "aktarım-karşıaktarım modeli"nin disiplinler arasındaki ortak dile bir temel sağlamak üzere, tüm disiplinlerin kesişim yerinde nesne ilişkileri kuramı üzerine inşaa olduğunu söylemektedir (1).

Bölünmeyle başedebilmek için ekibin yapması gereken en önemli şey eğitimidir. Klinikte çalışan tüm ruh sağlığı elemanlarının bölünmenin ne olduğundan ve onun kliniğe yansıma biçimlerinden kesinlikle haberdar olması gerekmektedir. Eğer bölünme konusunda ekip fikir sahibi değilse, elbette bölünmenin yarattığı sorunların çözümünde ekipte umutsuzluk havası ortaya çıkacaktır. Ama bu konuda belli bir farkındalık sağlanabilmişse, ekip üyeleri hastanın yansıttığı nitelikleri içerebilmeye (onlar için taşıyıcı olabilmeye) ama onları eyleme dönüştürmemeye yöreklendirilebilirler. Aynı şekilde hastaya karşı hissedilen yoğun duyguların da bu bakışa göre gizlenmesi değil ortaya konması ve tartışılması daha uygun olacaktır. Böyle bir farkındalık ve çalışma düzeni içerisinde ekip üyeleri diğer üyelerin gözden düşmesine neden olacak idelleştirmeleri reddederek sorunların çıkmasını daha baştan engelleyecek ve giderek kendileriyle ilgili hastaya yansıttıkları karşıaktarım tepkilerini denetleyebilmeyi öğreneceklerdir.

Bunlardan ayrı olarak psikoterapist de dahil olmak üzere ekip üyelerinin düzenli ve sık olarak toplanmaları, kliniğin haftalık rutinleri arasında yer almalıdır. Psikoterapistler, kendilerini mutlaka ekip-ten birisi olarak hissetmeli, ekibin yönetimle ilgili kararlarına ortak olmalıdır. Sanılan aksine güvenilirlilikle ilgili kaygılara katı bir bağlılık göstermek, hastanın bölücü eğilimlerini besleyebilir.

Bilindiği gibi majör karakter patolojilerinin tedavisindeki ana amaç, bölünmüş nesne ve kendilik tasarımlarının birleştirilmesidir. Bireysel psikoterapi sırasında bölünme ile ilgili yorumlar, hastanın kendisi ve başkaları hakkında daha uygun, gerçekçi bir bakış kazanmasına yardımcı olabilir. Fakat klinik ortamında grup düzeyinde meydana gelen bölünme olgularının ortadan kaldırılmasında tek başına yorum ender olarak yeterlidir. Yatan hastalar için yapılan yorumu, ekibin etkileşimleri düzeyinde yapılacak diğer girişimlere yardımcı olarak ele almak en doğru tutum olacaktır. Psikoterapistin hastanın içsel dünyasına yaklaşımının hastane tedavisindeki mütakabili ekip üyelerinin hastanın dışsal nesnelere düzenlemek ve bütünleştirmek için gösterdikleri çabadır.

Ekibin içinde kutuplaşmaları engelleyen böyle bir işbirliği başlangıçta hastadaki bunaltıyı arttırabilir fakat aynı zamanda hastaya kötü sonuçlara yol açmaksızın kişilerarası ilişkilerde olumsuz duyguların da bulunmasının doğal olduğu mesajını da iletebilir.

Kimi zaman bölünme ekip üyelerinin asla birbirleriyle karşılaşmak istemeyecekleri kadar emosyonel gerilim yüklü olabilir. Böyle durumlarda tartışmayı yürütmek için nesnel bir konsültandan yardım istenebilir. Bu tür toplantılara mutlaka bölünme sürecinde yer alan tüm üyelerin katılmaları gerekmektedir. Konsültan, gözlemci ego rolünü üstlenmeli, katılanları bölünme esnasındaki işlevlerini aynen sergilemeleri için yüreklendirmelidir. Ekip üyeleri, bu toplantılara diğer üyelerin söylediklerinde de haklılık payı bulunabileceği, önemli olanın kendisinin haklı çıkması değil, hastanın sağlığı olduğu bilinci içinde gelmelidir.

Gabbard'ın "aktarım-karşıaktarım modeli"ne göre, klinik içindeki bölünmeyle başedebilmek için, düzenli ekip toplantılarının yanı sıra personelin hastalarla, hastaların kendi aralarındaki etkileşimleri gözlemleyebilmek için benzer şekilde

hastalarla da toplantılar yapılmalıdır. Klinikte hastalarla yapılan bu grupların odaklandığı temalar klinikteki hastaların tanısall kategorilerine ve ego güçlerine bağlı olarak değişmekle birlikte, genelde hastaların intrapsişik güçlükleriyle, hastane ortamındaki çatışmaları arasındaki kesişimin görülmesi ve gösterilmesi amaçlanır. Bu toplantılar, hastaların gündelik yaşamları sırasında ortaya çıkan kişilerarası güçlüklerle odaklanmalı; buradan, aktarım sorunlarına hiç dokunmadan, hastanın intrapsişik çatışmaları ve yetersizlikleri anlaşılmasına çalışılmalıdır (1, 8).

Eğer tüm bu ilkelere uyulabilirse, giderek ekip kendisini her bir üyenin ayrı bir parçasını oluşturduğu ve zaman içinde netlik kazanmaya başlayan bir bulmaca olarak görmeye başlayacaktır. Ama kabul etmek gerekir ki, tüm çabalara rağmen bazı içsel nesnelere bütünleştirilemezler, dolayısıyla bazı bölünmeler tamir edilemez; kimi dışsal nesnelere hiçbir zaman biraraya gelmezler.

Bölünme ne kadar erken fark edilirse düzeltme şansı o kadar yüksek olacaktır. Bunun için ekip toplantılarında dikkat edilmesi gereken erken uyarı sinyalleri şunlardır:

1. Bir ekip üyesi, hiç beklenmedik bir anda ve kendisinden umulmadık bir biçimde bir hastaya karşı cezalandırıcı bir tutum içine girmiştir.
2. Bir ekip üyesi, hiç beklenmedik bir anda ve kendisinden umulmadık bir biçimde hastaya karşı müsamahakarlaşmıştır.
3. Bir ekip üyesi, hastayı her türlü eleştiriye karşı savunmaya başlamıştır.
4. Ve hastayı kendisinden başka kimsenin anlamadığını düşünür hale gelmiştir..

Sonuç olarak, Gabbard'ın hastane tedavisi için önerdiği, "aktarım-karşıaktarım modeli", tedavi ekibinin hastadan aldığı yansıtılmış yanlarla yaptığı bilinçdışı özdeşimlerin, farkına varabilmek için ekiple birlikte bir işbirliği ortamında ele alınması esasına dayanmaktadır. Bu şekilde dışsal nesnelere arasındaki açıklık hastanın lehine düzelmeye başladıkça, hastanın iç dünyasındaki bölünme de giderek ortadan kalkacaktır. Hastanın yansıtılmalı özdeşim düzeneğine düzeneğin üçüncü aşamasında müdahale edilmektedir ve ekip üyeleri hastanın yansıttığı tasarımları hastanın ruh sağlığı için uygun bir hale getirerek davranışa dönüştürmekte-

dirler. Eğer hasta, ekip üyelerinin bu uygunlaştırdığı kısmı yeniden içselleştirebilirse, kendi lehine bir durum ortaya çıkacaktır. Böylece klinikteki tedaviden en yüksek oranda faydalanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gabbard G.O. Treatments in dynamic psychiatry III: Dynamically informed hospital treatment. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990: 124-46.
2. Kernberg OF. Psychoanalytic object-relations theory, group processes and administration: toward an integrative theory of hospital treatment. *Annual of Psychoanalysis* 1973; 1:363-88.
3. Gabbard GO. A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:1291-95.
4. Gabbard GO. The therapeutic relationship in psychiatric hospital treatment. *Bulletin of Menninger Clinic* 1992; 56:4-19.
5. Gabbard GO. Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry* 1989; 146:4:444-51.
6. Demirergi EN, Göka E, Özbay H. Yansıtımlı özdeşim kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4:2:109-12.
7. Ogden TH. On projective identification. *International Journal of Psycho-analysis* 1979; 60:357-73.
8. Kibel HD. Inpatient group psychotherapy -where treatment philosophies converge. *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 1987; 2:94-116.