

TERAPİSTLERİN PRATİKTE KARŞILAŞTIKLARI SORUNLARA İLİŞKİN
YOL GÖSTERİCİ BİR KAYNAK...



Klinik Görüşmeye Giriş

Temel psikolojik danışma becerileri nasıl kazanılır?

Terapi nasıl planlanır, geliştirilir ve değerlendirilir?

Terapi sürecinde etik kurallar ne olmalıdır?

Klinik çerçeve hangi ilkeler ile oluşturulur?

Terapi odası nasıl düzenlenmeli?

Süpervizyon desteğinin psikoterapistte sağladığı faydalar nedir?

Editör: Elif EROL

Klinik Görüşmeye Giriş

KLİNİK GÖRÜŞMEYE GİRİŞ

Editör: Elif EROL

Yayın Koordinatörü

Ahmet DÜNDAR

Yayın Yönetmeni

Zeynep Özlem YEŞİLOVA

Kapak Tasarımı

Yunus KARAASLAN

Sayfa Düzeni

Mehmet Ali ÇELİK

1. Baskı: İstanbul, 2018

İDEAL KÜLTÜR YAYINCILIK

Reklam ve Organizasyon San. Tic. Ltd. Şti.
Topkapı Mah. Kahalbaş Sok. No:31/1 Fatih -
İstanbul

Tel: +90 212 528 85 41

Faks: +90 212 528 85 47

www.idealkultur.com

bilgi@idealkultur.com

Kültür Bakanlığı Sertifika No: 12669

Baskı

OPTİMUM BASIM SAN. VE TİC.LTD. ŞTİ.

Tevfikbey Mah. Dr. Ali Demir Cad. No: 51/1
34295 Küçükçekmece / İstanbul

Tel: +90 212 463 71 25

www.optimumbasim.com

Sertifika No: 41707

© Bu kitabın her hakkı saklıdır. Tamamen veya herhangi bir bölümü, yayınevinin yazılı izni alınmadan basılamaz, kopyası çıkarılamaz, fotokopisi alınamaz veya kopya anlamı taşıyabilecek hiçbir işlem yapılamaz.

Kütüphane Katalog Kartı

Klinik Görüşmeye Giriş / Editör Elif Erol.

148 sayfa ; 21 cm.

ISBN: 978-605-2101-17-9

1. Klinik Görüşme. I. Erol, Elif

RC 467.K55

616.89/KLİ



Klinik Görüşmeye Giriş

Editör

Elif EROL

Bölüm Yazarları

Ayşe KAYNAK

Batuhan Mustafa KURTOĞLU

Dilara DEMİRPENÇE

Elif EROL

Esra ORAS

Gülhan TATLICI

Mehmet Murat ÇAKAR

Mert AYTAÇ

Mine ÇELİK NANECİK

Özgür ÖZER

Seval YARIŞ

Sevcan ŞAHİN CEYLAN

Tennur KATGI



ideal
Kültür Yayıncılık

İçindekiler

Sunuş	7
Önsöz	9
Birinci Bölüm	
Psikolojide Etik İlkeler	13
Sevcan ŞAHİN CEYLAN	
İkinci Bölüm	
Terapistin Özellikleri	21
Mine ÇELİK NANECİK	
Üçüncü Bölüm	
Dekorasyonun Terapi Üzerindeki Etkisi	31
Mehmet Murat ÇAKAR	
Dördüncü Bölüm	
Danışan İle İlk Görüşme Seansı	39
Tennur KATGI • Ayşe KAYNAK	
Beşinci Bölüm	
Terapötik İletişim Teknikleri	55
Esra ORAS	

Altıncı Bölüm	
Klinik Görüşmede Çerçeve	67
Mert AYTAÇ • Seval YARIŞ	
Yedinci Bölüm	
Mental Durum Değerlendirmesi	79
Elif EROL	
Sekizinci Bölüm	
İntihar Riski Değerlendirilmesi	97
Elif EROL	
Dokuzuncu Bölüm	
Adli Psikolojide Klinik Görüşme	109
Gülhan TATLICI • Batuhan Mustafa KURTOĞLU	
Onuncu Bölüm	
Psikoeğitim	117
Elif EROL • Esra ORAS	
On Birinci Bölüm	
Konsültasyon	121
Mehmet Murat ÇAKAR	
On İkinci Bölüm	
Süpervizyon (Denetim)	125
Dilara DEMİRPENÇE	
Son Söz	
Alansal Tartışma	131
Özgür ÖZER	
Kaynaklar	137
Psikoloji Terimleri Sözlüğü	145

Sunuş

Psikoloji, bir asırdan fazla zaman önce felsefeden ayrılarak bir bilim dalı haline gelmiştir. İnsan ve canlı doğasını açıklama çabası gereği, daima gelişim halinde olmuştur. Çok çeşitli kuramları içinde barındıran zengin bir bilim dalıdır. Bu zenginliğin icrası ile ilgili de pek çok yöntem söz konudur. Elinizdeki bu kitap psikoloji alanına ait temel giriş niteliğinde bilgiler sunmaktadır. Psikoloji ya da psikolojik danışmanlık öğrencileri ve yeni mezun psikolog adayları için rehber niteliğinde olması planlanarak hazırlanmıştır. Ülkemizde alandaki başvuru kaynaklarının çoğunun çeviri olması bazı anlamsal zorluklar taşıdığından Klinik Görüşmeye Giriş kitabı, konusunda uzman kişilerce sade bir dille yazılarak özgün bir derleme olması bakımından değerlidir.

Eser, Çocuk Aile Gelişim ve Eğitim Vakfı'nın (CAGEV) gönüllü psikologları tarafından büyük emek harcanarak alana kazandırılmıştır. Yazım ve yayın aşamasında destek olan değerli psikologlarımıza, eseri okuyarak değerli görüşleri ile katkıda bulunan Muzaffer Şahin ve Bahar Köse Karaca ile eserin basımını üstlenen İdeal Kültür Yayınevi'ne teşekkürlerimizi borç biliriz.

Elif EROL

Çocuk Aile Gelişim ve Eğitim Vakfı Başkanı
İstanbul, Eylül 2018.

Önsöz

Psikoloji alanında dört yüzden fazla danışma, terapi ve psikoterapi modeli ve kuramı (Psikoanalitik, Davranışçı, Bilişsel, Varoluşçu, Gestalt, Çözüm Odaklı, Akılcı Duygusal, Bütünleştirici, Eklektik, Aile vb.) olduğu iddia edilmektedir. Freud'la beraber üzerinde konuşulmaya başlanan psikolojide “*nasıl terapi yapılacağı*” sorusunun cevap arayışı şaşkınlık verici kuramsal bir artışa neden olmuştur. 1900'lü yılların başında tek bir kuramla başlayan psikolojik görüşme modelleri, günümüzde farklılaşan toplumsal dinamikler ile insan duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin artan bilgi ve tecrübenin yanı sıra sağlık alanında teknolojinin gelişmesiyle birlikte beyin hakkında artan bilgimiz sayesinde önemli gelişmeler göstermiştir. Bu hızlı gelişimler, değişimler ruh sağlığı hizmetlerini de etkileyerek farklılaştırmış ve ciddi bir terapi ile danışma repertuarı oluşturmuştur. Bununla beraber hem insanın ruhsal gelişimine yardım eden, destek veren mesleklerin hem de bu meslekleri icra eden kişilerin sayısında da önemli bir artış söz konusudur.

Ruh sağlığıyla ilgilenen çeşitli meslek grupları içinde psikolog, psikolojik danışman, klinik psikolog, psikoterapist, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, yaşam koçları, insan kaynakları uzmanları sayılabilir. Bu kadar model, terapi biçimi, kuram, hizmet biçimi varken bunlar arasında bir uzlaş-

manın olması, ortak noktalarının bulunması önemlidir. Psikolojik danışma, terapi, psikoterapi, bireysel görüşme, danışma vb. tüm bu kavramların ruh sağlığı hizmeti sunan kişiler tarafından anlaşılması ve bu kavramların teorik-pratik açıdan bilinmesi önemli ve gereklidir. Çünkü alanda çalışan uzmanlar için “Hangi teorik ve pratik bilgiyi kullanmalıyım?” sorusu gündeme kendiliğinden gelmektedir.

Bu kitabın kapsamını ise bütün bu sorulara aranılacak yanıtlardan öte psikolojik danışmada ve terapide kuram, araştırma ve uygulamada bir bütünlük kurulabilmesi adına “*Gerekli bir başlangıç rehberi nasıl olabilir?*” sorusu oluşturmuştur. Çalışmadaki konuların büyük bir kısmı terapistlerin pratikte karşılaştıkları sorunlara ilişkin önemli açıklamalardan meydana gelmektedir. Mesleğe yeni başlayan terapistler, bu çalışmada psikolojik danışma ve terapi uygulama boyutunu anlamaya yardımcı olacağını düşündüğümüz temel bakış açılarını bulacaklardır. Deneyim kazanma sürecinde olan terapistler ise; temel psikolojik danışma becerileri nasıl kazanılır?, İletişim ve dinleme becerilerini nasıl geliştirilir?, Tüm bu beceriler için nasıl farkındalık yaratılır?, Terapi nasıl yapılandırılır?, Destek alan kişiyle nasıl daha iyi bir ilişki kurulur?, Terapi en iyi nasıl sonlandırılır? Terapi nasıl planlanır,geliştirilir ve değerlendirilir?, Terapi sürecinde etik kurallar ne olmalıdır? vb. gibi sorulara cevap bulacakları gibi iletişim, empati, soru sormanın biçimleri ile terapi sürecindeki yeri, öykü almanın yapısı, klinik çerçeve oluşturulması ve danışanla güven verici ilişki kurmaya kadar birçok konuda yararlı olabilecek gerekli bilgileri, kavramları, ilke ve kurallara bütün içerisinde sahip olacaklar. Ayrıca okuyucu; danışma-terapi sürecinde yapılan yanlış ve hataların ne olduğuna, bunların nasıl ele alınması gerektiğine, danışma ortamının özelliklerine, psikoloğun/psikolojik danışmanın kişilik yapısına, bireysel özelliklerine ve süpervizyon desteğine kadar pek çok konuda bilgi, öneri, uyarı ve paylaşımda bulacaklardır. Psikolojik danışmanın, terapinin veya danışma sürecinin temel öğelerini genel olarak tanımlamak zordur. Terapi, danışma

veya psikoterapi birbirine çok yakın teorik modelleri kullanırlar. Dolayısıyla kitapta danışma, psikoterapi, terapi kavramları birbirinin yerine kullanılmıştır.

Elbette bu kitabın mesleğe ilişkin tüm terapi öğelerini ayrıntılı olarak listelediğini ve tüm bunları açıkladığını iddia edemeyiz. Bununla beraber eserin kapsamına bakıldığında psikolojik danışmanlığın ilk adımı için faydalı bir eser olduğuna inanıyorum.

Özgür ÖZER

Çocuk Aile Gelişim ve Eğitim Vakfı Başkan Yardımcısı
İstanbul, Eylül 2018.

Psikolojide Etik İlkeler

Sevcan ŞAHİN*

Tartışma soruları

1. Psikoterapide etik ilkelere neden ihtiyaç duyulur?
2. Terapistin yeterliliği ve yetkinliği ne anlama gelir?
3. Psikoterapide çoklu ilişkiye girmek ne demektir? Danışan üzerindeki etkisi nasıl gerçekleşir?
4. Hangi durumlar terapistin gizlilik ilkesini geçersiz kılar?
5. Terapistin dürüst davranması terapi sürecinde neden önemlidir?

Etik kelimesi kökeni Yunanca'dan gelen ethos yani 'töre' sözcüğünden türemiştir ve 'töre bilimi' anlamına gelir. Etik, doğru davranışı tanımlayabilmek ve yanlış davranıştan ayrabilmek amacıyla ahlak kavramını anlamaya çalışır. Ahlak, teori ve pratik tarafları bakımından ilim ve eğitim sahasıdır. Ahlaki değerler üzerine fikir yürüten etik ise felsefenin temel çalışma alanıdır. Bunun için etik, ahlakın teori kısmını yansıtır. Etik kavramı Batıda "ahlak felsefesi" olarak da anılmıştır ve tıpkı Batıda olduğu gibi Türkçe'de de "ahlak felsefesi" olarak anıldığı olmuştur. Etik kavramının ahlak felsefesiyle olan ilişkili durumu yanlış bir biçimde ahlak sözcüğüyle eş anlamlı olarak kullanılmasına neden olsa da etik ile ahlak arasında birçok fark bulunmaktadır. Bu farklardan en temel olanı ahlakın toplumsal değerlerden, etiğin ise evrensel insani değerlerden oluşmasıdır. Türk Dil Kurumu etik ilkeleri, 'halkın kendi kendine oluşturduğu, hiçbir yazılı metine dayanmayan kanunlara verilen isim' olarak açıklamaktadır.

* Uzman psikolog. E-posta: sevcansahin@hotmail.com

İnsan davranışlarını inceleyen her sosyal bilim, içinde etik ilkeleri barındırır. Etik ilkelerin psikoloji biliminde de önemli rolü vardır. Etik, çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünüdür. Mesleki etik ilkelerinin temel amacı, meslek üyelerinin, kendilerini eleştirerek gelişmelerine olanak sağlamaktır. Meslek etiği ilkeleri, doğrudan insan ile ilgili mesleklerde çalışanların uyması gereken davranış kurallarıdır. Bir mesleğe sağladığı en önemli yararlarından biri ise dünyanın her yerinde aynı meslek çalışanlarının bu kurallara uygun davranmalarının gerekli olmasıdır (Aydın, 2003 akt. Taşdan ve Yalçın, 2007).

Etik ilkeleri, bütün sorunlara ilişkin yanıtların verildiği metinler olarak düşünmemek gerekir. Bu ilkeler, eylemin doğru ya da yanlışlığının belirsiz olduğu durumlarda bireylere yol göstermelidir. Bununla birlikte etik ilkeler ile doğru davranışların teşvik edilmesi ve yanlış davranışlardan caydırılması için bazı parametrelerin oluşturulması amaçlanır (Aydın, 2003 akt. Taşdan ve Yalçın, 2007).

Ruh sağlığı çalışanlarının etik kuralların dışına çıkmadan tutum ve davranışlarında etiğe uygunluk göstermeleri gereklidir. Klinik psikoloğun danışanı ile ilişkisinde yapması ve yapmaması gereken davranışlar terapinin gidişatını belirler. Danışanın özerkliğine saygılı olmak gerekir; kendini istediği kadar açmasına izin vermek, bilgi almak için danışanı zorlamamak ve kendi sınırlarına saygı göstermek gerekir. Terapistin danışan ile yakın, duygusal veya cinsel bir ilişkiye girmemek gibi etik ilkeler çerçevesinde profesyonel bir ilişki içerisinde kalması gerekir. Bir klinik psikoloğun danışan ilişkisinin yanı sıra etik bir sorunla karşı karşıya kaldığı durumlarda sorunu çözebilecek yeteneğe sahip olması gerekir; bir vakayı etik açıdan çözümleyebilmelidir. Sorun çözme becerisine sahip olmak da etik sorunları ve konuları tanımayı gerektirir. Bu gerekliliği yerine getirebilmek temel etik ilkeleri iyi bilmek ve uygulayabilmek anlamına gelir. Ülkemizde meslek odasının ve yasa-sının olmaması, etik anlamda yapılan ihlallerin denetlenmesi gibi bir mekanizmanın yokluğuna sebep olmuştur. Ancak bu evrensel kuralların klinik psikolog unvanı alan ve ruh sağlığı ile çalışan kişi-

ler için hayata geçirilmesi bu mesleği doğru bir şekilde uygulamak için çok önemlidir.

Terapistin Yeterliliği ve Yetkinlik

Etik açısından yeterlilik, mesleki bilgi ve beceriyi gerektirir. Gerekli mesleki bilgi ve donanıma sahip olan terapistin etik ilkeler bağlamında da farkındalığının üst seviyede olması beklenir. Terapistin etiğe uygun davranması, mesleğinin bilgi ve kurallarını çok iyi bilmesiyle doğru orantılıdır. Bilgi arttıkça hata yapma ihtimali azalır. Yeterlilik, kendini yenileme ve geliştirme sürecidir. Bir terapistin yeterli birikimi olmadığı bir alanda çalışmaya ısrar etmemesi de etikle ilgilidir. Her terapistin uzmanlaşmak istediği bir çalışma alanı vardır. Tercih ettiği alana göre terapist, kendine bir çerçeve oluşturarak bunun dışında kalan alanlarda çalışmayı tercih etmemelidir.

Terapistin mesleğiyle ilgili her alanda azda olsa bilgi sahibi olması gerekir, fakat özel bir ya da birkaç alanda uzmanlaşması, mesleki yeterlilik ve yetkinlik sağlayabilmesi için önemlidir. Varsayalım ki bir terapist kendine çalışma alanı olarak çocukları seçti, o zaman spesifik olarak çalışması gereken konular; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, davranış bozukluğu, okul olgunluğu, yaygın gelişimsel bozukluklar, akran zorbalığı vb. olmalıdır. Çocuk ruh sağlığı alanındaki bu konularla başarılı olmak isteyen bir terapist, bu konularda yetkin kişilerden kapsamlı eğitimler almalı, kendini eğitmeli ve geliştirmelidir. Dünyadaki gelişmelerden haberdar olmalı, araştırmalar yapmalı ve yapılan araştırmaların takibini yapmalıdır. Bazen de terapist iyi niyetli yardım etmek isteğiyle farkında olmadan danışana zarar verecek bir sürecin yaşanmasına neden olabilir. Örneğin, bağımlılık konusunda yeterli bilgi birikimine ve tecrübeye sahip olamayan bir terapistin bu alanda çalışması etik ilkelere uygun bir davranış değildir. Böyle bir durum oluştuğunda terapist yetersiz olacağını öngörerek, danışanını iyileşme sürecine girebilmesi için yeterliliğine inandığını bir başka terapiste yönlendirmesi gerekir.

Yararlı Olmak ve Zarar Vermemek

Terapistin amacı, bilgisini ve deneyimini danışanına en yüksek yararı getirecek şekilde kullanmak olmalı ve zarar verebileceği her durumdan kaçınmalıdır. Bilgilerini asla kötüye kullanmayarak danışanın ihtiyaçlarına ve gelişimine uygun destekleyici çalışmalarda bulunmalıdır. Eğer mesleki yeterliliği ve etik ilkeler doğrultusunda çalışırsa danışanına zarar vermekten kaçınmış olur ve aynı zamanda verebileceği zararı da en aza indirmiş olur. Terapi sürecinde terapist ve danışan arasında bir ilişki kurulur, danışanın terapistine geliştirdiği bağlılığının ve güveninin kötüye kullanılmaması gerekir. Terapistin danışanı ile yakınlık ve cinsellik yaşamaması profesyonel yardım ilişkisini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyeceği gibi etik de değildir. Terapist süreçteki rolü gereği, danışanı tarafından her şeyi iyi bilen, hayran olunan biri olarak görülebilir ve aşk gibi yoğun duygusal aktarım da olabilir. Terapist bu aktarımı yönetmediyse ve bu durumdan etkilendiyse; terapötik ilişki dışında aradaki ilişkinin özelleşmesi durumu söz konusu olursa terapi sonlandırılmalı ve danışan başka bir terapistte yönlendirilmelidir. Danışana yararlı olma ilkesi sadece romantik anlamda bir ilişki yaşamakla ilgili değildir. Çoklu herhangi farklı bir ilişki içine girmek de terapi ilişkisine zarar verir. Örneğin mimar olan danışandan ofisinin duvarları için yardım talep etmek, belki de bunu yapmak istemeyen danışan için bir yük oluşturacak, dolayısıyla terapistte bakışı ve bu süreçten faydalanabilirliği azalacaktır. Bu sebeple terapist, danışan ile herhangi bir çoklu ilişkiye girmemelidir.

Gizlilik

Terapi sürecine giren bir danışan için en önemli koşullardan biri gizlilik ilkesidir. İlk görüşmede terapist ve danışan arasında bir güven ilişkisi kurulmaya başlar. Danışanın güveni arttıkça paylaştıkları da artar; paylaştıklarının gizli kalacağına olan inancı ise terapistin doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmasını sağlar. Terapist, terapi sürecinde edindiği bilgileri gizli tutmakla yü-

kümlüdür. İlk seansta danışana gizlilikle ilgili sınırlardan, toplanan bilgilerin ne amaçla ve ne şekilde kullanılabileceğinden bahsetmelidir. Terapist danışanına toplanan bilgilerin korunması altında kalacağını vurgulaması önemlidir. Tutulacak her kayıt ve üçüncü şahıslarla paylaşılması gereken bilgi için danışandan izin alınması gerekir.

Terapist danışanından elde ettiği bilgileri gizli tutmalı; ancak bilimsel ve profesyonel çalışmalar için kullanılması gerekirse danışanın adının kullanılmaması ve danışanı deşifre edebilecek detayların gizli kalmasına özen göstermelidir. Uzmanlık alanında eğitim veren bir terapist, süpervizyon esnasında vaka örnekleri verebilir ancak sadece eğitimin amacına uygun ihtiyaç duyulan bilgilerle sınırlı kalmalıdır.

Terapide gizliliğin korunmasına ilişkin vaka örneği

A.Y. 43 yaşında evli, biri 15 diğeri 9 yaşında iki erkek çocuk sahibi. Danışan, terapi merkezine 15 yaşındaki oğluyla yaşadığı çatışma, aşırı titiz oluşu ve öfke kontrolünde yaşadığı zorluk nedeniyle başvurmuştur. 15 yaşındaki ergenlik dönemindeki oğlu ile şiddetli bir çatışma halinde olduklarını, aşırı asabi yapısı nedeniyle ani patlamalar yaşadığından yakınmıştır. “İyi bir anne” olmak istediği için kendisinin fazla kuralcı olduğunu belirterek, düzen konusunda fazla takıntılı olduğu ve bazen aşırıya kaçan titizlik konularında da yardım istediğini eklemiştir. A.Y ev hanımı, evlenmeden önce kısa bir süre çalışma deneyimi olmuş, eşiyle ilişkilerinde bir sorun olmadığını fakat aşırı titiz olması nedeniyle zaman zaman onunla da çatıştıklarından bahsetmiştir...

Bazı özel durumlarda gizlilik ilkesi ihlal edilebilir. Eğer bir danışan kendine, bir başkasına ya da terapistine yönelik zarar verici bir davranışta bulunmuşsa veya zarar verme ihtimali varsa bu durumu

önlemek adına gizlilik ilkesini ihlal edebilir. Bir başka ihlal konusu ise, 18 yaşını doldurmamış bir kişinin ceza ehliyeti olmayan yaşlı veya özürlü bir kişiye zarar vermesi veya verme ihtimali olması, her türlü kötüye kullanımı durumudur.

Dürüstlük

Terapist dürüstlük, doğruluk ve tarafsızlık ilkeleri çerçevesinde çalışmalarını sürdürmelidir ve her koşulda danışanına dürüst davranmalı; kandırmaktan, aldatmaktan, yanlış yönlendirmekten ve en önemlisi zarar vermekten kaçınmalıdır. Danışanına karşı saygılı ve tarafsız olmasının yanı sıra bir terapist umut vermek adına gerçek olmayan vaatlerde bulunmamalı ve yerine getiremeyeceği sözler vermemelidir. Danışanların birçoğu yardım almak istediği kişiyi tanımak ister, yaşantısını, eğitim durumunu ve bazen özel hayatını merak eder. Terapist kendini doğrularla ve terapötik süreçle olması gerektiği kadarıyla tanıtmalıdır; öncelikli olarak danışanın sorularına dürüst cevap vermeli ancak sorduğu soruların altında yatan nedenin farkında olmalıdır, sonrasında ise danışanın soru sorarak yakın ilişki geliştirmesine, terapötik süreçten uzaklaşıp arkadaş ilişkisine döndürmesine engel olmalıdır.

Terapist, danışanını doğru bilgilendirmelidir, verdiği bilgi eksiksiz ve nesnel olmalıdır, kişisel yorumları içermemelidir, yetersiz olduğunu düşündüğü konuda, yeterli bilgiyi edinmedikçe bilgi vermekten kaçınmalıdır. Her meslek grubunda olduğu gibi, terapist de yaptığı işin karşılığında bir ücret almalıdır. Danışanın aldığı hizmetin karşılığını ödemesi aradaki ilişkiyi profesyonel yardım ilişkisine döndürecektir. Etik ilkeler içinde yer alan ücret konusunda, çalışmaya başlamadan evvel ya da çalışmanın başında danışana bilgi verilmelidir.

İnsan Haklarına Saygı Göstermek ve Ayrımcılık Yapmamak

Terapist, her zaman insan haklarına saygılı bir tutum içinde mesleğini sürdürmelidir. Konusu insan olan bir bilim dalında çalışan

profesyonellerin insan haklarına aykırı davranması beklenemez. Terapist danışanın gizliliğini korurken aynı zamanda seçim hakkına ve yaşantısına da saygılı olmalıdır. Din, ırk, mezhep, cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel tercih, sosyal, kültürel vb. durumlarda ayrımcılık yapmamalıdır.

Öte yandan terapistin aynı saygıyı meslektaşlarına karşı da göstermesi gerekir. Hiçbir yerde ve hiçbir koşulda başka bir meslektaşını kötülememeli, meslektaşının yaptığı işe, bakış açısına, deneyimine ve yaşantısına saygı göstermelidir. Örneğin bir başka terapistten gelen danışana “Emel Hanım’dan gelen başka danışanlarım da var” demek hiç masum olmayan ve sadece terapistin kendini övdüğü, danışanın ihtiyacı olmayan bir bilgidir.

Etik ve Yasal İlkeler Doğrultusunda Çalışmak

Etik ilkeler ve yasal durumlar birbirleriyle ilişkili olmasına rağmen, ikisinin bir arada ve aynı doğrultuda izlenmesi kolay değildir. Etik ilkelerin insani değerlerinden doğması, yasaların insani değerleri korumayı amaçlaması; bu iki olgunun aynı amaca hizmet etmesi ortak sorunları da beraberinde getirir. Bu bakımdan oluşabilecek problemleri önleyebilmek adına etik ilkeler doğrultusunda çalışmak terapistin temel yaklaşımı olmalıdır. Bu ilkelerden bahsetmek gerekirse; öncelikli olarak danışandan her zaman yazılı bildirim onayı almak gerekir.

Terapist güvenli, kurallara uygun klinik psikologluk hizmeti vermeli ve mesleki yeterlilik sağlamak için özenle çalışmalıdır. Yasaları takip etmek ve etik kodlara aşına olmak, yüksek risk taşıyan danışandan ve durumlardan kaçınmak gibi terapisti yüz yüze gelebileceği birçok sorundan uzak tutar. Terapist her zaman kayıt tutmalı ve bu kayıtları iyi korumalı, yasal bir durumun oluşması durumu dışında bu kayıtların gizliliği korumalıdır. Bir terapist gerektiğinde yardım almaktan çekinmemelidir. Ne zamanki bu ilkeler doğrultusunda çalışırsa profesyonel yardım ilişkisi, etik ve yasal çerçeve içerisinde ilerler.

Bölüm Özeti

1953'den beri Amerikan Psikoloji Derneği terapistlere çalışma hayatlarında yol gösterecek etik kodlar/kurallar hazırlanmaktadır. Terapistin profesyonel sorumluluklarını her daim yerine getirmek adına bu etik prensiplerden yararlanması gerekir. Danışanlarının yaşam kalitesini yükseltmek için çalışmak ve mesleği aracılığıyla kimseye zarar vermemek bir terapistin temel prensibi olmalıdır. Terapist kendi uzmanlık alanında başarılarının ve yeteneklerinin devamını sağlamak adına alandaki gelişim ve değişimleri yakından takip etmeli kendini güncellemelidir. Bununla birlikte yalnızca eğitimini aldığı ve yasal olarak çalışmaya hak kazandığı alanlarda hizmet vermelidir.

Profesyonel olarak kişisel bütünlüğe sahip olmalı ve danışanlarının özgürlük, özel hayat ve mahremiyetlerine saygı duymalıdır. Gerçekçi olarak önyargılarının, ihtiyaçlarının, değerlerinin ve tüm bunların mesleklerini nasıl etkilediğinin farkında olmalı, uygunsuz ikili ilişkilerden kaçınmalıdır. Aynı zamanda terapist ayrımcılık gözetmeden bireysel ve kültürel farklılıklara, bütün insanların hak ve onurlarına karşı saygılı ve hassas olmalıdır.

İkinci Bölüm

Terapistin Özellikleri

Mine ÇELİK NANECİK*

Tartışma soruları

1. Terapist olmak isteyen kişinin kendi karakter özellikleri ile ilgili olarak çalışması gereken konular var mıdır?
2. Terapistin, üstlendiği sorumluluklar bakımından, sahip olması gereken kişilik özellikleri nelerdir?
3. Her uzman terapist olabilir mi?
4. Terapist, seans sırasında hangi durumlarda ve ne kadar kendinden bahsetmelidir?

Psikoloji bilimi literatüründe genellikle psikolojik danışman ve terapist özelliklerinin birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir ki zaten her ikisinde de ortak kişilik özellikleri bulunmaktadır. Bu nitelikler anlayışlı, samimi, ilgili, duyarlı, duygusal bakımdan dengeli, objektif, olgulara karşı saygılı ve güvenilir olmak olarak özetlenebilir. Amerikan Psikoloji Derneği, psikolojik danışman ile psikologda aranılan mesleki nitelikleri “zihinsel yönden yeterli, mesleğe kendini adanmış, hem duygusal hem sosyal bakımdan olgun ve psikolojinin bilinmeyen alanlarına karşı merağa sahip olma” ifadeleriyle tanımlamıştır.

* Uzman psikolog. E-posta: psk.minecelik@gmail.com

Terapistin Karakteristik Özellikleri

Bununla beraber etkin terapistlerde tespit edilen birkaç özellik şöyle sıralanabilir: Yargılayıcı olmamak, güvenilir, şüpheli, kararlı, dürüst, akıllı ve meraklı olmak.

Yargılayıcı Olmamak

Danışanın kendini yargılanıyor gibi hissetmemesi, rahatça kendini ifade edebilmesi için terapist sorunlara şefkatli yaklaşmalıdır. Terapist, kendi değerleri ve inançlarını bir kenara koyarak aynı doğrultuda olmasa da danışanın inançlarına saygı duymalıdır. Çünkü danışan terapistine güvenmeye başladığı anda terapist, danışanın sorunlarını daha iyi anlayabilecek ve çözüm yolları bulabilmesi için ona kolaylıkla yardım edebilecektir.

Terapistin yargılayıcı olmama tutumuna ilişkin diyalog örneği

***Danışan:** Annemin sürekli bana karışması, sürekli sorular sorması, beni araması, yolumu gözlemesi sınırlarımı bozuyor. Bunu yaptığında sinirleniyorum ve anneme bağıryorum. Evin küçük çocuğumuşum gibi davranıyorlar. Ben artık büyüdüm.*

***Terapist:** Anne ve babanın senin büyüdüğünü ve bir şeyleri artık kendi başına yapabileceğini, kendini koruyabileceğini görmelerini istiyorsun.*

Her insan kabul edilmek, anlaşılacak ve onaylanmak ister. Danışan hele ki ergenlik dönemindeyse, anlaşılmadığını hissettiğinde öfkesi artar ve duygularını paylaşmaktan kaçınır. Terapist kişisel görüşlerini geri planda tutmalı, yaptığı yanlış olsa bile danışanına ne yapması gerektiğini söylememelidir. Zaten çevresindeki birçok kişi onunla tutum ve davranışları hakkında iletişim kurmaktadır.

Etkin bir terapist aslında danışanın ne demek istediğini, söylediklerinin arkasındaki anlamını görebilmelidir. Terapist hem danışanın söylediğini geri yansıtmalı hem de teyit almalıdır.

Terapistin terapi sırasında danışanın düşüncelerini yansıtmaya ilişkin örnek

Terapist: Kendini sürekli takip ediliyor gibi hissediyorsun. Takip edilme hissi seni çok rahatsız ediyor. Doğru mu anlıyorum?

Kararlı Olmak

Bir terapist kararlı ve tutarlı olmalıdır. Terapistin kararlılığı, sınırların çizilmesi, açık ve net bir terapi süreci için gereklidir. Seansın gerçekleştirildiği mekan her zaman danışan için güvenli bir alan olmalıdır. Çünkü danışanın psikiyatrik bir problemi varsa, kendi içinde kararlı ve tutarlı olamayabilir, hatta ev yaşantısında düzen olmadığı için de terapiye ihtiyaç duyuyor olabilir. Danışanın terapistin ofisinde seans gün ve saatleri konusunda dahil tüm alanlarda istikrarı bulması, kendi yaşamında da istikrarlı olabilmesi için önemli rol oynar. Bununla beraber danışanın seans gün ve saatlerini değiştirme isteği terapist tarafından düşünülmeli ve danışanla beraber konuşulmalıdır. Terapist danışanı kaybetme korkusuyla kararlılığından vazgeçmemelidir.

Dürüstlük

Dürüst bir terapist, danışanın şifa bulabilmesi için önemli bir role sahiptir. Terapist farkında olmadan danışanı için rol model olabileceğinden öncelikle kendi kişisel ve profesyonel yaşamını dürüstlük ve bütünlük ile yürütmelidir.

Danışan başka bir zaman aynı soruyu tekrar sorarak terapisti deneyebilir bu nedenle terapist her zaman doğruyu paylaşmalıdır.

Terapistin danışanına karşı dürüst olmasına ilişkin diyalog örneği

Danışan: Anne olmak çok zor. Bunu anne olmayan biri anlayamaz. Siz de anne misiniz?

Terapist: Hayır, anne değilim. Sizin gibi de düşünemem ama empati kurabilirim. Bilgim dahilinde yaşadığınız sıkıntılara yardımcı olabilirim.

Terapist tüm bilgi ve becerilerini danışanın iyiliğine yönelik kullanmalıdır, ancak o zaman güvenli bir ortam oluşacaktır. Danışanın sorunları terapi sürecinde terapist ve danışan arasında güven ortamı oluştuğunda çözülebilir. Terapist kendi güvensizliğinden dolayı doğruyu söylemiyorsa, bununla ilgili süpervizyon almalıdır.

Akıllı ve Meraklı Olmak

Akıllı ve meraklı bir terapist, danışanlarına mümkün olan en iyi şekilde yardım edebilmek için alanı ile ilgili en son araştırmalar ve tedavi yöntemleri konusunda bilgisini güncellemelidir. Bu tür bir terapist danışanını dikkatlice dinleyecek, konularını araştırarak ve danışanın neden bu semptomlarla karşı karşıya kaldığını daha iyi anlayarak süreci bu şekilde yönlendirecektir. Değişime karşı açık olma da terapistin hem mesleki açıdan gelişim, değişim ve yeniliklere açık olmasına, hem de kişisel dünyasında değişime açık olmasına yardımcı olacaktır. Kişinin yaşam kalitesini arttıran en önemli unsur kendisi ve diğerleriyle ilgili farkındalığıdır. Terapistler kendileriyle ilgili olduğu kadar yaşadıkları toplumla da ilgili bilgi sahibi olmalı ve bilgilerini sürekli güncellemelidirler. Yaşam boyu hem kendisi için hem de başkaları hakkında yeni bilgiler öğrenmeye istek duyan ve çabalayan bireyler etkin bir psikoterapist olacaktır.

Terapistin sahip olunması beklenen diğer önemli özellikler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Terapist kimlik sahibi, kendi zayıf ve güçlü yönlerinin, sahip olduğu yeteneklerinin farkındadır. Mesleki sınırlarını bilir. Danışanı için önemli bir rol model olabilir.
- Terapistler kendilerine ve tanıdıklarına saygı duyup, takdir ederken, başkalarına yardım eden ve sevgi verebilen kimselerdir. Bu özellik, özsaygı ve sevgi gerçekçiliğinden kaynaklanmalıdır.
- Terapist gücünün farkındadır ve bunu kabul eder. Bu durum danışanın kendisine güvenmesinde ve kendini ona açmasında önemli rol oynar. Ancak bu gücü hiçbir zaman danışan ile ilişkisinde kötüye kullanmaz. Bu yaklaşım, tüm tıp dallarında olduğu gibi psikolojik ve psikiyatrik uygulamaların da temel meslek etiğidir.
- Psikoterapi sürecinin iki yönü bulunmaktadır: Terapistin kendi iç dünyası ve danışanın iç dünyası. İyi bir terapist kendi süreçlerini danışanından ayrı tutabilir. İdeal terapist olabilmek için önce kendi terapi sürecinden geçmelidir. Ancak, kendi arka bahçelerini anlamlandıran bir terapist danışanına yardım edebilir. Aksi halde danışanın problemlerini kendi problemleriyle ilişkilendirir ve nesnel bir çözüm yolu üretemez. Danışanın sorunuyla ilgili iç görü kazanmasına, çözüm üretebilmesine ve stresiyle başa çıkabilme yollarını bulmasına, kendi kararlarını verebilmesine yani kendi yaşamını yönlendirebilmesine yardımcı olabilmesi için kendine de bu şansı tanımış olmalıdır. Sağlıklı bir terapi sürecinde, terapist ve danışan kendi rollerini koruyabilmelidir. Terapist danışanla arasındaki sınırların kontrolünün ve sorumluluğunun kendisine ait olduğunun bilincinde olarak mesafeyi koruyabilmelidir. Terapist rolü, sosyal ortamda danışanlarıyla karşılaştığı zamanda aklında olmalı, danışanı ve yakınlarıyla mesafeli bir tutumda kalmalıdır.
- Terapist, terapi odasında sadece danışanına odaklanmalıdır.
- Etkin bir terapist danışanıyla duygusal bir iletişim kurmaktan kaçınmalıdır. Kendi duygularını, danışanın duygularıyla karış-

tırmamalıdır. Eğer terapi sürecinde terapist kendi duygularının devreye girdiğini fark ederse daha sonra bu duyguları terapiye nasıl dahil etmemesi konusunda ilgilenmek üzere ertelemelidir. Seans sonunda mümkünse süpervizyon olarak kendi duyguları üzerine çalışmalıdır.

- Terapist danışanın olayları daha önce hiç bilmediği farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlamalıdır. Danışanın direncini kırabilmek için espri anlayışına sahip olabilmeli ve mizahı etkin kullanılmalıdır. Mizaha yer verilmesi danışanın daha esnek düşünebilmesine ve farklı bakış açıları kazanmasını sağlar.
- Etkin bir psikoterapistin önce kendi hatalarını kabul etmesi ve itiraf edebilmesi gerekir. Kendi hatalarını öğrenme fırsatına dönüştürmelidir. Danışan ile de hata yapmanın insana özgü olduğu, hataların hatalardan gerekli ders çıkartıldığına önlenebileceği paylaşılmalıdır.
- Bir terapist *şimdi* ve *şu anda* olmalıdır. Ne geçmişte yaşamalı, ne geleceğe bağlı kalmalıdır. Çünkü geçmiş artık yoktur, gelecek ise henüz varolmamıştır. Geçmişte yaşamak veya gelecekle ilgili sürekli kaygı duymak psikopatolojik bir tutumdur. Geçmiş ve geleceği göz ardı etmeden, şimdiye odaklanan psikoterapist, danışanı için iyi bir model olabilir. Aynı şekilde yaşamdan zevk alan bir terapist, danışanına da yaşamın olumlu ve güzel yönlerini aktarır.

Şüphencilik

Terapide yeterli derecede şüphenin de yer alması önemli rol oynamaktadır. Bir terapist, kanıtı olmadan danışanın her söylediğine inanmamalıdır. Danışanlar bazen kendilerini utandıran gerçekleri saklamak ya da kişisel sorumluluklarından kaçındıkları için yalan söyleyebilirler. Danışanlar kendilerini bile kandırabilirler. Bir terapistin eleştirel düşünmesi ve sözcüklerin ötesini görebilmesi gerekir. Bu şüphe yaşamsal, basit bir konuda olabileceği gibi, adli vakalarda da olabilir. Örneğin, bir danışan ceza almamak için akıl hastası gibi davranırken, diğeri ilişkileriyle ilgili doğruyu söyleyebilir...

Terapistin eleştirel düşünmesine ilişkin diyalog örneği

Danışan: Önceki seansımızda gelecekle ilgili kaygıların olduğunu söylemiştin.

Danışan: Evet. Aslında gelecekle ilgili hedeflerim var ama neden kaygı duyduğumu bilmiyorum.

Terapist: Gelecekle ilgili hedeflerin nedir?

Danışan: 5 yıl içinde bir avukat olmak ve kendi büromu açmak istiyorum.

Terapist: Güzel. Peki avukat olmaya nasıl karar verdin?

Danışan: Babam başarılı bir avukattır. Çok da iyi para kazanır. Benim de çok iyi bir avukat olabileceğimi söyler hep. Ben de onun gibi olmak istiyorum. Çok stresli bir iş sanırım, bu beni kaygılandırıyor. Avukatlık iyi bir meslek, ailemde beni çok destekliyor.

Terapist: Peki bu kararından önce hayallerin var mıydı?

Danışan: Önemsiz ve saçma bir düşüncem vardı daha önce.

Terapist: Benimle paylaşır mısın?

Danışan: Hep bir tiyatro oyuncusu olmak isterdim. Ailem bu mesleği yaparsam para kazanamayacağımı düşünüyor. Zaten mümkün de değil artık vazgeçtim.

Terapist: Ailen tiyatro oyunculuğunu seçersen bir geleceğin olmayacağı düşünüyor. Bu onların düşüncesi. Peki, sen ne düşünüyorsun?

Danışan: (sessizlik) Okulun tiyatro kulübüneyken çok mutluydum. Çok iyi vakit geçirirdik. Saatlerce çalışırdık ama bana 5 dakika gibi gelirdi. Kendimi hep iyi bir oyuncu olarak hayal ederdim.

Üstteki diyalog örneğinde danışan gelecekle ilgili hedeflerinin olmasından bahsetse de yine de kaygı duymaktadır. Çünkü mesleği ile ilgili seçimini kendisi yapmamıştır. Hayalinin saçma olduğuna inanıp, ondan vazgeçmiştir. Terapist, danışanının söylediklerine şüpheyle yaklaşıp, onun gelecekle ilgili hayallerini sorgulamıştır.

Terapistin Kendini Danışanına Açması

Budak'a göre (2005) terapistin kendini açması¹ kişinin kişisel duygularını, düşüncelerini, heveslerini, özlemlerini vb. açığa vurma ve ifade etme yetisidir. Birçok otorite bunun psikoterapide kişisel gelişim ve iyileşme için bir ön koşul olduğuna inanmaktadır. Terapistin kendini açmasının terapötik bağı kolaylaştırıcı etkisi vardır; danışıyla arasında güçlü bir yakınlık ve empati kurmasına yardımcı olur; danışanının sırlarını çözebilmede terapistte güç verir. Seans sırasında terapistin kendini danışanına açma durumu aşamalı olarak devam etmelidir. Terapistin paylaştıklarıyla danışanının yaşamında benzerlikler varsa danışan kendini açmaya daha fazla meyilli olur ve terapi çalışmalarının niteliğini artırır. Danışanının belki de karşılaştığı sorunlarıyla daha önce hiç denemediği mücadele yolları açabilir. İyileşmeye karşı umudunu arttırabilir ve terapistte güveni artar. Aynı zamanda terapistin daha az kusursuz, daha gerçekçi ve daha insancıl algılanmasını sağlar. Yalom'a göre (2002), terapistin donuk kalmasının ve danışandan kendini gizlemesi için bir neden yoktur ve bu durumun nedeni, terimin belirsizliğinden kaynaklanmaktadır.

Ancak terapide, terapistin kendisini açmasının kolaylaştırıcı etkileri olduğu gibi zorlaştırıcı etkileri de bulunmaktadır. Terapist kendini açtığında bazen danışanlar, kendilerini açmak yerinde dinlemeyi tercih ederler. Bu durum bazen danışanın terapistin duygularını da yüklenmesine neden olduğu gibi kendisini açmasını da engelleyebilir. Terapistin kendini açması çocuk ve gençlerden ziyade daha çok yetişkinlerle yapılan çalışmalarda görülmektedir. Çünkü çocukların beyinsel gelişimi yetişkinlerden farklı olduğu için terapistin bu çabasını algılamaları mümkün olmayabilir. Terapistin kendini açması ise dört alt başlıkta incelenebilir: Hayatıyla ilgili bilgileri paylaşması (okuduğu okul, mesleği seçme süreci vs.), duygularını açması, iç görülerini açması, tecrübeleri ile bu

1 Yabancı kaynaklarda bu ifade için 'self-disclosure' tanımı kullanılmaktadır. YN.

tecrübelerden kazandığı stratejilerini açmasıdır. Bazen terapistin kendini açmaması danışanıya arasında bir bariyer oluşturabilir ve terapötik süreci olumsuz etkileyebilir. Örneğin terapistin duyguları danışanda ekstra yük yaratıyorsa, danışanın kafası daha da karışıyor ya da odak noktası danışandan terapistte kayıyorsa terapistin kendini açmaması daha uygun olur.

Bölüm Özeti

Psikolojik danışman ya da terapist olmanın en önemli adımı, insanlara yardım etmeyi istemektir. Etkili bir terapist ya da psikolojik danışman yargılayıcı olmamalı, dürüst davranmalı, güven hissi verebilmek için kararlı ve tutarlı olmalıdır. Danışanına her zaman yeterli derecede bir şüphecilik ile yaklaşmalıdır. Bir terapist hem kişisel yaşamı için hem de profesyonel iş yaşamı için kendini her zaman geliştirmeli ve güncellemelidir. Bununla birlikte kişi terapist olmaya karar verdiğinde kendine şu soruları sormalıdır: “Kendimi tanıyor muyum?”, “İyi bir dinleyici miyim?”, “Sır saklayabilir miyim?”, “Diğer insanların sorunlarına karşı ilgili miyim?”, “Araştırmacı bir ruha sahip miyim?”, “Her tür insanla iletişim kurabiliyor muyum?”, “Toleranslı mıyım?”, “Başka görüşlere karşı esnek miyim?”, “Kararlı bir kişilik yapısına sahip miyim?” vb. Terapist bazen danışanlarına kendinden de bahsetmek zorunda kalabilir. Terapistin kendini açmasının terapötik bağı kolaylaştırıcı etkisi vardır ki bu da danışıyla arasında güçlü bir yakınlık ve empati kurmasına yardımcı olur. Danışanının sırlarını çözebilmede terapistte güç verir. Ancak terapi sürecinde aksamalara neden oluyorsa terapistin kendisini açmaması yerinde bir tercih olur.

Üçüncü Bölüm

Dekorasyonun Terapi Üzerindeki Etkisi

Mehmet Murat ÇAKAR*

Tartışma soruları

1. Terapi odasının dekorasyonu terapi sürecine nasıl etki eder?
2. Dekorasyonun sahip olması gereken özellikleri belirleyen unsurlar nelerdir?
3. Güvenli bir terapi ortamının özellikleri nelerdir?

Danışan ile terapist arasındaki ilişki, ilk olarak randevu görüşmesini ayarlama sürecinde başlar. Kurulan bu ilk ilişki randevu almadan önceki süreçte danışanı belirli bir duygusal beklenti ve yüklenme içine sokar. Terapist danışana önerilmiştir, önerilirken de kendisi veya terapi sistemi ile ilgili yorumlarda bulunulmuştur. Böylece danışanın terapiyle ya da terapistle ilgili düşünceleri, başka bir ifadeyle ön kabulleri oluşmuştur.

Başlangıçta danışanın, terapist tarafından kabul edileceği ortam ve bu ortamın dekorasyonu konusunda pek de seçiciliği olmayabilir veya hangi mekanda kabul edildiği ilk başta onun için pek bir şey ifade etmeyebilir. Fakat mekanın dekorasyonu, düzeni, amacına uygunluğu kısaca gösterilen hassasiyet, mesleğe verilen önemi dolayısı ile de danışanlara gösterilen özeni yansıtmaktadır. Bu duruma yapılacak olan işin niteliği açısından da bakarsak; danışanın kendisini rahat hissetmesi için konforlu, güvenli ve kişisel görüşmelere elverişli

* Marmara Üniversitesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.
E-posta: mcakar@marmara.edu.tr

bir odanın bulunmaması danışan ile terapist arasında kurulacak olan sağlıklı iletişimi engelleyen faktörlerin başında gelmektedir.

Danışanın terapisti ile olan ilişkisinde edineceği ilk izlenim terapistiyle birlikte, terapinin yapılacağı mekan oluşturmaktadır. Bu bağlamda terapi odasının düzenleniş biçimi ve oturuş şekli de önem taşımaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı, psikoterapi uygulamalarında mekanın sağlıklı ve etkili bir iletişimin başlamasında önemli bir yeri vardır.

Terapi Odasının Özellikleri

Terapi odasına yönelik gerekli düzenlemeler sağlanabilirse oluşabilecek olumsuzluklar da en aza indirgenmiş olacaktır. İdeal bir terapi odası, aşağıdaki özelliklere göre düzenlenmelidir:

Mahremiyet

Mekan, kesinlikle ses açısından iyi bir yalıtım özelliğine sahip olmalıdır. Seanslar sırasında içeride konuşulanlar ile dışarıda konuşulanların hem içeriden hem de dışarıdan duyulmaması ideal bir terapi odası için olmazsa olmaz ön koşulu oluşturur. İçeriden gelen bir ağlama ve/veya kahkaha sesinin dışarıda bulunan kişiler tarafından algılanışını kontrol etmek çok zor olacaktır. Danışanın konuştuklarının duyabileceğini düşünmesi terapinin mahremiyetini bozarak ketlenmesine ve terapistte güvenmemesine sebep olabilir.

Terapi odasının özel görüşmeye uygun olup konuşmaların dışarıdan duyulamayacağından emin olduğunda danışan ve terapist arasında güven sağlanmış olacaktır. Terapist, her zaman kendine ait mekanda çalışma imkanı bulamayabilir, ortak mekanların kullanımı söz konusu olduğunda ne yazık ki örnekte aktarılmaya çalışılan danışanın yaşadığı şekilde sorunlar kaçınılmaz oluyor. Böyle durumlar için bekleme salonunu görüşme odalarının açılmadığı bir alana taşımak, seans kapılarına ses emici cihazlar koymak, herhangi bir kültüre veya değere gönderme yapmayan ortama uygun hafif sesli enstrümental müzikler açmak faydalı olabilmektedir.

Terapi odasında mahremiyetin sağlanması öneme ilişkin vaka örneği

A.A. uzun bir düşünce döneminden sonra sorunlarını bir uzmanla çözebileceğini düşünüp ilk randevusunu aldı. İlk defa geldiği terapi bekleme salonunda kendisi gibi üç kişinin de beklediğini görünce, ‘Acaba aralarında beni tanıyan var mıdır?’ diye düşünerek tedirginlik yaşadı. Göz ucuyla bekleyenleri süzdükten sonra kimseyi tanımadığına emin oldu ve sırasını beklemeye başladı. Burası bir terapi merkezidi ve kendi terapistinden başkaları da görev yapıyordu, bu nedenle bekleyen olması ona bir süre sonra normal gelmeye başladı ki tam o sırada yan odadan gelen sesleri duydu. Kendi sesinin de duyulacağını düşününce az evvel geçen tedirginliği yeniden başladı. ‘Düşük sesle anlatırım, fısıldayarak konuşurum’ diye geçirdi içinden. ‘Yine de duyabilirler’ dedi içinden başka bir ses... Zaten sorunlarını bir yabancıya açma fikrine bile zar zor ikna edebilmişti kendini. Şimdi ise sadece terapistine değil dışarda bekleyenlere de anlatacağını hissedip, kimseye bir şey söylemeden sessizce merkezden ayrıldı.

Oturma Düzeni, Ortam ve Aydınlatma

Danışan ve terapistin oturdukları yerler arasında hiyerarşik bir fark olmaması gerekir. Şayet sehpa bulunan bir odada görüşme yapılacaksa, masanın kesinlikle büyük, yüksek, resmi ve soğuk bir görüntüde olmaması gereklidir. Bunun yanı sıra koltukların yükseklik, büyüklük ve modelleri birbirine denk olmalıdır.

Terapist ile danışanın bir masanın yanındaki sandalyelerde ya da küçük bir sehpanın iki yanında karşılıklı oturmaları, danışan için duygusal olarak güvenlik, rahatlık ve içtenlik içinde görüşme olanağı sağlar. Terapi odasında farklı koltuk düzenlerinin olması ve bu düzenlerden hangisinde görüşme yapılacağını danışana bırakılması ideal olan tutumdur. Fakat çoğu terapist için odalarının büyüklüğünün yeterli olmaması bu tarz bir seçime olanak sağla-

yamayabilir. Böyle durumlarda küçük olan odayı daraltmayacak ebatlarda birbirine denk iki koltuk ve ortada küçük bir sehba kullanılabilir. Küçük terapi odaları için duvarlarda büyük resimler ya da objeler odayı olduğundan daha küçük ve bunaltıcı yapacağından kaçınılmalıdır.

Terapistlerin benimsediği terapi model veya tekniğinin getirmiş olduğu gerekliliklere bağlı olarak, terapi odasının düzeni ve tasarımı farklılık gösterebilir. Mesela, çift/aile terapisi, oyun terapisi, psikanalitik psikoterapi, Gestalt terapi ve sanat terapisi, terapi için kullanılan mekana özel düzen ve yerleşimleri gerektiren yaklaşımlardır. Bu kuramlardan biriyle çalışan veya çalışma alanı olarak çocukları seçen terapistlerin terapi odaları da konsepte uygun özel tasarım gerektirmektedir.

Aydınlatma noktasında ise, terapi odalarının doğal ışıktan maksimum düzeyde faydalanmasına önem verilmelidir. Doğal aydınlatma, aslında penceresi olan bir oda anlamına gelmektedir. Çalışılan psikopatolojik rahatsızlıklara göre, terapi odasında havalandırma ve doğal ışık alma olanağının olmaması hem görüşmenin verimliliğini düşürebilir hem de danışanın patolojisini tetikleyebilir (örneğin klostrofobisi olan danışan penceresi olmayan bir odaya girmek dahi istemeyebilir).

Buna ek olarak, aydınlatmada terapistin veya danışanın yüzüne doğrudan yansıyan bir aydınlatma şekli yerine ışığın duvara yansıtıldığı dolaylı aydınlatma tercih edilebilir (abajur, lambader vb.). Tavandan doğrudan sarkan veya danışanın yüzüne doğrudan ışığın vurduğu bir aydınlatma, danışanın kendisini sorguluyor gibi hissetmesine sebep olabilir. Bu da terapistin danışana karşı tarafsız duruşunu olumsuz etkileyip danışanı savunmaya geçirebilir. Aşırı ışıklandırılmış bir ortam danışana çok uyarıcı ve yorucu bir etki bırakabilecekken, aşırı loş ve karanlığa yakın bir ortam da danışanın odaklanmasını olumsuz etkileyebilir. Burada püf nokta, çalışılan kişi ve grupların türevine bağlı olarak ortamda olabilecek standart koşulları sağlayarak, yapılan uygulamayı en verimli hale getirebilmektir.

Terapi ortamının danışan üzerindeki etkisine ilişkin vaka örneği

M.A. bağlanma sorunlarıyla ilgili 1,5 yıldır devam ettiği terapistine, ortamda onu rahatsız eden ancak henüz ismini koyamadığı bir sorun olduğunu söylemişti. Terapisti bir süre bu durumu danışanın bağlanmaya yönelik geliştirdiği bir savunma olduğunu düşündü. Seans konuşmaları devam ederken danışan şiddetle öksürmeye başladı. Kronik astımı vardı, son zamanlarda hava çok nemliydi, sık sık rahatsız oluyordu. Derin nefes almaya çalışırken birden odada boğazını yakan sigara kokusunu fark etti.

İdeal bir terapi odası oluşturabilmek için şekil, renk ve boyut olarak birbirine denk koltuklar kırk beş derecelik açılarla yerleştirilir, boş kalan alana koltuklar arasındaki mesafeyi ayarlayarak üzerine peçete, bardak gibi eşyaların konulabileceği orta büyüklükte sehpa konulur. Ortamda ışık, sıcaklık ve soğukluğun varlığı hissedilmeyecek şekilde ayarlanır.

Uyum

Psikoterapi için düzenlenmiş olan psikoterapi merkezi veya klinik ünitelerde kullanılan malzemelerin birbiri ile uyumlu olması önem taşır. Görüşme odası sade, terapistin kişisel özelliklerini yansıtmayan, fiziksel donanım olarak yeterli, baskın olmayacak şekilde hoş kokulu, ideal sıcaklık koşullarına sahip, dosya gibi evrakların muhafazası için uygun olacak şekilde planlanmalıdır.

Dolaplar, sandalyeler, masalar veya koltuk gibi eşyalar uyumlu olmalı veya rahatsızlık yaratacak baskın olmayan renklerden oluşmalıdır. Aşırı ve dikkat çekici renk kullanımından uzak, yeterli mobilya ile aksesuarın bulunduğu rahatlatıcı bir oturma düzenine sahip bir oda, iyi bir terapi odası sayılabilir. Elbette odada bulunan malzemelerin uyumu kadar temizliği ve yıpranma durumları da önemlidir. Bakımsız, kirli, yırtık ve gelişigüzel yerleştirilmiş bir oda danışanın dikkatini konusuna yoğunlaştıramamasına sebep

olabilir. Ayrıca kirli bir çalışma ortamı bilhassa hijyen koşullarına uymayan tuvalet koşulları yine danışana gösterilen özenle ilgili olumsuz düşündürebilecekken, danışanın psikopatolojisini de tetikleyebilir. Örneğin; temizlik takıntısı ile başvuran bir danışan, kirli görünen bir kliniğe ne kadar sıcak yaklaşabilir ki...

Terapistlerin odasında karşılaşılan bir başka problem, duvarlara asılan tabloların soyut veya baskın anlamlarla yüklü olmasıdır. Terapi odasında kullanılan sembol içerikli tablolar ve biblolar aynı zamanda terapistin oturduğu yerin arkasındaki duvara asılan diploma, sertifika veya katılım belgelerin varlığı, masadaki terapistin özel hayatına ilişkin fotoğraflar, kaçınılması gereken unsurlardır. Çünkü her ne kadar terapi odası onu kullanan terapistin kendi ofisi olsa da, bu ortam danışanın kendi alanı olarak hissedebildiği ve nötr bir şekilde kendini serbestçe açabildiği bir ortam olmalıdır. Yine danışanın psikopatolojisine göre, terapi odasındaki görseller danışan için çok olumsuz anlamlara gelebilir, terapistte ait kişisel unsurlar görüşmenin önüne geçebilir. Örneğin; romantik bir ilişkisi olmayan bir danışan, buna ne kadar özendiğini anlatırken terapistinin yanında duran aile fotoğrafı nedeniyle terapistin kendisini çok da anlamayacağını düşünebilir.

Güven

Terapi odasına dışarıdan yansıyan bazı durumlar danışana huzursuzluk, güvensizlik yaşatabilir. Görüşme sırasında telefonların çalması (cep telefonu, ofis telefonu vb.) veya odaya birisinin girmesi gibi nedenlerden dolayı görüşmenin sekteye uğraması uygun olmayan durumlardır. Terapinin kapısı kapalı bir ortamda yapılması ve sessizliğin seans süresi boyunca korunması ile bu görüşmenin kapalı sınırlar içerisinde yapıldığına dair net bir çerçeve çizilmiş olur. Bu sınırlandırılmış çerçeve danışanı güvende hissettirir. Terapi odasının kapısının açılabilme ihtimali varsa, önlem olarak odanın kapısına, 'Görüşme var' uyarısı asılabilir, görüşme başlamadan telefonların kapatılması gerekliliği ifade edilebilir.

Bunun yanı sıra diğer bir önemli konu ise danışanın bilgileri ve dokümanlarının psikoterapi merkezinde nasıl arşivleneceğidir.

Danışan bilgilerini içeren dökümanların üçüncü kişiler tarafından ulaşılması mümkün olmayan kilitli, şifreli dolaplarda saklanması özeni gösterir ki bu da danışan adına güven verici bir unsurdur.

Terapi odası koşullarının danışanın kendini rahatlıkla açabileceği, tarafsız, güvende hissedebileceği ve getirilen problemin rahatlıkla çalışılabilmesi fiziksel koşulları sağlıyor olması önemlidir. Ancak terapi odası bahsi geçen tüm düzenlemelere göre organize edilip danışanın terapistte güvenmesi için sağlam bir zemin oluşturulsa da bu konuda danışanın kendini yeterince iyi hissetmesini sağlayacak en temel koşul terapistin kişilik özelliklerine, mesleğine gösterdiği özene, etik konudaki hassasiyetine ve aldığı eğitime duyduğu güven olacaktır.

Bölüm Özeti

Terapi odası aslında bir simgedir. Terapistin güvenilirliğini, şeffaflığını ve danışana verdiği değeri simgeler. Özenle seçilmiş mobilyalar ve aksesuarlar, çarpıcı renkler kullanmak yerine doğal tonların kullanılması, danışan için sıcak ve konforlu bir ortamın hazırlandığını gösterir. Etik kurallara önem veren bir terapist, terapi odasındaki seslerin dışarıya çıkmadığından ve danışanın rahat davranabileceğinden emin olmalıdır, böylece güvenli bir terapi ortamı oluşur. Terapi ilişkisi iki kişinin karşılıklı etkileşiminden oluşur, bu iletişim şekli, karşılıklı oturma planında da var olmalıdır. Terapist ve danışan eşit olmalı ve birbirlerini rahatsız etmeyecek bir uzaklık içerisinde, göz kontağı kurabilecek şekilde oturmalıdırlar. Terapi odası her anın mahremiyetinin güvencesi olduğu gibi, danışanın kendini rahat ifade edebilmesi en önemli unsurdur. Odadaki ışıklandırmanın doğal ışığa yakın seçilmesi, ışığın sorgu odasını anımsatır şekilde danışanın yüzüne direkt olarak yansımaması, danışanın kendisini daha rahat hissetmesini sağlayacaktır. Odanın havalandırılması, hoş bir kokusu olması ve temiz olması terapistin sorumluluğudur. Kısaca, terapi odası sessiz, konforlu, sade, temiz, güvenli, danışan ile terapistin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş ve terapistin kontrolünde olmalıdır.

Dördüncü Bölüm

Danışan İle İlk Görüşme Seansı

Tennur KATGI* • Ayşe KAYNAK**

Tartışma soruları

1. İlk görüşme seansı nasıl gerçekleştirilir?
2. Terapistin danışanla ilgili edinmesi gereken bilgiler nelerdir?
3. Diğer görüşmelerden farklı olarak ilk görüşmede nelere dikkat edilir?
4. İlk görüşmede terapötik çerçeve nasıl oluşturulmalı?

İlk görüşme, danışanın terapistten yardım almak adına ilk defa görüşmeye geldiği ve terapist ile danışan arasındaki yüz yüze ilk etkileşimin olduğu seanstır. Genellikle ilk görüşme danışanı tanımak, danışanın problemlerini değerlendirip ortaya koyabilmek, bu problemlere tanı koyabilmek ve birlikte çalışıp çalışmamaya yönelik bir karar almak amacıyla yapılır. Bu bakımdan danışanın dünya görüşünün, hayattaki amaçlarının ve değerlerinin yavaşça aydınlatılmaya başladığı süreç olarak da değerlendirilebilir. Danışanlar terapistle ilişki kurmaya başlar, terapist süreci sözlü ve sözsüz iletişim araçlarıyla yönetir. Böylece danışan terapinin nasıl bir süreç olduğu hakkında bilgi sahibi olmaya başlarken terapistin ne söylediğini ve ne söylemediğini dikkatlice dinler, sözlü ve sözsüz biçimde kendisi ile nasıl iletişim kurduğunu da gözlemler.

* Uzm. Klinik Psikolog. E-posta: tennurkatgi@gmail.com

** Klinik Psikoloji Doktora Öğrencisi. E-posta: aykoka@hotmail.com

İlk Görüşme Seansı Öncesi

Psikoterapi, danışanın görüşmeye ilk kez gelmesinden önce başlayan bir süreçtir. Danışan, terapi alacağı kurumla ilk defa iletişime geçtiğinde süreç başlamış olur. Telefon ya da e-posta yoluyla yapılan görüşmede terapist, danışanla çalışmaya olan ilgisini belirtmeli ve görüşme randevusu vermelidir. Kullanılan psikoterapi yaklaşımına bağlı olarak randevulaşma süreci sekreter aracılığıyla yapılabilir.

Danışan, problemi aşamadığı bir kriz durumuna geldiğinde terapistte ulaşılmış olabilirler ve bu nedenle acil bir randevu isteyebilirler. Bu durumda randevu en kısa zamana verilmelidir. Kısa sürede danışanı görmenin mümkün olmadığı durumlarda ise uzun bir telefon görüşmesi yapılarak danışan hakkında detaylı bilgi almak ve kendisine ya da çevresine zarar verme riskini ölçmek gerekebilir (Patterson ve arkadaşları, 2009).

Gallucci, Swartz ve Florence (2005) tarafından yapılan araştırma, danışana randevu verme süresinin uzunluğunun danışanın randevuya gelmesi ile ters bir korelasyona sahip olduğunu göstermiştir. Yani randevu ne kadar ileri bir zamana verilirse danışanın terapiye gelme ihtimali de o kadar düşmektedir. Bu durum da göz önünde bulundurularak danışanın yardım talebiyle terapistte başvurusuyla ilk görüşme randevusu arasındaki süre mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır.

Randevu alma süreci içerisinde danışan da terapi konusunda çeşitli fikirlere sahip olabilir (Patterson ve arkadaşları, 2009). Daha önce terapi deneyimi olmamış bir kişi, bir yabancıнын kendisine nasıl yardım sunacağı konusunda önyargılar taşıyabilir. Terapiye geldiği için kendisini hayatta başarısız olmuş gibi hissedebilir. Daha önce olumlu terapi deneyimi olan bir danışan içine gireceği sürece karşı umutlu olurken, olumsuz terapi deneyimi yaşamış danışan ise yeniden terapi görmeye karşı olumsuz yargılar edinmiş olabilir, korkulara ya da karmaşık duygulara sahip olabilir. Terapistler, bu gibi soru işaretlerine engel olmak ve ilk seanstan sağlam bir terapi

ilişkisi inşa edebilmek için, temelde işlerinin danışanlara yardım etmek, danışanların kendilerine yardımcı olacak bilgi ve becerileri oluşturmasını sağlamak olacağını belirtmelidir. Bu bilgileri içeren bir doküman hazırlanıp danışan ilk görüşmeye gelmeden önce kendisine ulaştırabilirler.

Terapistin de ilk görüşmeye hazırlanması gerekmektedir (MacCluskie ve Ingersoll, 2001). Başkasına yardımcı olabilmenin ilk koşulu insanın kendisini tanımasıdır. Bu nedenle terapist danışanla sorunları üzerine konuşurken ne ölçüde yardımcı olabileceği konusunda kendini ölçmeli, kendi uzmanlık alanının dışında kalacak müdahalelerde bulunmaktan kaçınmalıdır.

Bununla beraber danışanı terapiye doğrudan başvurduğu terapist alabilir. Ancak bazı kurumlarda kişiyi doğru terapistte yönlendirmek için ön görüşmeyi yapacak kimse başka bir uzman da olabilir. Eğer danışanı ön görüşmeden sonra terapiye alacak uzman farklı ise bu konuda danışan bilgilendirildikten sonra doğru kişiye ya da kuruma yönlendirilmelidir. Danışanla terapiye başlayacak uzman, danışana kendisini görmek için uygun olduğunu belirtmeli ancak terapiye başlamak için acele etmemelidir. Danışan ön görüşmeden sonra biraz daha konuşup, terapisti tanıdıktan sonra terapiye başlamaya kesin olarak karar vermek isteyebilir. Bu süreçte terapist de danışanın getirdiği problemin kendi alanı ile ilgili olup olmadığına karar verebilir. Örneğin kendisine ilişkisi ile ilgili yaşadığı sorunlarla gelen bir kişinin bahsettiği konulardan çift odaklı çalışılmasının daha etkili olacağı kanıdaysa terapist, bireysel olarak gelen kişiyi çift terapisine yönlendirebilir.

İlk Görüşme Seansı

Sullivan'a göre (1954) ilk görüşme dört ayrı aşamadan oluşur. Bunlar başlangıç, keşif, detaylı araştırma ve de sonlandırma aşamalarıdır. *Başlangıç aşamasında* danışanın terapiye geliş şekli, karşılama ve danışanın kişisel bilgilerinin gizliliği ilkesiyle ilgili bilgilendirilme-

sine yönelik etik kurallar tartışılır. *Keşif kısmı* ise danışana terapi alma ihtiyacını hissettiren problemlerle ilgili bilgilerin toplandığı bölümdür. Detaylı araştırma danışandan spesifik ve detaylı bilgilerin toplanması, danışanın temel problemleriyle ilgili bilgilerin ayıklanması, problemlerin çözümüyle ilgili olumlu ve olumsuz faktörlerin belirlenmesiyle yapılır. Örneğin danışanın probleminin çözümü yönünde önceden neleri denediği, nelerin işe yarayıp nelerin işe yaramadığı bilgisi bu aşamada alınır. *Sonlandırma bölümü* iki basamakla gerçekleşir. İlki, terapist travmatik olayların anılarından bahsederek, umutsuz gözüken problemlerden konuşarak, geçmişteki başarısızlıklardan ve hatalardan söz ederek süreci danışan için sonlandırmasıdır. Buradaki sonlandırmada terapistin amacı, bu gibi olayların kimisini kapatarak danışanın normal hayatına dönmesini sağlamak ve gelecek seanslar için bu gibi olayların etkisini azaltmaktır. İkinci basamakta da terapist danışanı mutsuz eden ve strese sokan konuları tartışmak için bir sonraki seansa davet eder.

Nelson-Jones (2002) ise ilk görüşmeyi üç ayrı kısma ayırır. İlk kısım *alakalandırma* olarak adlandırılır. Öncelikle terapist ilk görüşmeye danışana beraber geçirecekleri süreyi hatırlatarak ve ardından onu terapiye getiren sebepleri sorarak başlar. Bu kısımda danışanın kendisini açması için direkt olarak sorunları nasıl gördüğünün sorulması önerilir. İkinci kısımda ise danışanın sorunlarının anlaşılması amaçlanır. Burada terapist sorunları anlayabilmek için danışana sorular sorar. Sonrasında terapist sorunların kaynağıyla ilgili bazı önerilerde bulunur. Ardından ilk görüşme danışanın temel probleminin tanımının karşılıklı olarak kabul edilmesiyle sonlanır.

Yukarıdaki bilgilerden özetle ilk görüşmeye başlarken, terapistin önce mesleki olarak kendini tanıtmaya (eğer danışan ön bilgiye sahip değilse), yapılan görüşmenin süresini belirtmesi, içeriğini anlatması ve konuşulan konuların özel durumlar dışında (kendine ve başkasına zarar verme durumu dışında) gizli kalacağı bilgisi ile başlar. Ardından detaylı olarak danışanı tanımaya yönelik sorulara geçilir.

İlk Görüşmede Danışan ve Getirdiği Problemler İle İlgili Edinilmesi Gereken Bilgiler

Segal ve Hersen (2010) ilk görüşmede alınması gereken bilgileri problemin geçmişiyle ve danışanın sosyal geçmişiyle ilgili olmak üzere ikiye ayırır. Ancak bu bölümde her ne kadar standart bir ilk görüşmede sorgulanması gereken noktalara dikkat çekilse de özel gruplarla ya da sadece belli patolojik rahatsızlığı olan danışanlarla çalışılıyorsa (örneğin cinsel işlev bozukluğu olan ya da geriatri odaklı gruplarla) ilk görüşme bu gruplara göre farklılaştırılabilir. Ayrıca danışanın patolojik durumuna göre, görüşmenin başında (bazen görüşmeye gelmeden) ya da görüşmenin sonunda danışanı daha detaylı değerlendirebilmek için danışandan birtakım ölçek ve envanterleri doldurması istenebilir. Unutulmaması gereken bir nokta her ne kadar ilk görüşmede olabildiğince bilgi almak ve danışanı değerlendirmek gibi bir yapı uygulanıyor olsa da değerlendirme ve bilgi toplama bir ila üç seans kadar sürebilir. Burada kişinin problem alanları ve patolojisi belirleyici olacaktır.

Danışanı Terapi Görmeye Yönlendiren Problemin Geçmişi
Danışanın bahsettiği temel problemin geçmişteki problemleri ile ortak noktalarının olup olmadığı araştırılmalıdır. Böylelikle terapist, problemin ilk ne zaman başladığı bilgisine erişebilir. Öte yandan problemin gelişimi de araştırılmalıdır. Örneğin probleme sebep olan ve devamını sağlayan faktörler, danışanın problemi çözme girişimleri de öğrenilmelidir. Önceden psikiyatrik yardım alıp almadığı, ilaç desteği alıp almadığı ve ilaç kullanımının süresi de gerekli bilgiler arasındadır. Danışanın önceden psikoterapötik destek alıp almadığı da sorulmalıdır. Hangi türde yardım aldığı ve sonuçları öğrenilirse terapist farklı bir terapi biçimiyle devam etmeyi deneyebilir. Böylelikle önceden danışanın denemediği bir yöntem seçilmiş olur. Olumsuz terapi deneyimleri, yeni terapi süreci için yıldırcı unsur olmamalıdır. Danışanın o dönem değişime hazır olmaması, terapistin danışana yardımcı olamaması ya da

terapi türü etkili olmamış olabilir. Terapistin olumsuz terapi geçmişine sahip olan danışana karşı karamsardan ziyade gerçekçi bir bakış açısıyla yaklaşması gerekmektedir.

Danışanın Sosyal Geçmişi

Danışanın probleminin çözümü için kendisinin geçmişiyle ilgili bilgilerin de edinilmesi gerekmektedir. Bu bilgiler danışanın gelişim geçmişi, ailevi geçmişi, eğitim seviyesi, sosyal ve cinsel ilişki geçmişi, iş durumu, hukuki geçmişi, travma ve istismar geçmişi, madde kullanımı geçmişi, tıbbi geçmişi olarak sınıflandırılabilir.

Kullanılan psikoterapi yaklaşımına göre, danışanın gelişimiyle ilgili öğrenilmesi gereken noktalar annesinin gebelik süreci, doğum şekli, emeklemeye ve yürümeye başlama zamanı, konuşmaya başlama zamanı, tuvalet eğitim süreci ve yaşı gibi temel çocukluk gelişimi bilgileri yer alabilir. Danışan bu konularla ilgili ailesinin ona özel olarak aktardığı bir sorun olmadığını söyleyebilir. Ancak gelişimsel açıdan herhangi bir problem yaşandıysa bu terapist tarafından not edilmeli ve mevcut sorunla ilişkisi olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Danışanın ailevi geçmişi ve ilişkileri de sorgulanması gereken noktalar arasındadır. Çocukken kimlerle yaşıyordunuz gibi açık uçlu sorular sorularak bu süreç hakkında bilgi alınabilir. Terapist aile içi roller, aile bireylerinin yaşları, etkileşimleri ve bu etkileşimler arası değişimleri de sorgulamalıdır.

Danışanın eğitim seviyesi ve iş durumu da aynı şekilde terapistin ilk görüşmede sorgulanması gereken konular arasındadır. Danışanın hayata olan bakış açısı, olayları rasyonelleştirme becerisi, hayatta karşılaştığı zorluklar ile bunları yenme şartları eğitim seviyesi ve iş koşullarıyla yakinen alakalıdır. Ayrıca danışanın entelektüel veya bilişsel bir sorunu olup olmadığı da değerlendirilmelidir (Palmer ve McMahan, 2001).

Danışanın sosyal ilişkileri sorgulanırken sosyal gelişim seviyesi de ölçülmüş olur. Arkadaşlık ilişkileri, üyesi olduğu gruplar, romantik ilişkileri, evlilik durumu bilgileri bu aşamada öğrenilme-

lidir. Ayrıca danışanın cinsel hayat bilgisi de alınmalıdır. Danışana sosyal destek sağlayabilecek bir arkadaşının ya da romantik partnerinin olup olmadığı da danışanla çalışırken kimlerin ona destek olabileceğini gösteren önemli bilgilerdendir.

İlk Görüşmede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

İlk görüşmede terapist, danışanla ilgili not tutmak istiyorsa bu tercihini danışana açıklaması gerekir (Palmer ve McMahon, 2001). Not tutmak terapistin kendi inisiyatifindedir. Bilgilerin daha kolay hatırlanmasına yardımcı olur ancak terapist ve danışanın dikkatini dağıtabilir. Ayrıca terapistin sürece aktif katılımı da gerekmektedir. Psikodinamik ve ilişki odaklı yaklaşımlar terapi sırasında not tutmanın terapötik ilişkiyi sekteye uğratabileceğini düşünürken, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ise not tutmayı meşru görür. Burada önemli olan bir taraftan bilgi toplarken bir taraftan da danışan ile ilişki kurmak ve temel terapistlik becerilerini kullanmaktır. Çünkü bir klinisyen, anketör değildir. Elbette ilk görüşmede danışanları tanıyabilmek ve değerlendirme yapabilmek için sorular sorulacaktır. Ancak bunu yaparken temel psikoterapi becerilerini kullanmak esastır. Bir konudan diğer konuya geçerken geçiş cümleleri kullanmak, ara ara bilgi doğru mu anlaşmış diye özetleme yaparak teyit almak, yansıtma ve empati gibi becerileri kullanmak danışan ile ilk görüşmede terapötik ilişkinin kurulması, danışanın kendisinin anlaşıldığını hissetmesi açısından önemlidir.

Terapistin tercihine kalmış bir başka mesele ise ilk görüşmenin önceden hazırlanmış bir form kullanılarak ya da kullanılmadan yapılmasıdır. Danışanların bilgilerinin aynı formatta kaydedilmesi, yapılan ön görüşmelerin de aynı formatta yapılması adına yararlı olacaktır. Vriend ve Kottler, (2012) makalelerinde önceden hazırlanmış bir yapılacaklar listesinin terapinin faydasını arttıracığını savunmuşlardır.

Danışana, içerik olarak kendisinin iyi olabilmesi için birlikte çalışıldığı ve onun da süreçteki katkılarının önemli olduğu mesajını ver-

mek terapötik ilişki kurabilmek ve danışanın kendisinin anlaşıldığını hissedebilmesi açısından önemli olacaktır. İlk başta işbirliğini güçlendirmek için “Lütfen aktif olarak katılmaktan çekinmeyin.”, “Eğer sizi yanlış anlarsam lütfen beni düzeltmekten çekinmeyin.”, “Ben terapistlikle ilgili konularda uzmanım fakat siz de hayatınızla ilgili uzmanısınız, lütfen bana hayatınızla ilgili olup bitenlerle ilgili anlatabileceklerinizi anlatın.” şeklindeki cümleler kullanılabilir. Eğer danışan kendi problemlerini biçimlendirmekte zorlanırsa terapistin bu konuda yardımcı olması gerekmektedir (Palmer ve McMahan, 2001). Terapist danışanın kendisine güvenebileceğini, hangi konuyla ilgili konuşmakta daha rahat edecekse konuya oradan başlayabileceğini belirtmelidir. Direkt sorular sormak yerine onu üzen ya da mutsuz eden konulara dikkat çekerek genel ve açık uçlu sorular sormalıdır.

Yetişkin danışan ilk görüşme taslağı¹

- **Demografik bilgiler:** Yaş, cinsiyet, medeni hal, varsa çocuk sayısı, kim neden yönlendirdi, nerede oturuyor, mesleği, eğitimi, kimle yaşadığı...
- **Aile Öyküsü:** Anne ve babayla yaşadığı sıkıntıları rahatlıkla konuşabilir mi? Anne ve babasına yakın hisseder mi? Kaç kardeştir, kaçınıcı çocuktur? Kardeşiyle ilişkileri nasıldır?
- **Danışanın Şikâyet Geçmişi:** Danışanın şikâyeti nedir? Ne kadar süredir devam etmektedir? Neden şimdi gelmeye ihtiyaç duymuştur? Bununla nasıl baş etmeye çalışmıştır? Önceki tedaviler: Bu şikâyetine ilişkin bir tedavi aldı mı? Aldıysa nasıl bir tedavi uygulandı? Kimden tedavi aldı? Danışana göre tedavi işe yaradı mı? Başka bir konuda tedavi gördü mü?
- **Eğitim Geçmişi:** Geçmişten bugüne hangi okullarda okudu? Nasıl bir öğrenciydi? Öğretmenleriyle ilişkileri nasıldı? Üniversite bölüm tercihini isteyerek mi yaptı?

1 Gökçe Cansever'in (1982) Klinik Psikolojide Değerlendirme Yöntemleri kitabında önerdiği taslaktan yola çıkılarak oluşturulmuştur.

- **İş Geçmişi:** Bu zamana kadar hangi işlerde çalıştı? İş yerinde kendinden üstte ve altta olanlarla ilişkileri nasıl? Şu anki işinden memnun mu?
- **Toplumsal İlişkiler:** Kendinden büyüklerle ilişkileri nasıl? Kendinden küçüklerle ilişkileri nasıl?
- **Romantik İlişki Geçmişi:** Danışanın romantik partneri var mı? Bu zamana kadar kaç ilişkisi olmuştur? İlişkileri nasıl başlıyor nasıl bitiriyor? Şu anki cinsel hayatı nasıl?
- **Arkadaş İlişkileri:** Kendini rahatlıkla açabildiği arkadaşları var mı? Sosyal ilişkileri güçlü mü?
- **Gelişim süreci/ kaza/ameliyat/travmatik yaşam deneyimi:** Danışanın geçirdiği bir ameliyat ya da kaza olmuş mu? Etkileri? Danışanın hayatında önemli/kritik/dönüm noktası dediği bir travmatik anısı var mı? Bunun onu nasıl etkilediğini düşünüyor?
- **Duygusal ataklar:** Danışan ne kadar sıklıkla öfkeleniyor? Öfkesini nasıl gösteriyor? Öfkesi ile nasıl baş ediyor?
- **Boş zaman:** Danışan boş zamanlarını nasıl değerlendiriyor? Hobileri var mı?
- **Gelecekte beklenenler:** Danışanın gelecekte beklenenleri nelerdir? Gelecekte umutlu mu?
- **Karakter özellikleri:** Danışanın güçlü ve geliştirilmesi gerektiğini düşündüğü yanları nelerdir?
- **Farkındalık:** Danışanın terapistten beklentisi nedir? Beklenenleri gerçekçi mi?

.....●●●.....

Danışanla tartışılmamalı, küçümsenmemeli ya da düşüncelerine meydan okumaya çalışılmamalıdır (Sullivan, 1954). Tamamen zarar görmüş düşüncelere sahip olsa bile bu düşünceleri tartışmak değil anlamaya ve çözmeye çalışmak gerekir. Özellikle ilk görüşmede danışanla tartışmak onları yüzleşmeye hazır olmadıkları şeylerle yüzleştirebilir ve terapi deneyimini hoş karşılamamalarına sebep olabilir. Ancak danışanın görüşlerini ölçmek adına bir tane basit yorumda bulunabiliriz. Böylelikle danışanın kişisel problemlerinin

sorumluluğunu ne kadar üzerine aldığına görme şansı elde edilmiş olur. Bu şekilde danışanın terapiye ne kadar hazır olduğunu ya da terapi sürecinin nasıl bir hızla ilerleyeceğini de böylelikle görülebilir. Danışanlarla iş birliği oluşturmak için terapist, arkadaşça ve tehditten uzak bir tavır takınmalı, danışanın olayları kendi cümleleriyle anlatmasına izin vermeli, onu etkin olarak dinlemeli ve son olarak kendisini tamamen sürece vermelidir. Yanı sıra danışan fazla övülmemeli ya da onlara gerçekleşmeyecek vaatler verilmemelidir (Nelson-Jones, 2002). Danışan, ilk görüşmeye geldiği durumda övgüleri kabul edemeyecek durumda olabilir ya da övgüler terapinin bir çalışma süreci olmasından ziyade kendini iyi hissetme süreci olarak algılanmasına neden olabilir. Yanlış vaatlerde bulunarak yaratılan duygu durumu ile danışanın terapi sürecinden umutlu olması arasında fark vardır.

İlk görüşmede danışanın kelimeleri, davranışları yorumlanmalı ya da bu davranış, düşünce ve duygulara neden olan koşullar hakkında spekülasyonlarda bulunulmamalıdır (Sullivan, 1954). Neticede danışan henüz buna hazır olmayabilir. Aynı şekilde danışanın hayatıyla ilgili hassas konulardan da ilk görüşmede bahsedilmeyebilir (Palmer ve McMahan, 2001). Danışan arkadaşları, cinsel istekleri, çocukluğu, işleri ile ilgili konuları paylaşmak için terapistin kendisini kesinlikle yargılamayacağına dair kesin emine olana kadar beklemek isteyebilir. Bu nedenle ilk görüşmede çok fazla konuşmamak, çok fazla soru sormamak da yapılmaması gerekenler arasındadır. Danışan kendi düşünceleri, fikirleri, duyguları üzerinde uzmandır. Ancak bu uzmanlığı ortaya çıkarmada yardıma ihtiyaç duyabilir.

Danışanın terapistle karşı olan görüşü onun terapiye devam etmesine ya da sonlandırmasına neden olabilir. Danışan terapistinde ne kadar olumlu özellik görürse terapiye devam etmeye o kadar yatkın olur. Bu karar da genelde ilk görüşmede verilir. Araştırmalar danışanların ilk terapistten sonra sürece devam edip etmeme kararını verdiklerini göstermiştir (Nelson-Jones, 2002). Bu durumda terapistin görevi ilk görüşmede danışanın problem-

lerini doğru biçimde ortaya koyabilmek, ihtiyaçlarını ve duygularını anlayabilmektir. Böylelikle danışan güven ilişkisi kurabilir ve terapiye devam edebilir.

Birçok danışan için ilk görüşme en zor olandır. İlk görüşmeyle başka kimseyle konuşamayacakları konuları bir yabancıya açmış olurlar. Bazı danışanlar için ise ikinci görüşme daha da zor geçer. Danışan için terapiye devam edilmesi ve sürece bağlılık gösterilmesi aslında bir yabancıya güvenmek, terapi süreciyle değişimi umut edebilmek ve de terapistin kendisine yardımcı olabileceğini kabul etmek demektir. Danışanın terapi sürecine devam etmesini sağlayabilmek için ilk görüşme, danışanı yüreklendirip hayatında değişimi sağlayıp daha mutlu olacağına dair inancını güçlendirecek olumlu bir notla bitirilebilir.

Psikoterapi sürecinde ilk görüşme ve görüşmenin değerlendirilmesine ilişkin vaka incelemesi (terapistin kendine çıkardığı notlar)²

A.Y. 43 yaşında, evli, biri 15 diğeri 9 yaşında iki erkek çocuk sahibi, ev hanımı bir kadın danışan. Danışanterapi merkezine 15 yaşındaki oğluyla yaşadığı çatışma, aşırı titiz oluşu ve öfke kontrolünde yaşadığı zorluklar nedeniyle başvurdu.

İlk görüşmede A.Y. fazla titiz biri olduğu için etrafındaki insanlarla; özellikle tam tersi özelliklere sahip olan 15 yaşındaki oğlu ile sorun yaşadığından bahsetti. Çok erken yaşta 18 yaşında görücü usulü ile evlilik yaptığını, ama uzun zaman çocuk sahibi olamadığını söyledi. 15 yaşındaki oğlunun doğumuyla bütün aile bireyleri büyük mutluluk yaşamışlar ve danışana göre bu mutluluğun etkisiyle çocuk yetiştirirken birçok hata yaptıklarını fark etmeleri zaman almış. Danışan, büyük oğlunu çok şımarttıklarını fakat ikinci çocukta aynı hataları yapmadıklarından bahsetti. Bugün büyük oğluyla sorun ya-

2 Bu bölüm Uzman psikolog Sevcan Şahin Ceylan tarafından hazırlanmıştır.

şamasının suçlusunun kendisi olduğunu söyledi. A.Y. ergenlik dönemindeki büyük oğlu ile şiddetli bir çatışma halinde olduklarını bildirdi, oğlunun aşırı asabi yapısı nedeniyle ani patlamalar yaşadığından yakındı. Bu sorunu çözmek için daha önce psikolojik yardım almış, öfke kontrolü için grup terapilerine ve etkin annelik eğitimlerine katılmış fakat fayda görememiş olduğunu belirtti. Bu tedavilere bir süre ara verdikten sonra, sorunun giderek büyümesi nedeniyle bir doktor tanıdıklarının yönlendirmesiyle tekrar yardım alma ihtiyacı duyduğunu ama yine işe yaramayacağı konusunda önyargıları olduğunu söyledi. Kendisine yüzünde endişeli bir ifade gördüğümü, bununla ilgili konuşmak isteyip istemeyeceğini sorduğumda; ağırlıklı bir ses tonuyla yardıma çok ihtiyacı olduğunu, sert bir anne olmak istemediğini iyi bir anne olmak istediğini belirtti. Kendini suçlar şeklindeki bu ifadeleri üzerine konuşuldu. Kendisine “İyi bir anne nasıl olmalı?” sorusunu sorduğumda cevap olarak “Sevgisini gösteren anne, iyi bir annedir...” cevabını verdi. Duyularını yansıtma konusunda güçlük yaşıyor olduğunu anladığımı ve bu konuda çalışmamız gerektiğini söylediğimde beni onaylar şekilde kafasını sallayarak gereken ne varsa yapacağını söyledi. Kendisinin fazla kuralcı, düzen konusunda fazla takıntılı olduğunu ve bazen aşırıya kaçan titizlik konularında da yardım istediğini ekledi.

A.Y. kendisinin olması gerektiği kadar titiz olduğunu fakat etrafındaki insanların bu durumdan rahatsız olduğunu belirtti. Birkaç örnek vererek yaptığı temizliğin çok da fazla olup olmadığını sorması benden onay alma ihtiyacı içinde olduğunu düşündürdü. Kendisiyle “Temiz bir insan nasıl olmalı?” konusunda konuştuğumuzda aşırıya kaçan temizlik davranışları ortaya çıktı. Bu konuyu not alarak, kendisini hazırladıktan sonra bununla yüzleştirmek üzere bir başka seansa erteledim.

Kendisine birlikte sorunları belirleyip bunlara yönelik amaç oluşturacağımızı ve buna yönelik bir terapi planı oluşturacağımızdan bahsettim. Birlikte hareket etmemiz gerektiğini benim tek başıma kendisinin yaşadığı problemleri çözme yetisine sahip olmadığını, verdiğim ödevleri yapmasının bu süreçten faydalanabilmesi için gerekli

olduğu konusunda anlaştık. Sihirli bir değneğimiz olmadığını ancak çaba göstererek kendimizdeki olumsuz duygu, düşünce ve davranışları olumluya dönüştürebileceğimizi ve olumsuzlukların üzerinden gelebileceğimizi konuştuk. Bu konuşmanın kendisini iyi hissetmesini sağladığını söyledi. Gözlerindeki endişe azalmış, biraz daha rahatlamış görünüyordu.

Danışana etkin bir terapi planı oluşturabilmek için biyopsiko-sosyal değerlendirme formu ile terapi sürecine devam ettik. Belirtilen problemleri daha detaylı irdelendikten sonra psikolojik öyküsünü aldım. İntihar riskini irdelemek için yaşamdan zevk alma derecesini sorguladım. Tıbbi öyküsüne baktık, kronik bir danışanlığı olup olmadığı kullandığı ilaçlar vs... Aile ve sosyal ilişkileri hakkında konuştuktan sonra cinsel yaşam ve yönelim öyküsüne geçtik. Eğitim öyküsü, çalışma hayatı ve inanç öyküsü ile devam ettik. En son danışanın güçlü ve zayıf olduğu taraflarını değerlendirdikten sonra aldığım bilgiler doğrultusunda amaç oluşturmayla terapi sürecine devam etmeyi planladık.

İkinci seansa geldiğinde Ayşe Hanım kendini daha rahat ifade etmekteydi. Oğlu ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaştıktan sonra eşinden bahsetmeye başladı. Şu an ilişkilerinin iyi olduğunu eşinin kendisinin tersine çok sakin ve çok anlayışlı bir yapısı olduğunu ifade etti. Birkaç yıl önce eşinin kendisini aldattığını, o dönem ciddi sorunlar yaşadıklarını fakat çözüme ulaştıklarını söyledi. Bu yaşanan olayda da suçun kendisinde olduğunu düşünüyor. Neden böyle düşündüğünü sorduğumda cevap olarak eşine hep soğuk olduğundan, cinsel olarak yakınlık göstermediği ve isteksizliğinin çok fazla olduğundan onun başka birine yönelmesine sebep olduğunu söyledi. Yaşanan bu sorunun onları birbirine yakınlaştırdığını, bu konuyla ilgili bir problem olmadığını, bununla ilgili daha fazla konuşma ihtiyacı duymadığını belirtti. Bu konuyla ilgili konuşmak istemediği için daha fazla irdelemeden konuyu zamanı gelince açmak üzere kapattık. Asıl şikâyeti olan oğluya ilgili konuşmaya devam ettik. Kendi isteği doğrultusunda oğlunu da daha sonraki seanslara dâhil etme kararı aldık.

Terapide içeriğe ve duygu yansıtması durumuna ilişkin diyalog örnekleri³

Danışan: İyi bir anne olmak istiyorum.

Terapist: İyi bir anne olmak istediğinizi söylemişsiniz, iyi bir anne olmadığınızı düşünüyor olmalısınız. Bu durumdan ötürü üzüntü duyuyor olmalısınız.

Danışan: Eşimin çok fazla kuralları var, kendimi onun karşısında küçük hissediyorum.

Terapist: Kendinizi eşinizin kuralları karşısında küçük hissettiğinizi söylemişsiniz, eşinizi büyük yani çok güçlü görüyor olmalısınız. Bu size kendinizi güçsüz hissettiriyor olmalı.

Danışan: Ben onlar iyi olsun diye çabaladıkça yine kötü olan ben oluyorum.

Terapist: Siz çabaladıkça insanların gözünde kötü olduğunuzu belirtmişsiniz, iyi niyetli hatalar yaptığınızı mı düşünüyorsunuz? Bu durum sizi mutsuz ediyor olmalı...

Danışan: Kaçıp gitmek kurtulmak istiyorum, herkesten uzağa gitmek istiyorum...

Terapist: Herkesten uzak olan bir yere kaçıp gitmek istediğinizi söylediniz, etrafınızdaki insanlardan kurtulmak istediğinizi yaşadığımız sorunlarla baş edemediğinizi düşünüyorum. Kendiniz problemlerinizi çözebilecek durumda görmüyor olmalısınız bu durum size kendinizi çaresiz hissettiriyor olmalı.

Danışan: Evet eşim beni aldattı ama benim yüzümden, çünkü ben ona yakınlık göstermedim, soğuk davrandım hep; o aldatacak bir erkek değildi; ben onu buna ittim.

Terapist: Eşinizin sizi aldatmasına neden olduğunuzu belirttiniz,

3 Bu bölüm Uzman psikolog Sevcan Şahin Ceylan tarafından hazırlanmıştır.

eğer yakınlık gösterip sıcak davranıyorsanız sizi aldatmayacağını düşünüyor olmalısınız, bu durumda kendinizi oldukça suçluyor olmanız kendinize kızgın olmanız anlamına mı geliyor?

Bölüm Özeti

İlk görüşme terapistin danışanla, danışanın da terapistle ilk defa karşılaştığı ve aralarındaki etkileşimin oluşmaya başladığı seanstır. Danışanın terapistte gelmek için randevu almasıyla başlayan ilk görüşme seansında danışana terapiyle ilgili kısa ön bilgi verilmeli, terapist de kendisini seansa hazırlamalıdır. Seans sırasında terapist danışanın sosyal geçmişiyle ve onu seansa getiren problemle ilgili bilgiler toplamalıdır. Danışanı fazla zorlamadan, kendisini açana kadar zamanın tanındığı bu seans, danışanın sorun tanımları üzerinde anlaşmayla ve de terapi sürecinde problemlerin çözüleceğine dair gerçekçi bir umut verilmesiyle tamamlanmalıdır. İlk görüşme danışanın terapiye devam etmesi halinde terapist ile birlikte nelerin çalışılması gerektiğinin ortaya koyulduğu ve terapi süreci hakkında bilgilendirildiği bir seans olmalıdır. Danışanı sorularla tanımaya çalışırken bir yandan da terapötik ilişkinin kurulmaya çalışıldığı bir görüşme olarak planlanmalıdır.

Beşinci Bölüm

Terapötik İletişim Teknikleri

Esra ORAS*

Tartışma soruları

1. Terapötik iletişim nedir ve araçları nelerdir?
2. Psikoterapi ve dost sohbeti arasındaki farklılıklar nelerdir?
3. Etkin olmayan dinleme türleri nelerdir?
4. Terapötik iletişimin barındırması gereken temel unsurlar nelerdir?
5. Terapi sürecinde terapistin sessizlikten faydalanması danışan açısından ne gibi kazanımlar sağlar?
6. Terapist ile hasta arasındaki diyalog esnasında terapistin özetlemeler yapmasındaki amaçlar nelerdir?
7. Empatinin terapötik sürece sağladığı katkılar nelerdir?

Terapötik iletişim; terapötik ilişkiyi başlatan, sürdüren ve danışanın yaşayacağı değişimin öncüsü olan terapi sürecinin yapı taşıdır. Bu iletişimin içten, kabullenici, empatik ve açık bir şekilde sürdürülmesi önemlidir; etkin dinleme ve soru sorma becerilerine sahip olmayı, ses tonu, jest ve mimikleri uygun şekilde kullanabilmeyi, terapistin kendisini yargılayıcı ve eleştirel olmadan ifade edebilmesini gerektiren önemli bir deneyimdir.

Bununla birlikte terapötik iletişim her türlü psikoterapi yaklaşımı için, terapi sürecinde ve sonunda edinilen verim açısından ciddi önem taşır. Dolayısıyla, tüm ruh sağlığı çalışanları tarafından öğrenilmesi, geliştirilmesi ve sıklıkla uygulanması gereken bir iletişim örüntüsüdür. Tüm bu becerileri ve pratikleri içerisinde ba-

* Uzman psikolog. E-posta: psk.esra.dilek@gmail.com

rındırıyor olması, özellikle mesleğe yeni başlayacak psikoterapist adaylarını, bu beceriyi kazanıp kazanamama konusunda kaygıya düşürebilmektedir. Bunun haklı bir kaygı olduğu düşünülmele beraber gerekli ve yeterli okumalarla, gözlemlerle, hem gündelik hem mesleki yaşamda bu iletişim örüntüsünü sıklıkla deneyimleyerek, terapötik iletişim becerilerini kazanmak adına önemli derecede yol alınabilir.

Terapötik İletişimin Araçları

Sessizliği Kullanma

Geçmiş zamanlardan kulağımıza çalınan çok önemli sözlerden biridir: Söz gümüşse, sükût altındır. Terapi sırasında sıralı konuşmak önemli ve gerekli olsa da bazen terapistin konuşma sırasını susma hakkından yana kullanması gerekmektedir. Sessizlik, sözsüz de olsa danışan için yanıt ve tepki niteliği taşımaktadır. Burada iletişimi sürdüren şey ise terapistin mimikleridir; terapistin dinlemeye yönelik fiziksel duruşundan taviz vermemesi ve göz temasını kesmemesi önemlidir. Olumlu ve kabul eden bir tutumla sürdürülen sessizliği terapötik faydaları şu şekilde özetlenebilir:

- Danışanı konuşmaya teşvik eder.
- Danışanın bahsettiği probleme odaklanmasını sağlar.
- Görüşmenin hızını azaltır, terapötik atmosferi biraz daha rahatlatır.
- Danışana alternatif eylem yollarını düşünmek, hislerine odaklanmak veya kararını tartmak için zaman sağlar.
- Danışana sessizliğe rağmen kabul edilebildiğini keşfetme şansı sunar; bir insanın sessiz ve utangaç biri olsa bile, değerli olduğunu ve saygı duyulabileceğini deneyimlemiştir.

Sessizlik, danışan için bir fırsat niteliği taşısa da abartılmaması gereken bir eylemdir. Çünkü sıklıkla sessizliği tercih etmek ya da

sessizliği gereğinden uzun sürdürmek terapötik ilişkiye zarar verebilir. Sessizlik, yukarıda saydığımız faydalardan birine hizmet ettiğinden, gerektiği yerde danışan tarafından bozulacaktır.

Bazen sessizlik, terapist tarafından da bozulabilir. Terapist, kısa süreli bir sessizlikten sonra danışana “Aklınızdan ne geçiyor şu an?” sorusunu sorarak sessizlikten istifade edebilir. Böylece danışan, çağrışımlarını ifade etme olanağına sahip olacaktır.

Sessizliğin iletişim üzerindeki olumlu etkilerini kendi yakın çevrenizle iletişiminiz sırasında da deneyimleyebilirsiniz. Örneğin, kardeşiniz size ciddi bir sorunundan bahsederken, ona hemen fikrinizi söylemek yerine, yukarıda bahsettiğimiz tutumla sessiz kalarak onu biraz daha anlatmaya teşvik edebilirsiniz; kendini rahatça ifade edebilmiş olmak bile rahatlamasına yardımcı olabilir (Benjamin, 1967, s. 110; Hays ve diğerleri, 1963; Synder ve Lindquist, 2009, s. 51).

Terapi sırasında sessizliğin kullanılması

Terapist: Annenizin sizi sürekli eleştirmesinden yorulduğunuzdan ve bununla nasıl başa çıkacağınızı bilmediğinizden bahsettiniz (Özetleme).

Danışan: Yıllardan beri böyle. Defalarca uyarmama rağmen her defasında kendini haklı çıkarmayı başarıyor ve suçu yine tamamen bana yüklüyor.

Terapist: Bu duruma sürekli maruz kalmak sanki sizi bir hayli yormuş...

Danışan: Hem de çok...
(Sessizlik)

Danışan: Çok üzülüyorum. Annemin içinde bulunduğu ve yetiştiği koşulları anlamaya çalışıyorum... Ama bu ona olan öfkemin geçmesine yardımcı olmuyor.

Kabul Gösteren Tutum

Terapistin uygun zaman ve sıklıkta danışanı konuşmaya teşvik edici ve onu dinlediğine dair kısa tepkiler göstermesi gerekir (- Hıhı, - Evet, -Hmm, - Peki, - Sonra? vb.). Bu gibi kabul edici tepkiler, “Seninleyim.” veya “Söylediğin şeyleri takip ediyorum.” gibi mesajların danışana örtük şekilde ulaşmasını sağlar. Böylece danışan söylediklerinin terapisti tarafından dinlendiği ve takip edildiği, kendisiyle ilgilenildiği duygusunu hisseder. Aynı zamanda bu eylemler sırasında danışan, terapisti tarafından yargılanmadan kabul edildiği mesajını da alır.

Sessizlik gibi bu kısa tepkilerin de çok sık şekilde kullanılmamasında fayda vardır. Zira bu tepkilerin çok sık kullanılması danışanın konuşurken dikkatini dağıtabilir, terapistin samimi duruşunu zedeleyebilir ve yapmacık bir görüntüye sebep olabilir.

Özetleme

Özetleme, danışanın verdiği bilginin önemli görülen noktalar üzerinden kısaltarak danışana ifade edilmesi anlamına gelir. Danışan böylece terapistin onu doğru anlayıp anlamadığını öğrenme, anlatıklarını terapistinin ağzından dinleyerek gözden geçirme şansına sahip olmuş olur. Özetleme dört amaç için kullanılabilir:

- Terapist danışanın dinlediğini anlatılanları özetleyerek gösterebilir,
- Terapist birbiri ile ilişkili olan önemli noktaları vurgulamak için özetlemeyi kullanabilir,
- Terapist bir konudan diğerine özetleme yoluyla geçebilir,
- Danışanın duygusal yoğunluğunun azaltılması gerektiğinde terapist özetlemeden yararlanabilir.

Yansıtma

Danışanın bazen açıkça ifade ettiği, bazen de cümlelerinin veya tavırlarının altına *gizlediği duygunun* tekrar kendisine ifade edilmesidir. Yaşadıklarını anlatırken kullandığı tavrı, ses tonu, seçtiği ke-

limeler bize danışanın duygusuna dair ipucu verir. Böylece danışan duygularının anlaşıldığını fark ettiğinde kendisini ifade etmekte çok daha özgür ve motive hissedecektir.

Ses Tonu

Ses tonu çoğu zaman kelimelerden daha fazlasını ifade eder. Ses tonunu doğru ayarlayabilmek, terapi geleneğinin en önemli parçalarından biridir. Çok yüksek ses tonu kullanmak danışanın duygu durumunu etkileyebilirken, çok düşük bir ses tonu da danışanın anlatılanları duyma sorununu ortaya çıkarabilir veya danışanın kendine has anlatım biçimini bozabilir. Danışanın duygu durumundan hiçbir şekilde etkilenmeyen tek düze bir ses tonu da danışanla terapist arasındaki iletişimin empatik doğasını olumsuz şekilde etkileyebilir. Terapötik süreç sırasında terapistte, danışanın duygu durumuyla uyumlu ve mümkün olduğunca sakin tavır ile birlikte orta düzey ritim ve yükseklikte bir ses tonu kullanılması önerilir.

Sözlü Olmayan Davranışlar

Beden dili, iletişimde oldukça önemli bir yere sahiptir. Terapötik iletişimde beden diline verilen önem daha da fazla belirgindir. Zira danışan, terapistinin beden dili üzerinden anlaşılıp anlaşılmadığına veya önemsenip önemsenmediğine yönelik oldukça fazla mesaj üretebilir. Göz teması, anlayışı ifade edecek biçimde kafa sallama, oturuş pozisyonunu danışana göre ayarlama gibi tavır ve davranışlar sözlü olmayan fakat sözlü ifadeler kadar etkisi olan terapötik eylemlerdir.

Çevre

Terapinin gerçekleştirildiği mekanda danışanın dikkatini dağıtabilecek ve terapistin objektif duruşuna zarar verebilecek unsurlar yok edilmelidir (Berman ve Shopland, 2005, p.39; Hays ve ark., 1963; Synder ve Lindquist, 2009). Isı düzeyi iyi ayarlanmış, dışarıdaki gürültüden mümkün olduğunca etkilenmeyen, karmaşık ve boğucu olmayacak şekilde dekore edilmiş bir oda, terapötik süreç için yeterince uygun olacaktır.

Terapötik İletişimin Temeli: Etkin Dinleme

Terapötik iletişimin en önemli ögesi olarak tanımlanan dinleme, danışanla etkileşimin dinamik, empatik ve aktif sürecidir. Bu süreç danışanın sözlü ve sözsüz mesajlarına gönüllü olarak dikkatini verme çabasını gerektirir (Synder ve Lindquist, 2009). Etkin bir dinleme mevcut olmadan terapötik iletişimden bir yarar elde edilmesi imkânsızdır. Terapistin, danışanın anlattıklarına, şikâyetlerine, kararlarına hem gözleriyle hem de kulaklarıyla dikkat kesilmesi esastır. Burada dinlemenin tek kaynağı sözlü mesajlar değildir; iyi bir terapist aynı zamanda danışanın sözsüz mesajlarına da duyarlı bir tutum sergiler. Özetleyecek olursak terapötik dinleme, danışanın sözlü ve sözsüz mesajlarını onun bağlamında anlama, sentezleme ve yorumlama olanağı ile terapistin danışanı empati ile dinleme çabasıdır (akt. Synder ve Lindquist, 2009, s.47).

Dinleme becerisi; empati ve diğer iletişim araçlarında olduğu gibi, çok kolay kazanılabilecek bir beceri değildir. Çaba ve pratik gerektirir. Bazen terapist muhatabını etkin dinlediğini düşünmüş olduğu halde durum tam tersi olabilir. Egan (2011, s. 120) etkin dinlemenin zıttını irdeleyerek dört başlık altında etkin olmayan dinleme türlerini belirtmiştir:

- 1. Dinlememe:** Terapistin dinliyormuş gibi bir tavır takınıp aslında dinlemiyor oluşudur.
- 2. Kısmen dinleme:** Sığ bir dinleme şeklidir. Terapist birkaç detayı duyarız fakat konuşmanın tamamı hakkında yeterince fikri olmaz.
- 3. Kayıt cihazı gibi dinleme:** Terapistin söylenilen her sözü kelimesi kelimesine tekrarladığı fakat içerikten yoksun bir dinleme şeklidir. Bu dinleme türü sırasında terapist, danışanını dinlemesine rağmen düşünceleri danışana odaklı değildir.
- 4. Yanıtları içinden tekrarlayarak dinleme:** Danışanı dinleme esnasında, terapistin danışana vereceği cevap ve söyleyecekleri konusunda içinden prova yapmasıdır.

Bu dört etkin olmayan dinleme davranışlarını yapmamaya çaba gösterilmesi gerekir. Zira dinleme eylemi sırasında terapist, oldukça pasif bir duruş sergiliyor gibi görünse de aslında oldukça aktif bir pozisyonudadır. Çünkü terapötik dinleme, danışan konuşurken terapistin danışanın ses tonuna, seçtiği kelimelere, göz hareketlerine, zamanlamasına dikkat etmesini ve aynı zamanda danışanın söylediği ile duymak istediği şey arasındaki farka odaklanabilmeyi gerektirir (Synder ve Lindquist, 2009, s.51).

Terapötik İletişimin Sürdürücüsü: Empati

Empati, psikolojiyi bugünkü noktaya taşıyan kuramcı ve araştırmacılar tarafından oldukça fazla önem atfedilen bir kavramdır. Birçok yaklaşım empatiyi terapistin sürmesine yardımcı olan bir araç gibi görürken, özellikle 'İnsancıl yaklaşım'la beraber empati, terapistin amacı haline gelmiştir. Empati, İnsancıl yaklaşımın öncüsü olan Rogers'ın adı ile özdeşleşmiştir. Rogers, empatinin 'gerçek' olmasının terapistin en iyileştirici yönü olduğunu vurgulamıştır. Rogers'a göre empati, 'kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyup onun duygu ve düşüncelerini doğru biçimde anlayarak ve hissederek, bunu ona iletme eylemi'dir (akt. Alisinanoğlu ve Köksal, 2000).

Empati yalnızca empati kurulan kişi için değil, aynı zamanda empati kuran kişi için de oldukça faydalıdır. Çünkü empatik birey kişiler arası ilişkilerinde daha az sorun yaşar, çevresi tarafından daha fazla değer ve onay görülür (Alisinanoğlu ve Köksal, 2000). Gündelik iletişimimizde böylesine önemli bir yeri olan empatik tutum, terapistin can damarlarından birini oluşturur. Zira danışanın terapistine güvenmesi, kendini özgürce ifade edebilmesi ve yargılanmadığını hissetmesinin başlıca yolu terapist tarafından anlaşıldığını hissetmekten, kısaca empatiden geçer. Fakat empati, sadece his boyutunda kalmadığı, ifade edilebildiği ölçüde işlevsellik kazanır. *Empatik yorum*, terapistin danışana durumunu kendisinin bakış açısından anladığını ve değerlendirdiğini doğrudan ifade et-

mesidir (bkz. Örnek-12). Danışanın hislerini terapistte yansıtması empati sürecini başlatır. Empatik yorum ise, danışanın anlattığı şeyin, kullandığı kelimelerin ve sözlü olmayan davranışların bağlamından daha büyük anlamın ayırt edilip bunun danışana aktarılmasını kapsayan ve empatik süreci ileriye taşıyan yorum anlamına gelir. Empatik yorum temel olarak üç amaca hizmet etmektedir:

1. Danışanın anlaşıldığını hissetmesini sağlar,
2. Danışanın deneyimlerinin kabul edilebilir ve anlaşılabilir olduğunu ispatlar,
3. Danışanın duygusal kontrolünü sağlamasına yardımcı olur (Berman ve Shopland, 2005, p.37).

Terapistin empatik yoruma başvurarak iletişimi sürdürmesine ilişkin diyalog örneği

***Danışan:** Her an atak geleceğim gibi tetikteyim... Sürekli etrafımda birileri olsun istiyorum. Çantamda ilacım olmadan dışarı çıkamıyorum. Gittiğim her yerde en yakın hastanenin yerini öğrenmeye çalışıyorum. Böyle yaşamaktan çok yoruldum...*

***Terapist:** Ataklarınızı kontrol edemeyeceğinizi düşündüğünüz için çeşitli tedbirlerle kendinizi güvende hissetmeye çalışıyorsunuz. Akılınızdan geçen olası tehlikeler karşısında ne kadar önlem alırsanız o kadar rahat nefes alıyorsunuz. Fakat sürekli bu tedbirlerle yaşamaya çalışmaktan çok sıkılmış ve çok yorulmuşsunuz...*

Terapötik İletişimde ‘Soru Sorma Sanatı’

Danışana gösterilen empatik tutum, danışanı etkin şekilde dinleme ve dinleme süresince doğru terapötik araçları kullanma terapötik iletişimde oldukça önemli öğelerdir. Fakat unutulmaması gereken

bir diğer beceri ise ‘soru sorma becerisi’dir. Terapistler kimi zaman danışanlarının sorunlarını, endişelerini, duygularını, hedeflerini anlayabilmek, onların güçlü ve zayıf yönlerine dair bilgi edinmek için (Berman ve Shopland, 2005, s.35) kimi zamansa belli bir konuya dikkatlerini çekmek, iç görülerini arttırmak, farkındalık oluşturmak ya da yüzleşmelerini sağlamak için danışanlarına soru sorarlar. Bir terapistin doğru yerde doğru soruları sorabilmesi terapötik süreci ileriye taşır ve görüşmenin yönünü belirler. Burada unutulmaması gereken ise terapistin sadece soru soran kişi konumunda olmadığıdır. Çünkü tüm görüşmenin, terapistin soru sorup danışanın cevapladığı bir sürece dönüşmesi terapi sürecini etkisiz kılabilir. Danışan kendini sorgulanıyormuş gibi hissedebilir yahut terapist soru sormadığı zaman ne konuşacağını bilemeyip susmayı tercih edebilir. Bu noktada önemli olan terapistin sessizlik, yansıtma, özetleme gibi yukarıda bahsettiğimiz terapötik iletişim araçlarının yanı sıra sorulardan yararlanması ve soracağı sorularla görüşmenin rotasına katkı sağlamasıdır.

Terapötik görüşmelerde sorulan sorular açık uçlu yahut kapalı uçlu olabilir. *Açık uçlu sorular*, terapistin danışana cevap için belli bir sınır ya da seçenek koymadığı, danışanın ayrıntılı şekilde cevap verebileceği sorulardır. Örneğin; “Annenizle yaşadığınız bu sorun hayatınızı nasıl etkiliyor?”, “Alkol aldığımızda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”, “Geçtiğimiz pazardan bu yana neler yaşandı?” soruları açık uçlu soru örnekleridir. Terapist burada sorunun cevabını seçeneklerle sınırlandırmamış ve soruyu danışanın serbestçe kendini ifade edebileceği bir şekilde sormuştur. Sorular belirli bir güne, belirli bir saate veya ana ait olabilir, bu o soruyu açık uçlu olmaktan alıkoymaz. Örneğin, “Çarşamba günü, öğleden sonraki randevuda başına neler geldi, anlatabilir misin?” sorusu sınırları netleştirilmiş bir soru olsa da cevabı tamamen danışana bırakılmış bir sorudur. Eğer bu soru “Çarşamba günü, öğleden sonraki randevuda kaç bardak alkol aldınız?” şeklinde olsaydı kapalı uçlu bir soru olma özelliği taşırdı. Buradan yola çıkarak tanımlayacak olursak; *kapalı uçlu sorular* daha özet ve belirli cevapları içeren sorulardır.

Bu sorular, danışandan net olarak istenilen bilgiler konusunda terapistin yardımcı olur. Örneğin, “Daha önce intihar girişiminiz olmuş muydu?”, “İlk kez mi depresyon tanısı alıyorsunuz?” veya “Evlili misiniz?” gibi sorular kapalı uçlu soru örnekleridir. Özellikle ilk görüşme sırasında -danışandan mümkün olduğunca fazla bilgi almamız gerektiğinden- kapalı uçlu sorular oldukça önem kazanır. Fakat kapalı uçlu sorular verilen bilgiyi derinlemesine öğrenme şansımızı azaltır, görüşmenin soru-cevap şeklinde gitmesine yol açabilir. Özellikle ilk görüşmede sıklıkla kullanmamız gerekli olsa bile ilerleyen seanslarda mümkün olduğunca açık uçlu sorulara öncelik verilmesi gerekmektedir (Berman ve Shopland, 2005, s.35).

•••

Terapi sırasında danışana yöneltilen kapalı uçlu soru modeli

***Danışan:** Kendimi sık sık çok uzaklara gitme arzusu içinde buluyorum.*

***Terapist:** Gerçekten asıl isteğiniz gitmek mi yoksa sorunlarınızdan uzaklaşmak mı? (Kapalı uçlu soru)*

***Danışan:** Sanırım ikincisi...*

•••

Uygunsuz Bir Terapist Müdahalesi: 'Neden?' Sorusu

Bu konu başlığına gelene dek, genellikle bir terapötik ilişkinin sahip olması gereken özellikler ile uygun tavır, davranış ve tutumlarından bahsettik. Fakat müdahale ve davranışlar kadar uygun olmayan davranışların ve ifadelerin de vurgulanması elzemdir.

Terapide ‘neden?’ sorusu örtük bir şekilde hiyerarşik üstünlüğü ifade edebilmektedir. Zira kişiler bu soruyla karşılaştıklarında savunmaya geçme ihtiyacı içerisine girebilirler, çünkü yargılandık-

ları veya yargılanacakları izlenimine kapılırlar. Öte yandan neden sorusuna ihtiyaç duyulan anlar da olabilmektedir. Böyle anlarda danışana; “Sizce bu davranışın altında yatan neden ne olabilir?” ya da “Bu şekilde hissetmenizin sebebini hiç düşündünüz mü?”, yahut “O sırada böyle konuşmanızın sebebi neydi sizce?” gibi danışanın fikir ve hislerini merkeze koyarak, olabildiğince yargılayıcı tutumdan uzak bir şekilde ‘neden’ sorusuyla alınmak istenilen cevaba ulaşılabilir.

Psikoterapi ve Dost Sohbeti Arasındaki Farklılıklar Nelerdir?

Bir psikoterapistin meslek hayatında sıklıkla karşısına çıkan ve muhtemelen sürekli çıkmaya da devam edecek olan bu sorunun çok basit bir cevabı var gibi görünmektedir. Fakat çoğu zaman psikoterapi konusunda hiç bilgisi olmayan birini ikna etmek için, psikoterapist bu konuda daha fazla bilgiye sahip olması gerektiğini hissedebilir.

Psikoterapi, terapist ile danışan arasında geçen sözlü bir etkileşim sürecidir. Bir tür sözlü etkileşim olan sohbetle, terapötik iletişim benzerlik gösterse de aralarında ciddi farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıkları Robert Plutchik (2000) 20 temel başlıkla açıklamıştır. Bu başlıklarda özetle şu ayrımlara değinmiştir: Sohbetin amacı eğlenmek, fikir almak ya da sosyalleşmektir. Oysa terapötik iletişimin amacı semptomların anlamını çözmek, hisleri keşfetmek, çarpıtılmış düşünceleri değiştirmek veya davranış değişikliklerini prova edebilmektir. Sohbetler genellikle keyif veren duygulara odaklıyken, terapiler çoğu kez acı dolu duygulara odaklı çalışır. Sohbet, sınırsız şekilde devam edebilen bir ilişkiyi sürdürmeye yöneliktir. Terapötik ilişki ise ilişki sonlanana kadar, istenen değişikliği üretmek için denenir. Sohbet, herhangi bir konuyu (spor, sanat, dedikodu, iş, ödev vs.) kapsayabilir, terapötik iletişim kişisel yaşam tecrübelerine öncelik tanır. Sohbetle etkileşim karşılıklıdır. Her iki

taraf da öykülerini ve fikirlerini paylaşır. Terapötik iletişimde ise terapist, danışanı daha fazla konuşmaya teşvik eder ve içerik çoğu zaman danışan tarafından başlatılır. Sohbetinde dikkat noktası her bir bireye yönelirken terapide odak noktası her zaman danışanın hayatı, duyguları ve deneyimleridir. Sohbet sırasında yaşamın görünen yüzü konu edilirken terapide, konuşulan konunun saklı kalmış tarafları da yer alır.

Bölüm Özeti

Terapötik iletişim, danışan ile terapist arasında geçen özel, kapsamlı ve yargılayıcı tavrıdan uzak bir iletişim deneyimidir. Günlük hayatımızda sürdürdüğümüz sohbete dayalı iletişimlerimizden öncelikle hedefi, rolleri, süresi, yapısı ve değerleri olmak üzere birçok yönüyle farklılık gösterir. Terapötik iletişimin temeli, etkin dinleme becerisidir. Etkin dinleme, terapistin danışanın sözlü ve sözsüz mesajlarını onun bağlamında anlama, sentezleme ve yorumlama imkanıyla empati ile dinleme çabasıdır. Terapötik iletişimin bir diğer anahtar sözcüğü ise empatidir. Empati, kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini doğru biçimde anlayıp hissetmesi ve bunu ona iletebilmesidir. Terapötik iletişim süreci aynı zamanda terapistin birtakım tavır ve davranışları içtenlikle kullanmasını, danışanına dair etkin gözlemine ve çevresel koşulları uygun şekilde hazırlamasını gerektirir. Terapistin başvurabileceği terapötik araçlar ise sessizliği kullanma, kabul gösteren bir tutum sergileme, özetleme, ses tonunu etkin kullanma, sözlü olmayan davranışlar ve çevreyi içerir. Bu özel iletişim süreci terapistin sorularıyla yön kazanmaktadır. Burada terapist açık ve kapalı uçlu sorularla danışanını daha yakından tanıma, sorunlarını anlama, danışana dair izlenimlerinin doğruluğunu sınaama gibi fırsatları edinir. Bu soruların yargılayıcı üsluptan uzak, içten şekilde sorulması esas olmakla beraber üstünlük göstergesi olabilecek *neden* sorusundan olabildiğince kaçınmak terapötik iletişimin gerekliliklerindedir.

Klinik Görüşmede Çerçeve

Mert AYTAÇ* • Seval YARIŞ**

Tartışma soruları

1. Klinik görüşmede çerçeve neden önemlidir?
2. Klinik görüşmede çerçeveyi belirleyen faktörler nelerdir?
3. Terapinin yapıldığı mekan terapist ve danışan arasındaki ilişkiyi etkiler mi?
4. Seanslara ilişkin süre ve saat nasıl belirlenmelidir?
5. Seansların başlama ve bitiş saatlerine özen göstermek danışma süreci üzerinde etkili midir?

Klinik görüşme, terapist ve danışan arasında danışanın talebi ile kurulan bir ilişkidir. Bu ilişkide terapist, donanım edindiği ekoller üzerinden danışanın talebini anlamlandırıp ruhsal ihtiyaçlarını anlamaya çalışır. Klinik görüşme, yaşamında karşılaşmış olduğu zorlukları bir uzmanla paylaşma gereksinimi hisseden bireyin talebidir ki bu talep görüşmenin klinik görüşmenin olmasını sağlayan önemli unsurlardır (Charbert ve Verdon, 2015). Öte yandan görüşmeye klinik olma özelliğini ekleyen başka unsurlar da vardır; örneğin terapinin yapıldığı mekan, zaman, süre, ücret vb. Dolayısıyla klinik görüşme, terapist ve danışan arasındaki sözel ve sözel olmayan unsurların var olduğu bir etkileşim sürecidir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2013). Bleger ve Geissmann'a göre çerçeve analistin rolü, uzamsal etmenlerin tümü, seansları saati, süre, ücret, ücretin ödenme şekli, tatillerin belirlenmesi gibi teknik ayrıntıların belirlenmesini kapsar (Parman, 2009).

* Klinik Psikolog Doktor. E-posta: mertaytac23@hotmail.com

** Uzman Psikolog Doktor. E-posta: sevalyaris@gmail.com

Klinik Görüşmede Çerçevenin İşlevi

Klinik görüşmede ve psikoterapide çerçevenin işlevi “çerçeve” kavramının kendisi ile ilişkilidir. Çerçeve Türk Dil Kurumu sözlüğünde “bir konunun, bir düşünce alanının sınırları veya bu sınırlar içindeki alan” anlamında kullanılırken, İngilizce “setting”, Fransızca “cadre” sözcüklerinin dilimizdeki karşılığıdır. Psikoterapi çerçevesi ise danışan ve terapistin haklarını koruyan bir protokol olup psikoterapideki yerleşim düzenidir. Çerçeve hem hastayı hem psikoterapisti güvende hissettirir ve aralarındaki ilişkiye iyileştirici olma özelliği sunar.

Psikoterapide çerçeve kavramı terapötik çerçeve olarak da adlandırılır. Psikoterapist, ilk seanstan itibaren teröpatik çerçeveyi oluşturmak ve belirginleştirmekle yükümlüdür. Psikoterapi çerçevesi psikanalitik kökenli olup her psikoterapi biçimi kendine özgü kuralların ve koşulların oluşturduğu ayrı çerçeveye sahiptir. Danışanın oluşturulan çerçevede istisna talep etmesi veya çerçeveyi bozması, üzerine çalışılması gereken ruhsal düzenekleri de açığa çıkarır. Psikoterapi sürecini, potansiyel olarak zarar verebilecek elementlerden korumak için gerekli olan çerçeve, psikoterapi kuramına ait terapiyi destekleyecek şekilde belirlenmemişse anlamlı değildir. Bununla beraber uygun çerçeve hastanın/danışanın psikoterapiden edineceği faydayı korur, psikoterapinin verimini artırır.

José Bleger (1967) “Aynı sabit değerleri, yani çerçeveyi muhafaza etmeden bir süreci araştırmak imkânsızdır” demektedir (Quinodoz, 2007). Bu nedenle çerçeve, analistin kapsayıcı işlevinin aracıdır ve analistin kapsayıcı işlevi onun sayesinde ifade bulur. (Quinodoz, 2007). Bu kapsayıcı işlev, teröptik ilişkiyi mümkün kılarlarken, çerçevenin bu özelliği onun anne bedeni gibi bir kapsayan nesne olarak düşünülmesine bağlıdır. Kapsayan çerçeve çocuğu tümgüçlülük düşlemlerinin ortaya çıkmasına alan sağlar. Bu durumda çerçevenin sınırlayıcı, ket vurucu, yasaklayıcı ve kural koyucu yanı ile mekan, zaman, para ile analistin rolü ve sınırlar ile

ilgili alanlardaki kuralları sınırlayıcı işlevi ortaya çıkarır (Parman, 2009). Sınırların belirlenmesi kuşaklararası ayrımlaşma ile iç-dış, önce-sonra, kapsayan-kapsanan ayrımlarının belirginleşmesi anlamına gelir ve aynı zamanda yaşamın sınırlayıcısı olan gerçekliğe bir göndermedir. Çerçevenin kapsayıcı ve sınırlayıcı işlevi uygulanımlarının bedenselleşme ile boşalmasını engeller ve eylem yerine sözü ön plana çıkarır (Parman, 2009). Eylem yerine dilsel simge olan sözün kullanımı çerçevenin simgeleştirme işlevini ortaya çıkarır. Parman (2009), “psikanalitik kuramın çerçeveyi değil, çerçevenin psikanalitik kuramı oluşturduğunu” söyler. Aslında bunu tüm psikoterapi kuramları için söyleyebiliriz: “Çerçeve bir psikoterapi kuramını” oluşturur.

Çerçeve bir psikoterapi kuramına ait sürecin gelişmesi için en uygun koşulların düzenlenmesi ise aslında tedavi amaçlı bir ilaçların kullanım düzeni veya bir cerrahi müdahalenin yapılaş düzeni gibidir. Bu durumda belirlenen çerçeveye uymamak, ilaçları düzensiz veya uygun olmayan şekilde kullanmak, cerrahi müdahaleyi olması gerektiği gibi yapmamak gibidir. Bu durumda tedavi süreci de işlevsiz ve faydasız olacaktır.

Klinik Çerçeveyi Oluşturan Faktörler

Fiziksel Ortam/Terapi Odası

Klinik görüşmenin çerçevesi kapsamında değerlendirilebilecek önemli faktörlerden biri görüşmenin yapıldığı fiziksel ortamdır (Craig, 2005). Bu görüşmenin, gizliliği koruyacak ve üçüncü şahısların olmadığı bir ortamda gerçekleşmesi şarttır (Charbert ve Verdon, 2015). Görüşmenin yapıldığı mekan, sürecin nasıl ilerlediğine etki edebilir niteliktedir. Çadır gibi çok farklı ortamlarda görüşmeler yaptığını belirten terapistler olmasına rağmen (Benjamin, 1981), genel olarak klinik görüşmeler bir odada veya ofis ortamında gerçekleşir. Yapılan görüşmenin gerekliliklerine göre bazen terapist farklı ortamlarda da görüşme sürecini yürütebilmektedir.

Örneğin davranışçı terapistler, tepki önleme ya da kaygıyı azaltma tekniklerini uygulayabilmek için danışanı, bu duyarsızlaştırma uygulamalarını yapabilecekleri alanlara yönlendirip, görüşmelerin bir kısmını o alanlarda yapabilmektedirler. Psikanalitik yönelimli çalışan terapistler ya da psikanalistler ise mekanın sabitliğine oldukça önem vermektedirler. Bazen de terapistler hastane ve ev ortamında görüşmeleri yapmak zorunda kalabilmektedirler. Bu sebeple görüşmenin amacı veya hedefleri görüşmenin yapılacağı yerin belirlenmesinde önemli bir faktördür (Cepeda, 2010).

Görüşmenin yapıldığı ortama ilişkin önemli unsurlardan biri *mahremiyettir*. Klinisyen, mahremiyetin bozulmasını engellemek için gerekli her türlü önlemi almakla yükümlüdür (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2013). Klinik çerçeveyi oluşturan önlemler (rahatsız edilmeyi engellemek için kapıya bir not asılması, terapist ve danışanın telefonlarının sessize alınması veya sekretere yönlendirilmesi vb) arasında seansların, yapılmaya başlandığı ortamda devam etmesine de dikkat edilmesi yer almaktadır. Bazı danışanlar için mekanın ve görüşme odasında nesnelere sabitliği özel olarak önem taşımaktadır. Görüşmeci ile danışan arasındaki mesafe, odanın *dekorasyonu* gibi özellikler görüşmeci ve danışan arasındaki ilişkiyi etkileyebilir. Her ne kadar cinsiyet, kültürel faktörler gibi nedenlerden dolayı bireylerin başkaları ile etkileşime girerken hissettikleri rahatlık düzeyi farklılık gösterse de, görüşmenin yapıldığı mekanın büyüklüğü ve mobilyaların düzeni dikkate alınarak ideal mesafe belirlenebilir (Gladding, 2015).

Görüşme yapılan ortam son derece önemli bir kriter olduğu için elinizdeki bu kitapta ayrı bir bölüm olarak ayrıntılı incelenmiştir ancak özetlemek gerekirse; danışana sıcak ve rahat bir atmosfer sunmalıdır. Odada yer alan eşyaların düzeni de danışan ile terapist arasında kurulan ilişki üzerinde etkilidir (Myrick, 2003). Mekana ilişkin birçok faktör etkili olsa da profesyonellik ve gündelik konfor arasında bir denge kurmanın yararlı olacağı belirtilmektedir. Seansın gerçekleştiği oda veya ofisin terapistin profesyonel kimliğinin bir parçası olduğu düşünüldüğünde, görüşme yapılan yer

danışma sürecini kolaylaştırıcı bir unsur olarak hizmet etmelidir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2013).

Seans odasına ilişkin diğer bir unsur da *oturma düzenidir* ki odanın nasıl düzenleneceği genellikle terapistle bağlıdır. Bazı terapistler seans sırasında bir masanın arkasına oturmayı tercih ederken birçok terapist danışan ile kendileri arasında fiziki bir objenin bulunmasını istemezler. Bunun nedeni terapist ile danışan arasında masa gibi bir nesnenin olması sembolik olarak terapist ve danışan arasında gelişecek ilişkinin niteliğine olumsuz yansıtılabileceğidir (Gladding, 2015). Görüşmede fiziksel düzeni etkileyebilecek birtakım faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri de terapistin benimsediği kuramsal yaklaşımdır. Terapist benimsemiş olduğu kuramsal görüşe göre çoğu zaman görüşme alanını düzenler. Psikanalitik bir yaklaşımı benimseyen terapist, genellikle kanepeler kullanırken davranışçı yaklaşımı benimseyen terapist ise yarı yatar koltukları tercih edecektir. Diğer yandan birey-merkezli bir yaklaşım tercih edildiğinde, statü ve konfor bakımından genel olarak daha eşit bir düzen ortaya çıkacaktır. Her ne kadar farklı oturma düzenlerinden bahsedilse de burada önemli olan husus, görüşmecinin hangi oturma düzeninde kendisini daha etkin hissedeceğidir. Örneğin, daha girişken kişiliğe sahip görüşmeciler, karşılıklı oturma düzenini daha çok tercih edebilmektedir. Diğer taraftan kontrol odaklı görüşmeciler kanepeler veya oturma koltuklarını kullanmayı isteyebilmektedir. Bu nedenle terapist kendisine en uygun oturma düzenini keşfetmeye çalışabilir. Fakat bu keşif çalışması, terapistin her zaman kendisini en iyi hissettirdiği oturma düzenini tercih edeceği anlamına gelmez. Danışanın da oturma düzenine ilişkin tercihleri olabilir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2013). Örneğin, bazı danışanlar görüşmede karşılıklı ve arada hiçbir fiziksel nesne olmadan oturmayı tercih ederken diğer bazıları terapistle kendisi arasında fiziksel bir nesnenin bulunmasını isteyebilir ve kendilerini bu şekilde daha güvende hissedebilirler (Meier ve Davis, 2015).

Zaman

Klinik görüşmeye ve çerçeveye ilişkin bir diğer önemli faktör, *seansın saati* ve *seansa ayrılan süredir*. Terapi, süreklilik gerektiren bir süreci yansıtır. Problem durumuna göre seansların zamanı ve sıklığı terapist ile danışan tarafından belirlenir. Genellikle terapist ilk görüşmede görüşme süreci hakkında bilgi verirken oturumların yapılma tarihi ve sıklığı da belirlenir, her iki taraf için uygun olabilecek bir zaman diliminde yapılabilir (Myrick, 2003). Seanslar için haftanın belirli bir günü ve saatinin belirlenmesi danışanın ilişkiye olan bağlılığını destekleyecektir. Terapistin görüşme süresine ve zamanına dikkat etmesi bazı danışanlar için önemli olabilmektedir. Özellikle bazı danışanlar ile bazı psikopatolojileri çalışırken seans süresi ve zamanı gibi sınırlar özellikle önem taşımaktadır. Pratikte seans süreleri 45 veya 50 dakika olarak belirlenir (Meier ve Davis, 2015). Yapılacak seansların süresi gereksinimler ve tedavinin amaçları doğrultusunda şekillene- bilmektedir. Fakat genellikle bu süre, görüşmeyi yürüten kişinin seans başında ve sonunda gerekli dosya incelemelerini de içerecek şekilde ayarlandığından klinik görüşme için yeterli bir zaman dilimidir. Her ne kadar bu süre genel kabul gören bir süre olsa da, gereksinimler doğrultusunda görüşme daha uzun veya daha kısa olacak şekilde düzenlenebilir. Örneğin ilk görüşme veya değerlendirme görüşmeleri daha uzun tutulabilir. Diğer taraftan seans sırasında kriz durumlarında danışma süreleri uzayabilir çünkü danışanın toparlanması zaman alabilir (Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 2013). Kriz durumları da dahil olmak üzere sınırların korunması yine de önemli olup krizlerin oluşumuna dair konuşabilmek ve çalışabilmek için zemin oluşturmaktadır. Çerçeve oluşturabilme konusunda terapistin dikkat etmesi gereken önemli bir başka unsur ise; klinik görüşmelerin zamanında başlaması ve önceden belirlenen süre içerisinde bitirilmesidir. Geç kalınması durumunda bu durum danışana klinik görüşme çerçevesinden açıklanmalı ve seansa geç kalınması durumu seans içerisinde konuşulmalıdır. Bazen danışanlar seansı erken bitirmek isteyebilir. Eğer bir kriz durumu söz konusu değilse görüşme belirlenen za-

manda bitirilmelidir. Bazı durumlarda danışan gecikebilir. Böyle durumlarda seansı iptal etmek veya uzatmak yerine danışanın gecikmeden sorumlu olduğu unutulmamalı ve görüşme geriye kalan süre üzerinden yürütülmelidir. Bunun yanında danışan seansa ihtiyaç hissettiğinde uygun bir zaman dilimi belirlenerek ek bir seans önerisinde bulunulabilir. Tüm bunlar çerçevenin belirleyicileridir ve çerçevenin konuşulduğu görüşmede terapistin danışanına açıklaması gereken unsurlardır. Terapist, bu çerçeveye ne kadar sahip çıkarsa danışanın da aynı şekilde sahip çıktığı iyi bilinen bir gerçektir.

Ücret

Klinik görüşme çerçevesinde zaman, süre gibi unsura ek olarak *terapi ücreti* de terapötik ilişkide tanımlanan önemli parametrelere biridir. Ücret, sosyal yaşamdaki diğer ilişkilerden danışma sürecini farklılaştıran önemli bir unsurdur (Zur, 2015) ve terapötik ilişkinin mesleki yönünü ifade eder (Gutheil ve Gabbard, 1993). Terapinin başında terapist ve danışan ücret konusunda ayrıntılı şekilde konuşmalı ve ortaya bir taslak koymalıdır. Ekonomik durum, sigorta kapsamındaki değişiklikler ya da duygusal nedenlerden ötürü, bazı danışanlar ödemelerinde geri kalabilmektedir. Bu nedenle danışan ile ücret, ödenme şekli, gecikme durumları vb. ayrıntılı olarak konuşulmalı ve netleştirilmelidir. Bir kurum çatısı altında yürütülen görüşmelerde kurumun ücret politikası belirleyicidir ancak şahıs olarak çalışan terapistler kendi ücretlerini bağlı oldukları meslek odasının alt ve üst ücret sınırlarını gözeterek kendileri belirlerler. Bazı terapistler danışandan görüşmeye gelemediği durumlarda da ücret talep ederler ki teröpatik çerçevenin korunması açısından bu geçerli ve ideal bir durumdur. Burada kritik olan danışanın çerçeveye dair konuşulan görüşmede tüm bu konular hakkında terapist tarafından bilgilendirilmesidir. Bununla beraber danışanın belirlenen seans kurallarına uyması için ilk olarak terapistin bizzat kendisinin klinik çerçeveye sahip çıkması gerekmektedir.

Klinik Çerçevenin Esnek Olma Koşulları

Psikoterapide teröpatik çerçeve değişmez kurallar bütünüdür ve çerçeveye bağlılık önemlidir. Ancak kimi seanslarda bir psikoterapi kuramına ait çerçevenin uygulanmasının mümkün olmadığı durumlar da ortaya çıkabilir. Çocukluk, ergenlik ve yaşlılık gibi farklı gelişim dönemlerine göre çerçeve yeniden düzenlenir. Çocuk ve ergenlik dönemindeki genç ya da bazen yaşlı bireyler ile yapılan psikoterapide hep devreye üçüncü girmektedir. Psikoterapist çocuk ve gencin ailesi, öğretmenleri, rehber öğretmeni vb. ile görüşür. Çocuk ve ergen çerçevedeki zaman ile ilgili koşulu gerçekleştirebilmesinde yine anne-babasına tabidir, bununla birlikte psikoterapi kendisinin değil ailesinin talebidir. Ayrıca çocuk ve gençlerde kimi zaman konuşmak yerine kimi zaman da konuşmaya ek olarak oyun oynamak, resim yapmak gibi iletişim yolları terapi amaçlı kullanılır. Dolayısıyla yetişkin psikoterapisinde uygulanan çerçevenin değişikliğe uğramaması çok olası değildir.

Hasta/danışanın fiziksel durumu da çerçevede değişiklikleri zorunlu kılabilir. Hiçbir şekilde hareket edemeyen kişilerde seanslar aynı yerde devam etmeyebilir ya da ofis yerine hastane odasında veya hasta/danışanın evinde seanslar yapılabilir. Ayrıca afet, savaş vb travma mağdurlarıyla, hapishanede olan kişilerle psikoterapistin ofisi dışında çeşitli mekânlarda seanslar yapılabilir.

Çerçevede önemli bir değişken olan seansların düzenli olması ve değişiklik olmadan aynı gün aynı saatte yapılması pilot, doktor, hemşire gibi bazı meslek gruplarında mümkün olmayabilir ve çerçevenin bu kuralı bazı kişiler için değiştirilebilir. Seans sıklığının bir hafta içine iyi dağıtılması şehir veya ülke dışından gelen hasta/danışanlar için uygulanamayan bir kural olabilir ve bu durumda başka düzenlemeler yapılabilir.

Dış çerçevenin bazı koşullarına uymanın mümkün olmadığı durum ve kişilerde teröpatik çerçevenin en temel öğelerinden olan psikoterapistin içsel çerçevesi, önemli bir çerçeve işlevi yüklenir. Çerçevedeki değişiklikler psikoterapistin kimliği düzeyinde ele alındığında bu değişikliğin ortaya çıkardığı çerçeve sorunu güven-

ce altına alınabilir (Kayaalp, 2003). Zaman (düzenli olarak yapılan ve süresi belirli seanslar), mekân, ücret/para ile ilgili yapısal elementler ile terapistin rolü ve sınırlar ile ilgili durumlara dair çerçevede bazı değişiklik olsa da klinik görüşmenin ve psikoterapinin ilkeleri korunduğu sürece çerçevenin bozulmasının ortaya çıkardığı durumlar güvence altına alınabilir (Abrevaya, 2003).

Klinik görüşme ve psikoterapinin çerçevesi her şeyden önce psikoterapistin varlığının niteliğine dayandığı bilinmektedir (Chabert ve Verdon, 2013). Psikoterapist, asimetrik olan hasta/danışan ilişkisi içinde, temkinli bir yansızlık ile hastasına/danışanını pasif ve hastalıklı bir konuma indirgmeden her zaman olduğu ya da her zaman olmuş olduğu çocuğu, ergenin, yetişkinin duygularını, şüphelerini, hayal kırıklıklarını, dirençlerini, ideallerini, umutlarını ve inkarlarını ifade edebileceği bir alan sunan birleşik, açık ve dikkatli bir dinleyiş sunmalıdır. Bazı durumlarda dışsal çerçeve bozulsa bile içsel çerçevesini koruyan psikoterapist, teknikte bazı değişiklikler olsa da uyguladığı psikoterapi kuramının prensiplerine bağlı kalarak iyileştiren çerçeveyi koruyabileceği göz önünde tutulmalıdır.

Terapistin klinik görüşme çerçevesinde danışan ile paylaşılabilen seans kurallarını belirten örnek form

Psikoterapi Kuralları

- *Bireysel psikoterapi iki kişi arasında gelişen bir iletişim, paylaşım ve değişim sürecidir.*
- *İlk seansta terapist, danışanın problemini anlamaya ve netleştirmeye çalışarak, danışanı tanıma yolunda bir adım atar. Seansın sonunda terapistin şekli ve içeriği hakkında bilgi verir. (Seans sıklığı, terapistin işleyişi, terapistin ne kadar devam etmesi gerektiği vb.).*
- *Psikoterapi devam gerektiren bir süreçtir. Problemin durumuna göre seansların sıklığı terapist ve danışan ile birlikte belirlenir. Seansların sıklığı, terapistin önerisi ile danışanın değerlendirmesi sonucunda tekrar ayarlanabilir.*

- Psikoterapi seansları, 45-50 dakika sürelidir.
- Danışanın planlanan seanslara zamanında gelmesi önemlidir. Gecikme durumunda danışan, bu gecikmenin kendi süresinde azalmalara yol açacağını bilmelidir. Gecikilen seansın kalan süresi değerlendirilir.
- Seanslarda su haricinde herhangi bir içecek ikramı yapılmaz. Seanslarda sigara içilmez.
- Psikoterapide gizlilik ilkesi önemlidir. Danışanın hiçbir bilgisi bir üçüncü şahısla danışanın onayı alınmadan paylaşılmaz. Sadece kendine ya da başkalarına zarar verme düşünceleri olan danışanın bu düşüncesi yakın çevresi ile paylaşılır.
- Danışanın psikiyatri uzmanı tarafından görülmesinin gerekli olduğu düşünüldüğü durumlarda, durum danışanla paylaşılır. Kendisinin seçeceği veya psikoterapistin yönlendireceği bir Psikiyatri Uzmanı ile görüşmesi sağlanır. Psikoterapist, gerekli olduğu halde Psikiyatri Uzmanı ile görüşmeyi kabul etmeyen danışanın seanslarını erteleme ya da sonlandırma hakkına sahiptir.
- İntihar (özkiyim) düşüncesi ya da davranışı içerisinde olan danışanın Psikiyatri Uzmanı tarafından değerlendirilmesi önerilir. Danışanın psikiyatri uzmanının hastaneye yatırılması önerisini kabul etmemesi durumunda psikoterapist, seansları erteleyebilir veya sonlandırabilir.
- Danışan, psikoterapiyi kendi isteği ile istediği zaman diliminde sonlandırabilir. Sonlandırmadan önce seansta bu isteğini dile getirmesi ve o anda yaşadıklarına bakılması kişinin aldığı kararın sağlıklı olup olmadığını değerlendirmesi açısından önemlidir.
- Danışan, seans ücreti olarak belirlenen ücretin ödemesini her seans sonrası yapar. Gecikme ya da görüşmeye gelinmemesi durumlarında seans ücretinde değişiklik yapılmaz.

Danışan Adı Soyadı

Psikoterapist Adı Soyadı



Bölüm Özeti

Klinik görüşme, terapist ve danışan arasında oluşan profesyonel bir ilişkidir. Yapılan bu görüşmeye *klirik* olma özelliğini ekleyen fiziksel ortam, zaman, süre ve ücret gibi unsurlar bulunmaktadır. Klinik görüşmenin, gizliliği koruyacak ve üçüncü şahısların olmadığı bir ortamda gerçekleşmesi şarttır. Çünkü görüşmenin yapıldığı mekan, sürecin olumlu ilerlemesine yardımcı olabilecek veya zarar verebilecek en önemli unsurlardan biridir. Danışana sıcak ve rahat bir atmosferin sunulması, terapist ve danışan arasındaki ilişkiye olumlu tesir edecektir. Ayrıca seans saati ve süresinin belirlenmesi, terapinin sürekliliği için önemli hususlardan biridir. Yapılacak seansların süresi gereksinimler ve tedavinin amaçları doğrultusunda şekillenebilmektedir. Seanslar, önceden belirlenen süre içerisinde gerçekleşmeli, başlama ve bitiş zamanı belli olmalı.

Sonuç olarak, belirtilen bu unsurlar çerçevenin belirleyicileridir ve süreç içerisinde terapistin göz önünde bulundurması gereken önemli unsurlardır. Terapist, danışanın belirlenen seans kurallarına uyması için ilk olarak kendisinin klinik çerçeveye sahip çıkması gerekmektedir.

Mental Durum Değerlendirmesi

Elif EROL*

Tartışma soruları

1. Mental durum değerlendirmesi nedir, niçin ve kim tarafından yapılır?
2. Mental durum değerlendirmesinin amacı nedir?
3. Hangi alt başlıklar değerlendirmenin esaslarını oluşturur?

Mental durum değerlendirmesi danışanın davranışlarının ve bilişsel fonksiyonlarının bir bütün olarak değerlendirilmesidir. Danışan ile konuşmaya ve gözleme dayalıdır, genellikle ilk öykü alınırken bu değerlendirme de yapılmış olur. Değerlendirmenin ana amacı kişiye sorular sorarak ve gözlemleyerek ruhsal, bilişsel ve davranışsal durumu hakkında bilgi toplamak olmakla beraber hem rutin klinikte hem de riskli ya da acil durumdaki danışanlar için kullanılır. Değerlendirme, danışan odaya ilk girdiği andan itibaren başlar ve görüşme boyunca devam eder. Danışanın mental durum değerlendirilmesi sonucunda konsültasyona ihtiyaç duyulup duyulmadığı da tespit edilir. Aynı zamanda danışanın psikopatolojisinin daha iyi anlaşılması sağlanır.

Görüşmede öykü almaya danışanın mental durumunu ortaya çıkaracak sorularla başlanması cevapların güvenilirliğini de ortaya koymak açısından önem taşır. Örneğin yönelimi tam olmayan, bilinci bulanık bir danışanın öyküsünde kendine zarar veren birilerinin olduğunu söylemesini klinisyen çok yönlü irdeler, bu bilgilerin algılanan gerçeklikten mi yoksa yaşanan gerçeklikten mi geldiğini ayırt etmeye çalışır.

* Dr., Kent Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. E-posta: elifkoca5@yahoo.com

Değerlendirme en temel haliyle, danışanın görünümünü ve genel davranışlarını, yer-zaman-kişi oryantasyonunu, bilinç ve dikkat düzeyini, konuşma ve motor aktivitesini, ruh hali ve duyu durumunu, düşünce ve algı süreçlerini, tutum ve anlayışını, uygulayıcıya tepkisini ve son olarak da yüksek bilişsel yeteneklerinin açıklanmasını içermelidir.

Neden Gereklidir?

Mental durum değerlendirmesinde görüşme sırasında danışanın dış görünüşüne ve verdiği cevaplara göre düşünce süreçleri ve içeriği arasındaki fark tanımlanır, psikopatolojik durumu derecelendirilir ve elde edilen bulgular ileri klinik çalışma için belgelenir. Değerlendirme sonrası klinisyen gerekli bulursa danışanı yönlendirebilir ya da yatışını isteyebilir. Danışanın genel durumu, söylemi ve şikayetiyle en doğru şekilde tanımlanabilmesi, tanısına uygun tedavi planı düşünülebilmesi için gereklidir. Mental durum değerlendirilmesinin yapılmaması, danışanın kendisini terapiye yönlendiren nedenlerin anlaşılmasına ve tedavisinin gecikmesine neden olabilir. Örneğin 70-80 yaşlarında bir danışan mutsuzluk, unutkanlık şikayetleriyle geldiğinde danışanın mental durum değerlendirilmesinin yapılmaması demans danışanlığının atlanmasına, dolayısıyla tedavinin gecikmesine sebep olabilir.

Değerlendirmede Dikkate Alınan Unsurlar Nelerdir?

Ögtem'e göre (2003); mental durum muayenesinde danışanın oryantasyonunu, kendisi ve çevresi hakkındaki bilgisini, güncel olaylardan haberdarlığını, dikkatini, kısa süreli belleğini ve öğrenmesini, uzun süreli belleğini, muhakemesini, aritmetik bece-

risini, soyutlama-soyutta düşünme becerisini, karmaşık görsel algısını ve yapılandırma becerisini, praksi becerisini gözden geçirmek gerekir.

Mental durum değerlendirmesi için disiplinlerarası bazı farklılıklar olsada yagın olarak bakılan kategoriler aşaşıdaki gibidir:

Dış görünüş

Danışanın genel görünümü, yaşı, cinsiyeti, uyuğu, kökeni, yaşına göre görünümü, kilosunu, yürüyüşü, psikomotor hareketleri, el-kol hareketleri, giyimi, giysi tutarlılığı, bakışları, kokusu, davranışları, konuşmaları ve göz iletişimi, göz bebeği hareketleri vs. gözlenir ve not edilir. Bu bölüm, danışanı görmemiş biri okuyunca danışan hakkında fikir sahibi olacak kadar detaylı alınmalıdır.

Dış grnmu inceleyen değerlendiricinin sorabileceği soru:

“Kişi nasıl görünüyor?”

“A. Yılmaz, 39 yaşında, Türk vatandaşı, “A. Yılmaz, 39 yaşında, kilolu, psikomotor hareketleri yavaşlamış, öz bakımı sosyokültürel düzeyiyle uyumlu, yaşından daha genç gösteren bir erkek.üzerinde siyah bol kesim koton pantolon, lacivert set ayakkabı, mavi boğazlı kazak var, saçları yanlarda hafif beyazlamış, arkaya doğru taranmış, gr ve kısa kesimli.”

Davranış

Davranışın değerlendirmesi sözlü ve sözsüz süreçleri içerir. Bu bağlamda danışanın söyledikleri kadar davranışları da önemli mesajlar verir. Beden dili, duruşu, oturuşu, göz teması, jestleri, yüz ifadesi, mimikleri, aşırı hareketliliği ya da hareketsizliği, rahatsız ya da sakin duruşu, endişeli ya da saldırgan davranışları, normal dışı tepkileri (aşırı gergin olma, terleme, gülme, ağlama vb.), uyumu, değerlendiriciye olan tutumu bu kategori için incelenmesi gereken bileşenlerdir. Mental durum değerlendirilmesinde kişinin davranışlarının incelenmesi önemlidir. Çünkü danışanlar her zaman dürüst cevaplar vermezler. Danışana bir konu hakkında sorular sorulduğunda ani gerilim, isteksizlik hissedilirse, danışanın söyledikleriyle

verdiği tepkinin uyumlu olmaması not etmeye değer verilerdir ya da panik, korkulu, kaygılı görünen bir danışan son derece sakin olduğunu söyleyerek duygularını inkâr edebilir ki bunlar değerlendiricinin atlamaması gereken tezatlıklardır.

Davranışı inceleyen değerlendiricinin sorabileceği soru;

“Kişi nasıl davranıyor?”

“...oturduğu yerden soruları cevaplıyor, hafif kaygılı görünüyor, rahat davranmaya çabalıyor, göz teması kuruyor, konuşurken ellerini fazla hareket ettiriyor, burada olma sebebi ile ilgili konuşunca gerginleşti...”

Tutum

Değerlendirici danışanın kendisine karşı olan tutumuna dikkat etmeli ve normal dışı tutumlarını not etmelidir. Danışanın tutumunu incelerken klinisyenin yapacağı sorgulamalar şu şekilde olabilir:

Danışan klinisyenin yardım talebine nasıl karşılık veriyor, kabul edici mi, reddedici mi bir tavır ortaya koyuyor?

Genel duruş ve tutumunda göze çarpan psikiyatrik bir davranış örüntüsü var mı? Kendisini geliştirmek, iyileşmek için çaba içinde mi yoksa kaderine razı olmuş bir tavır içinde mi?

Görüşmenin başında ve gidişatında tutum değişikliği var mı, varsa ne yönde? Görüşmeciyeye, sorulara karşı tutumu nasıl, tüm görüşme boyunca genel tavrı nasıl?

Saldırgan, düşmanca, sabırsız, şüpheli, duyarlı, sokulgan, çekingeng, kayıtsız, abartılı, açık-net, kapalı-kendini gizleyen, mesafeli, işbirlikçi, manipülatif, tedbirli, sakin, canayakın... sıfatları üzerinden danışanın durumunu tasvir edilebilir.

Tutumunu inceleyen değerlendiricinin sorabileceği soru;

“Kişi bana karşı nasıl davrandı, benimle ilişkisi nasıldı?”

“.....sorduğum sorulara dikkatle cevaplar verdi, tüm görüşme boyunca sakin, mesafeli ama işbirliği içinde gözlendi...”

Yönelim (Oryantasyon)

Yönelim kişinin içinde bulunduğu yeri, zamanı ve kişileri doğru

olarak bilmesi, haberdar olması anlamına gelir. Danışana hangi günde, hangi yılda olduğu gibi sorular sorularak zaman oryantasyonu, nerede yaşadığı ya da o anda nerede olduğunu bilip bilmediğini gösterecek sorularla yer oryantasyonu, kendisinin kim olduğu, çevresindekilerin kim olduğu gibi sorularla da kişi oryantasyonunun bozulup bozulmadığı anlaşılır. Oryantasyonun bozulması kişide organik bir nedene bağlı danışanlık olduğunu düşündürür. Organik bir nedene bağlı danışanlığı olan danışanda zaman, yer ve kişi oryantasyonu sırayla bozulur. Oryantasyonu bozulmuş danışanlarda mutlaka konsültasyon istenmelidir.

Yönelimi inceleyen değerlendircinin sorabileceği sorular;

“Hangi yıldayız, bugün günlerden ne, nerede yaşıyoruz, ev adresiniz ne, kimlerle beraber yaşıyorsunuz... ?”

Duygudurum (Mood)

Duygudurum kişiliğin sürekli ve yaygın olarak görünen duygusal özellikleridir. Depresif, umutsuz, kaygılı, çaresiz, suçluluk içinde, utangaç, üzüntülü, kızgın, asabi, taşkın duygulu, açık sözlü, kibirli, korkmuş, şaşkın, eğenceli, sevgi dolu, gamsız vb. sıfatlarla danışanın durumu tarif edilebilir. Kişide genellikle net görünen baskın bir duygudurum olur. Eğer klinisyen bunu gözlemleyemiyorsa; “Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?” şeklinde bir soru sorabilir. Benzer şekilde üzgün görünen danışana; “Kendinizi ağlayacak gibi mi hissediyorsunuz?” şeklinde bir soru yöneltebilir. Duygudurum değerlendirmesinde de diğer başlıklarda olduğu gibi bedendili ve özellikle danışanın söyledikleriyle duruşu, söyleme tarzı arasındaki uyum önemlidir. Coşkulu, dürtüsel içerikli bir duygudurum tarifi mani, hipomani; çökkün bir duygudurum tarifi ise depresyonu düşündürdüğünden tanı ölçütlerini tam karşılayıp karşılamadığı incelenmez.

Duygudurumunu inceleyen değerlendircinin sorabileceği soru;

“Kişi zamanın büyük bölümünde, ağırlıklı olarak nasıl hissetmekte?”

“...kaygılı, şaşkın... gözlendi”

Duygulanım (Affekt)

Son zamanlarda bazı klinisyenler tarafından *mood* ve *affect* birbirinin yerine kullanılmaktadır. *Affekt* (duygulanım), kişinin hissettiklerinin ortaya çıkan görüntüsüdür. Olaylara verilen ani duygusal tepkilerdir (Morrison, 2008). Sommers-Flanagan'a göre de mental durum değerlendirmesi sırasında klinisyen tarafından gözlenen baskın, yaygın duygusal tavırlar duygulanımı tanımlar. Tam tersine *mood* danışanın kendisiyle ilişkili duygudurumdur. Duygulanım gözlenirken ses tonu, yüz, beden, ifadelerinin şekli ve bu unsurların birbiri ile uygunluğu önemlidir. Duygulanım danışanın o andaki durumunun dışavurumu olan gözlenebilir davranışları tanımlamaktadır. Duygulanım zaman içinde duyguduruma (*mood*) göre daha çok değişiklik gösterir. Görüşme boyunca danışanın duygulanım genişliğini ve şiddetini kaydetmek gerekir.

Duygulanım (affekt) uygun ya da uygunsuz olarak değerlendirilir. Örneğin evde çocuğu yalnızken yangın çıktığını gülererek anlatan kişinin duygulanımı uygunsuzdur. Uygunsuz duygulanım ise düşünce, konuşma içeriği ile anlatım ve ifadenin uyumsuz olması durumudur. Uygun affekt diyebilmek için danışanın duygudurumu, görünüm ve davranışlarıyla uyum içerisinde olması gerekir.

Duygulanımı inceleyen değerlendircinin sorabileceği soru;
"Kişinin görüşme sırasında hangi duyguları ön plandaydı?"

"... anlatımı dar, dil yapısı düz, genel durum itibariyle normal bir duygulanım içinde gözlendi."

Konuşma, Düşünce Süreçleri ve İçeriği

Mental durum değerlendirmesi yapan klinisyen danışanın ses tonu, şiddeti, şivesi, hızlı/yavaş konuşması, kelime haznesi, cevap hızı ve konuşmanın akışını not almalıdır. Konuşma şekli ve içeriği kültürden etkilenemediği için değerlendirme yapılırken kişinin geçmişi, kültürü hatta duyma ve lisan sorunu olup olmadığı kontrol edilmelidir. Aynı zamanda kişinin sadece sorulara cevap vermesiyle, gelişigüzel sohbet tarzında konuşuyor olması arasındaki nüansı da kaçırmamak gerekir.

Kişinin sistematik, organize, mantıklı ve amaca uygun bir şekilde kendini ifade edebilmesi düşünce süreçlerinin sağlıklı işleyişini gösterir. İlgisiz yorumlar, konunun sürekli değiştirilmesi, fikirlerin uçuşması, belirsiz konuşmalar, anlamsız, yersiz, tuhaf kelime kullanımları, engellenmiş-ketlenmiş konuşmalar değerlendirici için anlam ifade eder.

Kişinin düşünce içeriğinin zenginliği, fakirliği, sürekli tekrarların olması, benzer kelimelerin sıklıkla kullanılması, konuşmada ketlenme, gerekli/gereksiz konuşma, net olmayan yanıtlar, kelimeleri yanlış yerde kullanma, kelime bulmada zorluk yaşama, sanrılı içerik, mantıksız inançlar, depresif düşünceler, kendine ya da başkalarına zarar verme düşünceleri, aşırı değerli fikirler, inançlar, takıntılar, fobik, anksiyöz düşünceler içerik bazında mutlaka değerlendirilmesi gereken bileşenlerdir.

Normalde kişi kendi öyküsünü mantıksal ve zamansal bir dizim içinde aktarabilmeli, konuşması kesildiğinde düşüncelerini yeniden toparlayabilmelidir. Teğetsel düşünce akışı ve fikir uçuşması manide sık görülür. Psikotik bozukluklarda, danışanların düşünce akışı genellikle bozuktur.

Aynı şekilde içerik psikiyatrik tanıya çok yardımcı olan bir bileşendir. Düşünce içeriğinin yoksulluğu, referans fikirlerinin, obsesyon, fobi, değersizlik ve intihar düşüncelerinin varlığı yine mental durum değerlendirilmesi kapsamında araştırılması gereken öğelerdir.

Konuşma ve düşünceyi inceleyen değerlendiricinin sorabileceği sorular;

“Kişinin ifadesinde sürekli tekrarlar, abartılı, sanrılı düşünceler var mı?,

“Dil yapısı bozuk mu, kendini nasıl ifade edebiliyor?”,

“Düşünceleri net mi yoksa değişen mi?”

“... Karadeniz şivesi olsada konuşulan dile hakim, söylediği anlaşılıyor. Kendini ifade ve soruları yanıtlama şekli net, sadece soruları yanıtladı, ek bilgi vermekten kaçındı, töresel ve dini inançlarına bağlılığında katı bir tutum izlendi...”

Algı

Algı, Türk Dil Kurumunca “Bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak” olarak tanımlanmıştır. Algısal bozukluklarda iki büyük tür vardır; halüsinasyonlar (sanrı) ve illüzyonlar (yanılsama). Psikiyatrik danışanlıklarda algısal bozukluklar, içsel ve dışsal uyaranların yanlış yorumlanması (illüzyon) ya da olmayan bir uyaranın algılanması (halüsinasyon) şeklinde gözlemlenir. Yani illüzyon durumunda kişinin gerçeklikle bağlantısı devam eder, sadece uyarıyı yanlış yorumlar. Halüsinasyonda ise kişinin gerçeklikle bağlantısı bozulmuştur. Örneğin yoğun anksiyetesi olan bir kişinin dışardan gelen sesleri daha korkutucu sesler olarak algılaması illüzyondur. Algısal bozuklukların incelenmesi yoğun kaygı durumlarıyla, mizaç (duygudurum) bozuklukları ya da psikoz gibi ciddi ruh sağlığı danışanlıklarını ayırt etmede önemlidir. Halüsinasyonlarda en çok işitsel, en az koku tipi görülür. Algı bozukluklarının en sık görülen şeklidir ve kişide yarattığı korkunun şiddeti klinik açıdan değerlendirilir. İllüzyonlarda kişinin gerçeklik algısı bozulmaz. Halüsinasyonun aksine kişi gördüğünün, duyumsadığının gerçek olmadığını bilir.

Danışana diğer insanların işitmediği, görmediği şeyleri işitmek ve görmek gibi olağan dışı yaşantıları olup olmadığı sorulmalıdır. İllüzyonlar (çevrenin yanlış algılanması) psikozlarda da görülmele birlikte daha çok organik beyin sendromları ve halüsinojen maddelerin kötüye kullanımında görülür. Halüsinasyonlar görsel, işitsel, taktıl, kokusal olabilir ve organik mental bozukluklarla psikozlarda görülür. Psikotik danışanlar halüsinasyonlarını anlatmak istemeyebilirler, bu nedenle dikkatle soruşturulmalıdır.

Algıyı inceleyen değerlendiricinin sorabileceği sorular;

“Herkesten farklı düşünceleriniz ya da özel güçleriniz olduğunu düşünüyor musunuz?”, “Sadece sizin gördüğünüz ya da duyduğunuz sesler olur mu zaman zaman?”.

“... bazen ne yapması gerektiğini içinden bir sesin söylediğini ve bu sese kulak vermediği zaman hep hata yaptığımı, zarar gördüğümü anlattı...”

Kognitif (Bilişsel) Yetiler: Dikkat, Hafıza, Öğrenme, Bilinç, Zeka, Muhakeme

Klinisyen danışanın bilişsel süreçlerini hesaba katarak sağlıklı mental değerlendirme yapabilir. Söz gelimi zekâ seviyesi düşük bir danışanın konuşma, hesaplama, düşünce süreçleri normal insana göre farklılık gösterecektir ya da hafızası zayıf birinin yönergeleri takip edemediği görüldüğünde hafızayla ilgili daha spesifik bir değerlendirme söz konusu olacaktır. Her ne kadar testlerle daha net bir ölçüm yapılabilirse de klinisyenin kişinin zihinsel fonksiyonları, zekâsı, hafızası, zihinsel birikimi, kelime dağarcığı, karmaşık kavramları anlama yeteneğine dair normal, normal altı, normal üstü gibi kaba hatlarıyla bir ön kayıt tutması faydalı olacaktır.

Dikkat

Öztürk (2004), dikkati belli bir anda, algı dizgesinin istemli olarak belirli uyaranlara yöneltilmesi ve orada tutulabilmesi olarak tanımlar. Dikkat aynı zamanda bir kapasitedir. Diğer bilişsel işlevlerden önce değerlendirilmelidir. Çünkü dikkat bozukluğunun varlığında bellek doğru değerlendirilemez. Dikkat, danışandan bir sayı dizisini sıralaması istenerek muayene edilebilir. Örneğin önce iki basamaklı, sonra üç, dört basamaklı sayılar sayması istenir ve danışan başarısız olana dek basamaklar arttırılır. Normalde 5-7 basamağa kadar sayılabilir. Affektif bozukluklarda, anksiyetede, organik beyin sendromu danışanlıklarında dikkat bozuklukları görülebilir. Örneğin anksiyetesi yoğun olan danışanlarda dışarıdan gelme ihtimali olan tehlikelere karşı dikkat kesilme ya da depresyon ve yasta dikkatin bozulması gözlemlenebilir. Danışanın uyanıklık düzeyi ve diğer belirtiler bu durumları birbirinden ayırmaya yardımcı olur. Uyanıklık ve dikkatte bozukluk bir arada olduğunda organik beyin sendromu olasılığı artar.

Dikkat değerlendirmelerinde danışanın düz sayı menziline bakılabileceğini belirten Ögtem (2003), aşağıdaki şekilde bir bakış önerir:

Danışana; “Şimdi size karışık bazı sayılar söyleyeceğim. Dikkatle dinleyin! Ben bitirince, bu sayıları aynı sıra ile söylemenizi istiyorum.” denir. Önce 4 sayılıklı bir dizi ile başlanır. Sayıları söylerken ses tonunu değiştirmemeye vurgusuz, sabit, yeterince duyulabilecek bir ses tonu ile ve saniyede bir sayı söylemeye dikkat edilir. Danışan, sayıları başarı ile ve sırasını değiştirmeden tekrarlayabilmişse 5 sayılıklı diziye, bunlardan birini başarmışsa 6 sayılıklı diziye geçilir. Danışan, her iki 4 sayılıklı dizide de başarısız olmuşsa, 3 sayılıklı bir dizi ile devam etmek uygun olur.

- 6-4-3-9 4-2-7-3-1 6-1-9-4-7-3
- 7-2-8-6 7-4-8-3-6 3-9-2-4-8-7

Değerlendirme anındaki ortamın uygunsuzluğu, açlık, susuzluk, aklın başka yerde olması, uykusuzluk, yorgunluk, yakın zamanda yaşanan travmatik olaylar, danışanlıklar dikkati etkiler.

Hafıza-Bellek

Bellek kişinin kısa ya da uzun süreli olayları, durumları doğru olarak hatırlayabilme kapasitesidir. Bellek beyinde bilginin kodlanması, depolanması, geri çağırılması işlevleri ile ilişkilidir. Aynı zamanda daha karmaşık süreçleri de yöneten bir mekanizmadır (Öztürk, 2004). Bellek, kısa süreli ve uzun süreli bellek olmak üzere iki şekilde incelenir. Kısa süreli bellekte bilgiler kısa bir süre kalır. Tekrarlamayla birlikte bilgi uzun süreli belleğe aktarılır. Değerlendirmede kısa ve uzun süreli bellek işlevleri kontrol edilir. Ögtem (2003), kısa süreli bellek değerlendirmesinde danışana düz, net, anlaşılır bir dille 5 kelime söyleyerek duyduğundan emin olduktan sonra tekrar etmesini istemeyi önerir. Uzun süreli bellek değerlendirmesi için ise araya birkaç farklı soru sorduktan sonra aynı kelimeleri tekrar sormayı önerir. Tüm bu işlemle ilgili danışana bilgi verilir. “Size bazı kelimeler söyleyeceğim, benden sonra tekrar edin, sonra aklınızda tutun, yeniden saymanızı isteyeceğim...” Bu kelimeler arasında çağrışım bağı olmaması ve bir tanesinin soyut bir kavram olması

idealdir. Bellek durumunun kapsamlı ve dikkatli değerlendirmesi özellikle alzheimer, demans, beyin tümörleri için önemlidir, tanıda ayırıcı olabilir.

Bilinç

Osmanlı Türkçesinde “şuur” anlamına gelen bilinç için sözlüklerde “uyanık olma, farkında olma durumları” şeklinde tanımlar yer almaktadır. Değerlendirmede bilincin açık, danışanın uyanık olması gerekir. Bilinç bozukluğu varsa daha ayrıntılı tanımlamalar gerekir; örneğin, gözlerin açık ya da kapalı oluşu, spontan göz hareketlerinin varlığı ya da yokluğu, spontan konuşma miktarı, konuşmaya başlamak için uyarı gerekip gerekmediği, istemli motor hareketlerin hız ve koordinasyonu, istemli hareket yoksa ağırlı uyarana yanıtın ne olduğu tek tek belirtilmelidir.

Muhakeme

Farklı durumlarda uygun olanı yapabilmek için uygun olan en doğru kararları almakla ilgili bir yetenektir. Olaylar arasında neden-sonuç ilişkilerini kurabilmeyi gerektirir. Şizofreni gibi akıl danişanlıklarında muhakeme ortadan kalkabilir ya da yaşlılıkta, buna durumlarında danişan muhakeme yapamayabilir.

Kavrama

Bir varlığı, doğayı, nedeni, zihinsel ve duygusal sorunların önemini doğru anlamayla ilgilidir.

Kognitif yetilerin değerlendirilmesi için klinisyenin sorabileceği sorular aşağıdaki gibi olabilir: “Yolda, annesini-babasını kaybetmiş, üç yaşında bir çocuk görseniz ne yaparsınız?”

“Yolda bir zarf buldunuz; ağzı kapalı, üzerinde bir adres yazılı, bir de pul yapıştırılmış; ne yaparsınız?”

“Ormanda dolaşırken kayboldanız, yolunuzu nasıl bulursunuz?”

Bu şekilde sorular sorup cevaplarının mantıklılığını ve tutarlılığını değerlendirmek gerekir.

Mental Değerlendirmede Kullanılan Ölçüm Araçları

Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE)

1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından, özellikle de deliryumda olan ve/veya demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak geliştirilen MMSE, 10 sorudan oluşur ve 30 puan üzerinden değerlendirilir.

Bu test ile elde edilen puanlar şu şekilde yorumlanır:

- 24-30 arası: Normal
- 18-23 arası: Hafif demans
- 17 puan ve altı: Ciddi demans

Bu testin oryantasyon, hafıza, dikkat, hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, viziyoşpasial yetenekleri test eder, kolay ve uygulanabilir oluşu en büyük avantajıdır. Yalancı negatif ve yalancı pozitif olduğu durumları bilmek gereklidir. Folstein Mini Mental Testi'nin %39,4 gibi bir yalancı pozitiflik oranı vardır. Yani danışan tamamen normal olsa bile yorgun, tedirgin veya zorlanmışsa yaklaşık %40 gibi bir oranda testte yetersiz olabilir.

Saat Çizme Testi

Demansın erken evrelerinde bilişsel yetilerin durumunu kolaylıkla ölçen testlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu test, konstrüksiyonel praksi, anlama, planlama yeteneğini test eder. Danışandan saat çizmesi, içine sayıları yerleştirmesi ve söylenen zamanı işaretlemesi istenir. Altı puan üzerinden değerlendirilir. Dört puanın altı bozulmuş kognitif fonksiyonla uyumludur. Puanlandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

- Doğru yere 12 yazılmış: 3 puan,
- 12 sayıyı da yazmış: 1 puan,
- Akrep ve yelkovan çizilmiş: 1 puan,
- Söylenen zamanı doğru işaretlenmiş: 1 puan.

Saat çizme testinin avantajları çabuk uygulanması ve negatif prediktif değerinin yüksekliğidir. Dezavantajları ise puanlamanın subjektif olması ve yalancı negatifliğin yüksek olmasıdır. Saat çizme ile beraber 3 maddeyi hatırlama yöntemi kullanılabilir. Danışan saati tam çizer ve söylenen 3 maddeyi doğru hatırlayabilirse demans düşünülmez. Demans ve alzheimer için diğer kullanılan ölçme yöntemleri şunlardır: Alzheimer Danışanlığı Skalası, Global Detoriasyon Skalası, Klinik Demans Derecelendirme Skalası ve Hachinski İskemik Skorlaması. Ancak bu değerlendirme ölçeklerini kullanmak yetkinlik gerektirmektedir.

Bölüm Özeti

Mental durum değerlendirmesi, klinisyenin danışan hakkında kapsamlı izlenim ve gözlemlerini içerir. Danışan görüşmeye ilk geldiğinde kılık kıyafeti, genel görünümü, davranışları, konuşması, düşünce içeriği, algı şekli, bellek ve bilişsel durumu klinisyen için mental değerlendirmenin esaslarını oluşturur. Mental değerlendirmenin amacı danışanın başvuru sebebi ve genel durumunu değerlendirerek olası tanı ihtimallerini ortaya koymaktır. Nöroloji ve psikiyatri kliniklerinde doktorlar ve yetkin sağlık personeli tarafından, psikoloji kliniğinde ise klinik psikolog tarafından genellikle ilk görüşmede yapılır. Mental durum değerlendirmesi değerlendirici ve danışan arasında gözlem ve görüşmeye dayalı, sözel ve sözel olmayan mesajları içeren, 5-20 dakika gibi kısa süreli fakat etkili bir etkileşimdir. Değerlendirici süreçle ilgili danışana nasıl bir değerlendirme olacağı, ne kadar süreceği, ne amaçla yapıldığı konusunda önceden basit temel bilgiler vermeli, böylece danışanda gereksiz korku ve kaygıya sebep olacak etmenleri ortadan kaldırmaya çalışılmalıdır. Ayrıca görüşme sırasında fiziksel koşullar ve danışanın o anki durumunun da uygun olması önemlidir. Dışarıdan gelen sesler, uyarıcılar, danışanın yorgunluğu, gün içerisinde kaygıya sebep olacak durum yaşamaması değerlendirmenin güvenilirliğini olumsuz etkileyebilir.

EK - Standardize Mini Mental Durum Değerlendirilme Testi (MMSE)

Adı, Soyadı:
Yaş: Tarih:
Eğitim (yıl): Meslek:
Aktif El: T. Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz? ()
Hangi mevsimdeyiz? ()
Hangi aydayız? ()
Bugün ayın kaçı? ()
Hangi gündeyiz? ()
Hangi ülkede yaşıyoruz? ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir? ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir? ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız? ()

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (Masa, Bayrak, Elbise)..... ()
20 saniye süre tanınır ve her doğru isim 1 puan olarak değerlendirilir.

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
(100, 93, 86, 79, 72, 65)..... ()
Her doğru işlem 1 puan olarak değerlendirilir.

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()
Her doğru isim 1 puan olarak değerlendirilir.

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (Toplam puan 2)
..... ()

Saat, kalem vb. iki adet nesne gösterilir, 20 saniye süre tanınır ve her doğru bilinen isim 1 puan olarak değerlendirilir.

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin:

“Eğer ve fakat istemiyorum” **(Toplam puan 1)** ()
20 saniye süre tanınır.

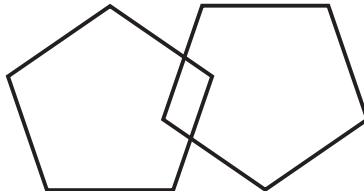
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen. **(Toplam puan 3)**.....()
30 saniye süre tanınır ve her doğru işlem 1 puan olarak değerlendirilir.

d) Şimdi size bir kağıt vereceğim. Bu kağıtta yazılı cümleyi okuyun ve yazılanı yapın. **(Toplam puan 1)** ()

GÖZLERİNİZİ KAPATIN

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın **(Toplam puan 1)** ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin **(Toplam puan 1)**.....()
1 dakika süre tanınır.



Standardize Mini Mental Durum Değerlendirilme Testi Uygulama Klavuzu

Başlangıç

- Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
- Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanılır.
- Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
- Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
- Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış “GÖZLERİNİZİ KAPATIN” yazısı ile diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kâğıt bulundurulmalıdır.

Uygulama

- Test, “Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın” sorusu ile başlar.
- Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
- Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
- Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan, test bittikten sonra sağlanabilir.
- Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci “Teşekkürler, bu kadarı yeterli.” diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişikliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, danışanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükûnetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

Yönelim

- Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.

- Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

Kayıt hafızası

- Görüşmeci danışandan 1 saniye ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 saniye süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
- Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap ve hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanılır.

Dikkat ve Hesap

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra danışana doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsizdir.

Lisan Testleri

- Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 saniye verilir.
- Şu cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum". 10 saniye süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir.
- Danışanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle danışanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Danışana "Masada duran kâğıdı sol/sağ (dominant olmayan) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kâğıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 saniye süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kâğıdından danışan tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kâğıdından danışanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kâğıdından danışanın ulaşabileceği alana doğru itmeliştir.
- Bir kâğıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir.
- Danışana bir kâğıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre içerisinde özne, yüklem ve nesne bulunan anlamlı bir cümle yazılması beklenir.
- Danışana bir kâğıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir (Toplam 1 puan).

Sekizinci Bölüm

İntihar Riskinin Değerlendirilmesi

Elif EROL*

Tartışma soruları

- 1- Terapi sürecinde danışanın intihar etme riski taşıdığı nasıl anlaşılır?
- 2- İntihar değerlendirilmesi nasıl yapılır?
- 3- İntihar riski yüksek danışan ile nasıl bir yol izlenmelidir?

Terapistler, danışanların yaşamlarında ne kadar yorulduklarını, ilk görüşmede anlamakta zorlanabilir. Danışan için bazen, hayat o kadar zordur ki yaşamlarından vazgeçmek isteyebilir. Terapiste düşen ilk görüşmeden itibaren her başvuran danışan için intihar riskini değerlendirmek, ona göre bir terapi planı oluşturmak, gerektiğinde kontrat yapmaktır.

Kuramsal yaklaşımlarla intihara bakıldığında psikanalitik kuramın kurucusu Freud, kişinin öfkesini kendine yansıtması olarak açıklarken ikizler üzerinde çalışmalar yapan genetikçiler, genetik yatkınlık üzerinde durmuşlardır. Beyindeki serotonin düzeyinin azalmasına bağlı intihar vakalarını bildiren endokronolojik çalışmalar hormonlar, nörotransmitterler üzerine dikkati çekmiştir. Sosyal öğrenme kuramcıları ise toplumsal öğrenme, model alma üzerinde durmuşlardır. Örneğin, Goethe'nin 25 yaşındayken iki

* Dr., Kent Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. E-posta: elifkoca5@yahoo.com

haftada yazdığı “Genç Werther’in Acıları” adlı eseriyle hem kendi hayatı hem de XVIII. yüzyıl Avrupa’sında pek çok insanın hayatı değişir. Romanın yayınlanmasını takiben insanlar arasında Werther gibi giyinme ve intihar vakaları artar, Werther Salgını ve Sendromu olarak yaygın hale gelen intihar vakaları sosyal öğrenme kuramcıları için intiharları açıklamada örnek teşkil etmiştir.

Modern psikolojinin kurucularından Fransız sosyolog Durkheim, toplumu bir arada tutan sebepleri irdelemiş ve değerlerler, inançlar, doktrinler, dogmalar olarak çıkarsamalarda bulunmuştur.

Durkheim intihar davranışını; “Olayın kurbanı tarafından işlenen ve ölüme götüreceğini bilerek doğrudan ya da dolaylı olarak meydana gelen her bir ölüm” olarak tanımlarken “İntihar” adlı eserinde anomi üzerinde durmuştur. Bu kavramı toplumsal bilincin zayıflaması, bireysellik bilincinin gelişmesi ile farklılaşan bireyleri birleştirmede toplumun yetersiz kalışı ile açıklamıştır. Durkheim intiharları alturist (özgeci, elcil), bencil (egoist) ve anomik olarak üçe ayırır. *Altruist intiharlar* kişinin üye olduğu gruba ve yüklenildiği sorumluluklara nazaran önemsiz kaldığı durumlarda meydana gelir. Özellikle askerlerde görülür. Bireyin topluma çok bağlı olduğu hallerde ortaya çıkar. *Egoist intiharlar* kişinin sağlam bir grup bağlantısı olmasına rağmen ilişkiden yoksun olduğu hallerde ortaya çıkar. Bekarlarda sık görülür. Kişinin ailesi tarafından yeterince korunmadığı zamanlarda ortaya çıkabilir. *Anomik intiharlar* ise, ekonomik depresyon ve kalkınma dönemlerinde yüksek oranda ortaya çıkar. Toplumsal bunalım zamanlarında toplumun yapısında meydana gelen değişimler intihar olgusunu artırır (Durkheim, 2002; Özkalp, 2005).

Edwin Shneidman intiharı “dayanılmaz ruhsal acılara çözüm arayışı” olarak tanımlamış ve Durkheim’a benzerlik gösteren bir sınıflandırma ile bencil (egotic), çiftli (dyadic) ve soyutlanma (ageneratic) olarak üçe ayırmıştır (Maris, Berman, Silverman 2000).

Dünyada yılda ortalama bir milyon kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir. Bu rakamla intiharlar kazalardan sonraki ikinci ölüm sebebidir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre

ülkemizde 1980 yılında yüzbinde 1.69 olan kaba intihar oranı 1990 yılında yüzbinde 2.42'ye, 2000 yılında yüzbinde 2.67'ye ve 2012 yılında yüzbinde 4.29'a çıkmıştır.

Neden bunca insan yaşamlarından vazgeçiyor? Her dekatta artan veriler intiharların kayıt altına alınmalarıyla açıklanabilse de, artış için tek yeterli kriter değildir. Göçler, göçlere bağlı kültürel, ekonomik farklılıklara uyum zorlukları, değişen yaşamın kendi içindeki sorunları, ahlaki ve dini inançlarda dejenerasyon, pahalılık, aile yaşamından bireysel yaşama geçişleri diğer sebepler olarak sıralamak mümkün. İntiharlar en fazla yüzbinde 8,54 hızıyla 75 yaş üstü yaşlılar arasında görülürken, en az intihar oranı yüzbinde 4,73 ile (35-39) yaş grubunda görülmektedir. Cinsiyete göre intihar deneyimlerine bakıldığında kadınların %55, erkeklerin %45 girişimde buldukları fakat kadınların %28, erkeklerinse %72 oranında intiharı sonlandırdıkları (ölüm) görülmüştür. Bu kadınların yaşamlarındaki duygusal sorunlara dayanamayıp intihara teşebbüs ettiklerini, erkeklerinse kadınlara oranla daha kararlı bir şekilde yaşamlarını sonlandırmak istediklerini düşündürebilirse de yine de intihar eden kişilerin %53'ünün intihar nedenleri bilinmemektedir. Ayrıca ergenlik geçişlerinde dikkat çekme isteğine bağlı intihar teşebbüslerine oldukça sık rastlanır. İntihar şekillerinde bir ayrıma gidildiğinde intihar eden kişilerin %51'i kendini asma, %25'i ateşli silah kullanma, %10'u yüksekten atlama, %14'ü kimyevi madde, ilaç kullanımı ve diğer yöntemlere başvurmuştur. İntihar şekilleri cinsiyete göre incelendiğinde erkekler sırasıyla en fazla kendini asma, ateşli silah ve yüksekten atlamayı; kadınlarsa sırasıyla kendini asma, yüksekten atlama, ateşli silah kullanma, bilek kesme, ilaç içme, zehirlenme olarak tercih yapmışlardır. Bir başka kategori olan medeni duruma göre intihar oranları %50 ile en fazla evlilerin, %37 ile hiç evlenmemiş bekarların, %6 ile boşanmış bireylerin intihar ettikleri görülmektedir. günümüzde Türkiye'de intihar oranları dünya ortalamasının altında olmasına rağmen ülkemizde intihar oranının giderek arttığı bildirilmektedir (Özgüven 2008; TÜİK 2014).

İlk Görüşmede İntihar Değerlendirme

Danışandan öykü alırken algısı, konuşması, düşünce süreçleri terapistte danışan hakkında bilgi vermeye başlar. Sadece anlattıkları değil, anlatış şeklide bizim için anlamlıdır. Böylece danışanın ne kadar kaygılı, düz, panik, paranoid vs. olduğunu gözlemleriz (bkz. Mental Durum Değerlendirmesi, Bölüm VII). Özellikle ilk görüşme danışan için aklıdan terapist ve süreçle ilgili türlü soru-cevapları geçirdiği, genellikle kaygı dolu bir seanstır. İlk görüşmede danışanlar bize sadece doğruları söylemeyebilirler. İntihar etmeyi düşünen bir danışan bunu açıkça ifade etmeyebilir ya da daha evvel ki girişimlerini gizleyebilir. Görüşme sırasında en ufak bir şüphede danışanın intihar risk faktörlerini anlamaya çalışmak, bununla ilgili sorular sormak yararlı olur.

1972 yılında Amerika'da Aaron Beck başkanlığında "İntiharı Önleme Merkezi" kurulmuş, intiharı tanımlama ve sınıflandırmada ortak bir dil geliştirilmiş, intihar davranışı üç grupta ele alınmıştır. Günümüzde en yaygın kullanılan sınıflandırma aşağıdaki şekildedir:

Tamamlanmış intihar: Ölümle sonuçlanan intihar davranışlarıdır.

İntihar girişimi: Bireyin kendini öldürme niyetiyle gerçekleştirdiği ancak yarım kalan ve ölümle sonuçlanmayan davranışlardır.

İntihar düşünceleri: Bireyin açıkça ifade ettiği kendini öldürme isteği, planları ve açık tehditleridir.

Bu intihar tipleri kesinlik oranına (%0-100), ölümcüllüğüne (hiç, düşük, orta, yüksek), ölme niyetine (hiç, düşük, orta, yüksek), sarhoşluk ve konfüzyon gibi hafifletici koşullara (hiç, düşük, orta, yüksek) ve yöntemine göre kendi içlerinde de ayrıca sınıflanmaktadır (Maris, Berman, Silverman 2000).

Klinikte intihar değerlendirmesinde danışanın geçmişi, bugünü, riskleri ve kaynakları sorgulanır.

Geçmiş değerlendirilmesinde daha evvel intihar girişimi olup olmadığı, kaç kez denediği, nasıl bir yöntem kullandığı, danışanın amacı, kendine verdiği zararın büyüklüğü, zarar şekli, ailesinde

intihar eden bireylerin varlığı sorulur. Geçmişinde teşebbüsü olan danışanlar risk grubunu oluştururlar, bu durumda daha detaylı inceleme yapılır. “İntihar edeceğini söyleyen etmez” söyleminin hiçbir geçerliliği olmadığı gibi yanlış olduğunu da ifade etmek gerekir.

İntiharın amacı ne? Danışanın intihar düşüncesindeki amacını bilmek gerekir. Dikkat çekmek mi?, Bazı sorumluluklardan kurtulmak mı?, Yaşama dayanamayıp ölmek istemek mi?. Bunlar cevaplarının bilinmesi gereken önemli sorulardır.

Her girişim, yeni teşebbüs için risktir. Girişimde medikal hasar ne kadar ciddiye risk de o kadar yüksektir. Bununla beraber intihar girişiminde kişinin kendine verdiği zararın niteliği de önemlidir. Çıkkık, kesme, parçalama ne kadar çoksa yeni girişim için risk o kadar yüksektir. Bir başka risk faktörü danışanın ailesinde intihara teşebbüs eden kişilerin varlığıdır. Danışan ailesindeki kişiyi model alabilir, “Amcam intihar etti ben niye etmeyeyim...”

Girişimde bulunan aile bireyi intiharı sonlandırdıysa (öldüyse) bu daha büyük bir risktir. Bu intihar olayının ailede normalize olması, içinden çıkılamayan durumlar için mücadele etmek yerine ölüm tercih edilmesi anlamına gelir. Gerek model alma, gerek sosyal öğrenme açısından ailedeki intihar vakaları yüksek risk taşır. Bununla beraber intihar eden kişi kaçınıcı dereceden yakınsa risk de bir o kadar yüksektir. Bu yakınlıkta mutlaka akrabalık bağları olması gerekmez, kişinin iletişimde olduğu, sık sık gördüğü, yakın mesafede ikamet eden kişilerde benzer anlama gelir.

Güncel durum değerlendirmesinde intihar planı, bu planın ne kadar ölümcül olduğu, etkisi, planın uygulanabilirliği, yöntemin ve kaynakların ulaşılabilirliği araştırılır.

Görüşmede intihar düşüncesi net olarak şu şekilde sorularak başlanabilir;

“Ne sıklıkla intihar etmeyi düşünüyorsunuz?”

“Niyetiniz nedir?”

Planda bakılması ve sorulması gerekenler; Danışan intiharı nasıl planlamış, özel düşünülmüş bir planı var mı, nasıl bir hazırlık içinde, hangi ölümcül yönteme başvurmayı planlıyor... Örneğin

bakmakla sorumlu olduğu kişileri, evcil hayvanını, kıyafetini, mirasını vereceği yeri ayarlayan kişinin planı yüksek risk taşır.

Ölümcüllük riski; Danışan akıllara durgunluk verecek, son derece kapsamlı bir intihar planı hazırlamış olabilir ancak bu planın ne kadar ölümcül olduğu amaç açısından önemlidir.

Ölümcüllük riskine ilişkin intihar değerlendirme örneği

Vasiyetini yazıp avukatına veren, sevdiklerine veda videosu, mektupları hazırlayan, intihar edeceği günü ve saati ailesi için özel bir güne denk getirecek kadar hazırlığı olan, hatta evini satışa çıkarıp tüm kıyafetlerini, özel eşyalarını başkalarına dağıtacağını söyleyen bir danışanın evinin en üst katından atlayacağını söylemişti. Evinin 2 katlı villa olması ise manidardı.

Üstteki örnekte danışanın planının özenle hazırlanmış olması kadar bu planın onu ölüme ne derece götürme riski olduğu da değerlendiricinin sorgulaması gereken bir durumdur. Kendini ikinci kattan atma planıyla yirminci kattan atlama arasında risk açısından önemli fark vardır.

Uygulanabilirlik; Bazen danışanlar teatral intihar planları yapabilirler. “Devlet başkanının karşına geçip, kimse beni bu dünyada kalmaya zorlayamaz diyerek kendimi vuracağım.” diyen danışan için bu planın uygulanabilirliği dolayısıyla asıl amacı düşündürücüdür. Devlet başkanını nerede bulacaksın, bulduğunu varsayarsak bu kadar yakın mesafeye korumalara rağmen silahla nasıl yaklaşacaksın, bu aşamayı da geçse bile elinde silahla konuşma yapan birinin konuşmasının bitmesini beklerler mi? Bir başka soru daha: “Silahla kendimi vuracağım” diyen kişinin evinde silahı var mı yoksa nereden bulacak?

Kaynakların ulaşılabilirliği; Dağ evine çekilip, kimsenin onu kurtarma şansının olmadığı ortamda intihar etmeyi düşünen

danışanın intihar riski yüksektir. Evde kimse yokken ve uzun süre gelmeyeceğini bilirken ilaç alma, bilek kesme risk taşırken, herkes evdeyken yandaki odada bu eylemlere hazırlanma arasında risk açısından önemli fark vardır. Bu durumda hastanenin olay mahali-ne yakınlığıda önemlidir.

İntiharı Tetikleyen Faktörler

Yapılan pek çok intihar araştırmalarında, intihar riskiyle doğrudan ilişkili klinik bulgular belirlenmiştir. Bunlar anksiyete, umutsuzluk, panik atak, ilgi ve zevk kaybı, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, uykusuzluk, alkol kötüye kullanımı, intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü şeklindedir. İntiharın güncel riskinin değerlendirilmesinde alkol madde bağımlılıkları risk grubunu oluşturur, bu yüzden öykü alınırken ayrıntılı sorulmalıdır: Kimyasal haplar, alkol, madde kullanımı var mı, varsa ölçüsü ve çeşidi ne? vb. Öte yandan kullanılan maddenin ve miktarının ölçüsü de risk değerlendirmesi açısından önemlidir. Bir başka risk grubunu hapisshaneden ve hastaneden çıkan kişiler oluşturur. Hapishaneden çıktıktan itibaren ilk 72 saat, hastaneden çıkıştan itibaren ilk 48 saat risk açısından en yüksek tehlikeyi oluşturur. Genellikle da danışanlara belli başlı psikoeğitim verilip taburcu edilmeleri ve bu sürelerde yalnız kalmamaları önerilir. Özellikle klinik depresyon ya da şizofreni danışanları hastane ortamındaki güven ve koruyuculuğu yitirince paniğe kapılarak ölmek isteyebilirler.

Psikiyatrik bir sorunu olan kişilerin, olmayanlara oranla intihar riskinin daha yüksek olduğu bilinmekle majör depresyon, distimi, şizofreni, deliryum, demans gibi mental rahatsızlıklara sahip danışanların ntihara eğilim gösteren başlıca kişiler olarak sıralanabilir. Bu kişilerde bipolarite veya kaygı bozukluğu eşlik ediyorsa risk daha da artar. Genel olarak intiharı tetikleyen faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yakın zamandaki ölümler, intihar girişimleri
- Kişinin önceden var olan intihar girişimi

- Ailede psikiyatrik sorunlu bireylerin varlığı
- Evlilik, boşanma, evlat edinme, yaşanan olumsuz olaylar
- İşsizlik, atama, terfi, iş değiştirme, sınav bitimleri
- Erken yaşta aileden ayrı yaşama deneyimleri
- Alkol, madde bağımlılıkları
- Terapideki mutsuzluk ve mutluluk
- Kronik ağrı yaşama
- Kronik dürtüsellik (Fazla trafik kazası geçiren kişiler aslında ölümü deneyimlemeye çalışmaktadırlar.)

Bireyi intihardan koruyan faktörler ise;

- Geleceğe umutla bakmak, hayata bağlılık,
- Sorumluluk hissi (“Ben ölürsem oğluma kim bakar” düşüncesi vs.),
- Sosyal ve aile ilişkilerinin iyi olması,
- Ölmekten korkmak,
- Sorunlara karşı sergilenen genel yapıcı tavır,
- İntihara karşı olan sosyal ya da dini inançlara sahip olmak (“İntihar edersem cehenneme giderim” gibi),
- Kişinin sözlerine bağlılığı (terapi süresince danışandan intihara teşebbüs etmeyeceği sözü istenir),
- Dürtü kontrolünün iyi olması,
- Terapi ve terapistle bağlılık olarak sıralanabilir.

İntihar Eğilimli Danışan ile Terapi Süreci

Danışanda intihar eğilimi için risk faktörlerini bilmek için düşüncelerin sıklığına ve şiddetine, duyguların yoğunluğuna bakmak gerekir. Kişi kendi hayatını mı yoksa acısını mı sonlandırmak istiyor. ‘Oğlunun acısına dayanamadığın için hayatına son vermek istiyorsun. Aslında son vermek istediği şey oğlunun acısı...’ şeklinde bir yorumla terapist danışanına intihar düşüncesinin hangi duygudan kaynaklandığını ifade edebilir ki bunu fark edebiliyor olmak danışanı iyi hissettirebilir. İntihar düşüncesini danışanın çevresinde

konusması çok sık rastlanan bir durum değildir. Ancak kişi konuş-tukça rahatlar.

Terapist; “Şu anda danışanlığın konuşuyor, sen değil”, “Acını dindirmek, sonlandırmak istiyorsun hayatını değil”, “Anlıyorum, çözüm arıyorsun ama intihar çözüm değil”, “Yaşam çok değerli, sizin yaşamanız da çok değerli, gelin beraber değerlendirelim...” şeklinde bir yaklaşımla terapi süreci yapılandırabilir.

Birçok ekolde intihar riski taşıyan klinik görüşmelerde tera-pist, danışanla terapi süreci devam ettiği sürece ve tabii sonrasında “İntihar Yok” kontratı oluştururlar. (Bkz. Ek-1) Bu kontrata göre danışan intihar etmeyeceğine söz verir ve kontratı imzalar. Zor-lanıldığı durumlar için terapist ona yapabileceklerini anlatır. Yardım alınacak kişiler birlikte belirlenir ve terapi sürecine devam edilir. (Bkz. Ek-2)

Danışanın İntihar Eğilimini Ölçme

İntihar davranışında önceki girişimler tekrarlanma olasılığının %50 gibi büyük bir kısmını oluşturabilse de yine de önceden tahmin edi-lebilirliğini ölçen kesin sonuç veren standart bir ölçüm aracı yoktur. İntihar eğilimi, düşüncesi, niyeti, risk değerlendirmesi gibi isimlerde-ki Likert tipi objektif ölçüm araçlarının yanı sıra Rorschach tematik algı testi, daha az sıklıkla kullanılan Bender Gestalt bir insan çiz ya da cümle tamamlama testleri de klinik değerlendirmede yardımcıdır.

İntihar riski değerlendirme kontrol listesi

1. Klinik görüşme mahremiyetin sınırları tartışıldı.
2. Geçmiş deneyim analizi yapıldı. Danışanın intiharla ilgili davranışlarına dair geçmiş bilgisi (aile üyelerinden birinin intihar etme-si, daha önceki intihar girişimleri, önceki girişimlerin öldürücülük boyutları vb.) edinildi.

3. Risk faktörleri değerlendirildi.
 4. İntihar değerlendirmesi ölçek, anketleri yapıldı.
 5. İntihar düşüncelerinin ve planlarının, danışanın iradesinin ve intihara olan eğilimin değerlendirmesini içeren ayrıntılı bir intihar değerlendirmesi yapıldı.
 6. Önceki tedavinin kayıtları istendi / edinildi.
 7. “Artık intihar etmek yok” anlaşması (kontrat) yapıldı.
 8. Danışan acil/kriz durumlarda yapması gerekenler konusunda bilgilendirildi.
 9. Yüksek intihar riski durumunda, gerekli otorite figürleri (polis memuru vs.) ve/veya aile üyeleri ile iletişime geçileceği konusunda anlaşıldı.
-

Bölüm Özeti

Bir terapist kendisine başvuran her danışan için ilk görüşmeden itibaren intihar riskini değerlendirmek, ona göre bir terapi planı oluşturmak, gerektiğinde kontrat yapması gerekir. Danışanın intihar riskini değerlendirmede ailede ve/veya kendinde daha önceki intihar girişimi, danışanlık, yaşantı değişiklikleri, alkol, madde kullanımı önemlidir. Kişi de bu riskler varsa bir planının olup olmadığı bu planın ne kadar ölümcül olduğu, kaynaklarının ulaşılabilirliği, geçerliliği konusu intihar riskini değerlendirmede önemlidir. Söz gelimi silahla başına ateş edeceğini söyleyen kişinin silahının olması riski artırırken silahının olmaması daha düşük bir riski haline getirir. İntihar eğilimi olan bir kişiyle terapi devam ediyorsa bu süreçte intihar etmeyi düşünmeyeceği, düşünürse belirlecek kişileri arayarak bu durumunu söyleyeceği konusunda sözlü ya da yazılı bir kontrat yapılması hem danışanın terapiye güvenini artıracak hem de danışanın intiharı gerçekleştirmesi durumunda terapistin sorumluluğu azaltacaktır.

EK-1. İntihar Yok Kontratı

İntihar Mutabakat Formu

İntiharla ilgili düşüncelerim beni teşebbüs etmeye doğru götürürse bunu
 merkezine ve/veya
 kişisine hiçbir teşebbüse girişmeden bildireceğime, yardım isteyeceğime söz veriyorum. Böyle bir durumumda ilgili kişi ve kurumların iyiliğim için hareket ederek aşağıda belirtilen kişi ve kurumları aramalarında benim açımdan ve terapi sürecim açısından herhangi bir sakıncası olmadığı konusunda bilgilendirildim, kabul ettim.

İntihar risk durumunda aranacak kişi ve kurumlar;

(İsim - soy isim - yakınlık derecesi - telefon - adres olarak belirtiniz)

1.
2.
3.

Yukarıda bilgilendirilen zorunluluklar çerçevesinde işbirliği içinde olmayı kabul ediyorum.

EK-2. İntihara Eğilimli Olduğunu Hissetmesi Halinde Danışanın Bu Düşünceden Vazgeçmesi İçin Hazırlanabilecek Plan

Kriz Planı

Yardıma ihtiyacım olduğunda erken uyarı işaretlerim:

Bu işaretleri aldığımda yapacaklarım:

Ulaşabileceğim ve temasa geçebileceğim kaynaklar: (Telefon numaraları ile)

Danışanın İmzası	Uzmanın İmzası
Tarih:/..../.....	Tarih:/..../.....

Dokuzuncu Bölüm

Adli Psikolojide Klinik Çerçeve

Gülhan TATLICI* • Batuhan Mustafa KURTOĞLU**

Tartışma soruları

- 1- Adli vakalarda psikoterapistin konumunu etkileyen unsurlar nelerdir?
- 2- Adli görüşme sürecinde klinik çerçeve nasıl belirlenmelidir?
- 3- Ülkemizde adli psikolojiden hangi alanlarda yararlanılmaktadır?

Adli psikoloji hukuk ve psikolojiyi kesiştiren uygulamalı psikoloji alt alanıdır (APA, 2004) ve günümüzde topluma hizmet etme noktasında önemli bir alan olarak kabul edilmektedir. Çünkü hukuki olaylarda hem suçlular hem de mağdurlar için psikolojik değerlendirme yapılarak hakim tarafından verilecek kararları etkiler. Ülkemizde Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde adli psikoloji ve dolayısıyla alanda çalışan psikologlara verilen önem giderek artmaktadır. Adli psikologlar; çocuk mahkemeleri de dahil gerekli tüm mahkemeler, adli tıp kurumları, cezaevleri, denetimli serbestlik kurumları ve polis çocuk bürolarında görev alabilmektedirler.

* Psikolog. E-posta: gulhan.tatlici@hotmail.com

** Hasan Kalyoncu Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.
E-posta: mustafa.kurtoglu@hku.edu.tr

Türkiye’de daha çok Adalet Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda psikolojik değerlendirme ve tedavi edici psikolojik hizmetlerin sağlanması gibi adli psikolojik hizmetler sunulurken Batıda adli psikolojinin ilgi alanlarını oluşturan konular çok daha ayrıntılıdır. Örneğin taraflar arası arabuluculuk, polislik mesleğine başvuran kişilerin psikolojik değerlendirilmesi ve seçilen kişilerin hizmet içi eğitimden geçirilmesi, uzman tanıklığı, suçlu profilinin çıkarılması ve suçlunun sorgulanması, suçluların değerlendirilmesi, kanıt toplama, kanıt inceleme ve mahkemeye sunma vb. Adli psikologların vermiş olduğu hizmetlerin çeşitliliği nedeniyle Batı ülkelerinde bu hizmetler için kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra özel bürolardan da yararlanılmaktadır.

Adli Psikolojinin Tarihçesi

Orta Çağ’dan itibaren akli dengesi yerinde olmayan bir kişiye işlediği suç nedeniyle verilmesi gereken ceza ile tartışmalar yaşandığı görülmektedir. Bu konuda bilinen ilk örnek, 1843 yılında Daniel McNaughten’in ‘delilik’ nedeniyle işlediği suçun cezai sorumluluğu olmadığı kararının verilmesidir. Günümüzde ilk adli psikologun Schrenck-Notzing olduğu bilinmektedir. Schrenck-Notzing, 1896’da Münih’de bir cinayet davasının görüldüğü mahkemede, hafıza ve telkine yatkınlık konusundaki deneysel çalışmalarıyla, tanık ifadelerinin değerlendirilmesine yardımcı olmuştur. 1911’de ise Marbe, bir sulh mahkemesinde hafıza çalışmaları yapmıştır. İlk kez 1921 yılında ABD’de bir psikolog tanık bilirkişi unvanıyla mahkemede görev almışsa da 1950 yılına kadar, psikologların bilirkişi olarak görev almasına tekrar rastlanmamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında orduda ölçme ve değerlendirme süreçlerinde klinik hizmet vermesi amacıyla psikologların görev almaya başlaması ile askerlerde travma sonrasında oluşan etkilerle cezai ehliyetleri arasındaki ilişki tartışılmıştır (Akdaş ve Oral, 2006).

Adli Psikolojide Değerlendirme Süreçleri

Adli psikologlar da klinisyenler gibi kişiyi tanıma teknikleri ve testlerini kullanırlar. Ek olarak davaya konu olan tarafların, tanıkların ve sanıkların ifadelerini, savcılık iddianamesini, avukatların beyanlarını, cezaevi kayıtlarını, infaz ve diğer ilgili dosyaları inceleyip gerekiyorsa cezaevi personeli ve kişinin cezaevi arkadaşlarıyla görüşürler. Son olarak elde ettikleri bilgilerden rapor hazırlayarak, mahkemeye sunarlar.

Çocuk/Genç Psikoterapilerinin Adli Vakalar İçerisindeki Dinamiği

Çocuk ve ergenlik dönemindeki gençlerle yapılan klinik görüşmelerde özellikle adli konular bakımından çok farklı unsurlarla karşılaşılabilir. Görüşmenin yapıldığı çocuk ya da gencin psikolojik durumuyla doğrudan ilişkilendirilen bu unsurlara örnek olarak;

- Boşanmış bir ailenin bireyi olması,
- Adli bir olaya tanık olması,
- Akran grubundan birinin ya da bir yetişkinin kanunen suç olarak sayılacak bir davranışta bulunarak zarar vermesi (ihmal, istismar vb.),
- Görüşme yapılan çocuk ya da ergenin kanunen suç teşkil eden bir olaya karışmış olması bahsedilebilir.

Yapılacak görüşmelerin psikolojik danışma ya da psikoterapi süreci olmasına bakılmaksızın eğer görüşmelerde kanunen suç unsuru barındıran paylaşımlar bulunuyorsa, kişinin ve ailesinin de bilgisi dahilinde, bu durumun yetkili kurumlara iletilmesinin gerekliliğinin mutlaka göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Adli Vakalarda Klinik Çerçevenin Belirlenmesi

Adli vakalarla ilişkilendirilebilecek görüşmelerde terapistlerin en çok karşılaştığı sorunsal, ebeveynleri boşanmış çocuk ya da gençlerin genellikle velayete sahip olan ebeveyn tarafından psikolojik destek almak üzere görüşmeye getirilmesi sayılabilir. Bu tür durumlarda gerek görülen psikoterapi sürecine engel olabilecek unsur ise destek alma konusunda ebeveynlerin farklı fikirlere sahip olmasıdır. Söz konusu fikir ayrılıkları, çoğu zaman terapiye destek veren ebeveyni taraf olmaya zorlayabilir ve ebeveynlerin birbirlerine doğrudan ifade edemedikleri olumlu/olumsuz duyguları terapist üzerinden aktarmalarına neden olabilir. Terapist, böyle bir durum karşısında sağlıklı bir çerçeve oluşturamaz ise bu fikir ayrılığı süreçteki aktarımlara da bulaşabilir ve sürecin zarar görmesine sebep olabilir. Baştan bu durumun önüne geçebilmek adına öncelikle çocuk ya da ergenin niçin böyle bir sürece ihtiyaç duyduğu ya da bu ihtiyaç duygusunun ebeveyninden mi yoksa çocuktan mı kaynaklandığı çok iyi analiz edilmelidir: Kimi zaman çocukla tek başına yaşamaya başlayan ebeveyn bu desteğe ihtiyaç duyuyor olabilir, kimi zaman da çocuğun psikolojik destek ihtiyacı velayetin edinimi için boşanmış çiftler arasında bir amaç olarak görülmektedir.

Tedavi sırasında danışman/psikoterapist konumunun korunabilmesinin en temel koşullarından biri, düzenli bir destek sürecine ihtiyaç görülmesi halinde hem anneye hem de babaya bu ihtiyaç gerekçeleri ile anlatılmalı ve özellikle psikoterapi sürecine her iki ebeveynin de onayı alınarak başlanmalıdır. Terapi ihtiyacının gerekli olduğu belirtilmesine rağmen ebeveynlerden biri terapi alınmasını onaylamıyorsa, çocuğu kurumsal bir kuruma yönlendirerek (hastane, donanımlı klinik) destek alması gerekliliğinin resmi olarak belirtilmesini sağlamak gerekir. Bu yaklaşım, sürecin sağlıklı işleyebilmesi ve bir ihmalin önüne geçebilmek adına önemli bir adım olacaktır. Bu tür durumlarda terapist hem mesleki çerçevesini hem de terapi sürecini koruyabilmek için resmi kurumlarca istenmediği sürece yazılı belge ya da rapor ver-

memelidir. Çiftlerin talebi doğrultusunda psikoterapi süreci, ebeveynler ile ayrı görüşerek de ilerleyebilir. Sürecin tek ebeveynle yürütülmesi diğer ebeveyne ulaşılabilmesi, kendisinin hayatta olmama ya da kanunen çocuğa yaklaşmaması kararının alınmış olduğu durumlar da yaşanabilir.

Çocuğun ya da gencin adli bir vaka nedeniyle terapi süreci ile karşı karşıya kalması durumunda ise ilk olarak danışanın güvenliğini ve alınması gereken tedbirleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu konuda terapistin değerlendirme süreçlerini adli psikoloji uzmanlarına bırakması gerekmektedir. Aynı zorunluluk, suç teşkil edilen bir olaya karışmış çocuk ve genç ile de çalışırken yerine getirilmesi gereken temel bir unsurdur.

Çocuğun karıştığı bir olay, özellikle çocuğa/gence akran grubunun veya bir yetişkinin kanunen suç unsuru sayılabilecek uygulamada bulunması ya da fiziksel/duygusal bakımdan zarar gördüğü bir davranışa maruz kaldığı açığa çıktıysa aile mutlaka bilgilendirilmelidir. Konu ile alakalı olarak resmi kurumlara başvurulmamış ise konunun ilgili kuruma yönlendirmesi yapılmalıdır. Bu yönlendirme ile psikoterapi süreci ve adli süreç birbirinden ayrılmış olacağından psikoterapinin sağlıklı devam edebilmesi mümkün olacaktır. Öte yandan etik çerçeveyi koruyabilmek adına herhangi bir görüş bildirir yazı ya da raporun, ancak resmi kurumlar tarafından istendiğinde kapalı bir zarf içerisinde doğrudan o kuruma teslim edilerek yapılması gerekir.

Adli vakalarda görüşmeler hapis hane ortamında da yapılabilmektedir. Özgürlükleri kısıtlanmış hastaların psikolojik sorunlarının ele alınışı da karmaşık olmaktadır. Bu koşullar altında yapılacak olan terapötik çalışma için terapist, aynı zamanda öznenin öyküsünü ve hapis hane ortamında gerçekleşen karşılaşma ortamını, cezaevi kurumu ile birlikte yürütülmesi gereken tedavi sürecini zorunlu olarak hesaba katmalıdır.

Cezaevlerinde görüşme yapılırken mevcut patolojilere ek olarak hapis hane ortamının ortaya çıkardığı zamansal kırılma, farklılaşmış alanlarla olan kırılma, mahremiyete gelen zararlardan do-

layı kimlik kaybı duygusu, benlik sınırlarının seyrelmesi süreçleri gözlemlenebilir. Bu hastalar ile mahkumiyetlerinden önce, sonra ve mahkumiyetleri süresince görüşme yapılır. Cezaevindeki ikametleri birkaç aydan birkaç yıla yayılabilir. O nedenle terapist terapötik ilişki cezanın düzenlemesini ve süresini de dikkate almalıdır. Görüşme sıklıkları değişken olabilir. Bu hastaların ihtiyaç ve isteklerine göre hazırlanan kişisel çalışma, mümkün olduğu kadar koşullardan bağımsız olarak yürütülmelidir.

Bölüm Özeti

Adli psikoloji, yasal konulara ve problemlere psikolojinin ilkelerini uygulamak için hukuk ile psikoloji arasında bağ kuran ortak bir alandır. Psikoloji kişinin sorunlarıyla ilgilenirken; hukuk, kişilerarası anlaşmazlıkları kanunlar aracılığıyla çözer. Adli psikolojinin konusu ise hükümlü ya da tutuklu kişilerin davranışlarını değerlendirmek, mağdurların, sanıkların ve tanıkların mevcut hali, sanığın cezai ehliyetinin bulunup bulunmaması, çocuğun velayetinin kimde olması vb. olaylardır. Adli psikoloji tarihsel süreç içerisinde son on yılda giderek önem kazanmıştır. O kadar ki, adli süreçlerde önemli rol üstlenen adli psikologlardan bazılarının psikoloji ve hukuk eğitimi aldıkları da görülmektedir.

Günümüzde mahkemelerde genellikle eğitilmiş adli psikologların uzmanlıklarına ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin, suçlu bulunan bir kişinin ya da göz altında tutulan kişilerin düşüncelerini, davranışlarını, duygusal durumlarını, stres altında olup olmadıklarını veya ebeveynlerden hangisinin çocuğun velayetini almasını gerektirdiğini ya da bir sanığın mental durumunun mahkemede savunma yapmak için yeterli olup olmadığı gibi durumlara bir adli psikologun karar verebilmesi için yeteri mesleki donanımlara sahip olması gerekir. Adli psikologlar ıslahevlerinde, hapishanelerde, adli tıp enstitülerinde, hukuk uygulama birimlerinde, toplum sağlığıyla ilgili kurum ve kuruluşlarda çalışabilmektedirler.

Adli konuların klinik görüşme çerçeveleri çok sınırlı kaynaklara sahip bir alandır. Bu sebeple değerlendirmeye alınabilecek en değerli anlatımlardan biri de klinik deneyimler olmaktadır. Genel olarak adli konuları klinik ortamda ya da hapisane/mahkeme ortamlarında karşılaşılan durumlar olmak üzere birbirinden ayırmak mümkündür. Bu iki durumun ortak özelliğini ise psikolojik görüşmelerde terapötik çerçeveyi oluşturmadaki ve sürdürmekteki güçlükler olarak toparlayabiliriz. Adli konular manipüle olmaya çok açık olduğu için çerçeve, psikolog/psikoterapist ve danışanın/has-tanın korunması adına çok daha önem kazanmaktadır. Klinik ortamda terapi sürecine başlanılıp başlanılamayacağı ve görüşmelere nasıl devam edileceğinin psikoterapistin zihninde belirgin olması gerekir.

Terapi süreçlerinde ya da görüşmelerde bilgi verilmesi gereken durumları uzman yakından tanımalı ve gerektiğinde ilgili kurumlara bu bildirimini yapmalı ancak konunun takibini de adli psikologlara devretmelidir. Klinikte aktarım ilişkisini bozacak herhangi bir adım atılmamalıdır. Hapisane ve mahkeme dönemi için de bir teröpatik süreç gerekiyorsa çerçeve söz konusu koşullara göre oluşturulmalı ve süreci korumaya yönelik olmalıdır. Tedavi sürecince uzman ve danışanın arasındaki ilişkinin korunması esastır.

Onuncu Bölüm

Psikoeğitim

Elif EROL* • Esra ORAS**

Tartışma soruları

1. Psikoeğitim neden gereklidir?
2. Her yaklaşımda psikoeğitim kullanılır mı?
3. Danışan yakınlarının psikoeğitim alması neden önemlidir?
4. Psikoeğitim, terapist ve danışan ilişkisini nasıl etkileyebilir?

Psikoeğitim, psikiyatrik bozukluğa sahip danışanları ve danışan ailelerini tedavi planının bir parçası olarak danışmanlık konusunda gerekli bilgi ve donanımı sağlamayı hedefleyen eğitici bir metottur. Bir başka deyişle psikoeğitim, danışan ve yakınlarını danışanlık ve sorunla başa çıkabilme konusunda bilgilendirmeye dayanan sistematik didaktik psikoterapötik müdahaledir (Bhattacharjee ve diğerleri, 2011). Klinik görüşmede daha ilk seansta danışan “Sizi buraya getiren sebep nedir?” sorusuna cevap olarak daha önce verilmiş bir teşhisten söz ederse, görüşmeye bu sorun hakkında ne kadar bilgilendirildiği sorularak devam edilir ki bu da ilk görüşmenin psikoeğitim kısmıdır.

* Dr, Kent Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. E-posta: elifkoca5@yahoo.com

** Uzman Psikolog. E-posta: psk.esra.dilek@gmail.com

İlk görüşme seansında psikoeğitime ilişkin terapist yorumu

Terapist: Daha önce belirtildiği üzere depresyondasınız ve aslında enerji eksikliği, çökkünlük, sürekli uyuma isteği ve karamsarlık gibi sorunlara depresyon hastalığının bir parçası olarak maruz kalıyorsunuz.

Yanı sıra psikoeğitim, psikolojik tedavi sürecinde özellikle psikiyatrik bozukluğu olan danışanların tedavisinde oldukça önem teşkil eden konulardan bir tanesidir. Tedaviye başvuran danışanlar zaman zaman psikiyatrik tanılarını bilmelerine rağmen hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilirler. Yine de tedavi sürecinde çoğu zaman hastalığı bilmek ve tanımak yeterli değildir; danışanın ve yakın çevresinin tedavi sürecini olumlu yönde etkilemek adına hastalığı ve gidişatını, tedavisini bilmesi gerekebilir. İşte tam bu noktada psikoeğitim süreci devreye girer. Psikoeğitim süreci hem danışanı hem de danışan yakınlarını hastalık ve tedavi süreci konusunda bilgilendirmenin yanı sıra onların tedaviye aktif şekilde katılımlarını da sağlar. Böylece kişinin hastalığını sahiplenmesi, kişisel olarak bundan sorumlu olduğunu öğrenmesi, çevresinin destek vermesi danışanlıkla başa çıkmasını kolaylaştırır.

Psikoeğitim etkili olmasının yanı sıra uygulanabilirliği açısından da oldukça ideal bir metottur. Psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı tarafından yeterli bilgi ve eğitim düzeyinde bulunduğu takdirde çok çeşitli hastalıklara ve bütün yaş gruplarına, bireysel veya grup şeklinde uygulanabilmektedir (Alataş ve diğerleri, 2007).

Terapi geçmişinde psikoeğitim metoduna yönelişin üç temel nedeninden bahsedebiliriz (Yurtsever ve diğerleri, 2004):

1. Psikiyatrik hastalıkların biyopsikososyal yapısı konusunda danışan ve ailesinin bilgilendirilmesi, hastalığın semptomlarıyla daha iyi başa çıkabilmelerini sağlamaktadır.
2. Uzun süreli hasta yatışlarının maliyeti yüksektir. Psiko eğitim ile semptomlar azalır ve kısa süreli yatış ile desteklenen tedavi programları danışan için yeterli olmaktadır.
3. Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyum sorununun azaltılmasında psiko eğitimin anlamlı derecede yararlı olduğu tespit edilmiştir.

Psiko eğitimin Amaçları

Psiko eğitim, uygulandığı süreç ve sonrasında pek çok farklı amaca hizmet etmektedir. Bu amaçları şöyle sıralayabiliriz:

- Danışana ve yakınlarına hastalığın belirtileri, belirtilerin seyri, sonuçları ve prognozu hakkında bilgi sağlamak,
- Hastalık ile ilgili farkındalığı arttırmak ve yanlışları gidermek,
- Ne yapılması ve ne yapılmaması gerektiği konusunda yardımcı olmak,
- Tedavi seçenekleri, kullanılan ilaçların yan etkisi ve diğer somatik tedaviler konusunda bilgi vermek,
- Danışanın, hastalığın nüksünü erken fark etmesini sağlayacak ipuçlarına karşı duyarlı olmasına yardımcı olmak ve relapsı önlemek,
- Danışanın ve ailenin stresini azaltmak, başa çıkma becerilerini geliştirmek,
- Danışanın ve ailesinin tedaviye olan uyumunu arttırmak,
- Danışana duygusal ve psikososyal destek sağlamak,
- Danışanlığın belirtilerinin azalmasına ve danışanın bilişsel, duygusal, davranışsal değişimlerine katkı sağlamak (Bhattacharjee ve diğerleri, 2011; Alataş ve diğerleri, 2007).

Bölüm Özeti

Psikoeğitim, terapistin danışanın kendi yaşantısına ait kesitlere, akademik bir bakış açısıyla yaklaşarak getirdiği açıklamalar ve düzenlemeler olarak özetlenebilir. Terapist, psikoterapi sürecinde birçok kez danışana hem psikopatolojisiyle ilgili hem de genel olarak kişi özellikleri, insan ilişkileri, terapi planlamaları, danışanın merak ettiği konular veya günlük hayata sağlıklı bir bakış açısı getirebilecek farklı konularda psikoeğitim verir. Psikoeğitim sadece danışana yeni bilgiler sağlamak için değil aynı zaman danışanın psikopatolojisine bağlı olarak genel yaşam olayları ile ilgili geliştirdiği hatalı çıkarsama ve genellemeleri, sağlıklı bir şekilde yeniden düzenlenmesine de yardımcı olur. Danışan yakınlarının psikoeğitim alması, hastalığın seyrine olumlu katkı sağlamaktadır.

On Birinci Bölüm

Konsültasyon

Mehmet Murat ÇAKAR*

Tartışma soruları

1. Konsültasyon nedir?
2. Konsültasyon hangi alanlarda kullanılabilir?
3. Konsültasyon hangi şartlar altında faydalı olabilir?

Ruh sağlığı alanında yürütülen hizmetlerin tam anlamıyla hedefine ulaşabilmesi için, bazen ruh sağlığı hizmeti veren uzmanların, danışanın çevresinde bulunan kişiler ve diğer alanlarla işbirliğine dayalı bir ilişki içinde olması gerekebilir. Bu bağlamda tedavi amaçlı hizmetlerin etkili bir şekilde yürütülmesinde kullanılabilen önemli bir adım da konsültasyondur.

* Marmara Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi.
E-posta: mcakar@marmara.edu.tr

En temel tanımıyla konsültasyon, genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile psişik ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel danışanlıklara eşlik eden psikososyal sorunların tanısı, tedavisi, izlenmesi ile uğraşan psikiyatri disiplindir.

Psikososyal etkenlerin dahili ve cerrahi hastalıklardaki önemi gittikçe daha çok anlaşılmaktadır. Bu gelişmeler ruh ve beden ikilisini bütünlüştirmekte, genel tıp ve ruh sağlığı hizmetleri arasında köprüler kurulmasına neden olmaktadır. Konsültasyon da bu çerçevede bir uzmanın hastasının durumuyla ilgili olabileceğini düşündüğü konuları farklı disiplinde çalışan başka bir uzmana danışması yani fikir alışverişi yapmasıdır. Birçok doktorun hastalığa tanı koymak veya tedavi etmek amacıyla görüş alışverişinde bulunması olarak da açıklanabilir (Köroğlu ve diğ. 2011).

Ruh sağlığı hizmetlerinin genel hastanelere yerleşmesi ve tıbbi danışanlara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına dönük düşünceler XX. yüzyıl başlarında klinik anlamda gündeme gelmiştir. Tıbbi servislere konsültasyon sağlanmasına da bu yüzyılın başında başlanmıştır. Psikobiyolojik kuramlar ve bu yaklaşımı benimseyen klinisyenler Meyer, White, Henry, Dunbar, Diblings, Lipowski alanda öncülük yapmışlardır. Tıpta biyo, psiko, sosyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar 1930'larda başlamıştır. Heldt, 1927'de yaptığı bir çalışma sonucunda, tüm hastaneye kabul edilen danışanların %30'unun, 1932'de Moersh ise benzer bir çalışmada danışanların %40'ının ruhsal bozukluğu olduğunu söylemiştir. Bu iki çalışma, ruh sağlığı hizmetlerinde konsültasyona ihtiyaç olduğunun belirleyicisi olmuştur (Köroğlu ve diğ. 2011).

Özellikle eğitimde psikolojik hizmetler alanında hastanın bir takım hizmetlerden yararlanabilmesi için resmi yollardan heyet raporlarına ihtiyaç vardır. Bu nedenle bu süreçte çalışan uzmanların konsültasyonu ve konsültasyon yollarını iyi bilmesi gerekir. Ayrıca ruh sağlığı konsültasyon hizmetlerinde danışana ait bilgilerin gizliliğinin korunması tıpkı terapi de olduğu gibi zorunludur ve bu durum konsültasyon yapan kişilerin mesleki etik ve yasal sorumluluğundadır.

Konsültasyon Modelleri

Konsültasyon modelleri, konsültasyon yapacak kişilerin kullandıkları yöntemlerdir ve konsültasyonlar bireysel ya da grup olarak yapılabilir.

Davranışçı Konsültasyon Modeli

Davranışçı konsültasyon modelinde, hastanın/danışanın problemi belirli bir davranış, düşünce ya da duygu gibi algılanarak konsültasyona katılanlar tarafından analiz edilir. Problemin belirleyicileri, o andaki durum ve sonuçlar tek tek incelenerek, danışanda değişmeyi sağlamak için stratejiler saptanır. Danışanın içinde bulunduğu çevresel koşullarda yeni düzenlemeler yapılarak, davranış değişikliği elde edilmeye çalışılır. Bu modelde danışan merkeze alınmakla birlikte pasif bir konuma sokulmakta, dışarıdan yapılan müdahalelerle değişiklik sağlanması amaçlanmaktadır. Danışanda davranış değişiklikleri gözlenmesi ile konsültasyon çalışmasının hedefine ulaşılmış olduğu kabul edilir. Eğitimde psikolojik hizmetler sürecinde ve bazı klinik ortamlarda çalışılan gruplara ve problem alanlarına göre bu konsültasyon modeli sıklıkla uygulanmaktadır.

Ruh Sağlığı Konsültasyon Modeli

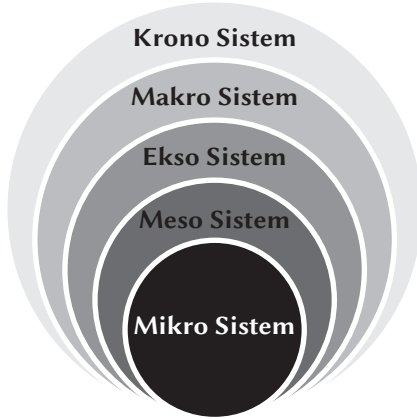
Beden ve ruh sağlığı ile ilgili problemlerde tedavinin planlanması amacıyla uzmanların bir araya gelerek bilgi alışverişi yapmasını gerektiren durumlar olabilir. Hatta kimi zaman ruh sağlığı tedavisinde hastanın ailesinden ya da çevresinden (öğretmen, arkadaş vb.) kişiler ile konsültasyon yapılması da gerekebilir. Bu modelde uzman, danışanın probleminin çözülmesine yardımcı olmak için bir başka uzmandan destek alır. Belli problem alanlarında (okula, işyerine ya da evliliğe adaptasyon gibi) genellikle bir danışana yardımcı olunabilmesi için konsültasyona katılan kişiler ile iş birliği ve bilgi alışverişi yapılır.

Ekolojik Görüş

Ekolojik görüş, insan gelişimine sosyo-kültürel bir bakış açısı sunar. Şöyle ki merkezde bireyin bulunduğu, bireyi çevreleyen iç içe geçmiş

beş sosyokültürel katman birbirleriyle etkileşim halinde bireyin gelişimini biçimlendirmektedirler. Bu katmanlar gelişimi belirler.

Ekolojik görüş davranışçı görüşten farklı olarak, bireye dış uyarıcılara açık, pasif bir varlık olarak yaklaşmaz. Birey özünde barındırdığı cinsiyeti, sağlık durumu, yaşı, ilgileri, yetenekleri gibi nitelikleriyle katmanların her birinden ve katmanların birbirleriyle etkileşimlerinden oluşan yaşantıları seçip almakta aktif bir rol oynar. Sosyokültürel yaşantılar ne kadar birbirine benzer olursa olsun, her bir bireyin bu yaşantılardan etkilenme biçimi, birçok değişkenin karmaşık etkileşimi nedeniyle birbirlerinden farklı olur.



Bölüm Özeti

Konsültasyon birçok farklı modelde ve disiplinde uygulanabilen, asıl amacı farklı görüşlerin ışığında daha kapsamlı bir öneri sunabilmek olan ve tedaviye yardımcı bir araçtır. En genel şekilde danışma, fikir alma anlamında kullanılan bir terimdir. Bir vakanın hastalığının belirlenmesi amacıyla farklı dallarda uzmanların bir araya gelerek fikir alışverişi yapması esasına dayanır. Hem ruh sağlığında hem tıbbın diğer alanlarında hem de eğitimde kullanılır. Ruh sağlığı alanında kullanılırken terapötik çerçeve geçerlidir. Konsültasyon yapan kişiler tarafından danışanın gizliliğinin korunması zorunludur.

On İkinci Bölüm

Süpervizyon (Denetim)

Dilara DEMİRPENÇE*

Tartışma soruları

1. Psikoterapide süpervizyon neden önemlidir?
2. Süpervizörün psikoterapideki rolü nedir?
3. Ülkemizde psikoterapist olmak için süpervizyon alınması gerekli midir?

Süpervizyon kelimesi Latince ‘gözetleme’ anlamına gelen “supervisus” kelimesinden türemiştir. Oxford sözlüğünde; “Başka bir kişinin yaptığı işi yönlendirme ve gözlemleme, bir şeyin üzerinden bakma” şeklinde tanımlanmaktadır, Türkçe karşılığı ise ‘denetim’, ‘gözetleme’ olarak geçmektedir. Inskipp ve Proctor (1988) süpervizyonu, psikoterapistin işiyle ilgili sunduğu rapora ya da kayıta ilişkin aldığı geri bildirim, rehberlik, vaka üzerinde derinlemesine düşünme olarak tanımlar. Süpervizör ile psikoterapistin arasındaki bu ilişkinin amacı, psikoterapistin danışanına en iyi hizmeti sunabilmesi için gerekli olan kazanımı, güveni, şefkati ve etik yeterliliği sağlamaktır.

Süpervizyonun ruh sağlığı alanındaki konumuna derinlemesine baktığımızda XX. yüzyıl başlarına dönmemiz gerekir. Freud, 1900’lu yıllarda kendi evinde vakaların danışıldığı ve psikanalitik

* Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanı. E-posta: dilarademirpence@gmail.com

teorilerin tartışıldığı daha sonradan “The Wednesday Psychological Society” olarak adlandırılan ‘Çarşamba Toplantılarını’ başlatır. Freud’un toplantı içeriğiyle ilgili bir özet yapmasıyla sona eren bu toplantılar, psikoterapide akran süpervizyonu ve klinik süpervizyonun kökenlerini oluşturmaktadır. Psikoterapist danışanıya ilgili süpervizörüne sunacağı bilgileri, ses kaydı, video kaydı ya da seans sırasında ve/veya seans sonrasında tuttuğu notlar aracılığıyla getirir. Hem bireysel hem de grup olarak yapılabilen süpervizyon çalışması, danışan ile yapılan psikoterapinin içeriğine ve çerçevesine göre değişir. Örneğin psikanalitik psikoterapi süpervizyonunda sadece danışanda gözlemlenen şeyler değil, danışan ve psikoterapistin bilinçdışı da önem taşır. Psikanalitik psikoterapi süpervizyonunda psikoterapist kendi bilinçdışı ve danışanın bilinçdışının danışan ile olan işbirliğindeki yansımalarını keşfedebilir. Oysa bilişsel davranışçı psikoterapi süpervizyonunda bilinçdışı olan konular değil, sadece danışan ile terapist işbirliğinde gözlemlenen sıcaklık, empati, uyum önem taşır. Yani yapılan psikoterapinin içeriği ve amaçları süpervizör ile psikoterapist arasında da benzer şekilde kurgulanır. Bir örnek ile anlatılırsa şayet: Bilişsel davranışçı terapi seansında danışan ile psikoterapist arasında gündem belirlenir, danışanın ruh durumu kontrol edilir, bir önceki seansın üzerinden geçilir. Aynı şekilde süpervizyon esnasında psikoterapist ile süpervizör arasında da bir gündem belirlenir, bir önceki seansın üzerinden geçilir.

Psikoterapide Süpervizyonun Amaçları

Süpervizyon, mesleğinin başındaki klinik psikologların, psikoterapist adaylarının aldıkları kuramsal bilginin pratiğe dönüşümünde karşılaşılan engellerle kolay bir şekilde başa çıkmasını, psikoterapinin en etkin halde yapılmasını sağlamaktadır. Her ne kadar psikoterapi kurları arasında fark olsa da en önemli ortak özellikleri psikoterapi eğitimlerinde süpervizyonun bir gereklilik olarak bulunmasıdır.

Süpervizyonun amaçları şu şekilde özetlenebilir:

- Danışan ve psikoterapist arasındaki psikoterapötik iş birliğinin etkin bir şekilde olmasını,
- Psikoterapistin kendi duyarlılıklarının farkında olmasını,
- Yapılan psikoterapiye göre vaka formülasyonunun en etkin şekilde yapılmasını,
- Psikoterapi pratiğinin teorik bilgilerle zenginleşmesini,
- Psikoterapi pratiğinde danışan ve psikoterapistten kaynaklanan direnç problemlerinin gözden geçirilip, çözüme kavuşturulması (psikanalitik psikoterapide ya da psikanalizde karşı aktarımın anlaşılması),
- Etik kuralların psikoterapi pratiğinde süpervizör eşliğinde tekrar gözden geçirilmesinin sağlanması.

Psikoterapide Süpervizyon (Denetim) Etkinliği

Süpervizyon, hem süpervizyon alan psikoterapist üzerinde hem de psikoterapistin süpervizöre danıştığı danışan üzerinde etki yaratır. Literatürde süpervizyonun, danışan/hasta üzerindeki etkinliğini gösteren az sayıda da olsa çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin 127 depresyon hastası, 127 psikoterapistten oluşan bir çalışmada psikoterapistler, süpervizyon alan ve almayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Depresyon hastalarına 8 hafta boyunca standardize edilmiş psikoterapi uygulanmıştır. Süpervizyon alan psikoterapistlerin hastalarının 8 hafta sonunda depresyon skorlarının daha düşük olduğu, bu danışanların tedaviye devam oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öte yandan süpervizyonun psikoterapist üzerindeki etkinliğine bakıldığında yapılan bir derleme çalışmasında süpervizyon alan psikoterapistlerin psikoterapi becerilerinin, özyeterliliklerinin, kendileriyle ilgili farkındalıklarının, psikoterapi içerisinde etik karar verme yetilerinin arttığı görülmüştür.

Uzun süreli psikodinamik psikoterapide süpervizyon

Gabbard (2011), *Uzun-Süreli Psikodinamik Psikoterapi* kitabında süpervizyon kısmında örnek bir vaka üzerinden süpervizyonun ve süpervizörün psikoterapist ile arasındaki ilişkinin önemini vurgular. Bu vakada, psikoterapist danışanı ile çalışırken sık sık kendisini başarısız ve çaresiz hissetmektedir. Süpervizör psikoterapiste çeşitli önerilerde bulunur. Bu öneriler eşliğinde psikoterapist danışanına çeşitli yorumlarda bulunup bazı öneriler getirir. Danışan, psikoterapistin yaptığı yorumları görmezden gelir, bunun yanı sıra bu yorumlar danışan ile psikoterapist arasındaki kısır döngüyü çözmediği gibi hastanın gündelik hayatında da bir değişiklik, iyilik hali yaratmamıştır. Psikoterapist ve danışan arasındaki bu kısır döngüye süpervizör de katılmıştır ve o da kendini ilerlemiyor hissetmektedir. Psikoterapist ile danışan arasındaki bu kısır döngü süpervizörün hissettiklerine derinlemesine bakmasıyla ve aradaki benzerliğe yönelik yorum yapmasıyla çözülmüştür. Süpervizöre göre bu yetersizlik, işe yaramazlık hissi danışanın kendi geçmişinin psikoterapist ve danışan arasında tekrar sahnelenmesinden kaynaklanmaktadır. Psikoterapist danışanına yorum yapmaktan ve öneride bulunmaktan vazgeçip bu süreçte kendi hissettiklerinden bahseder. Danışan, psikoterapiste annesinin de ona sürekli aynı şeyleri söylediğini belirtir. Yani bu noktada hasta, annesini yani psikoterapistini tipik çocukluğundaki gibi hayal kırıklığına uğratmaya devam etmekte, kendi yaşantısını tekrar sahnelemektedir. Şüphesiz bu aktarımın çalışılması bu kısır döngünün yavaş yavaş açılmasına olanak sağlamıştır. Gabbard, bu örneğinde psikoterapist ve danışan arasındaki aktarımın, psikoterapist ve süpervizör arasında devam ettiğini vurgulamak ister. Ancak şüphesiz bu kısır döngünün süpervizör tarafından analiz edilmesi, psikoterapist ve danışan arasındaki kısır döngünün çözülmesine katkıda bulunur.

Psikoterapist ve Süpervizör İlişkisinde Sınırlar

Süpervizör ve psikoterapist arasındaki ilişki, doğası gereği hasta/danışan ve psikoterapist ikilisinin ilişkisine oldukça benzemektedir. Nasıl ki psikoterapide net bir çerçeve varsa, süpervizör ve psikoterapist arasındaki ilişkide de benzer bir çerçeve vardır. Süpervizörün psikoterapistle süpervizyon dışında mesleki bir ilişkisinin bulunması, örneğin psikoterapistin çalıştığı yerde klinik şefi olması gibi durumlar süpervizyon alan kişi için kafa karıştırıcı olabilmektedir.

Süpervizör ile psikoterapist arasındaki ilişkinin yararlı olması için güven teşkil eden, sınırları olan bir ilişki olması gerekmektedir. Süpervizörün psikoterapisti uygun bir şekilde sözel ya da yazılı şekilde değerlendirmesi psikoterapistin süpervizyon esnasında hatalı davranışları utanma ve korku olmaksızın aktarabilmesi, süpervizörün psikoterapistin etnik-kültürel kökenleri ile cinsel yönelimine saygı göstermesi, bu ilişki içerisinde hem süpervizör hem de psikoterapistin rollerini benimsemesi ve bu rollerin dışına çıkmaması, süpervizyon seanslarının tarihi ve saatlerine her iki tarafında uyum sağlayarak saygı göstermeleri, süpervizörün süpervizyon alan kişinin psikoterapisti rolüne geçmemesi, süpervizör ve süpervizyon alan psikoterapist arasında cinsel ve romantik ilişki olmaması süpervizyondaki etik kurallar olarak düşünülebilir.

Bu kurallar dışında süpervizör, süpervizyona gelen psikoterapistte danışanın kendinde oluşturduğu duyguların ve psikoterapistin çocukluğundaki kökenlerinin ayrıntılarına girmeyip; *şimdi* ve *burada* olanla ilgilenmelidir. Süpervizör tarafından seans içinde olan bu karşı aktarım, psikoterapistin çocukluğu olarak yorumlanarak değerlendirilmez. Özet olarak süpervizyon ve psikoterapist arasındaki ilişki, rollerin birbirine karışması açısından oldukça zor olan, sınırların net bir şekilde çizilmesi gereken bir ilişkidir.

Ülkemizde psikoterapi dernekleri ve verdikleri eğitimlerde süpervizyonun yeri

Ülkemizde psikoterapi uygulamalarına ilişkin hukuki kurallar yetersiz olmasına ve ‘psikoterapist’ unvanını almak için belirlenmiş ortak bir tüzük olmamasına rağmen psikoterapi derneklerinin kendi içinde oluşturdukları tüzükler bulunmaktadır. Birçok psikoterapi derneğinden psikoterapist unvanını alabilmek için kuramsal eğitimle birlikte süpervizyon almak zorunludur. Süpervizyon saatleri, dernekten derneğe farklılık gösterir. Aşağıda ülkemizde yaygın olarak kullanılan psikoterapi türlerinde psikoterapist olabilmek için gerekli süpervizyon saatleri bulunmaktadır:

- Uluslararası Psikanaliz Birliği üyesi olan İstanbul Psikanaliz Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Derneğinde *psikanalist* adayının, psikanalist olabilmek için en az 2 olgu üzerinden minimum 2 yıl formatör analistten süpervizyon alması gerekmektedir.
- Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneğinde *bilişsel davranışçı psikoterapist* olabilmek için adayın 225 saatlik değerlendirme ve terapi süpervizyonu alması gerekmektedir.
- Cinsel Eğitim ve Araştırma Derneğinde *cinsel terapist* olmak için psikoterapist adayının en az 96 saatlik olgu takibi yapması ve süpervizyon alması gerekmektedir.
- Gestalt Terapisi Derneğinde *Gestalt terapisti* olmak için psikoterapistin en az 120 saatlik süpervizyon alması gerekmektedir.

Bölüm Özeti

Süpervizyon, hem danışan üzerindeki etkisi hem de psikoterapist üzerindeki etkinliği açısından psikoterapi sürecinde çok önemlidir. Danışanın psikoterapi sürecinde kalmasını, psikoterapistten fayda sağlamasını artırırken psikoterapist açısından ise danışanın anlaşılmasını, etik kuralların ve kuramsal bilgilerin pratik alana daha etkin bir şekilde aktarılmasına katkıda bulunur.

Son Söz

Alansal Tartışma

Özgür ÖZER*

Terapi sürecinin mekan, zaman, eylem içinde iki kişinin bir araya gelerek oluşturduğu tüm kurallarıyla işleyen, etkileşen ve yaşanan bir ilişki süreci olduğunu biliyoruz. Burada danışanla yapılan işin adını görüşme, psikolojik danışma ve terapi gibi adlarla tanımlandığını daha önce tartışmıştık. Yazarlar olarak biz kitapta ortak bir algı oluşturmak için adını terapi olarak tanımladık.

Teröpatik ilişkide iki kişi bir araya gelmiştir. Terapist ilk başta danışanı hakkında çok fazla bilgi sahibi değildir (eğer bir yönlendirme durumu mevcut ve yönlendiren, yönlendirdiği kişi hakkında bilgi ve paylaşımda bulunmamışsa). Danışan da, terapistine ilişkin kulaktan dolma ya da internetten araştırılmış bilgiler ile biraz da önceden oluşturduğu beklenti ve inanç düzeneğiyle terapiye gelmektedir. Danışan acı çektiği, farkında olduğu yada olmadığı ama bir şekilde yaşamında memnuniyetsizlik duyduğu yaşantı, konu, olay ve durumlarla yani sorunsalıyla gelir. Dolayısıyla danışan için yaptığı şey bir yardım alma süreci ve sorunundan kurtulma arzu-

* Psikolojik Danışman. E-posta: ozerozgur78@gmail.com

sudur. O ortamda, o kişiyle yaptığı görüşmenin, psikolojik danışma veya klinik görüşme süreci olduğu onu çok ilgilendirmemektedir. Bu sürecin baş aktörü ve şekillendiricisi, görüşmeyi yapan, yapılandıran, yönlendiren kişidir, yani bize göre terapisttir (psikoterapist, klinik psikolog, psikolog yada psikolojik danışman).

Uzman ve uzmanlıklar arasibir ayrım olduğunu düşünmeli miyiz?, Böyle bir ayrım teoride ve pratikte neye tekabül etmektedir?, Kuramsal olarak böyle bir ayrım nasıl şekillenmektedir?, Pratiktealandaki uzman ve profesyoneller böyle bir ayrımı yapmakta mıdır-lar?, Meslekten mesleğe farklılaşmakta mıdır? Terapi süreci terapistten terapistte, kullanılan yöntem ve modele göre, seçilen terapi yöntemine göre veya nerede yapıldığına göre şekillenmekte midir? Gelin bu sorulara, bu bölümde cevap arayalım.

Öncelikle kabul görmüş anlayışları incelemek gerek. Bunun için iki yol izlenebilir: Birincisi ruh sağlığı hizmeti veren kişiler açısından konuyu ele alıp, bu kişilere göre konu genişletilebilir, ikinci olarak da danışan açısından böyle bir sınıflandırmanın olup olamayacağı tartışılabilir.

Tedavinin hangi uzmanın sorumluluğunda olduğu konusu, ruh sağlığıyla ilgili kurumlarda en temel tartışmalardan biridir. Ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde birçok meslek grubu (örneğin aile hekimleri, sosyal hizmet uzmanları vb.) rol alabilmekle birlikte ruh sağlığı alanında görece daha özgül işlev gören meslekler arasında psikiyatri hekimi, klinik psikolog, psikiyatri hemşiresi ve rehber öğretmen/psikolojik danışman sayılabilir. Yapılan ayrımın bir klinik görüşme mi yoksa psikolojik danışma mı olduğunu belirlemek için öncelikle klinik psikoloji, psikiyatri ve klinik psikolojik danışma merkezlerinde çalışanların görev tanımlarını, işleyişlerini ve sorumluluklarını ortaya koyarak ruh sağlığı hizmeti veren kişilerin tekrar bir gözden geçirilmesi gerekir.

Ülkemizde psikiyatri hekimleri '*Psikiyatrist*', '*Psikiyatri Uzmanı*' ve '*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı*' olarak da adlandırılan uzman hekimlerdir. Psikiyatri hekimleri çalışma alanı olarak '*erişkin psikiyatri uzmanı*' ve '*çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı*' olmak

üzere iki ayrı alanda mesleki etkinlik göstermektedir. Psikiyatri hekimi olabilmek için öncelikle bir tıp fakültesinden mezun olmak ve sonrasında psikiyatri alanında uzmanlık eğitimine hak kazanmak için tıpta uzmanlık sınavını (TUS) başarıyla geçerek psikiyatri alanını seçmek ve 4-5 yıl sürecek uzmanlık eğitimi tamamlamak gerekmektedir. Psikiyatri hekimi, uzmanlık eğitiminde aldığı eğitimle ruhsal danışanlıkların tanısı ve tedavisi konusunda bilgi ve yetki sahibi olan kişidir veyahut, özel muayene veya terapi merkezlerinde klinik çalışmalarını sürdürür.

Edebiyat, Fen-Edebiyat, İnsani Bilimler fakültelerinin psikoloji bölümlerinden (İstisna; Ankara Üniversitesi'nde bu bölümün eğitimi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi'nde verilmektedir.) mezun olanlar ise '*psikolog*' unvanı almaktadır. Ancak Fen-Edebiyat Fakültelerinde öğrencilere klinik sorunları olan kişilerin tanı ve tedavisi ile ilgili tam kapsamlı bir klinik eğitim verilmemektedir. Her ne kadar ülkemizde 4 yıllık lisans eğitiminden sonra psikolog unvanı alanlar rehberlik araştırma merkezi, aile danışma merkezi ya da hastanelere psikolog olarak atanabiliyor olsalar da psikolojik sorunlara müdahale edebilme bilgi ve becerisine sahip olabildiklerini söylemek güçtür. Bu bilgi ve beceriye sahip olabilmek, ancak özel eğitimlerle donanarak mümkün hale gelir. Ruhsal sağlık alanında sistemli eğitim, üniversitelerin Sağlık Bilimleri ve Sosyal Bilimler Enstitülerinde Klinik Psikoloji Lisansüstü Eğitim Programlarında verilmektedir. Başka bir deyişle henüz yasalaşmamış ve bir meslek kanunu oluşturulamamış olsa da, psikolojik yardımda bulunabilme yetkisine sahip olabilmek için psikologların klinik psikoloji alanında yüksek lisans eğitimini tamamlaması ve '*klinik psikolog*' unvanı alması gerekmektedir.

Psikolojinin 'klinik psikoloji' dışında birçok alt alanı ('sosyal psikoloji', 'endüstri ve örgüt psikolojisi', 'gelişim psikolojisi', 'okul psikolojisi', 'trafik psikolojisi', 'spor psikolojisi' vb.) bulunmaktadır. Psikologlar sağlık alanı dışındaki bu alanlarda, lisans eğitimleri sonrası klinisyen olmak için almak zorunda oldukları eğitimleri almaksızın çalışabilmektedirler.

Eğitim fakültelerinin psikolojik danışma ve rehberlik (PDR) bölümünden mezun olanların hangi unvanı kullanacağı konusunda genel görüş birliği bulunmamaktadır. Üniversite mezunlarının hangi unvanları kullanabileceği resmi olarak Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tarafından belirlenmektedir. YÖK tarafından eğitim fakültelerinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümünden mezun olanlara ‘rehber öğretmen’ unvanı verilmiştir. Günlük uygulamalarda eğitim fakültelerinin psikolojik danışman ve rehberlik bölümlerinden mezun olanların ‘psikolojik danışman’ unvanını kullandıkları görülmekle birlikte bu unvan resmiyet kazanmamış bir unvandır. Psikolojik danışma ve rehberlik bölümünden mezun olanlar ülkemizde çeşitli kurumlarda “rehber öğretmen” kadrolarında çalışabilmektedirler. “Rehber öğretmen” unvanında “öğretmen” ifadesi bulunmakla birlikte PDR mezunları öğretmenlik yapmamaktadırlar. Rehberlik ve araştırma merkezlerinde ve okullarda ‘rehber öğretmen’ kadrosuna atanan PDR mezunları öncelikle ve özellikle başarısız, uyum güçlüğü gösteren öğrenciler olmak üzere tüm öğrencilere (ve ailelerine) psikolojik danışma, terapi ve rehberlik hizmeti vermektedirler. PDR mezunları (klinik psikoloji alanında yüksek lisans yapmadıkça) hastanelerde sağlıkla ilgili her hangi bir kadroya atanmamaktadır.

Günümüzde ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan mesleklerin genel kabul görmüş bir görev tanımı bulunmamaktadır. Bu nedenle günlük uygulamalarda sık sık görev alanları ve sınırları ile ilgili tartışmalar ortaya çıkmakta, çeşitli karmaşalar ve çatışmalar yaşanmaktadır. Meslek yasaının ve meslek tanımlarının yasal zeminleri netleşmediği için işletme, felsefe, sosyoloji gibi alan dışı mezunların da psikoloji yüksek lisansı yaparak, danışma-terapi merkezleri açmakta, terapi yapmakta oldukları görülmektedir. Yanı sıra yaşam koçu, ilişki koçu, çocuk gelişim koçu gibi mesleki isimlerde sıklıkla, danışmanlık ya da terapi yapan insanlara rastlanmakta ya da benzer şekilde hemşirelik fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü veya sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünü bitirenlerin, psikiyatri hemşirelerinin belli bir formasyonla alanda çalıştığı bilinmektedir.

Bu tanımlamaların ardından sorulması gereken sorular ise şu şekilde olmalıdır;

- Terapi nedir?
- Terapist kimdir? Ruh sağlığı uzmanı, terapist... olmak ne demektir ve neleri kapsamaktadır?
- Etik kurallar kişiye mi yoksa yapılan işe göre mi düzenlenmelidir? Yani psikolog verdiği hizmetle ilgili etik sorumluluğa sahipken, benzer hizmeti üstlenen yaşam koçu ya da diğerlerinin sorumluluğu aynı mıdır?
- Ruh sağlığı hizmeti verenlerden hangileri klinik görüşme yapmaktadır, aralarında ne farklılık vardır?
- Eğer danışma klinik ortamda, hastanede veya klinik psikolojik danışma merkezinde gerçekleşiyorsa yapılan görüşmeyi klinik görüşme olarak mı tanımlamalıyız?
- Hastanede ya da klinik ortamda çalışan kişi görüşmeyi başlatırken, sürdürürken, yapılandırırken okuldaki rehber öğretmenlerden farklı teknik ve yöntemlere, araçlara mı başvurmuştur?
- Mekan farklılığından dolayı yapılan hizmetin adını, klinik görüşme ya da danışma olarak mı sınıflandırmamız gerekiyor?
- Görüşmenin okulda veya belli bir mekana, zamana sabitlenmediği ortamda yapılması verilen hizmetin adının değişmesini sağlar mı?

Tüm bu soruların cevapları, söz konusu disiplinleri bir araya getirerek ortak bir dil ve yasa oluşturulduğunda netlik kazanabilecektir.

Kaynaklar

Birinci Bölüm

Psikolojide Etik İlkeler - Sevcan ŞAHİN CEYLAN

- Etik*. 28 Mayıs 2018 tarihinde http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=118065 adresinden erişildi.
- Corey, G.** (2015), *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları*, Mentis Yayıncılık, İstanbul.
- Egan, G.** (2011). *Psikolojik danışma becerileri*. Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Hackney, H., Cormier, S.** (2008). *Psikolojik danışma ilke ve teknikleri*. Mentis Yayıncılık, İstanbul.
- Taşdan, M., Yalçın, İ.** (2007). *Psikolojik danışma ve rehberlik'te etik*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 99-107.
- Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği*. (2004), 2 Haziran 2018 tarihinde <https://www.psikolog.org.tr/turkey-code-tr.pdf> adresinden erişildi.

İkinci Bölüm

Terapistin Özellikleri - Mine ÇELİK NANECİK

- Altshuler, Z. Kenneth. M.D.** *Common mistakes made by begining psychotherapists*, 20 Mayıs 2016 tarihinde <http://link.springer.com> adresinden erişildi.
- Audet, T. Cristelle & Everall, D. Robert.** (August 2010) *Therapist Self-Disclosure and the Therapeutic Relationship: A phenomenological study from the client perspective*. British Journal of Counseling Vol.38, No.3, 327-342.
- Budak, S.** (2005) *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.
- Corey, G.** (2008) *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. (Dr. Tunçay Ergene Çev.), Ankara, Mentis Yayıncılık.
- Delaney, J. Daniel & Eisenberg Sheldon.** (1998) *Psikolojik Danışma Süreci* (Ören, Nihal ve Takkaç, Mehmet, Çev.) İstanbul, Milli Eğitim Basımevi.
- Gladding, T.Samuel.** (2013) *Psikolojik Danışma*. Nobel Yayıncılık.
- Hackney, H., Cormier, S.** (2008). *Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri: Psikolojik Yardım Süreci El Kitabı* (T. Ergene, S. Aydemir Sevim, Çev.) Ankara, Mentis Yayıncılık.
- Hayes, A. Jeffrey & Myers, David.** (2006) *Effects of Therapist General Self-Disclosure and Countertransference Disclosure on ratings of the therapist and session psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol.43, No.2 173-185
- Howes, Ryan. PhD, ABBP.** *Seven Mistakes Therapists Make*. 20 Mayıs 2016 tarihinde <http://www.psychologytoday.com> adresinden erişildi.

- Jones-Nelson Richard.** (2013) *Temel Psikolojik Danışma Becerileri*. Nobel Yayıncılık. s.4
- Krauss, Susan Whitboume PhD.** 13 *Qualities to ook for in an Effective Psychotherapist* 20 Mayıs 2016 tarihinde <http://psychologytoday.com> adresinden erişildi.
- Kuzgun, Y.** (1991) *Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. Gaye Filmcilik, Matbaacılık.
- Patterson, C.H.** *The Therapeutic Relationship*, Monterey, CA: Brooks/Cole, ss 80-84 *Qualities of an Effective Clinical Psychologist*. 20 Mayıs 2016 tarihinde <http://www.masterofclinicalpsychology.com> adresinden erişildi.
- Smith, Jacquelyn Julie,** "Therapist Self-Disclosure with Adolescents: A Consensual Qualitative Research Study" (2010). Dissertations (2009) s. 86, 20 Mayıs 2016 tarihinde http://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/86 adresinden erişildi.
- Stacie, Ann.** *Master of Science 2008. Chipping away at the blank screen: Therapist Self-Disclosure and the real relationship 10 Therapy Personal Traits*. 20 Mayıs 2016 tarihinde <http://allpsychologyschools.com> adresinde erişildi.
- Woods, R.** *Do you have what it takes to be a psychologist?* 13 Ocak 2014 tarihinde <http://www.allpsychologyschools.com/psychology-careers/article/ten-therapist-personality-traits> adresinden erişildi.
- Yalom, I.** (2002) *Bağışlanan Terapi*. İstanbul, Kabalcı Yayınevi.

Üçüncü Bölüm

Dekorasyonun Terapi üzerindeki Etkisi - Mehmet Murat ÇAKAR

- Köroğlu, E., Güleç C.,** (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2. basım), Ankara, HYB Yayınları.
- Öztürk, M. Orhan,** (1988). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, Nurol Matbaacılık.
- Gürkan, B.** Psikolog Odası Nasıl Olmalı?, 24, 06, 2018 tarihinde <http://psikologolmak.com/psikolog-odasi-nasil-olmalı/> adresinden erişildi.

Dördüncü Bölüm

Danışan İle İlk Görüşme Seansı - Tennur KATGI • Ayşe KAYNAK

- Cansever, G.** (1982). *Klinik Psikolojide Değerlendirme Yöntemleri*. Boğaziçi Yayınları. İstanbul.
- Gallucci, G., Swartz, W. & Florence, H.** (2005). *Impact of the Wait for an Initial Appointment on the Rate of Kept Appointments at a Mental Health Center*. *Psychiatric Services*, 56(3).
- Palmer, S. & McMahon, G. (Eds.)**. (2001). *Professional Skills for Counsellors: Client Assessment*. SAGE Publications. London.

- Patterson, J., Williams, L., Edwards T. M., Chamow L. & Grauf-Grounds, C.** (2009). *Essential Skills in Family Therapy, from the First Interview to Termination*. New York, NY: The Guildford Press.
- MacCluskie, K. & Ingersoll, R.** (2001). *Becoming a 21st Century Agency Counselor*. Belmont, CA: Wadsworth Thomson learning.
- Nelson-Jones, R.** (2002). *Essential Counselling and Therapy Skills: The Skilled Client Model*. London: SAGE Publications.
- Segal, Daniel L., Hersen, Michel (Eds.)**. (2010). *Diagnostic Interviewing*. New York, NY: Springer.
- Seligman, L.** (1986). *Diagnosis and Treatment Planning in Counseling*. New York, NY: Human Sciences Press, Inc.
- Sullivan, H. S.** (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: W.W. Norton.
- Vriend, J. & Kottler, J.** (2012). *Initial Interview Checklist Increases Counsellor Effectiveness*. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. 14(3).

Beşinci Bölüm

Terapötik İletişim Teknikleri - Esra ORAS

- Alisinanoğlu, F. & Köksal, A.** (2000). Gençlerin ben durumları (ego state) ve empatik becerilerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, c. 18, 11-16.
- Berman, P. S. & Shoptand, S. N.** (2004). *Interview ingand diagnostic exercises for clinical and counseling skills building*. Psychology Press.
- Egan, G.** (2011). *Psikolojik danışma becerileri yöntemleri*. (Ö. Yüksel.Çev.). Kaknüs Yayınları.
- Hays, J. S. & Larson, K. H.** (1963). *Interacting with patients*, New York, Macmillan.
- Plutchik, R.** (2000). Emotions in thepractice of psychotherapy: Clinical implications of affect theories. *American Psychological Association*, 13, 149-168.
- Snyder, M. & Lindquist, R. (Eds.)**. (2009). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. Springer Publishing Company.
- Wachtel, P. L.** (1993). *Therapeutic communication: Principles and Effective Practi-ce*. Guilford Press.

Altıncı Bölüm

Klinik Görüşmede Çerçeve - Mert AYTAÇ • Seval YARIŞ

- Benjamin, A.** (1987). *The Helping Interview with Case Illustrations*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Cepeda, C.** (2010). *Clinical Manual for the Psychiatric Interview of Children and Adolescents*. Arlington, American Psychiatric Publishing.

- Charbert, C. ve Verdon, B.** (2015). Klinik görüşme nedir? T. İkiz (Ed.) *Psikanalitik Yönelimli Klinik Görüşmeler*. Ankara: Bağlam Yayınları.
- Craig, R. J.** (2005). *Clinical and Diagnostic Interviewing* (2nd ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Gladding, S. T.** (2013). *Psikolojik Danışma: Kapsamlı Bir Meslek* (N. Voltan-Acar, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Yayınları.
- Kayaalp, L.** (2008). *Çocuk psikanalizi ve psikanalitik çocuk terapisi: Nasıl bir çerçeve? T. Parman içinde , Psikanaliz Yazıları Baharlık Kitap Dizisi 7* (ss.13-20). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Meier, S. ve Davis, S.** (2010). *The Elements of Counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Myrick, R.** (2003). *Developmental Guidance and Counseling: A Practical Approach*. Minneapolis, MN: Educational Media.
- Parman, T.** (2009). *Psikanalitik Çerçeve. T. Parman içinde, Psikanalizi Yazmak* (ss. 65-73) İstanbul: Bağlam Yayıncılık
- Quinodoz, D.** (2007). *Psikanalitik Çerçevenin Kapsama İşlevi. İçinde Psikanalitik Bakışlar 2: Analitik Çerçeve*. (Cemil Altunbaş, Çev.) İstanbul: PPPD Yayınları. <http://www.psikeistanbul.org/pg/psikanalist-adayla> adresinden 23 Temmuz 2018 tarihinde erişim sağlanmıştır.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R.** (2013). *Clinical Interviewing*. Hoboken, NJ: Wiley
- Zur, O.** (2007). *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zur, O.** (2015). Fees in Psychotherapy and Counseling. 22.05.2018 tarihinde <https://www.zurinstitute.com/feeincounselingintro.html> adresinden erişildi.

Yedinci Bölüm

Mental Durum Değerlendirmesi - Elif EROL

- Dick, J. P., Guiloff, R. J., Stewart, A., Blackstock, J., Bielawska, C., Paul, E. A., Marsden, C. D.,** Mini Mental State Examinations in Neurological Patients, *BMJ Journals*, 2 Haziran 2018 tarihinde <http://jnnp.bmj.com/content/47/5/496.full.pdf+html> adresinden ulaşıldı.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R.** (1975). Mini-mental state: A practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res*, 12,189–198.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R.& Engin, F.** (2002). Standardize Mini Mental Testin Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiatri Dergisi*, 13(4): 273-281.
- University of Texas Health Science Center,** (2003). *Instructions for Wwriting an AMSIT (mental status examination)*. San Antonio: Department of Psychiatry.

- Lucas, S.** (1993). *Where to Start and What to Ask*. Horton W.W. Norton, Chapters 1 & 2. 1-31.
- Molloy, D. W. & Standish, T. I. M.** (1997). A guide to the standardized mini mental state examination. *Int Psychogeriatr*, 9(1). 87-94.
- Morrison, J.** (2008). *The first Interview*. New York: The Guilford Press.
- Öktem, Ö.** (2003). Kognitif İşlevlerin Nöropsikolojik Değerlendirilmesi. (M. E. Güneş, Der.), *Nöroloji Temel Kitabı*. (S.21-23). İstanbul: Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, Ö.** (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Feryal Matbaası.
- Sadock, V. J. & Sadock, B. A.** (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Savaş, S. & Akçiçek, F.** (2010). Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3): 19-30.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R.** (2003). *Clinical Interviewing*. New Jersey: John Wiley&Sons, inc., Hoboken.
- Walker, H. K., Hall, W. D. & Hurst, J. W.** (1990). Mental Status Examination. (D. C. Martin, Der.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (chapter207). Boston: Butterworths.
- Yavuz, B. B.** (2007). Geriatrik Değerlendirme ve Testler. *İç Danışanlıkları Dergisi*, 14, 5-17.

Sekizinci Bölüm

İntihar Riskinin Değerlendirilmesi - Elif EROL

- Bond, T.** (2013). *Psikolojik Danışma Uygulamalarında Etik ve Standartlar*. (Çev: B. Yeşilyaprak). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dexter-Mazza, E. T., & Korslund, K. E.** (2006). Suicide risk assessment. In Hersen, M., & Thomas, J. C. (eds.), *Handbook of Clinical Interviewing with Adults* (pp.95-113). Los Angeles: SAGE Publications.
- Durkheim, E.** (2002). *Suicide: A Study in Sociology*. (İngilizceye çev. Spaulding, J. A. & Simpson, G.). New York: Routledge Classics.
- Jobs, D. A.** (2006). *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. New York: The Guilford Press.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M.** (2000). *Comprehensive Text Book of Suicidology*. New York: The Guildford Press.
- Özgüven, H. D.** (2008). İntihar Davranışının Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 1(3), 2008, s.1-2.
- Özkalp, E.** (2005). *Sosyolojiye Giriş*. Ankara: Ekin Kitapevi.
- Schecter, M. & Lineberry, T. W.** (2011). Self-harming behavior and suicidality: *Suicide risk assesment. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(2), 227-234.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R.** (2003). *Clinical Interviewing*. New Jersey: John Wiley&Sons, Inc.

İntihar İstatistikleri, 12.04.2014 tarihinde www.tuik.gov.tr adresinden adresinden erişim sağlanmıştır.

Dokuzuncu Bölüm

Adli Psikolojide Klinik Çerçeve

Gülhan TATLICI • Batuhan Mustafa KURTOĞLU

American Psychological Association (APA, 2017) Division 41 American Psychology Law Society. <http://www.apa.org/about/division> adresinden 12.12.2017 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Akdaş, A., ve Oral, G., (2006). Akademik Bir Disiplin ve Uygulama Alanı Olarak Adli Psikoloji, *Türk Psikoloji Yazıları*, 9,(17), 71-90.

Brigham, J. C. (1999). What is forensic psychology, anyway? *Law and Human Behavior*, 23(3), s:273-298.

Durak, M., Demir, G., ve Şenol, E., (2002). Türkiye’de Psikoloji Uygulama, Araştırma ve Yayınlarında Etik İlkeler, Tartışma IX; *Türk Psikoloji Dergisi*, 17, (50), 93-102.

Gudjonsson, G. H., Haward, L.R.C. (1999). *Forensic Psychology: A Guide to Practice* (2nd ed.). NY: Routledge Pub.

Ogloff, J. R. P., & Finkelman, D. (1999). Psychology and Law: An overview. In R. Roesch, S.D. Hart & J.R.P. Ogloff (Eds.). *Psychology and law: The state of the discipline* (pp.1- 18). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers).

Otto, R.K. & Heilburn, K.(2002). The practice of forensic psychology: a look toward the future in light of the past. *American Psychologist*, 57(1), s:5-18.

Sarı, E., (2017). Psikoloji, *Nokta E-Book Publishing*.

Üge, B. (2001). “Adli Tıp Kurumunda ve ÇocukMahkemelerinde Psikolojik Hizmetler”. *Türk Psikoloji Bülteni*, 23, s:169- 171.

Wrightsmann (2001). *Forensic Psychology*. Australia: Wardsworth

Onuncu Bölüm

Psikoeğitim - Elif EROL • Esra ORAS

Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V., & Karatepe, H.T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(4), 196-205.

Bhattacharjee D., Rai A. K., Singh N. K., Kumar P., Munda S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strength Enpsychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal* (14), 33-39.

Colom F., Vieta E. (2004), *A Perspective on Theuse of Psychoeducation, Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Therapy for Bipolar Patients*, Bipolar

Disord 2004; 6: 480–486. Blackwell Munksgaard.

- Rummel-Kluge C., Klue M., Kissling W.** (2013) *Frequency and Relevance of Psychoeducation in Psychiatric Diagnoses: Results of Two Surveys Five Years Apart in German-Speaking European Countries*, BMC Psychiatry.
- Redman, Barbara Klug** (2004), *Advances in Patient Education*, USA.
- Yurtsever Ü. E., Kutlar T., Tarlacı N., Kamberyan K. & Yaman M.**, (2001). Ruh danışanlıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 14(1), 33-40.

On Birinci Bölüm

Konsültasyon - Mehmet Murat ÇAKAR

- Akman, Y.**, (2002). Okullardaki konsültasyon çalışmaları ve ruh sağlığı konsültasyon modeli. *Türk PDR Dergisi*, c. 2, Sa. 18, 7-13.
- Tagay, Ö., Sarı, T.**, (2012). Okullarda konsültasyon hizmetleri ve işbirliğine dayalı konsültasyon modelleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Yıl 12, Sa. 23, 157-172.
- Koroğlu, E., Güleç, C.**, (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2. bs.). Ankara, HYB Yayınları.
- Öztürk, M. Orhan**, (1988). *Ruh Sağlığı ve Bozukluklar*. Ankara, Nurol Matbaacılık.

On İkinci Bölüm

Süpervizyon - Dilara DEMİRPENÇE

- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W.** (2006). Clinical Supervision: Its Influence on Client-Rated Working Alliance and Client Symptom Reduction in the Brief Treatment of Major Depression. *Psychotherapy Research*, 16 (03), 317-331.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsellik, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Tedaviler Eğitimi. 11 Haziran 2018 tarihinde <http://www.cetad.org.tr/menu/42/egitim> adresinden erişildi.
- Gabbard, G. O.**, (2011). *Uzun-Sürekli Psikodinamik Psikoterapi: Temel bir metin*, (H. Atalay, Çev.). Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Gestalt Terapi Derneği. *Gestalt Terapi Eğitimi Hakkında*. 2 Haziran 2018 tarihinde <http://gestalt.org.tr/gestalt-terapi-egitim-hakkinda/> adresinden erişildi.
- Goodyear, R. K., & Bernard, J. M.** (1998). Clinical Supervision: Lessons from the Literature. *Counselor Education and Supervision*, 38(1), 6-22.
- Ladany, N., Lehrman-Waterman, D., Molinaro, M. & Wolgast, B.**, (1999). Psychotherapy Supervisor Ethical Practices: Adherence to Guidelines, the

- Supervisory Working Alliance, and Supervisor Satisfaction. *The Counseling Psychologist*, 27(3), 443-475.
- Padesky, C. A.** (1996). Developing Cognitive Therapist Competency: Teaching and Supervision Models. P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (266-292). New York, NY, US: Guilford Press.
- Scaife, J. & Inskipp, F.**, (2001). *Supervision in the Mental Health Professions: A Practitioner's Guide*. Psychology Press.
- Spence, S. H., Wilson, J., Kavanagh, D., Strong, J. & Worrall, L.** (2001). Clinical Supervision in Four Mental Health Professions: A Review of the Evidence. *Behaviour Change*, 18(3), 135-155.
- Psike İstanbul. *Psikanaliz Eğitimi İçin Gerekli Şartlar*. 2 Haziran 2018 tarihinde <http://www.psikeistanbul.org/pg/nasil-olunur> adresinden erişildi.
- Supervisor. *English Oxford Living Dictionaries*. 2 Haziran 2018 tarihinde <https://en.oxforddictionaries.com/definition/supervisor> adresinden erişildi.
- Watkins, C. E., (Ed.)**. (1997). *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York: Wiley.
- Wheeler, S., & Richards, K.**, (2007). The impact of Clinical Supervision on Counsellors and Therapists, Their Practice and Their Clients. A Systematic Review of the Literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65.

Psikoloji Terimleri Sözlüğü

Açık uçlu soru: Kısa cevaplarla (evet-hayır) cevaplanmayan, olaylar, durumlar ve kişiler arasında bağlantı kurmasını, bu olay, durum ve kişiler arasındaki benzerlik ve farklılıkları biçimlendirmesini, çözümler sunmasını, empati kurmasını sağlar.

Aktarım: Olumlu ya da olumsuz duygu yüklerinin bir insandan başka bir insana kaydırılması, taşınmasıdır.

Altruist: Diğerkâmlık, başkalarının yararını da kendi yararı kadar gözetme.

Alzheimer: Zihinsel faaliyette kötüleşme, ağır hafıza kaybı, kafa karışıklığı, davranış bozuklukları ve kişilik değişiklikleri ile belirginleşen genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkan kronik, ilerlemeli ve geri dönüşsüz organik hastalık.

Anksiyete: Tehlike ya da talihsizlik korkusunun ya da beklentisinin oluşturduğu bunalıtı, tedirginlik, mantıkdışı korku.

Anomi: Bireyin toplumsal başlarının koptuğu bunalım durumudur.

Cezai ehliyet: Bir kişinin yaptığı fiilin anlamı ve sonuçlarını idrak edebilecek durumda olması olarak tanımlanabilir.

Çoklu ilişki: Psikoloğun mesleki rolü gereği danışanı ile profesyonel bir ilişki içindeyken; danışanın hayatında ek bir rolü üstlenmesi ya da danışanın yakın ilişkide olduğu başka bir kişiyle ilişki içerisinde bulunmasıdır.

Danışan: Herhangi bir güçlük ya da sorunun çözümü için ruhbilim uzmanlarından yardım isteyen kişi. Demans: Birden fazla zihinsel faaliyet alanında ortaya çıkan ilerlemeli, bazen kişilik değişimlerine de neden olabilen organik ve zihinsel işlev kaybı.

Demografik bilgi: Danışanın yaşını, cinsiyetini, mesleğini, eğitim durumunu, medeni halini, nerede ve kiminle yaşadığını gösteren bilgi kayıtlarının tümünü ifade eder.

Deşifre: Çözülmüş, açıklanmış.

Didaktik: Öğretim yöntemlerini ele alan bilgi, öğretim bilgisi.

Egoist: Bireyin sadece kendi menfaatini gözetmesi, bencillik durumu.

Empati: Bir insanın kendisini başkasının yerine koyarak duygu ve düşüncelerini doğru anlayabilmesi. Etik: Çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü.

Formatör: Belirli bir alanda özel bir eğitimden geçirilerek yetiştirilen öğretici.

Formülasyon: Danışanın psikolojik yapısını değerlendirmesi ve psikanalitik tanı koyması işlemi.

Hipomani: İnsanın bedensel ve psikolojik olarak normalin üzerinde bir canlılık sergilemesine rağmen, mani kadar şiddetli olmayan ruh hali.

İçe bakış: Bireyin psikoterapide kendi duygusal ve zihinsel süreçlerini incelemesidir.

İçgörü: Bireyin kendinde ya da başkasında duygusal, bilişsel, davranışsal sorunun kaynağını fark etmesidir.

İletişim: Duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme.

Kapalı uçlu soru: “Evet” ya da “Hayır” gibi kısaca cevaplanabilecek, derinlikli bilgi/yorum talep etmeyen soru.

Kognitif: Bilme ve farkındalık süreçlerinin tümüne verilen addır, **bilişsel** de denilmektedir.

Konsültasyon: Hekimin, hasta merkezli olmak üzere, farklı bir alanda çalışan hekimlerden bilimsel ve teknik açıdan aldığı yardım ya da danışmanlık, **danışım** da denilmektedir.

Kuram: Pozitif bilimlerde belirli bir konuda nedensellik ilişkileri konusundaki görgül bulguları birbiriyle çelişmeyecek biçimde kapsayan, sağdanabilir çıkarımlar yapılmasına uygun ilkeler bütünü.

Mani: Abartılı heyecan, fiziksel aşırı etkinlik, dürtüsellik, savurganlık, yoğunlaşmama, dikkatsizlik, konuşma baskısı vb belirtilerle tanımlanan duygusal rahatsızlık.

Mental: Zihinsel.

Öz farkındalık: Duyguları, davranışları içeren benlik bilgisi ve bireyi etkileyen faktörlerin neler olduğunu anlama ve nasıl etkilendiğini fark etme becerisidir.

Prognoz: Hastalığın muhtemel seyrini, süresini ve sonuçlarını tahmin etmeye verilen isimdir.

Psikoeğitim: Psikoloji içerikli bilgiye dayalı verilerin kişiye aktarılması.

Psikopatoloji: Ruhsal ve davranışsal bozuklukların bilişsel ve davranışsal dışavurumudur.

Psikososyal: İnsan psikolojisinin çevresel ve toplumsal faktörlerden etkilenmesi.

Psikoterapi: Hekimin hastayı etkilemek için kullandığı psikolojik yöntemlerin bütünü.

Semptom: Belirti, bulgu.

Süpervizör: Eğitimci terapist.

Süpervizyon: Gerek bireysel psikolojik danışma gerekse grupla psikolojik danışma alanındaki uygulamalara ilişkin, psikolojik danışmanın, kendisinden daha üst düzeyde olan, alanda yetişmiş kişice denetlenmesidir.

Şizofreni: Kişiliğin parçalanması, dış dünyayla bağlarının kopması ve içe yönelik düşünce yapısının yerleşmesiyle kendini belli eden psikoz.

Telkin: Bir duyguyu, bir düşünceyi birinin belleğine sokma, ona aşılama.

Terapi odası: Psikoterapide, terapist ile danışanın terapötik ilişki kurarak seanslarını yürüttüğü özel oda/ofis.

Terapist: Sağaltıcı.

Terapötik: Tedaviye ait, tedavi edici.

Terapötik ilişki: Psikoterapi deneyimini kolaylaştırmak, danışanın en uygun şekilde ilerleme ve gelişim göstermesini sağlamak üzere karşılıklı anlayış, kabullenme ve uyum üzerine kurulu ilişkidir.

Travma: Canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı.

Yeterlilik: Görevini yerine getirme gücü, kıfayet, yeterlik.

Yetkinlik: Yetkin olma durumu, olgunluk, mükemmeliyet.

