

dan kendisinden farklı bir şekilde değerlendirilen kocaya oranla yabancı bir hanımla evli olması muhtemeldir ve bu durum manidardır.

Öte yandan, bu araştırmanın bulgularına Winch'in modeli ilginç bir şekilde uygulanabilir. Winch'in (1958) modelinde ileri sürdüğü gibi eğer eşler birinci olarak sosyolojik geçmiş değişkenlerindeki benzerliğe, ikinci basamak olarak da yakınlık sürecinde psikolojik gereksinmelere göre seçiliyor ise bu iki süreç arasında bir telafi mekanizması ileri sürülebilir. Eşler sosyolojik geçmiş değişkenleri açısından maksimum derecede birbirlerinden ayırdıkları durumlarda birbirlerine uyum sağlayabilme ve birlikte yaşamak için bir temel bulabilmek için psikolojik gereksinimler açısından birbirlerine yaklaşabilirler. Bunun aksine sosyolojik değişkenler açısından genellikle rastlanan benzeme durumunda eşler psikolojik özellikler açısından birbirlerinden ayrılabilirler. Bu bulgulara bağlı olarak ileri sürülen bu mekanizma, sosyolojik geçmiş ve psikolojik faktörlerden doğan kuvvetler arasında bir çeşit denge kurulmasıdır. İki kültürlü evlilikler gibi aşırı bir durumda sosyokültürel geçmiş farklılıklarından doğan kopukluklar, eğer çiftler birlikte yaşayacaklarsa bu durumu telafi için psikolojik özelliklerde benzemeye doğru güçlü bir kuvvet oluşturmaktadır.

Çeviren: Nükte EDGÜER

ELEM ve BİLEŞENLERİ

Çev. Işık SAVAŞIR

GİRİŞ

Evlilik ilişkisi, yakın akraba, kıymetli bir eşya, zenginlik ya da mevkii gibi önemli bir obje kaybı her insanın yaşamında olabilecek, aşırı stress doğurabilen yaşantılardır. Yaşamda olan bütün değişiklikler (okul bitirme, iş değiştirme, başka bir yere taşınma gibi) bir miktar elem doğurabilir ancak bu gibi değişiklikler daha önceden planlandığı, kayıplara hazırlanmak için gerekli zaman olduğu ve ve değişiklik yaşantısı olumlu olabileceği için aşırı stress'e neden olmazlar. Ancak bir kişinin ana-babasının, karı ya da kocasının, çocuğunun ya da bir göçmenin evinin kaybı daha önceden kişinin kendini hazırlayamayacağı ve kaybın yerini tam olarak tekrardan doldura-

KAYNAKLAR:

Edgüer, N., LeCompte, W.A. and İ. Savaşır, «Kendini değerlendirme ölçeği üzerinde psikonevrozlarla üniversite öğrencilerinin karşılaştırılması». Psikoloj Dergisi 1: 25-27, 1978

Edwards, A.J. The measurement of personality traits by scales and inventories. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1970

Kerlinger, F.N. and J. Podhazur, Multiple regression in behaviral research. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1973

LeCompte, W.A. and N. Öner, N. «Development of the Turkish edition of the State-Trait Anxiety Inventory»: pp. 51-68 in Charles Spielberger and R. Diaz-Guerrero (Eds.) Cross-Cultural Anxiety. Washington, D.C. Hemisphere Publishing Corp. 1976

Murstein, B.I. Theories of attraction and love. New York: Springer. 1971 Turner, R.H. and Vanderlippe, R.H. «Self-Ideal discrepancy as an index of adjustment». Journal of Abnormal and Social Psychology 57: 202-206, 1953

Winch, R.Y. Mate-Selection: A theory of complementary needs. New York: Harper and Row. 1953

Winch, R.F. «Another look at complementary needs in mate selection». Journal of Marriage and the Family 29: 756-762., 1937

mayacağı durumlardır. Bu vakalarda stress çok aşırı olabilir.

ELEM REAKSİYONU (Grief reaction)

Freud (1917) elem reaksiyonunu «çok derin ve acı veren yeis, sevmeye gücünün kaybı, bütün hareketlerin kısıtlanması ve dış dünyaya ilginin kaybı» olarak özetlemektedir. Freud «ego'nun bu kısıtlanması ve daralmasını, ego'nun tamamen yasa hasredilmesi sonucunda diğer ilgi ve amaçlara hiç bir şey kalmaması» olarak açıklamaktadır. Aravill (1968) önemli bir obje kaybı olan bir kişinin gösterdiği fizyolojik ve psikolojik tüm davranış örüntülerine «bereavement» keder davranışı demektedir ve bu davranışın iki bileşiminden söz etmektedir: Yas ve elem, Yas ya da matem, toplumun gelenek ve göreneklerine bağlı olarak gelişen davranışlardır. Elem ise biyolojik temele dayalı tekdüze (stereotipik) psikolojik ve fizyolojik reaksiyonlardır.

Bir ritüel olarak yas duygu taşımayabilir. Elem ise yas olmadan da olabilir. Bu iki örüntü birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkabilirler. Ancak çoğunlukla birbirleri ile ilişkilidir

ler ve birbirlerini tamamlarlar. Ancak terapistin esas ilgisi elem üzerindedir.

Aravill elemnin özelliklerini şöyle sıralamaktadır :

a) Elem, karmaşık ancak tekdüze (stereotipik) davranış örüntüleridir. Bunlar geri çekilme, bitkinlik, uyku bozuklukları, iştah kaybı gibi psikolojik ve fizyolojik belirtiler içerirler.

b) Elem iyi tanımlanabilen uyarıcı durumu tarafından ortaya çıkarılır. Önemli bir obje ya da rolün gerçek ya da hayali kaybı gibi. Yeni ilişkilerin kurulması ile çözülür.

c) Her insanın her an karşılaşabileceği bir olaydır ve primatler gibi diğer türlerde de görülebilir.

d) Hem psikolojik hem de fizyolojik olarak son derece şiddetli bir stress doğurabilen bir duygudur. Ancak bu süredeki davranışlar yeni ilişkilerin kurulmasında ve stressin giderilmesine yardımcı olacak davranışların ter-sidir.

ELEM REAKSIYONUNUN BİLEŞİMLERİ

Bazı yazarlar elemnin dönemlerinden (Bowlby, 1960, Hodge, 1972) diğer bazıları ise (Siggins, 1972) bileşimlerinden söz ederler. Bizim tecrübelerimize göre bu sürecin zamana bağlı özellikleri vardır ancak ilk dönemlere o kadar çok geri dönme olmaktadır ki belki bileşim sözcüğünü kullanma ve bazı bileşimlerin sürecin başlangıcında diğerlerinin ise daha geç dönemlerde görüldüğünden söz etmek daha yerinde olacaktır. Örneğin, inkar ve ümitsizliğe kaybın ilk zamanlarında sıklıkla rastlanır, bu dönemde saldırganlık enderdir, daha sonraları saldırganlık ön plana geçebilir. Ancak sıklıkla inkar ve depresyona seri dönüş olabilir.

Elemnin ana bileşimleri bir çok yazarlar (Örneğin, Bowlby, 1960; Siggins, 1967; Parkes, 1972) tarafından ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Burada kısa bir özetleme yapılacaktır.

a) Şok - Bu genellikle ilk tepkidir. Fiziki acı, hissizlik, tam bir apati ve geri çekilme ya da normal olmayan bir sakinlik olarak ortaya çıkabilir. Bu dönemin şekli ve süresi genellikle kişinin ileride elem işlemiyle (grief work) nasıl başa çıkacağına dair iyi bir prognostik özelliğidir.

Bu bildiri «Dimension of Anxiety and Stress» adlı kongrede okunmuştur.

Haziran 29 - Temmuz 3, 1975, Oslo, Norway.

b) İnkâr - İnkâr da ilk reaksiyonlarda yoğunudur ancak değişik şekil ve kuvvette tüm çözümlenme sürecinde tekrarlanabilir. Sanki sevgi objesi hala orada imiş gibi ya da hiç yitirilmemiş gibi davranma tarzında kendini gösterir; bazen psikozdekine benzer varsanular dahi görülebilir. Parkes (1972) inkarın bir yönü olan kayıp objeyi aramayı vurgulamış ve bu bizim tecrübelerimizde de oldukça sık rastlanan ve terapi açısından önemli bir unsur olarak ortaya çıkmıştır.

c) Depresyon - İnkâr kırıldıkça kişi ümitsizlik, boşluk ve kaybın acısını duymaya başlar. Buna ağlama gibi emosyonel bir boşalma da eşlik edebilir. Kişinin ağlayabilmesi çoğunlukla stressi azaltıcı bir etken olur. İnkâr gibi depresif nöbetler de tüm süreç içinde görülebilir ancak elem yaşanıp çözümlendikçe sıklığında, yoğunluğunda ve süresinde kısalmaya olur.

d) Suçlama - Sevgi objesine karşı gerçek ya da hayal edilmiş ihmal ya da zarar verme ile ilgili suçlanmanın araştırılması ve çözümlenmesi gerekir. Kişi genellikle sevdiği kişi oradayken ona gerekli sevgiyi göstermediğinden ya da kayba neden olduğundan kendini sorumlu tutar.

e) Kaygı (anksiyete) - Kaybın tam olarak algılanmaya başlanması ile bazan panik reaksiyonuna varabilen kaygı ortaya çıkar. Kaygı, olabilecek değişiklikler, gelecekteki yalnızlık, muhtemel intihar düşünceleri, kaybın getirdiği ilave sorumluluklar, zaman zaman ortaya çıkabilen saldırgan düşünceler ve duyguların şiddeti ile ilgili olabilir. Bir çok kişi daha önce hiç bir zaman hissettirmedikleri kadar şiddetli ve kontrol edemedikleri duygu dalgalarına gömülmeyi anormal zannederler. Bazıları ise akıl sağlıklarını kaybettikleri kuşkusuna düşerler.

f) Saldırganlık - Kaybı önleyemeyenlere, kayba neden olanlara, yanlış iş yapan ya da doğru işi yapamayan aile üyelerine ve en nihayet sürecin sonlarında bu kadar büyük acıya neden oldukları için kayıp objeye karşı saldırganlık ortaya çıkar. Bu saldırganlığın şiddeti ilişkinin şekli ile bağıntılıdır. Kayıp objeyle karmaşık sembiyotik bir ilişkide saldırganlığın ortaya çıkması ve sönmesi güçleşir. İnançımıza göre kayıp objeye karşı olan saldırganlığın ortaya çıkarılması ve üzerinde çalışılması çok zordur. Ancak süreç bu olmadan tamamlanamaz.

g) Tekrar - Bütünleşme (reintegration) - Tekrar bütünleşme kayıp obje bırakılıp yerli yerine konunca ve duygusal reaksiyonlar sö-

nünce kişi artık yeni tarz bir yaşam kurma yeteneğine sahiptir. Bu dönemde örneğin yaş günleri, yasin yıl dönümleri gibi zamanlarda bazı geriye dönüşler olabilir ancak bu dönüşler kısa sürelidir.

PATOLOJİK ELEM REAKSİYONLARI

Önemli bir kayıp karşısında her zaman elem reaksiyonu görülmeyebilir. Şok, ümitsizlik gibi normal reaksiyonlar sıklıkla çarpıtılabilir, abartılır, bastırılabilir, geciktirilebilirler. Muhakkak ki neyin normal neyin patolojik olduğu birbirinden kesin bir çizgi ile ayrılamaz. Ancak yazarların birleştiği bir nokta elemi yaşamı çözülmesi gereğidir. Eğer bu yerine getirilemezse kişinin çeşitli sıkıntıları devam edecektir. Lindemann (1944) elemi halledilmesindeki en büyük engelin hastaların elemiyle ilgili aşırı ızdırıp ve bununla beraber giden duyguları ifade eden kaçınmaları olduğunu söyler. Hodge (1972) bu noktayı daha da vurgulamaktadır. «Hasta için ne kadar hoş olursa olsun sorunların açığa çıkarılması ve yüzleştirilmesi gerekir. Elem yaşanmalı ve çözümlenmelidir. Bundan sağlıklı olarak kaçmak olanaksızdır.» Hatta elemi mutlaka yaşanacağını da ilave etmeliyiz. Geç ya da erken, doğru ya da yanlış, tam ya da yarım, olduğu gibi ya da çarpıtılmış da olsa elem yaşanacaktır. Kişilerin elem yaşantısının nahşuğundan kaçma gibi koruyucu bir eğilimleri vardır ancak elemi yaşamak gereklidir. Ne kadar aktif olarak yaşamı yaşarsa elemi süresi o kadar kısaldır. Eğer elem işlemi aktif olarak yapılamazsa süreç saplanabilir ya da geciktirilir. Hasta bu duygulardan kaçabildiğini zannedebilir ancak ileride mutlaka elem işleminin çarpıtılmış bir şekli ortaya çıkacaktır.

TEDAVİ

Bir çok kişiler elem reaksiyonlarını kendi tarzlarında ve hızlarında halledebilir, böylece tedaviye gereksinme duymazlar. Bazıları ise elem işlemine hiç başlamayabilirler. Örneğin eğer 50 yıllık bir evlilikten sonra kadın ya da erkek aniden ölürse kadın masada kocası için yer hazırlayabilir, başkalarına beraber yaptıkları işlerden söz edebilir. Böyle bir vakada inkarı kırmak gerekmeyebilir. Diğer bazı vakalarda ise elem bileşimlerinden bir ya da daha fazlasına takılıp kalan kişiye yardım gereklidir.

Psikiyatrik ders kitaplarının çoğu reaktif depresyonlarda intihar riski için hastahaneye yatırma daha sonraki dönemlerde de empati ve anlayışa dayanan ortodoks olmayan bir yaklaşım ve ilaç yardımı önerirler. Gutheil (1959) zamanı doldurmada ve dikkati başka yöne çekmede televizyon, sinema ve uykunun

yararından söz etmiştir. Birçok yazarlar kezdiliğinden iyileşmenin olabileceği üzerinde birleşmektedirler. Kanımızca terapistlerin çoğu krizin geçmesini beklerken, hastalara anlayışa dayanan bir destek sağlamaktadırlar.

Bu alanda davranış tedavisi ile ilgili yayınların azlığı dikkati çekmektedir. Kaygı ve korkularla ilgili binlerce makaleye karşın depresyon üzerine ancak birkaç makaleye rastlanmaktadır. Depresyonun davranışçı formülasyonu sosyal pekiştirme kuramından gelmektedir. Örneğin Seitz (1971) depresyonu yetersiz ya da az pekiştirmenin fonksiyonu olarak görmektedir.

Depresyonda olan bir kişi sönme denemelerinde olan bir deneye benzetilebilir. Önemli bir pekiştirici geri çekilmiştir ve kişinin davranış repertuarı zayıflamaktadır. Depresyonun bir başka davranışçı modeli ise «öğrenilmiş çaresizlik» tir (Seligman, 1975). Bu modele göre stresse ilk reaksiyon kaygıdır. Ancak durumu kontrol ve stressi azaltma olanğı yoksa kaygının yerini depresyon alır. Seligman şöyle demektedir: «Öğrenilmiş çaresizlik bir harekette bulunmanın pekiştirilmeyeceğini öğrenme sonucu ortaya çıkar». Böylece model depresyonun nedenini kişinin her hareketinin sonuçsuz kalacağı inancına bağlamaktadır. Hangi olaylar depresyonu ortaya çıkarırlar? Okul ya da işte başarısızlık, sevilen bir insanın ölümü, arkadaşlar tarafından red ya da ayrılma, fiziki hastalık, mali zorluklar, çözülmeyecek bir zorlukla karşılaşmak ve daha bir çokları. Kanımızca bu olaylar ve depresyon arasındaki ilişki şöyle açıklanabilir : Depresyondaki kişi acıyı gidermek ve doyum sağlamak için yaşamındaki unsurları kontrol edemediğini öğrenmiştir. Tamamen çaresiz olduğuna inanır.

TEDAVİNİN GEREKTİĞİ YERLER

Daha önce de belirtildiği gibi kayba karşın elem normal bir reaksiyondur ve herkes kendi tarzı ve zamanında bunu çözümlenmeye çalışır. Bazı kişiler diğerleri ile teması keserek yalnız kalmayı, diğerleri ise durmadan yakınlarının, arkadaşlarının desteğini aramayı tercih ederler. Birçokları ise yalnız kalma ya da birine gereksinme duyma arasında gidip gelirler. Aile ve arkadaşlar, istendiği zaman yardıma hazır olmayla ve onu zorlamamayla elemli kişiye yardımcı olabilirler. Önemli olan elemli kişinin zamana olan gereksinmesidir. Bu süre çok şiddetli duyguların sönmesi, kayıp objenin bırakılabilmesi ya da Seligman'ın deyişi ile olaylar karşısında tamamen çaresiz olunmadığının öğrenilmesi için gereklidir.

Acıyı biraz olsun azaltmak için destekleyici tedavi ya da ilaç yardımı dışında psiko-

terapist elemli bir insanı nadiren hasta olarak görür. Colin Parkes bir çok terapistin yaptığını şu şekilde özetlemektedir : «Hastanın kendini güvenme hissettiği bir çevrede duyguların ortaya çıkmasını kolaylaştıran kısa süreli terapi uygulamam». Profesyonel yardım istendiğinde genellikle bu çeşit bir yaklaşım yeterli olmaktadır. Ancak bazı kişiler bunun ötesinde bir yardıma gereksinime gösterebilirler. Elem o kadar şiddetli olabilir ki hastahaneye yatmak gerekebilir. Bir başka yazımda bu çeşit bir vaka ele alınmıştı. 34 yaşındaki bir kadın kocasının ölümünden altı ay kadar sonra hala o kadar derin bir depresyondaydı ki kendini ve bebeğini öldürme olasılığı her an mevcuttu. Burada aktif, kısa süreli tedavi ya da bebek ve anne ilişkisine olumsuz etkileri olabilecek uzun hastahane yaklaşımı arasında bir seçim yapılması gerekti. Bu vakada aktif terapiye kadar verildi ve iki ay içinde elem reaksiyonunun önemli bir bölümü halledildi.

Diğer vakalarda elemnin geçmesi çok uzun bir zaman alabilir. 3,5 yaşındaki oğlunu iki sene önce kaybeden anne buna bir örnektir. Bu anne iki sene süresince çok miktarda ilaç alma dolayısı ile iki kez hastahaneye kaldırılmış ve hastahane defalarca bileklerini kesme çabasında bulunmuştu. Bu kadının elemni halledebilmesi ve tekrar bütünleşme dönemine gelebilmesi için iki hastalık yoğun terapi yeterli olmuştur.

Bir çok vakalarda eğer elem çok uzun sürmüştü kişi depreyondan başka sorunlar da geliştirir. Çok geniş bir tecrübesi olan bir hekimin dediği gibi toplumumuzda büyük bir kayba uğramış insanın bir yıl süreyle yas tutması hoş görülür. Bu süre sonunda yasin bitmesi gerekir. Eğer daha uzarsa kişi çok çeşitli somatik yakınmalar ya da fobiler geliştirebilir. Halledilmemiş elemneri 30 seneye varan üç vakada yas yeniden yaşatılmış ve bir kaç seansta çözümlenebilmiştir. (Ramsay, 1975)

AŞIRI REAKSİYONLAR İÇİN ÖNERİLEN YAKLAŞIM

Çözümlememiş elem reaksiyonları fobik reaksiyona benzetilebilir. Kayıp o kadar olumsuz duygular ortaya çıkarır ki, kişi kaybını düşünmekten kaçınır ya da yüzleştirme sürecindeki adımları atmaktan kaçınır. Böylece bu duygusal reaksiyonların sönme olasılığı ortadan kalkar. Burada terapistin görevi bu yüzleştirmede ona yardımcı olma, duygularını ortaya çıkarma ve sönmesine fırsat vermedir. Fobilerde bu süreç sistematik duyarsızlaştırmada olduğu gibi acısız olabilir ya da «implosive» (patlayıcı) terapide olduğu gibi daha sert ve kesin olabilir. Elem reaksiyonlarının tedavisi

«patlayıcı» tarafa daha yakındır. Acı vermeden patolojik elem reaksiyonunu tedavi etme yolları yok görülmektedir.

Burada terapistin fonksiyonu hastayı kayıp gerçeğiyle tekrar tekrar karşı karşıya getirmek, depresyonu, suçluluk duygularını, kaygıları ve saldırganlığı, bu duygular sönene kadar ortaya çıkarmaktır. Bu genellikle kaçmaya fırsat vermeyecek yüzleştirmelerin yapıldığı uzun seanslarda gerçekleştirilir. (iki saat). «Bu reaksiyonları doğurabilecek çeşitli maddeler söylenerken hastadan bunları hayalinde canlandırması istenir. Bu maddelerden biri hastayı can evinden vurup duygusal reaksiyon ortaya çıkana kadar çeşitli maddeler denenir. Duygusal reaksiyon ortaya çıktığı zaman bu bir ağlama nöbeti ya da saldırgan bir patlama olabilir, terapist bunların bütün şiddeti ile ifadesine ve kendiliğinden durulana kadar devam etmesine izin verir. Terapist bundan sonra bu maddeyi artık reaksiyon olmayana kadar tekrarlar. Sonra diğer maddelere geçilir. Örneğin kocasını kaybetmiş bir kadında «fiziksel yaklaşım» maddesi kademeli olarak işlenebilir. Artık hiç elini tutamayacağından onu hiç bir zaman öpemeceksin, onunla beraber yatamayacağına kadar. Terapist bütün kademeleri ve elem sürecinin bütün bileşimleri üzerinde çalışılması gerektiğini hatırlatmalıdır.

Hem terapist hem de hasta çok şiddetli duygusal patlamalara hazırlıklı olmalıdırlar. Yukarıdaki örnekte görüldüğü gibi terapist zaman zaman çok şiddetli darbeler indirmekte, en çok acıyan yeri bulmaya çalışmakta, bulunca da acı sönüp bitene kadar onun üzerinde durmaktadır. Bazı vakalarda intihar riski yüksek olduğundan terapinin hastahane dışında yapılması gerekmektedir. İçten gelen doğal reaksiyan hastayı teselli etmek, rahatlatmak terapistin işini zorlaştıran bir noktadır. Acı verme ve bu acıyı azaltamamanın verdiği engellenme duygusu bu çeşit terapinin uygulanmasını çok nahoş bir hale getirmektedir. Anestezisi icat edilmeden önce bir doktorun ameliyat yapmasına benzetilebilir.

Hastanın tedaviye devam güdüsünü sürdürebilmek için terapistin bir yandan yapılması gereken işi yaptırarak, bir yandan da empati duyan, destekleyen, hasta için bu işin ne kadar zor olduğunu anlayabilen bir insan olması gerekir. Çoğunlukla terapistin bu maddeyi soruşturmayla geçmeden ve acı veren duygusal reaksiyonu ortaya çıkarmadan bunun altındaki rasyoneli hasta ile tartışması gerekir. Hasta terapist ilişkisi son derece önemlidir. İyi bir ilişki olmadan hasta terapistten vazgeçebilir ya da bu işi sürdürmede gereken çabayı

göstermeyebilir. Terapistin sürekli olarak bu çalışma ilişkisini inşa etmesi ve zor dönemlerde hastaya yardım olarak kullanması gerekir. Ancak ilişki üzerinde konuşma azdır çünkü bu çeşit konuşmalar yüzleştirmelerden kaçma yolu olarak kullanılabilir.

TARTIŞMA

Şimdiye kadar bu alanda deneysel araştırmalar yapılmamıştır. Gerek kuramsal temel gerekse tedavi tekniği çok açıklıkla formüle edilmemiştir. Bu tekniğin ne zaman kullanılacağı klinik sezgiye dayanmaktadır ve sonuçların değerlendirilmesi öznedir. Ancak bütün bu eleştirilere karşın bu sorunların daha ayrıntılı olarak ele alınması ve incelenmesi yerinde olacaktır kanısındayız.

Sıklıkla sorulan sorulardan biri bu yaklaşımın başka bir maske altında abreaksiyon tedavisi olup olmadığıdır. Gestalt terapisi, Psiko-drama, rasyonel ematif terapide olduğu gibi abreaksiyonla da benzerlikleri vardır. Bu yaklaşım, abreaksiyonun, duygular sözene kadar yöneltilmiş sistematik şeklidir denebilir. Terapistin ne aradığını bilmesi, uygun uyarıcılar vererek gerekli duygusal reaksiyonları ortaya çıkarmada yardımcı olması, hastanın ne kadar kaldırabileceğini tartarak terapinin hızını ayarlayabilmesi, duygusal patlamalardan korkmaması ve uyarıcı sönmeye olana kadar çeşitli şekillerde ve kuvvette tekrar etmesi gerekmektedir. Bu yaklaşıma verilen bir isimde «nuanced» abreaksiyon tedavisidir.

Bu yaklaşım aynı zamanda zorlanmış Freudian yaklaşım olarak da tanımlanmıştır. Ben de elemin bileşimleri, bu süreçte var olan değişik duyguları ve bu duygular acı verdiği için kullanılan bastırma ve ket vurma gibi savunma mekanizmalarını tanımlamada analitik temeli çok kullandım. Ancak terapötik yaklaşım dinamik yaklaşıma pek benzememektedir. Bir durum hakkında konuşma o olayla ilgili duyguları yaşamayla aynı şey değildir. Hastanın niçin bazı duygulardan kaçındığını niçin bazı duyguları duymadığı üzerinde yorumlar yapma sonuç vermediği gibi hastanın problemlerden kaçma savunma stratejisine yardımcı olabilir. Bu çeşit bir tedavi zaten ailesi ile arkadaşları ile konuşup halledemeyenler içindir.

Gestalt terapistleri de bu yaklaşım ve kendi «anında yaşantı» üzerindeki fikirleri arasında bir çok benzerlikler görebilirler. Onlarla da aynı kanıdayım ancak bu yaklaşım belirli bir sorun üzerine yoğunlaşmıştır. Özgül (önemli) bir olayla ilgili duyguların yaşanmaması gibi. Diğer taraftan yalnızca yaşama ve hissetme de yeterli görülmemektedir. Olumsuz duyguların sönebilmesi için bu duyguların nötr ha-

le gelene kadar tekrarlanması gerekmektedir. Bir kere bu yapıldı mı hasta aşırı olumlu ve olumsuz duyguları boğulmadan yaşayıp hissedildiğini öğrenmekte ve gelecekte bunları duymaktan korkmamakta böylece enerjisinin çoğunu kayıpla ilgili bu aşırı duygulardan kaçınmak için harcamamaktadır. Bu yaklaşıma böylece belirli travmatik bir olay üzerinde odaklaşan «duyarsızlaştırma eğitimi» denebilir.

Bazı yazarlar duygusal steress- altında olan herkese profesyonel yardımın yapılması ve yine herkesin psikoterapiden yararlanacağı kanısındadırlar. Benim de paylaştığım diğer bir görüş ise kişilerin kendilerine açık olan herşeyden yararlanarak sorunlarını kendi zaman ve tarzlarında çözümlenmeye çalışmalarını gereğidir. Ancak hiç bir çıkar yol bulunmazsa profesyonel yardım için içine girmelidir. Burada tartışılan terapi çeşiti elemin acısını azaltamaz ancak bu süreç halledilme zamanını kısaltabilir. Normal olarak bir elem reaksiyonu bir yıl süreceksa terapist araya girip bu zamanı kısaltmalı mıdır? Bu soruya benim cevabım hayırdır.

KAYNAKLAR :

Aravill, J.R. (1968) Grief : its nature and significance. Psychol. Bull., 70, 721 - 748.

Bowlby, J. (1960) Grief and mourning in infancy and early childhood. Psychoanal. Study Child, 15.

Eysenck, H. J. & Beech, H. R. (1971) Counter conditioning and related methods. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) Handbook of psychotherapy and Behavior Change. New York : Wiley.

Freud, S. (1917) Mourning and Melancholia. S. E. Vol. 14.

Guthell, E. A. (1959) Reactive depressions. In S. Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry. New York : Basic Books.

Hodge, J. R. (1972) They that mourn. J. Religion & Health, 11, 229 - 240.

Lewinsohn, P.M. (1975) The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.) Progress in Behavior Modification, Vol 1. New York : Academic Press.

Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. Amer. J. Psychiat. 101, 141 - 148.

Marks, I. (1972) Perspective on flooding. Seminars in Psychiat., 4 129 - 138.

McAuley R. & Quinn J. T. (1975) Models of depression. In J.C. Brengelmann (Ed.) Progress in Behaviour Therapy. Berlin : Springer - Verlag.

Mendelson, M. (1967) Neurotic depressive reaction. In A. M. Freedman & H.I. Kaplan (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore : Williams & Wilkins.

Parkes, C.M. (1972) Bereavement : studies of grief in adult life. New York : International Universities Press.

Raapls - Dingman, H. (1975) Over de doden niets dan goeds : verslag van een rouwtherapie. Psychotherapie, 1, 11-20.

Ramsay, R. W. (1975) Phobias and depression. Bulletin Persoonlijheidsleer, University of Amsterdam, 4, 1-18.

Ramsay, R. W. (1976) A case study in bereavement therapy. In H. J. Eysenck (Ed.)

Case Studies in Behaviour Therapy. London : Routledge & Kegan Paul.

Seitz, F. C. (19971) Behavior modification techniques for treating depression. Psychotherapy : theory, research & practice, 8, 181-184.

Seligman, M. (1974) Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M.M. Katz (Eds.) The Psychology of Depression : contemporary theory and research. Washington : Winston.

Seligman, M. E. P. (1975) (Helplessness. San Francisco : Freeman.

Siggins, L.D. (1967) Mourning : a critical survey of the literature. International J. Psychiat., 3, 418-432.