

İNTİHAR ETMİYORSAK YAŞAYALIM BARI!!! (TRAUMA TERAPİSİ VE TRAVMADA PSİKOEĞİTİM)

Yrd. Doç. Dr. Yener ÖZEN¹

ÖZET

Travmatize insanlar terapistin fazilet ve yeterliliğine güvenmek için umutsuz bir ihtiyaç hissetse de güvenmez, zira güven kapasitesi travmatik deneyim tarafından hasara uğratılmıştır. Başka terapötik ilişkilerde bir miktar güven baştan varsayılabilirken, bu varsayım travmatize insanın tedavisinde asla garanti değildir. Ancak içsel iyileşme yolunu izleyenler, içsel bir istek duydukları anda dışsal problemlerini çözebilecekleri konusunda kendilerine güvenleri tamamlanır. Bu yeniden deneyimleme içsel iyileşmenin kısmen; acı verici malzeme üzerinde çalışmak, buna duyarlılığı azaltmak ve bütünleşmiş olarak görünmektir. Acı ikileminin travma terapisi için önemli sonuçları vardır. Bunlar bireyin devam eden yaşantılamasının farkında olmasını teşvik eden, acı veren anılara baş edebilir miktarda erişime imkân veren, sürmekte olan ıstırabın temeline yönelik daha derinlemesine iç görüşü teşvik eden yaklaşımın yararlı olacağını söyleyebiliriz. Diğer yandan istenmeyen duygusal durumları sadece uyuşturan ya da maskeleyen ilaçların ya da dikkati dağıtan, sadece desteklemeye odaklanan veya hatta kaçınmayı öğreten terapilerin daha etkisiz olabileceğini söyleyebiliriz. Travmaya bağlı müteceviz belirtiler gösteren kişiler bir bakıma; stres yaratan düşünceleri, hisleri, anıları sindirmeye ve içsel olarak çözümlenmeye çalışmaktadırlar. Bu bakış açısı travma sonrası belirtiyi, içerik itibarıyla patolojik olmaktan ziyade bir ölçüde uyuma yönelik ve iyileşme merkezli olarak yeniden organize eder. . Bu bakış açısı terapistte, dile getirilen duygusal acıyı sadece duygusal acı olarak net bir biçimde anlamlandırma imkânı sağlar. İçsel iyileşme durumuna doğru giden adım adım hareketleri içeren farklı süreçler bulunmaktadır. Travma sonrası psikolojik hasara yönelik müdahaleler varoluşsal ve ümit verici olmalıdır. Bu çalışmada travma terapileri ve çağdaş uygulamalar tanıtılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Travma Terapisi, İntihar, Psikoeğitim

LET'S LIVE! IF WE CAN NOT COMMIT SUICIDE (TRAUMA THERAPY AND PSYCHOEDUCATION IN TRAUMA)

ABSTRACT

Traumatized people do not rely on a desperate need to rely on the therapist's merit and sufficiency, because the trust capacity is suffered by traumatic experience. This hypothesis is never a guarantee for the treatment of traumatized human beings, as some trust in other therapeutic relationships is presumed from the ground up. However, those who follow the path of internal healing are confident that they can solve their external problems when they feel an inner desire. This re-experiencing is partly due to internal healing; to work on painful material, to reduce sensitivity to this and to look integrated. Painfulness has important consequences for trauma therapy. We can say that it would be useful to have a more inward-looking approach to the basis of the suffering suffering, which encourages awareness of the ongoing experience of the individual, and which gives access to the painful, perceptible amount of suffering. On the other hand, we can say that medicines that just numb or mask unwanted emotional states, or distractions that focus only on support, or even therapy that teaches avoidance, may be less effective. stressing thoughts, feelings, trying to digest and internally resolve the memories. This point of view is post-traumatic, reorganizing as a healing-centered adjustment to a degree that is pathological in nature. This perspective provides the therapist with a clear understanding of the emotional pain just expressed as emotional pain. There are different processes involving step-by-step movements towards

¹ Erzincan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü. yenerozen@erzincan.edu.tr

internal healing. The interventions for post-traumatic psychological damage should be existential and promising. In this study, trauma therapies and contemporary practices were tried to be introduced.

Key Words: Trauma, Trauma Therapy, Suicide, Psychoeducation

1.GİRİŞ

Travmatize insanlar terapistin fazilet ve yeterliliğine güvenmek için umutsuz bir ihtiyaç hissetse de güvenmez, zira güven kapasitesi travmatik deneyim tarafından hasara uğratılmıştır. Başka terapötik ilişkilerde bir miktar güven baştan varsayılabilirken, bu varsayım travmatize insanın tedavisinde asla garanti değildir (Chu, 1988, s:25). İçerisi nasılsa, dışarı da öyledir. Çözümleri dış dünyada değil, iç dünyada bulmak kastedilmektedir. İçsel iyileşme artık başkalarının yaptıklarına ya da senden belediklerine bağımlı olmamak demektir. Hasta terapötik ilişkiye her türlü kuşku ve şüphe için kemirirken girer. Genellikle terapistin âciz ya da yardım etmeye isteksiz olduğunu varsayar. Aksi kanıtlanana kadar, terapistin gerçek travma hikâyesini dinlemeye dayanamayacağını varsayar. Ancak içsel iyileşme yolunu izleyenler, içsel bir istek duydukları anda dışsal problemlerini çözebilecekleri konusunda kendilerine güvenleri tamamlanır (Herman, 2016, s:173; Ruppert, 2014, s:165).

Bu yeniden deneyimleme içsel iyileşmenin kısmen; acı verici malzeme üzerinde çalışmak, buna duyarlılığı azaltmak ve bütünleşmiş olarak görünmektir. Travmaya bağlı mütecevaz belirtiler gösteren kişiler bir bakıma; stres yaratan düşünceleri, hisleri, anıları sindirmeye ve içsel olarak çözümlenmeye çalışmaktadırlar. Bu bakış açısı travma sonrası belirtiyi, içerik itibarıyla patolojik olmaktan ziyade bir ölçüde uyuma yönelik ve iyileşme merkezli olarak yeniden organize eder. Bu aynı zamanda terapötik maruz bırakma ve travmatik hatırları işlemeye dönük diğer yaklaşımların, tamamen yeni ve yabancı teknikler dayatmak yerine, hastanı hâlihazırda bağlandığı eylemleri en uygun şekilde kullanarak işe yarayabileceğini öne sürer. Sağlıklı benlik de bu durumda hayatta kalma parçası ile eyleme geçmek baskısını hissetmez. Hatta içsel iyileşme yolu, öncelikle kendisini daha iyi anlamak ve ruhun şu anda neden bu özel probleme ihtiyaç duyduğunu araştırmak için dışsal problemleri bir fırsat olarak görür. Bu açıdan bakıldığında, travma geçiren kişiler bir belirtiler toplamı değil, bir düzeyde iyileşmeye çalışan insanlardır. Bu bakış açısı terapistte, dile getirilen duygusal acıyı sadece duygusal acı olarak net bir biçimde anlamlandırma imkânı sağlar. İçsel iyileşme durumuna doğru giden adım adım hareketleri içeren farklı süreçler bulunmaktadır. Travma sonrası psikolojik hasara yönelik müdahaleler varoluşsal ve ümit verici olmalıdır.

2. İÇSEL İYİLEŞME

2.1. Temel değer olarak saygı

Hastaya saygı, yardım müdahalelerinin üzerine kurulduğu temeldir. Saygı belirli müdahaleleri içinde barındıran bir konsepttir. Terapist olarak birinci öncelik hastaya zarar vermemektir. Yardım nötr bir süreç değildir; ya iyi ya da kötüdür. Çocuk istismarı, kadına uygulanan şiddet ve çalışan sömürüsü gibi şeylerin sandığımızdan çok daha yaygın olduğu bir dünyada, çıkarıcı ve sömürücü olmayan bir hasta yaklaşımını

vurgulamak önemlidir. Hangi kuramı ve tekniği kullanıyorsanız onda uzmanlaşın. Travma terapisinde yetersiz terapistte yer yoktur. Yani ikinci olarak diyebiliriz ki; işinizin ehli olun. Üçüncü olarak; hastalarınıza davranış tarzınız, onlara karşı olan tutumunuz hakkında çok şey anlatacaktır. Saygı hem nazik hem de inatçıdır. Hastanın yanında bulunmak, hastanın tarafını tutmakla ya da hastanın avukatı gibi davranmakla aynı şey değildir. Dördüncü olarak; hastanın iyi niyetli olduğunu ve etkin bir biçimde iyileşmek ve yaşamak için çaba gösterdiğini varsayın. Saygı, hastaların isteksizliklerini anlamak için onların dünyasına girmeyi ve hastaları, bu isteksizliğin nedenlerini anlamak için gayret göstermeye yöneltmeyi de içerir (Egan, 2010, s:93-94).

2.2. Temel değer olarak şefkat

Yargılayıcı ve benmerkezci olmayan bir şekilde birinin zor durumunun ve ıstırabının farkında olmak, bu kişinin sıkıntısını azaltma ve daha iyi hissetmesine yardım etme arzusunu doğrudan deneyimlemektir. Şefkat, hastanın gerçekteki veya varsayılan iyi ya da kötü özelliklerine bakılmaksızın terapist de olumlu bir duygusal halin varlığını, hastaya yönelik koşulsuz kabulü içerir. Ancak şefkat acıma değildir. Acıma, bir güç dengesizliğini ve terapistin hastanın düşkün hali ya da konumuna sempatiyi ima eder. Şefkat terapistin hasta ile ortak bir insani durumu paylaştığının farkında olduğunu ve terapistin de dâhil olmak üzere bütün insanların yaşamlarının bazı noktalarında acı çekeceklerini yansıtır. Şefkat normal bir insan halidir ancak terapist çeşitli yöntemlerle daha da geliştirebilir. Bunlar arasında benmerkezci olmayan ilgili ve farkındalığı vurgulayan klinik eğitim ve süpervizyon, şefkati öğreten öznel, eğitici ve deneysel uygulamalar ve bu konuda ilgi duyanlar için, meta ve farkındalık eğitimleri gibi tefekkür faaliyetleri bulunur (Salzberg, 1995, s:113; Germer, 2005, s:115; Gilbert, 2009, s:55).

2.3. Temel değer olarak güven

Travma tedavisinde terapötik ilişkinin şartlarının çok önemli olmasının birinci sebebi hastanın kendini güvende hissetmesine yardımcı olmaktır. Hastalar kendilerini güvende hissettiklerinde, onlarda güvenirlere ve kendilerini açarken rahat olurlar. Hastalar kendilerini güvende hissetmediklerinde, sıklıkla kendilerini koruma ihtiyacında, tetikte ve baskı altında hissederler. Hasta ve terapist arasındaki ittifak ortak çalışma üzerinden gelişir. Terapi çalışması hem bir sevgi işidir hem de işbirliği taahhüdüdür. Terapötik ittifak, sıradan sözleşme görüşmelerinin alışkanlıklarını paylaşmasına rağmen, basit bir iş düzenlemesi değildir. Tabii ki; bir aşk ya da ebeveyn-çocuk ilişkisi de değildir. Ancak her iki tarafın kendilerini iyileşme göreviyle bağladığı varoluşsal bir söz verme işidir. Hastaların yardım istemesi ve kabul etmesi için gerekli olan, hastanın kendini güvende hissedebileceği ortamı sunmak terapistin sorumluluğundadır. Çünkü hasta terapi ilişkisine güven kapasitesinde büyük bir hasarla girer. Güven sürecin başında mevcut olmadığından hem terapist hem de hasta terapötik ilişkinin tekrarlayan deneme, kesinti ve yeniden kurulmasına hazır olmalıdır. Hasta işin içine girdikçe, kaçınılmaz olarak travma anında hissettiği yoğun kurtarıcı özlemini yeniden deneyimler. Eğer hastanın enest ya da ihmal gibi stres kaynaklarını çok olduğu bir aile yapısı ya da ilişkisi varsa, terapistin güven ortamı oluşturma çabası daha yoğun ve amaçlı olmalıdır. Özellikle geçmişte güveni sarsılmış hastalar sıklıkla terapisti test edebilirler. Terapistin anlayışlı, içten, kabul edici ve sıcak olma çabalarının gerçek

olduğuna ilk başta inanmayabilir. Hastalar, terapistin ifade ettiği şekilde gerçekten onun için bir anlam ifade edip etmediğini ve değerli olup olmadıklarını anlamak isteyebilirler. Bu mantık, hastanın terapi esnasında ve dışında sergilediği terapisti telefonla arama, oturuma geç kalma, rol yapma, kızma ve benzeri tüm duygu ve davranışları açıklayabilir. Hastalar sıcak, ilgilenen ve empatik bir uzaman için can atıyorlar gibidirler ancak geçmişlerinden dolayı korkarlar ve bu korkuları ile direnir, saldırır ya da geri çekilirler. Hasta için güvenli bir terapötik ortam sağlama çabası sürekli ve kalıcı olmayı gerektirir (Cormier ve Hockney, 2013, s:50; Herman, 2016, s:186).

2.4. Temel değer olarak umut

Travma terapisinde umut etkin bir öneme sahiptir. Umut, insanlık kadar eski bir kavramdır. Umut beslememiş ya da umudunu kaybetmemiş insan nerdeyse yoktur. Umut, daha iyi bir gelecek ihtimallerini geliştirmekte de onları gerçekleştirmekte de kilit bir rol oynar. Psikoterapinin amacı travmaya meydan okuma; acıyı farkındalık ve gelişme; geleceği ise fırsat olarak ifade etmektir. Umut aşılama terapistin her şey için söz vermesi anlamına gelmez. Geleceği öngöremediğimiz için, belirli bir kişi için işlerin yolunda gideceğini garanti edemeyiz. Ancak umudun doğası gereği; hastanın geleceği hakkında genel olumlu bir bakış çoğunlukla yerinde ve faydalı olur. Umut, zihnimizde daha iyi bir geleceğe giden yol gördüğümüzde yaşadığımız moral yükselten duygudur. Umut, bu yolun üstündeki önemli engellerle derin çukurları kabul eder. Gerçek umutta kuruntuya yer yoktur (Groopman, 2004, s:14). Umut kişinin amaçlarını düşünme sürecidir. Amaca giden yolda hem eylemlilik duygusu hem de biraz netlik gereklidir. Umudun elbette ki duygusal çağrışımları vardır. Ama umut serbest yüzen bir duygu değildir. Amaç belirleme işinin, eylemlilik duygusu geliştirmenin ve amaca giden yollar yaratmanın bir sonucu ya da yan ürünüdür. Yüksek umudun yararları çoktur. Düşük umutlularla kıyaslandığında yüksek umutları olan kişilerin daha çok sayıda, daha zor amaçları vardır; amaçlarına ulaşmakta daha başarılıdırlar; daha fazla mutluluk, daha az stres yaşarlar; üstün başa çıkma becerilerine sahiptirler, fiziksel zararları daha çabuk atlatırlar, iş yerinde daha az çöküntü yaşarlar (Snyder, 1995, s:357-358). Umut, önemli travmalar ve kayıplara bağlı çaresizlik ve umutsuzluğa karşı güçlü bir panzehirdir. Genellikle terapötik bir hedef olarak belirtilmemesine rağmen, umut aşılama güçlü bir terapötik eylemdir. Muhtemelen işlerin iyiye gideceğini belirli bir güvenlikle iletebilmek için terapistte atfedilen güç ve bilginin sağladığı avantaj gereklidir. Bu mesajın pek çok travma mağduru için etkisi hafife alınmamalıdır (Briere ve Lanktree, 2014).

3. ACI YAŞAMA İKİLEMİ VE TRAVMADA BÖLÜNMELERİ GÖREBİLME

İhtiyaç duyduğu şey ne? Kendimi iyi hissetmem için ne yapabilirim? İyi hissetmek genellikle insanların kötü hissetmeye son vermek için bir şeyler yapmasını gerektirir. Özellikle travma mağdurları farkında olmadan acı veren ya da üzücü halleri dindirmeye çalışırken bir yandan da, acıyı artıran veya sürdüren davranışlarda bulunabilirler. Bunun nedeni öncelikle; ruhtaki bölünmelerin fark edilmesi ve kabul edilmesi gerekir. Bölünmüş bir ruhun tipik özelliği, birbirinden ayrı parçaların artık bağlantısının olmamasıdır. Ruhlarında bölünme olan insanlar bir anda bir parçalarıya hissedebilir, düşünebilir ve bilinçli bir eyleme geçerler. Bir parçası acı, kaygı, üzüntü ve

koru yaşarken, diğer parçası sadece hayatta kalma parçası ya da diğer parçalarında sağlıklı kalmayı sağlayan parçalarla, bilinçli olarak acıyı ve travmayı hatırlatan olayları yeniden yaşantılayarak anlamlandırmak için deneyimler.

Acı ikileminin travma terapisi için önemli sonuçları vardır. Bunlar bireyin devam eden yaşantılamasının farkında olmasını teşvik eden, acı veren anılara baş edebilir miktarda erişime imkân veren, sürmekte olan ıstırapın temeline yönelik daha derinlemesine iç görüyü teşvik eden yaklaşımın yararlı olacağını söyleyebiliriz. Diğer yandan istenmeyen duygusal durumları sadece uyuşturan ya da maskeleyen ilaçların ya da dikkati dağıtan, sadece desteklemeye odaklanan veya hatta kaçınmayı öğreten terapilerin daha etkisiz olabileceğini söyleyebiliriz (Briere ve Scott, 2016, s:96). Ruhtaki bölünmeler acı ikileminin giderilmesi için, bölünmeleri fark etmek ve günlük şartlar altında bir kişilik parçasından diğerine geçişleri bilmek içsel iyileşmede önemli bir adımdır.

Bu acı ikileminin ana nedenlerinden biri bağlanma travmasının altında yatan “bu şey seni öldürmez, taşı bunu” içsel sesidir. Bağlanma travması, bilinçten kopmaya ve bölünmüş parçaların özellikle karmaşık bir yapı oluşturmaya neden olur. Çözümleyici travma terapisi yöntemi, ruhtaki farklı bileşenlerin tanınmasında çok yardımcı olur. Ruhun yapısını ortaya çıkaran bir çeşit X ışını imgesi sağlar. Her bir bölünme içim bir temsilci seçerek, hastaların kendilerini dışarıdan görebilir ve bu çeşit çeşit bileşen arasındaki etkileşimlere tanık olabilirler. Olayları bu gözlemci bakış açısından görmek, ileride ruhtaki farklı parçaları bütünleştirirken gerekli yeni bir bilinç düzeyinin gelişmesini sağlar (Ruppert, 2008, s:167-168).

3.1. Travmada Temel Tedavi Sayıtları

İyileşmenin ilk evresi güvenlidir. Travmanın kurbanı güç ve kontrol duygularını çalar; iyileşmenin rehber ilkesi mağdurun güç ve kontrolünü onarmaktadır. İyileşmenin birinci görevi mağdurun güvenini tesis etmektir. Bu görev tüm diğerlerinin üstünde yer alır, zira diğer terapötik çalışmaların hiçbirisi, güven uygun biçimde güvence altına alınmamışsa mümkün olmaz. Tehlikeye maruz kalan bireyler genellikle sadece güvenli olduğu sonucuna vardıkları yerlerde gardlarını indirebilir, içe dönme ve bağlantı kurma lüksünü deneyimleyebilir. Makul bir fiziki ve psikolojik güven derecesi elde edilene kadar hiçbir terapötik çalışmaya girilmemelidir. Mağdurlar bedenlerini güven içinde hissetmezler. Duygu ve düşüncelerini kontrol dışında hissederler. Binalar ve başka insanlar hakkında güvensizlikte hissederler. Terapi stratejisi, hastanın bu alanlarının hepsini ilgilendiren güvenliğine hitap etmelidir. Güvenliğin tesisi beden kontrolüne odaklanmakla başlar ve kademeli olarak çevrenin kontrol edilmesine doğru gider. Çevre meselesi, güvenli bir yaşam durumunun tesisini, mali güvenceyi, hareketliliği ve hastanın günlük hayatının bütün cephelerini kuşatan bir kendini koruma planını kapsar. Hiç kimse tek başına güvenli bir çevre tesis edemeyeceği için, uygun bir güvenlik planı geliştirme görevi her zaman bir sosyal destek ögesi içerir (Briere ve Scott, 2016; Herman, 2016).

Güven üzerine odaklanmak, beden kontrol edilmesinden çevrenin kontrol edilmesine ilerler. Akut olarak travmatize insan güvenli bir sığmağa ihtiyaç duyar. Bu sığınağı bulmak ve güvene almak, kriz müdahalesinin acil görevidir. Akut bir travmayı

takip eden ilk günler ve haftalarda, mağdur kendini eve kapatmak isteyebilir ya da eve hiç gitmeyebilir. Travmatize insan bir kez sığınacak yer bulunca, dünyada genişleyen bir meşguliyet alanına doğru giderek ilerleyebilir. Bir güven duygusu tesis etmeye çalışırken mağdurun başka insanlarla ilişkileri uçlar arasında salınma eğilimindedir. Her zaman çevresinin insanlar tarafından kuşatılmasını isteyebilir ya da kendisini tamamen tecrit edebilir. Çünkü güvende hissetmek, sadece güvenliğin mevcut olması değildir, hastanın da bunu algılayabilmesi gerekir. Bu çoğu zaman sorun teşkil eder çünkü, travmaya maruz kalmak aşırı şekilde tetikte olmaya yol açabilir; travma geçirmiş pek çok mağdur tehlike beklentisi içine girer, eli kulağında olan saldırıyı ortaya çıkarmak için büyük çaba gösterir, güvenli ortamları ve etkileşimleri bile potansiyel olarak tehlikeli gibi hatalı algılama eğilimi taşır (Pearlman ve Courtois, 2005, s:457). Güvenli bir çevrenin tesis edilmesi yalnızca ilgili insanların harekete geçirilmesini değil, gelecekte olacak şeylere karşı bir koruma planı geliştirmeyi de gerektirir. Travma sonrasında mağdurun, tehdidin ne kadar devam ettiğini değerlendirmesi ve ne tür tedbirlerin gerekli olduğuna karar vermesi gerekir.

Terapist hastanın terapötik güvenlik hakkındaki düşünce ve duygularını belirleyebilmesi oldukça önemlidir; nitekim birçok klinik müdahale, üzüntü verici ani malzemesinin harekete geçmesini ve işlenmesini içerir. Bu tür anılar korku ve acıyı tetiklediği ölçüde, güvende olduklarının farkında olmaya hastalar bu yaşantıları nedeniyle daha fazla stres yaşayabilirler. Tek bir akut travmanın mağdurlarında basit bir güvenlik duygusu, uygun sosyal destek mevcutsa, genel olarak haftalar içinde, onarılabilir. Mağdurun güçlendirilmesine odaklanan kısa terapi, semptomların azalmasını çabuklaştırabilir. Yine de iyileşmenin birinci evresinin terapötik görevinin, kriz müdahalesinin ya da kısa süreli psikoterapinin genel çerçevesi içinde sürdürülebilir (Kilpatrick, Veronen ve Resick, 1979, s:137). Yine de tehlike yüksek ve potansiyel olarak kaçınılabilir ise, terapistin ilk odağı doğrudan güvenliği sağlamak olmalıdır (Briere ve Scott, 2016, s:98).

3.2. Travmada Tedavi Basamakları

1.Basamak: işleyiş;

Bu zorlu çalışma boyunca hasta, gerçekçi bir bağımsızlığı koruyabilmek zorundadır. Bu demektir ki en az kendini geçindirecek bir geliri (terapi ücretini de ödeyebilecek kadar) olmalı; barınma ve gıda sağlanmalı ve profesyoneller ya da kuruluşlar tarafından sağlanıyor olsa da bir tür sosyal iletişim ağı olmalıdır. Bu ciddi derecede destek ihtiyacı, hastanın, terapistin ve terapistin güvenliği adına önemle üzerinde durulması gereken bir husustur. Kişilik çalışması ile harekete geçirilen (örneğin) duygusal baskı, savunmacı eyleme vurmaya neden olursa ya da travma çalışması, iş görme yeteneğine engel olan dissosiyatif bir duruma yol açarsa tehdit altına giren basit yaşamı sürdürme gereksinimlerine göre çalışmanın gereksinimleri ikinci derecede öneme sahiptir. Çalışma için yeterli derecede güvenli bir temel sağlamak ve kaotikleşmeden terapiye devam etmek için icabında geçici bir ara vermek üzere yeterli ek zaman sağlamak adına hastayı çevreleyen şartlar, uygun bir “kapsayıcı çevre” sunmalıdır. Gelir, gıda ve barınak ihtiyaçlarına ek olarak, gerekli olduğunda çocuk bakım desteği ve işten ayrılma özgürlüğü de olmalıdır.

Hastanın işleyişi yeterince marjinal ise elbette ki bu başlı başına bir problem olur ve belki de tedavinin ağırlık noktası bu meseleye işaret eden savunma ya da danışmanlık olmalıdır. Yaşamı sürdürme için gereken temel ihtiyaçlarla bağlantılı olarak hastanın motivasyonu dikkate alınmalıdır. Eğer hasta terapide yer alan en ufak acı ya da duygusal “risk”e katlanmaya gönüllü değilse, ciddi anlamda gerçekçi bir destek bile çok az sonuç verebilir. “Destek” sistemi yıkıcı bir şekilde çıkmaza girmiş hatta istismar edici bir aile sistemini içerdiğinde, hastanın motivasyonu yine tehlikeye girebilir. Tedaviyi kuşatan şartlar ne kadar sağlam ve istikrarlı olursa, tedavi sürecinin de o kadar sağlam ve istikrarlı olacağı su götürmez bir gerçektir.

2. Basamak: kapsama

Bu basamak terapinin büyük bir bölümünü işgal edebilir. Tedavinin, kişilik çalışması içerisinde travma çalışmasını da korumak için mücadele etmesi gerekirken, hem kişilik çalışması hem de travma çalışması ilkin uyumsuz, bozucu ya da yıkıcı dürtülerin ve davranışların kapsanmasını hedeflemelidir.

Kişilik çalışması, dikkatli ve mantıklı eylemlere gerek duyulan yerlerde uyumsuz dışsal savunmaların kullanımını durdurmaya odaklanır. Eğer hasta, inkar ederek, başkalarını suçlayarak ya da (örneğin) aşırı derecede alkol ya da ilaç kullanarak hayatın baskılarına karşı tepki gösteriyorsa, terapinin hastanın bu tepkiyi fark etmesini, olumsuz sonuçlarını görmesini ve bunu azaltmasına yardımcı olması gerekir. Savunmalar tarafından elde edilen geçici doyum nedeniyle bu zorlu bir çalışmadır.

Bu savunmaların aksaklığa uğraması Masterson tarafından tanımlanan (“üçlü”) depresyon ve anksiyete duygularını da harekete geçirir çünkü bu savunmalar kendilerini kabul görme hatta yaşamı sürdürme ile ilişkilendiren bir inanç sistemi tarafından desteklenmektedir.

Uyumsuz savunmalarla yapılan bu çalışma hastalarla gerçekleştirilen ego çalışmasının ilk evresi olarak tanımlanabilir (ikinci evre olumlu savunmaların kurulmasıyla ilişkilidir). Bu evre, terapide ilerleme için oldukça yerinde olmasına rağmen, özellikle terapi yeni bellek ve duygu düzeyleri uyandırıyor, terapist hastanın bu evreye gerilemesine karşı hazırlıklı olmalıdır.

Travma çalışması: Travmalı bir hastayla çalışmanın mümkün olduğu kadar bir güvenlik duygusu kurmakla işe başlaması genel olarak kabul görmektedir. Bu bilişsel olarak gerçekleştirilebilir; hastanın rahatsız edici düşünceleri ve duyguları bir kenara koymak için her zaman özel bir kapasiteye sahip olduğuna (çözülme) ve hastanın bu kapasiteyi bilinçli ve yapıcı bir şekilde kullanabileceğine dikkat çekilir. Sakinleştirici imgelerle gevşeme sık sık kullanılır ve eğer terapist usta bir klinik hipnotist ise, hastanın iç dünyasında “güvenli bir yer inşa etmek” tavsiye edilir. Benim kullandığım ilave bir hipnotik öneri ise, rahatsız edici şeyleri ortaya dökmek ve tekrar yerine koymaktır (hastanın hayal gücüne uyan herhangi bir saklama kabında); bu, hastanın acı veren şeyleri kapatma ve açma kapasitesini güçlendirir ve daha sonraki duygusal boşalmanın “kısımlara ayrılması” (bir dizi seans sonrası travmanın kısmi olarak canlanması) için bir ön hazırlık olabilir.

Travmatik yaşantıyı kontrol altına almaya yönelik müdahaleler, kişilik çalışmasında yer alan travma çalışmasını devam ettirmek için önemlidir. Özellikle ilk tedaviyi kapsamak için yeni içgörünün ve eski travmatik yaşantının ortaya çıkması en aza indirgenmelidir, çünkü hasta uyumsuz ve tedaviyi bozucu savunmalarla bunları kontrol etme eğiliminde olacaktır. Hastanın uyumlayıcı savunmaları güçlendirilene kadar derin duyguların ve anıların teşvik edilmesinden kaçınılmalıdır.

3.Basamak: güçlendirme

Bu süreçteki her yeni basamak daha önceki basamaklarla örtüşür ve yavaş yavaş baskın hale gelir. Terapi, işleyişi ve kapsamayı vurguluyorken bile, stresli olan bir şeyle sağlıklı bir şekilde başa çıkma yollarını da tanıtmaya başlamalıdır. Terapinin esas amacı olan, dürtünün, duygunun ve davranışın uyumlayıcı yönetimi, yalnızca uyumsuz yöntemler fark edildiğinde ve azaltıldığında başlayabilir ve uyumsuz yöntemler de ancak alternatifler tanıtıldığında değiştirilebilir. Bir dereceye kadar terapinin bütün unsurlarının, terapinin tüm aşamalarında hatırı sayılır bir yere sahip olduğunu söylemek muhtemelen abartı sayılmaz.

Dolayısıyla, tedavinin başlangıç evresi olarak ilkin güçlendirme üzerine odaklanılır ve olumsuz savunmalar durdurulana ya da önemli ölçüde değiştirilene kadar ve travmatik yaşantının ifade edilmesi bilişsel kontrol düzeyinin altına girene kadar, güçlendirme birinci derecede öneme sahip olmaya devam eder. Güçlendirme aşaması, bilinçli kendiliğin sorumluluk alarak ve durumun nihai komutasına geçerek uyanmaya başladığı bir aşamadır. Bununla birlikte, terapi genellikle iki adım ötede ve bir adım geride olduğundan, güçlendirme, tedavi süresi boyunca düzenli olarak geri dönmek zorunda kalınacak bir meseledir.

Kişilik çalışması: Terapinin güçlendirme evresinde, devamlı surette kendilik yönetiminin problemlerinin farkında olma durumu göze çarpar. Kişilik bozukluğu bir ölçüde, kendi kendine zarar veren davranış ve sonuçlarına ilgisiz kalmakla tanımlanır.

Ego çalışmasının kapsayıcı (containing) başlangıç evresi, ikincil kazançların ve alışkanlıkların cazibesıyla ve yeni davranış yollarının sahte görüldüğü duygusuyla mücadele etmeyi oluşturur. Karşılık verilmesi gereken bir yoksunluk duygusu mevcuttur; yüz yüze gelmek için eski savunmalara “üçlü” gerilemenin ve sağlıklı doyumun çok az ve çok olduğu kanısının ve hatta cezayı gerektiren şeylerin de üstesinden gelinmelidir.

Ancak uygulama ve zamanla dengeler değişir. “Akşamdan kalma” bir acizlik duygusunu uyandıran davranışa son vermeyle gelen bir rahatlama söz konusudur.

Eyleme vurma, kınama ve suçluluğu da beraberinde getirir. Kaçınma ve inkar bağlantısızlığa ve kayba yol açar. Yansıtma, değersizleştirme, uzaklaştırıcı memnuniyetsizliğe ve tecride sebep olur. İdealleştirme ve yapışma en sonunda hayal kırıklığına uğratar. Terapinin devamlılığı, hastanın dürtü anında “akşamdan kalmayı” hatırlamasına yardım eden “yardımcı ego” olarak rol oynar (Spitz, 1965). Bu öğrenme işi yürütmeye başlar başlamaz, hasta uyumlayıcı davranışa değer vermeye başlar ve güçlendirme evresi odağa yerleşir.

Ego dilinde devam etmek için, terapinin bu evresinde iki önemli şey gerçekleşir. İlkin, egonun yönetici fonksiyonu problemleri davranışı güçsüzleştirmeyi ve dürtüsel tepkiyi ertelemeyi öğrenir. İkinci olarak, savunmacı ego geçmişteki yıkıcı eylemlerin yerine daha sağlıklı ve daha olgun davranışları koymaya çalışır. Ego bilişsel açıdan bu süreci anlayabilir ve yeni bir huzur duygusuna rehberlik edene dek mümkün olduğunca muntazam bir şekilde bu süreci korur; ego kendi kendini memnun edici ve kendi sürekliliğini sağlayıcı bir hal almaya başlar. Kişilik bozukluğu durumunda ise bunun düzenli bir şekilde ilerleyen bir süreç olmadığı vurgulanmalıdır. Toplam iyileşme artarak ilerleme kaydederken, ilerleme hissini geçici olarak engelleyen geri adımlar mevcuttur. Bu aşamada kapsamanın yeniden vurgulanmasını gerektirerek “kendilik üçlüsü bozuklukları” ortaya çıkabilir (bireyleşme depresyon ve anksiyeteye yol açar; bu da eski savunmalara gerilemeye sebep olur). Burada hasta bilişsel farkındalıkla güçlendirilebilir; bu terslikler psikişik gelişme sürecinin bir parçasıdır; kabul edilmeli ve çalışmanın kaçınılmaz bir yönü olarak ele alınmalıdır.

Bu evrede ve daha önceki evrede yapılan müdahalelerin esasen egoya (sosyal gerçekliği ve psikişik gereksinimleri algılayan ve bunlar arasında aracılık eden kendilik fonksiyonu) yönelik olduğu unutulmamalıdır. Bu müdahaleler, sağlıklı ilerlemeye sekte vuran tavırların önüne geçerken, yapıcı düşünme ve davranma yollarını destekler. Tekrarlanıp duran yüzeysel yaşam modellerini tespit etme ve tutarlı bir geçmiş hakkında bilgi toplama dışında, belleği ve duyguları harekete geçiren (geçmişteki aile ilişkilerine vurgu gibi) içgörüyü çok fazla önem verilmemesi beklenir.

Yüzleştirme, narsisistik kırılmada aynalayarak yorumlama ve güncel şizoid ikilem yorumlamaları gibi egoya yönelik özel müdahaleler daha ileriki bölümlerde tartışılacaktır.

Travma çalışması: Bu evre süresince, hastanın karakteri yoğun duygular için henüz güvensiz ve değişken bir kapsayıcı olduğundan, travmatik yaşantının açığa çıkmasını minimum düzeyde tutmak mantıklı olur. Bununla beraber, kişilik güçlendikçe travmatik olayın gün ışığına çıkmasına yönelik bir eğilim olabilir ve bu da yapıcı bir müdahaleyi gerektirir.

Eğer gevşeme teknikleri kullanılıyorsa, bunlar güçlendirilmelidir (bazen terapistin seans aralarında hastanın dinlemesi için bir kaset ya da CD kaydı yapması yararlı olabilir). Hipnoz kullanılıyor ise güvenli bir yer takviyesi yapılmalı ve dışarıya çıkartılan şeyi bir kenara koyma kapasitesi güçlendirilmelidir; bunun karşılığında bir denge oluşturmak adına olumlu anılar ve kendi kendini onaylayan tutumlar harekete geçirilmelidir. Öncelikli olarak hasta, kendini olumsuz etiketlemeye karşı bir bakıma başarı elde eden bir yöntemle malzemeyi bilişsel olarak gözden geçirmek için entelektüel savunmaları kullanmaya devam etmelidir (örneğin “Kötü muamele görmüş kişiler genelde kendilerinin kötü olduğunu düşünürler ama gerçek şudur ki onlar başkaları tarafından kötü muamele görmüşlerdir”).

Hasta empati kurabilen etkin bir dinleyiciyle (ya da herhangi birisiyle) travmatik olaylar hakkında ilk kez konuşuyor olabilir. Hasta bu bilgileri paylaştıkça, olayla ilgili sorgulanmamış algılamalar ve inançlar daha sağlıklı bir açıdan anlaşılabilir ve değişmeye başlar. Korku, kızgınlık, çaresizlik ve suçluluk duygularının travmaya eşlik

ettiğini zihinsel açıdan kabullenme, bu duyguların gerilimini giderir ve bunlarla başa çıkması için hastayı güçlendirir.

Ayrıca hasta en azından belli inançların (mesela akıl dışı bir şekilde kendiliği suçlayan ya da bir saldırganı koruyan inançlar) bir çarpıtmaya dayalı olduğunu konusunda sağduyulu bir şekilde rahatlatılabilir.

Travmatik şeyler bu aşamada görülürse, terapistin de kendi gücüyle kapsama için katkıda bulunması önemlidir. Hastanın duygu yoğunlaşması ya da duygusal boşalmaları süresince terapistin istikrarlı olması gerekir.

Bu olayların gelişimi sırasında terapist, içerikten ve duygudan uzaklaşmadan, artan bir farkındalığa doğru ilerleyen stresli olayı hastanın yaşamasına ve dile getirmesine imkân sağlayarak empatik bir hassasiyet gösterir. Genel olarak terapist şunlardan fazla bir şey söylemeyecektir: “Tamam”, “Daha sonra ne oldu?” ve “Konuşmak iyi gelebilir ancak güven içinde söyleyebildiklerinden fazlasını söylemene şu anda gerek yok.”

Eğer bir duygusal boşalma meydana gelirse, hastanın psikotik bir kırılma yaşadığının değil, henüz bilinçli olarak tamamlanmamış travmatik yaşantının şimdi tamamlanmasına izin verdiğinin düşünülmesi önemlidir. Hasta danışma odasının esasında şimdiki zamanı yansıttığına emin olmalıdır ve terapist eşzamanlı bir şekilde hastanın geçmiş bir yaşantıyı (şimdi gibi hissettiren) ifade etmeye çalışmasını ve mümkün olduğunca bu yaşantıyı sözcüklere dökmeye çalışmasını sağlarken, terapistin sesi şimdiki zaman için bir köprü gibi düşünülmelidir. Hasta odada gezinmek yerine sözel tanımlamalara teşvik edilmelidir. Duygusal boşalma esnasında terapist hastaya dokunmamalıdır; çünkü bu dokunuş ortaya çıkan senaryonun bir parçası gibi yanlış anlaşılabilir. Seans sonlanmadan önce hastanın sadece terapistle aynı şimdiki zamanda bulunması ve duygusal boşalmayı mümkün olduğunca gözden geçirmesi önemlidir. Hastanın seansı güvenli bir şekilde sonlandırmaya yeterli derecede yönlendirilmiş olduğuna emin olmak elbette ki gereklidir. Bazen hasta, kaldığı yerden devam etmeden önce, bir süre için bekleme odasında ya da yakın bir kafeteryada dinlenebilir.

Güçlendirme, denge; Bu aşamada terapide tarafsızlığı sürdürmek terapistin öncelikli sorumluluğudur (zamanla, hasta gitgide bu görevi üstüne alacaktır). Hasta savunma biçimleri arasında tereddüt ederken ve bir duygu derinleşmesine doğru yavaş yavaş ilerlerken, yeni bir psişik alana girer ve daha kırılgan olur. Hastaya yardım etmek ve hastayı dengede tutmak için terapistin sorumlu bir “yardımcı ego” gibi hareket etmesi gerekir.

Kişilik çalışmasına göre terapist hastanın duygularını harekete geçirmekten ziyade duyguları anlaması için yardımcı olmalıdır (örneğin: “Bu durumla ilgili gerçekten kızgın olmalısın; bunun hakkında konuşmaya ne dersin?” demek yerine “Kızgınlık duyman sürpriz değildi”). İlerleme, eski savunmalara paradoksal bir geri tepmeye eğilimli olduğunu anlama ve buna hazırlıklı olma kapasitesini de kapsayacak şekilde, bu aşamada hastanın hedefleri, kendini gözleme, farkındalık ve yapıcı kendilik yönetimidir.

Kişilik çalışması, yeni perspektiflerin gerçekleşmesi (“Kendimi sevmeye başlıyorum”) ve eski kırılmalıklar (“Kendimi sevmek beni korkutur”) arasında bir denge tutturmalıdır. Geçmiş deneyimler sonucunda, şimdiki zamandaki içgörü (“İnsanlara karşısında durabilirim çünkü şu anın geçmiş olmadığını biliyorum”) geçmişteki yoğun içgörüyü (“Beni her gece dövdüğü için babamdan nefret ediyorum”) baskın çıkmalıdır. Terapide ilerlemeyle ulaşılan içgörü düzeyi, uyandırılan duyguların derecesini tolere etmek için yeni edinilmiş savunmaların kapasitesine karşı dengelenir.

Travma çalışması ise travmatik şeylerin açığa çıkması ve gittikçe artan içeriği anlama ve duyguları yönetme kapasitesi arasındaki dengeyi korumalıdır. Bir o kadar önemli bir konu da, kişilik çalışması ve travma çalışması arasında, kişilik çalışmasının sürecin esas kapsayıcısı olduğunu temin eden bir denge olmalıdır. Kendilik, varlığını tanımlama ve işlevsel kılma kapasitesini şekillendiren karakter/kişilik oluşumunda biçimlendirilir. Karakterle ifade edilemediği takdirde, potansiyel kendilik pasiftir ve dışsal ve içsel dünyaların yönetiminde başarılı olamaz.

Tedavinin dengesiz olması yaygın bir karşı aktarım sorunudur. Terapistlerin terapi sürecini etkileyen güçlü yönleri ve tercihleri vardır. Bu alanda, travma çalışmasından kaçınmak ve çoğunlukla, hatta özellikle kişilik çalışmasıyla meşgul olmak öylesine yaygınlaştı ki, bir moda olarak tanımlanabilir. Diğer aşırı uçta, yaşantının ve belleğin kendilikten dışarı atılabileceğini öne süren katarsisle ilgili görüşü koruyarak travma çalışmasının kişilik çalışmasından ayrı tutularak yapılabileceği görüşü vardır. Gerçeğe uygun olarak, bilinçlilik düzeyine çıkarılan her ne olursa olsun, yönetilecek ve uygun bir şekilde perspektife yerleştirilecek algılar ve duygularla kendilik farkındalığının bir parçası olur. Bir kısmı bastırıldığı takdirde (travma çalışmasının eksikliği), kendilik sağlıklı bir bilinçliliğe doğru gelişim gösteremez ya da diğer kısımları istila etmeye teşvik edilir (kişilik çalışması eksikliği).

Güçlendirme, hız denetimi; Terapist genelde ya içgörüselle ya da travmatik şeyleri açığa çıkartması konusunda hastayı koşturma eğilimindedir. Diğer taraftan terapist daha zorlayıcı bir çalışma izlenimi vermektan kaçınarak “müzakere” yöntemiyle oyalanmayı tercih edebilir. Elbette ki hastada da benzer bir koşturma eğilimi olabilir (özellikle “ilerleme” için zorlamak, sadece açığa vurmada zorlukla karşılaşınca geri çekilmek).

Bu terapötik evrede terapist “yardımcı ego” olarak rol oynadığından, terapinin hız denetimi büyük ölçüde terapistin rehberliğindedir. Aslında bu kişilik çalışması ve karakter çalışmasını eş zamanlı dengede tutmaya bağlıdır; diğerinin hızını korumak adına ötekine zaman vermek: hiçbirisi ihmal edilmemeli ve o anda hangisi vurgulanıyor olursa olsun, terapist her ikisinin de farkında olmalıdır. Bilhassa terapist, terapötik süreçte yoğun geçişlerin güçlendirilmesi ve iyileşmesi için hastanın kapsama becerilerini geliştirmesine ve kullanmasına devam etmesini sağlamalıdır. Bu güçlendirme karşılıklı anlaşarak yapılmalıdır ve hastanın uygulamasının ve ayımsamasının bir parçası olmalıdır.

4.Basamak: bilişsel ve davranışsal değişim

Kısa ve kısa süreli terapinin hedefidir. Çoğu kez hastanın tedaviyi sonlandırmaya karar verdiği ve terapistin bu karara uymaya istekli olduğu nokta ile

tanımlanmaktadır. Esasen güçlendirme ve kapsama, yeterli bir işleyiş temeline dayalı olarak sağlam bir şekilde kurulmuştur. Yani hasta, geçmişin ve onun tekrarlanan modellerinin, şimdiki sorumluluklarının, kırılmalıklarının ve gelecek hedeflerinin sağlam bir entelektüel kavrayışı rehberliğinde kendini gözlemleyerek ve düşünerek davranma kapasitesi geliştirmiştir. Hasta sağlıklı bir bağımsızlık ve karşılıklı bağıllık için akla yatkın bir fırsata erişmiştir. Akli savunmalar ve objektif bir bakış açısı yakalama yeteneği, büyük ölçüde, ilkel, dürtüsel savunmaların ve travma güdümlü davranışların yerine geçmiştir.

Derin içgörü ve duygular bir dereceye kadar bu evreye girmiş olsa da (tüm evreler bir ölçüde birbirini andırır), bu öncelikli olarak kavramada, davranışta ve yaşam becerilerinde bir değişim aşamasıdır. Ayrılık anksiyetesi ve terk depresyonu çözümlenmemiştir ancak arada sırada ortaya çıkma durumlarına karşı hasta hazırlıklıdır. Hasta şimdi, hayattaki özgün ve başarılı anlarında beklenmedik endişe ve üzüntü yaşayabileceğini idrak eder ve bunun geçmiş yaşantılardan kaynaklanan bir fenomen olduğunu ve ona göre davranılmazsa gelip geçici bir durum olduğunu anlar. Benzer şekilde, travmatik tepki işareti verildiği zaman, şimdiki zamanda hala ruhu taciz etmesine rağmen bunun gerçek anlamda bitmiş bir geçmiş yaşantının ortaya çıkışı olduğunu bilir. Tehlikenin geçmişte kaldığı yönündeki bilişsel bir güvenceyle hasta, rahatsız edici bir hadiseyi idare etmek adına gevşeme teknikleri gibi edinmiş olduğu becerileri de kullanabilir.

Yeterli derecede kararlı bir duruma erişildiği belirginleşinceye kadar tedavinin bu aşamasına devam edilmelidir. Durum, hasta ve terapist arasında açık açık tartışılmalıdır; hasta anlayış ve kontrol sorumluluğunu açık bir şekilde üzerine almalıdır. Ayrımsama, değişen davranış ve kendi kendini yönetme tedavinin bu kademesine damgasını vurmaktadır.

Köklü değişimden ziyade bilinçli bir şekilde yapılanmış tepki ve değişen davranış üzerine vurgu yapıldığı için zaman zaman terapiye dönüş için açık kapı bırakılmalıdır. Hasta, yeniden dengeleme ve yeni oluşan herhangi bir şeyin yönetimi için bağlantı kurulmasında ve görüşülmesinde olağanüstü bir durum olmadığını bilmelidir.

Şunu da belirtmek gerekir ki bu noktayı geçtikten sonra terapiye devam etmek bir anılar ve duygular kaynağı (ve sıklıkla güçlü aktarım tepkileri) oluşturduğu için, tahminen hastanın direnci burada artar. Bu direnci bir tıkanma noktası olarak görmek yerine, kısa süreli terapi bunu süreci sonlandırmaya yardım etmek için kullanabilir.

5. Basamak: İçgörü ve dinamik değişim

Hem içsel değişim hem de dışsal uyum sağlama uzun süreli terapinin hedefleridir. Çocukluktan kaynaklanan derin duygular ve anıların vadesi burada dolar ve geçmiş yaşantıların düzenli duygusal boşalmaları gerekebilir. Tedavinin bu düzeyinin yoğunluğu nedeniyle, bilişsel ve davranışsal değişim hayli yerinde olmalıdır. Egoya yönelik kısa süreli terapi kazanımları, işleyiş, kapsama ve güçlendirme basamaklarını takip ederek, detaylı çalışmanın baskılarına karşı gerekli bir siper oluşturur.

Uzun süreli dinamik psikoterapide içgörü, şu andaki semptomların ve örüntülerin geçmişteki kökenlerinin yorumlanması ile kazanılır. Bunun amacı, erken yaşlardan itibaren hastanın hayatına şekil veren ilişkilerin, olayların, tutkuların, isteklerin duygusal ve bilinçli bir anlayışı olan anamnezi yoluyla kendiliğın yeniden biçimlendirilmesidir. Bu kendilik bütünlüğünü kazanmak için hasta, mümkün olduğunca duygusal çarpıtmadan uzak, ona bütünlük ve anlam duygusu veren, kendini daha önceki patolojisini tanımlayan savunmacı kavram yanılgılarından ve tekrarlardan kurtaran tutarlı bir yaşam öyküsü oluşturur.

Aktarımın tabiatı değiştiği için, içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin olgunlaşması kişilerarası ilişki çarpıklıklarını düzeltir. Hasta daha gerçekçi bir şekilde algılamaya başladığından, kendilik, öteki ve karşılıklı ilişkiler daha karmaşık ve ikircikli bir yolla idrak edilir. Aktarım sırasında terapist artık ne tamamen iyi ne de tamamen kötü olarak görülmez; terapistle olan ilişki ise geçmişte kişiliğe şekil veren yaşlardaki bakıcıyla olan uyumsuz ilişkinin bir tekrarı olarak algılanmaz.

Hasta ayırt etmeyi öğrenmiştir ve bu nedenle daha olgun ve objektif olarak, yöneltilmiş bir bakışın aksine kendiliğın, ötekinin ve ilişkinin tabiatındaki arda kalan çarpıtmaların farkına varır. Yansıtılan şeyden gerçekliği ayırt etme kapasitesi, geçmiş ilişkilerin ve örüntülerin şimdiki zamandaki işgallerini tanımlama ve iyileştirmede önemlidir.

Yaşananları olduğu gibi kabul etmek için (ve böylece şimdi oldukları gibi serbest bırakmak için), karakterolojik olarak hasta terk depresyonunun ve ayrılık anksiyetesinin güçlükleriyle de yüzleşmek durumundadır. Travma çalışması kendiliğın “kayıp” bölgelerini mümkün olduğunca ıslah etmek için kaçınılan ya da tamamlanmamış anıları doğrudan olarak ele almaktadır. Bu süreçte harekete geçen duygular derin duygulardır ve hastanın bakış açısındaki değişiklik-özellikle önemli ötekilerle ilgili- kafa karıştırıcı olabilir. Bütüncül bir kendilik ediniminin bedeli, kişinin bildiğini düşündüğü kendiliğın-ve belki de ötekilerin- yitimidir. Tutarlı bir öyküye ulaşma mücadelesinin ötesinde; anksiyete, depresyon ve açığa vurmanın acısından da öte, en sonunda eski bağların özgürleşmesini ve yeni bir varoluşun kabulünü sağlayan bir keder yatar.

6. Son olarak, dengeleme

Hız denetimi ve tekrarlanan güçlendirme uzun süreli terapi süresince devam eder. Abartılmış duyguların stresi altında hasta eski uyumsuz savunmalarına gerileyebilir ve geçici olarak askıya alınmış derin yorumlamaları karşılamak için egoya yönelik müdahalelerin bir süre için yeniden yapılması gerekebilir. Eğer travma çalışması bu düzeye gelirse, kişiliğın dayanma gücünün sınırlarını geçmemelidir ve her zaman hasta, çalışmanın güçlendirilmesine ve kendiliği sürecin baskılarından kurtarmaya ve yeniden canlandırmaya fırsat veren bireysel bir hızda ilerlemelidir (Orcutt, 2011, s:1008-1018).

4. TRAVMA TEDAVİSİNDE HEDEFLERİN HİYERARŞİSİ

Hastalığın farklı fazlarında hedeflerin öncelikleri ve önemleri de farklıdır. Bu hedefler birbirinden bağımsız değildir ve birbirinden tümüyle ayrılamaz, ancak her zaman aynı önceliğe sahip değildirler. Bu fark belirgin veya belirsiz, tek yanlı veya iki yanlı olabilir; belli bir zamanda bu konuyu birlikte konuşmanın ve karşılıklı anlayış sağlamanın yararı vardır.

Yaşam güvencesi; Risk alma eğilimi ve tedbirsizlik ne ölçüdedir? Terapinin amacı, bu tehlikeleri açığa çıkarıp yorumlamak, bu aşırı durumlarda da hastanın duygusal dünyasına ulaşabilmek için aradaki bağlantıları kurmak, arka planda yatan duygu ve dürtüleri kavrayabilmektir. Aynı zamanda hastanın terapiye hazır olması konusunda hiçbir kuşkuya yer bırakılmamalıdır: Kuşkulu durumlarda terapist/hekim sizin iradenize karşı karar vermek durumunda (zorunda) kalabilir ve sizi belli bir kuruma havale edebilir. Bu karar terapist/hekime bırakılmamalı, daha sonra tartışmak ve karşılıklı anlamayı sağlamak üzere bizzat hastanın kendisi tarafından alınmalıdır. Böyle bir önlemin ne zaman gerekli olabileceği hususunda ortak bir görüş oluşturabilmek için önceden bu konunun birlikte ele alınmasında yarar vardır.

Temel gereksinimlerin güvenceye alınması: Depresyon ve manilerde temel gereksinimlerin büyük ölçüde ihmal edilme tehlikesi vardır. Yeme ve içme ihmal edilebilir ve aşırı olabilir. Uyku-uyanıklık ritmi büyük ölçüde bozulabilir – bazen de farklı duygu ve düşüncelerle. Ancak insanın kendi temel gereksinimlerine dikkat etmesi büyük önem taşır.

Sosyal güvence; Bu kavramla öncelikle sosyal varlığın ve sosyal ilişkilerin doğrudan güvencesi ifade edilir. Bunlara, zamanında hasta vizitesi alabilme, geçim koşullarının düzene sokulması, çocukların bakımı ve yakınların desteklenmesi dahildir – eğer mümkünse özel mülkiyetin, malvarlığının ve mirasın korunması veya yasal danışmanlık hizmetinin sunulması da gerekir. Ancak sadece sosyal hakların düzenlenmesi değil, hasta yakınlarına konuyu kavratmak ve onları tedavi sürecine çekmek de önemlidir.

Kendini ve varlığını korumak; İnsanın kendisi kaybolmaz, tehlikeye girer, kendi kendinden sorumlu olma duygusu devredışı kalır ve istikrar şart olur. Kendi varlığını koruma davranışına çok çeşitli etkinlikler, ilişkiler, ritimler ve görevler girer: Örneğin hijyen açısından bugün hangi etkinlikler mümkün? Hangi ilişkiler kurulabiliyor (örneğin posta kutusunun boşaltılması, telefonlara cevap verilmesi)? Hangi minimum günlük yaşam düzeni sağlanabiliyor (örneğin günlük gazete alınabiliyor)? Özsaygı duygusunun bütünüyle kaybolmaması için hangi küçük görevler yerine getirilebiliyor (örneğin çiçeklerin sulanması, köpeğin gezdirilmesi)? Başarının güvenceye alınabilmesi için bu görevlerin ne kadar düşük veya küçük tutulması gerekiyor? Depresif ve manik dinamikler vardır ve hedefler bunlar dikkate alınarak belirlenmelidir, aksi takdirde başarısızlık önceden programlanmış olur.

Hastalığın kabul edilmesi; Depresyon ve manide kendini kabul etmenin olmadığı görülmektedir. Bugüne kadar olan yaşam reddedilir veya değersiz bulunur. Hasta kendi kişilik değerinden kuşkuya düşer – depresyonda açık biçimde ve doğrudan, manide ise

dolaylı olarak. Burada hangi kararlar ve hangi bilgilere rahatlatıcı bir rol oynayabilir? Depresyonda bunun, kişinin kendi hastalığını kabul etmesi olduğu düşünülebilir. Ancak öncelikle terapi ilişkisi, kişinin çektiği acıyı idrak ederek duygusal yalnızlığı kısmen de olsa kırabilir, hastanın fazlara bakışını ve idrakini kolaylaştırarak umudunu kaybetmesini önleyebilir. Aynı zamanda hastanın hastalık konseptinin bilinmesi ve buna saygı gösterilmesi de önemlidir.

Manide uygun bir hastalık konsepti ile rahatlama sadece dolaylı yoldan sağlanabilir. Güncel davranışların bir maniden kaynaklanıp kaynaklanmadığının bilinmesi hastanın yakınlarında büyük rahatlama sağlayabilir. Böylece hangi zorlukların mani esnasında ortaya çıktığı, hangilerinin doğal olduğu belirlenebilir ve hastanın lehine ilişkiler korunup sürdürülebilir. Manide de uygun bir hastalık konseptinin geliştirilmesi ve tek yanlı ideolojik ön verilerden kaçınmak önemli olabilir.

Kendine güven; Bu mücadele sadece az veya çok rahatlatıcı hastalık konsepti ile ilişkili değildir. Tedavi sürecinde de kimin kime söyleyecek bir şeyinin olduğu, kimin gücünün daha yüksek olduğu, hangi kararların kimin alması gerektiği hususlarında bir mücadele gerçekleşir. Burada her zaman ve her yerde geçerli bir strateji yoktur. Bazı depresif hastalar hekimlerinin/terapistlerinin söylediklerini, daha sonra onları zorlama yapmakla suçlamadan, rahatlıkla kabul ederler. Bazıları ise, terapist kendi güçsüzlüklerini kabul edip depresyonu olabilecek en kötü şey olarak kabul ettiğinde, acıları nedeniyle ciddiye alındıklarını hissederler. Ve bazı manik hastalar her türlü müdahale ve etkiye alerjik tepki gösterir, bazıları ise uzun uğraşlardan sonra belirli yönlendirmeleri kabul ederler. Bizim deneyimlerimiz, samimi ve kesintisiz mücadelenin yarar sağladığını ve her türlü kolaycı biçimsel düzenlemelerden kaçınılması gerektiğini göstermektedir.

Zorlanmaların ve çatışmaların algılanması; Belirli zorlanma ve çatışmaların daha iyi algılanması ve iki uçluluğun dinamiğine etkide bulunabilmek için fazları mümkün olduğu kadar erken felaket olarak değil, bir şans olarak kabul etmek gerekmektedir: Yerine getirilemeyen hangi istekler depresyonu artırıyor, yerine getirilemeyen hangi arzular maniyi belirgin hale getiriyor? Hangi zaaf lar veya güçlü yanlar görünür hale geliyor? Yüklenme (zorlanma) ile heves arasında nasıl daha iyi bir denge kurulabilir? Önemli ve önemsiz görev ve planlar birbirinden nasıl ayrılır; kimin kararı geçerlidir? Başkalarının ölçütlerine bu kadar bağımlı olmamak için kişinin kendi ölçütleri nasıl geliştirilir veya desteklenir? Ve bu konuda hastalık nedeniyle ortaya çıkabilecek kısıtlamalar nasıl dikkate alınabilir?

Duygularla uğraşmak; Depresyon üzüntüyle, mani de mutlulukla aynı değildir. Her iki faz da az veya çok boşluk duygusu tarafından belirlenebilir. Tekrar daha fazla hissetmek, üzüntü veya aşırı hareketlilik hallerinde başkalarından yardım ve destek almak, genellikle akut fazın ötesine geçer. Duyguları zamanında idrak etmek ve onları kabul etmek, gelecekteki fazlara karşı etkide bulunabilir. Ve bazen, bastırılmış duygulara ait geçmişini bilince çıkarmak ve onlarla entegre olmak da gerekli olabilir.

Sosyal ritimler; Mani ve depresyon arasında gidip gelen insanlar, insani duyguların genişliğini diğer insanlardan daha iyi görür ve anlarlar. Aynı zamanda küçük ritimlere, kurallara ve değişikliklere bazen şaşırtıcı biçimde çok az değer verirler. Bu

küçük olgulara karşı daha dikkatli olmayı geliştirmede akut fazları zayıflatmak ve önlemek yardımcı olabilir. Sosyal ritimlere uymak ve düzenli bir günlük yaşamı yerleştirmek, biyolojik ritimlere istikrar kazandırmada ve duygu ve enerji rezervlerini geliştirmede yararlı olabilir. Bizim deneyimlerimize göre, kritik zamanlarda düzenli uyunduğu, bedensel harekete dikkat edildiği, düzenli günlük yaşam biçimi geliştirildiği, istikrarlı dinlenme ve etkinlik zamanları ayrıldığı, doğa ile iyi ilişki kurulduğu ve yakınlara karşı dengeli bir yakınlık sağlandığı takdirde, birçok alt depresyonlar ve hipomaniler savuşturulabilir. Ayrıca sosyal ritimlerdeki değişikliklerden erken uyarı belirtileri olarak yararlanmak da önem taşımaktadır. Ancak bu konuda dikkatli olunmalıdır: Sadece ve ısrarla erken uyarı belirtilerine dikkat etmek, hastalığa bakışı yoğunlaştırabilir, yaşam kalitesini etkileyebilir ve kendisi erken uyarı belirtisi haline gelebilir.

Öz konsepti genişletmek; Travmatik insanların tedavisinde temel hedef istikrarlı bir öz konsept oluşturmaktır. Terapi sürecinde, sadece metabolizma bozukluğunun açıklanmasına dayanmayan, hastalığı biyografik bağlam içinde ele alan bir hastalık modelinin geliştirilmesi, rahatlatıcı ve kendine saygıyı destekleyen bir anlayışı yaratabilir. Hasta terapistlerle ilişki içinde derin bir özdeğer duygusu geliştirebilir. Bu süreçte hastanın kendi özgücü ve yetenekleri de istikrar yönünde etkide bulunabilir. Ayrıca öz konseptin istikrarlı hale getirilmesine, manik ve depresif bölümlerin (akut fazda görülen ve başlangıçta hasta tarafından reddedilen kanılar, istekler ve korkular) öz konseptte entegre edilmesi de dâhildir. Böyle bir gözlem, yeni öz bilgilenmeye ve anlam bağlantıları oluşturmaya olanak sağlar (Leahy, 2015, s:313-333).

5. TRAVMA TERAPİSİNDE PSİKOEĞİTİM MODELLEMESİ

Psikoeğitim; baş etme becerilerinin ve uzun süreli destek sistemlerinin harekete geçirilmesinin ve alternatif baş etme yöntemlerinin araştırıldığı bir bilgilendirme ve güçlendirme programıdır. Psiko-Eğitim, ilkökul yıllarından başlayarak üniversite yıllarına kadar devam edebilecek olan bir “Psikolojik farkındalık” eğitim programıdır. Psiko-Eğitim daha yaşamın ilk yıllarında yerleşmesi gereken “Kendine ve çevreye karşı bireysel sorumluluk, başkalarıyla sağlıklı bir iletişim ve empati kurma, kendini ve çevresini sağlıklı bir şekilde anlama ve adlandırma, geleceğini sağlıklı bir birey olarak kurabilme, kendi yeteneklerini tanıyıp anlayarak ileride buna bağlı olarak “bilinçli seçimler” yapabilme konularını içerir. Belirtilen hedeflere ek olarak Psiko-eğitim programı özellikle yetişkin yıllarda yaşanması olası “stres, kişilik, çevre uyumu, kişisel ilişkiler” alanlarında oluşan kronik sorunların engellenmesini hedeflemektedir (Jacobs ve diğ., 2006). Bu gruplar özellikle problemlerin ortaya çıkmasını “önleme” ye odaklanırlar. Bilgi verme ağırlıklıdır. Üyelerin birbiriyle etkileşimleri önemli olmasına rağmen asıl amaç kendilerine sunulan bilgileri öğrenmeleridir. Bu gruplarda lider iyi plan yapmamışsa ve aktif değilse grubun amaca ulaşması zorlaşır. Psiko-eğitim gruplarında özellikle rol oynama, problem çözme, karar verme ve iletişim becerileri gibi “grup temelli eğitim ve gelişim stratejileri” kullanılır. Belirli beceriler öğretilmeye çalışılır ve problemleri önlemek için çaba sarf edilir (DeLucia-Waack, 2006).

Psiko-eğitim grupları genel olarak okul ortamında bilişsel-davranışsal konularda kullanılmaktadır. Günümüzde ise psiko-eğitim grupları duyuşsal ve varoluşsal konuları da içermeye başlamıştır. Örneğin yalnızlık ve uyum sorunu olan ergenlerin ailelerine

yönelik ve AIDS'le mücadele kanser hastalarının çocuklarına yönelik psiko-eğitim grupları oluşturulmuştur. Psiko-eğitim grupları okullar dışında hastane, klinik vb kuruluşlarda da önleme (HIV-AIDS) ve destekleme (cinsel istismar, hamilelik vb.) amacıyla kullanılmaktadır (Geroski ve Kraus, 2002).

Psiko-Eğitim'i kimler uygulayabilir? Psiko-Eğitim programını üniversitelerin, psikoloji, pedagoji, rehberlik ve psikolojik danışmanlık, sınıf öğretmenliği, felsefe ve sosyoloji bölümlerinden mezun olmuş ve psiko-eğitim programına katılım sertifikası almış her öğretmen ya da öğretmen adayı (stajyer öğretmen) uygulayabilir. Psiko-Eğitim Programı ne kadar sürer? Program, her eğitim-öğretim döneminde başlar, diğer ders saatleriyle aynı sürede haftalık olarak uygulanır, dönem sonunda biter. Program her sınıf ve seviye için 2 dönemlik ders programı şeklinde uygulanacaktır. Psiko-Eğitim programı her okul için uygulanabilir mi? Yeterli sayıda eğitimci eğitildiği takdirde tüm bölge ve yöre okulları için uygulanabilir. Başlangıçta bir pilot deneme yapılması yararlı olacaktır. Psiko-eğitim Gruplarında Planlama Aşamaları Psiko-eğitim gruplarında eğitime başlamadan önce uzun bir süre grubun ihtiyaçları üzerinde çalışılmalıdır. Etkili bir psiko-eğitim grubunun planlanması güçlü bir kuramsal temele dayanmaktadır. Planlama, çoğunlukla grup liderliği veya performansından daha çok zaman alır ve enerji harcar. Bu nedenle grubun başarısı, liderin her bir evreyi iyi planlamasına bağlıdır. Planlama güvenli bir ortamın oluşmasında, sorunların azaltılmasında veya giderilmesinde lidere yardımcı olmaktadır.

Brown'a (2004) göre, genel olarak psiko-eğitim gruplarının planlanmasında sekiz aşama izlenmektedir. Bunlar; grubun amaçlarının ortaya konması, hedef kitlenin kararlaştırılması, hedefler ve beklenen sonuçlarının belirlenmesi, alanyazının gözden geçirilmesi, çevresel faktörlerin belirlenmesi, oturumların planlanması, eğitim stratejileri ve materyallerin seçilmesi ve en son aşama değerlendirmedir. Brown (2004), çocuklar ve ergenlere yönelik psiko-eğitim gruplarında da bu temel aşamaların kullanılması gerektiğini belirtmekle birlikte çocuklar ve ergenlere yönelik grupların, büyüklük, oturum süresi, içeriğin yönetimi gibi noktalarda yetişkin gruplarından farklılaştığını belirtmektedir. Furr ve Fukerson (1982) psiko-eğitim gruplarının yapılandırılmasında iki aşamalı bir model geliştirmişlerdir. İlk aşama üç basamaktan oluşmaktadır. Bunlar; grubun amacının belirlenmesi, bu amaçla ilgili hedeflerin saptanması ve amaca ulaşma yoludur. İkinci aşama ise; içeriğin belirlenmesi, aktivitelerin planlanması ve değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır (Akt. Furr, 2000).

Genel olarak psiko-eğitim grupları daha çok çocuklar ve ergenler için tasarlanmaktadır. Çocuklar ve ergenler için oluşturulan bu gruplar daha çok önleyici nitelikte ve beceri geliştirme amaçlıdır. Çocuk ve ergenlerle yürütülen gruplarda grup liderleri grup üyelerinin konu üzerine odaklanmalarına yardımcı olmalı, uygun olmayan iletişim tarzlarını nazikçe düzeltmeli ve grup içinde etkileşim sağlamaya çalışmalıdır. Çünkü grup üyeleri kendi aralarında geribildirim alıp verebilir, problem çözebilir ve yeni davranışları öğrenmek ve uygulamak için beyin fırtınası yapabilir. Kısaca çocuk ve ergen grupları yetişkin gruplarından farklı bir şekilde düzenlenmeli ve uygulanmalıdır. Özellikle kazandırılacak hedefler bakımından belirli aktivitelerin grup oturumlarında yer almasına dikkat edilmelidir (DeLucia-Waack, 2006).

Grup Öncesi Hazırlık Bir psiko-eğitim grubuna başlamadan önce ilk olarak grup öncesi hazırlık yapılmalıdır. Grup öncesi hazırlıkta grup başlamadan önce kullanılacak içerik ve müdahaleler hakkında önemli kararlar alınmalıdır. Ancak bu kararlar, oturumların nerede yapılacağına ve katılımcı adaylarının ihtiyaç ve ilgilerinin neler olduğu belirlendikten sonra verilmelidir. Genel olarak grup öncesi hazırlıkta altı faktöre dikkat etmek gerekmektedir. Bunlar; ihtiyaçların değerlendirilmesi, grubun kuramsal temeli ve amacının belirlenmesi, grupta cinsiyet dağılımı, oturum sayısı, süresi ve oturumların yapılacağı yer, grup sürecinin ve her bir oturumun planlanmasıdır. İhtiyaçların değerlendirilmesi Grup öncesi hazırlıkta ilk adım ihtiyaçların belirlenmesidir. Bu amaçla gerekli bilgiler toplanmaya başlanmalıdır. Bunu yapmanın birçok yolu vardır. Bunlardan bir tanesi potansiyel grup üyelerine danışmaktır. Okullarda öğrencilere gruplar için potansiyel konu listeleri sunulabilir. Öğrenciler bu gruplardan hangilerine katılmak istediklerini belirtebilir. Bunun yanında öğretmenler de öğrencilerin hangi tür gruptan yararlanacağı hakkında önemli bir bilgi kaynağıdır. Öğrencilerin ihtiyaçları ve öğretmenlerin görüşlerini kullanarak veriler toplandığında, grup liderleri şu aşamada en çok hangi gruplara ihtiyaç olduğuna karar verebilir (DeLucia-Waack, 2006; Jacobs ve ark., 2006). Benzer şekilde Furr'de (2000) hastaların benzer nitelikteki problemlerinin bizim için önemli bir veri olacağını belirtmektedir.

Bu şekilde elde ettiğimiz gözlemler sonucunda grup içeriğinin neler olabileceği konusunda fikir sahibi olabiliriz. Grubun kuramsal temeli ve amacının belirlenmesi Grup öncesi hazırlıkta ikinci adım grubun kuramsal temeli ve amacının belirlenmesidir. Bu aşamada grubun kuramsal temelini oluşturmak da önemlidir. Lider belli bir kuramsal temel ya da birkaç kuramsal temelin bileşimine dayanarak varsayımlar oluşturmalıdır. Eğer grup, kuramsal bir temele dayalı olarak oluşturulmazsa bu durum içerik ve aktiviteler arasında bağlantıların azalmasına ve karışıklığa yol açabilir. Eğer lider belirlediği konuda sınırlı bir deneyime sahipse bu konuda deneyimli kişilerden de yardım almalıdır (Furr, 2000). Grubun amacı belirlendikten sonra üyelerle yapılan görüşmelerde hedefler belirlenmelidir. Hedefler gerçekçi olarak oluşturulmalıdır. Katılımcıların zamanları sınırlı olacağından belli bir süre içinde bu hedeflere ulaşmalarını sağlamak önemlidir. Hedefler ulaşılmak istenen amaçla tutarlı olmalıdır (Brown, 2004; DeLucia-Waack, 2006; Furr, 2000). Grupta cinsiyet dağılımı Grubun amaçları belirlendikten sonra üçüncü adım oluşturulacak grupta cinsiyet dağılımının nasıl olacağı belirlemektir. Grup amaçlarına dayanarak, grupla ilgili alınacak kararlar gruptaki üye sayısı ve cinsiyete göre belirlenmelidir. İdeal üye sayısı katılımcıların yaşına göre değişir. Çocuklarda yaş aralıkları fazla olmamalı en fazla bir veya iki yaş aralığı olmalıdır. Ayrıca hedeflenen üye sayısı belirlenmelidir. Seçilen öğrencilerde devamsızlık oranı yüksekse birkaç öğrenci daha eklemek faydalı olabilir (Brown, 2004; DeLucia-Waack, 2006). Kalter'e göre (2003), karma veya tek cinsiyetli grup olup olmayacağı grup liderinin deneyimine ve stiline bağlıdır. Çoğu danışmanlar karma gruplardaki duygu ve tepki çeşitliliğinin grup sürecini olumlu etkilediğine değinmektedirler (Akt. DeLucia-Waack, 2006). Ancak bazı danışmanlar ise karma grup yapısından kaynaklanan kendini açma güçlüğü azaltmak için ergenlerde tek cinsiyetli grupları tercih etmektedirler (Hines ve Fields, 2002). Carrell (2000) daha olgun ergenler için karma cinsiyetli grupları kurmayı önerir, çünkü bu grubun odak noktası ve ilgisinin ilişkiler üzerinde olduğunu belirtmektedir. Oturum sayısı, süresi ve oturumların yapılacağı yer Dördüncü adım oturum sayısı, süresi ve oturumların yapılacağı yeri belirlemektir. Çünkü oturumların süresi ve sayısı da grup üyelerinin yaşına ve

uygulanan yere (okul, çocuk bakım yurdu, yetiştirme yurdu, klinik, hastane vb...) göre değişir. Yedi ile dokuz yaşa kadar olan çocuklar için en uygun süre 20-30 dakika, dokuz yaş üzeri çocuklar için ise 30-40 dakika arasında olmalıdır. Ergenlerde ise ortalama 50-60 dakika arasında değişmektedir. Grubun toplanma sıklığı da konuya, grubun amacına, ortama ve katılımcılara bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Genel olarak haftada bir defa bir araya gelmek uygundur. (Brown, 2004).

Burada dikkat edilmesi gereken nokta, görüşmelerin sıkıcı olabilecek kadar sık olmaması ve her görüşme sanki ilk görüşmeymiş gibi olacak kadar da aranının uzatılmamasıdır. Grubun özelliklerine bağlı olarak psiko-eğitim grupları için ortalama oturum sayısı 12-16 arasındadır. Bazı durumlarda oturum sayısı çok kısa olabilir. Örneğin ebeveyn boşanmasına adapte olmaya yönelik olan gruplarda ortalama iki oturum olabilir. Ama stresle başa çıkma, problem çözme, öfke yönetimi vb... konularda oturum sayısı daha fazla olmalıdır (Morgan, 2004). Çocuklarla yürütülen psiko-eğitim gruplarında ortalama süre 30 dakika ve oturum sayısı altı olabilir. Grubun uzunluğuna bakılmaksızın ilk veya ikinci oturumlar kuralların ve hedeflerin belirlenmesine ayrılmalıdır. En azından bir oturum üyelerin ne öğrendiklerine, grup hakkında ne hissettiklerine, grup dışında ne öğrendiklerine dair paylaşımda bulunabilecek şekilde ayrılmalıdır. Oturum sayısının gidişi ile ilgili genel bir rehber verilecekse bir veya iki oturum giriş için, bir veya iki oturum sonlandırma yapmak için ayrılmalıdır (DeLucia-Waack, 2006). Psiko-eğitim gruplarının planlanmasında oturumların sayısı ve süresi kadar yapıldığı yer de önemlidir. Psiko-eğitim grubunun yürütüleceği yerin grup üyeleri arasındaki etkileşimi güçlendirmeye olanak sağlamalıdır. Grubun bir araya geleceği yerin herkesin rahatlıkla ulaşabileceği bir yer olması gereklidir.

Psiko-eğitim gruplarında yazılı alıştırmaların yapılabilmesi için sıra, masa vb.. materyallerin bulunması gereklidir. Bu gruplarda ideal olan etkileşim ve uygulamaların ayrı ayrı olacak şekilde yeterince büyük bir alanın olması üyelerin sandalyelere oturması ve aralarında bir engelin olmaması önemlidir. Fiziksel alana ilişkin göz önünde bulundurulması gereken diğer özellikler de rahatlık, odaklanma ve gizlilik. Üyelerin rahat bir şekilde oturmalarına olanak sağlanmalı, oda sıcaklığı iyi ayarlanmalıdır (Brown, 2004; Jacobs ve ark., 2006; Morganett, 2005). Grup oturumların planlanması Oturum sayısı, süresi ve oturumların yapılacağı yer belirlendikten sonra beşinci adımda grup oturumlarını planlamaktır. Bütün gruplar, grup tipi veya liderlik stiline bağlı olmaksızın bir takım aşamalardan geçerek ilerlerler. Bazı uzmanlar grubun üç aşamadan (Jacobs ve ark., 2006) bazıları dört aşamadan (Brown, 2004) oluştuğunu belirtmektedirler. Psiko-eğitim grupları genel olarak başlangıç, çatışma ve zıtlık, çalışma ve sonlandırma aşamasından oluşur. Başlangıç aşaması, grubun uzunluğuna bakmayarak, temel kuralların ve grup üyelerinin hedeflerinin belirlenmesine, üyelerin birbirleriyle tanışmasına, grubun amacının açıklanmasına, kuralların belirlenmesine ve üyelerin kaynaşmasına yardımcı olmak amacıyla ısınma egzersizlerine dayanmalıdır. Bu aşamada, grubun ne zaman toplanacağı, ne kadar süreceği, nerede yapılacağı konusunda da bilgi verilmelidir (DeLucia-Waack, 2006; Jacobs ve ark., 2006).

Çatışma ve zıtlık aşamasında, üyeler lidere yönelik suçlayıcı bir tutum içerisine girebilir. Burada liderin savunmaya geçmemesi önemlidir. Bir başka unsur da üyeler birbiriyle çatışmaya girmesidir. Bu durum doğal olarak kabul edilmektedir. Çünkü grubun kaynaşabilmesi için çatışma gereklidir. İyi bir planlama ve kaynaşmaya yönelik

aktivitelerin seçimi bu sürecin sağlıklı aşılmasına yardım eder (Brown, 2004). Çalışma ve uyum aşamasında, üyeler birbirleriyle ilgilenir ve birbirlerini desteklerler. Bu aşama üyelerin amaçlar üzerinde odaklandıkları ve yeni şeyler öğrenmeye istekli oldukları aşamadır (Brown, 2004; Jacobs ve ark., 2006). Çalışma aşaması, aktiviteleri, düşünme yollarını ve yeni becerileri denemek, öğrenmek ve belirlemek kadar grup üyelerinin ilişkilerini olumsuz olarak etkileyen davranışlarını belirlemeye de odaklanabilir. Psikoeğitim gruplarında bu aşamada beyin fırtınası, rol oynama ve etkileşim stilleri ile ilgili çalışmalar yapılır.

Bu beceriler grup üyelerinin grup içinde etkili bir biçimde çalışmalarına, grubun dışındaki ilişkilerini de geliştirmeye yardım eder. Çalışma aşamasının amaçları ile grubun amaçları doğrudan bağlantılı olmalıdır ve aktiviteler kazandırılmak istenen beceriyle doğrudan ilişkili olmalıdır (DeLucia-Waack, 2006). Son olarak sonlandırma aşaması gelmektedir. Sonlandırma aşamasına gelmeden önceki oturumlarda liderin sonlandırmaya yaklaşıldığını ifade etmesi gerekir (Brown, 2004; Jacobs ve ark., 2006). Sonlandırma aşaması grup üyelerinin kazanılan becerileri grup bittikten sonra nasıl kullanacağına odaklandığı gibi kişisel amaçlarına ulaşip ulaşmadığının da bir değerlendirmesini içerir. Kısaca sonlandırma aşamasında süreç değerlendirilir ve üyelerin olumlu duygularla ayrılması sağlanır. Sağlıklı bir sonlandırma da yarım kalan bir duygu ve iş olmamalıdır.

Grup Oturumlarının İçeriği ve Ana Hatları Grup öncesi hazırlık aşaması tamamlandıktan sonra ikinci aşamada grup oturumlarının içeriği ve ana hatlarını belirlemek gerekmektedir. Grup liderleri grup hedeflerini ve belirli müdahaleleri belirlediği zaman grup oturumlarının içeriğini ve ana hatlarını planlamaya başlamalıdır. Planlama yaparken müdahaleleri, grubun hedeflerine uygunluğunu, zaman sınırlamasına ve grubun büyüklüğünü göz önünde bulundurarak yapmak gerekmektedir (DeLucia-Waack, 2006). Grup oturumlarının içeriği ve ana hatlarını belirlerken dört unsura dikkat etmek gerekmektedir. Bunlar; oturumları grup hedeflerine eşleştirme, müdahaleleri ve aktiviteleri oturum konularına eşleştirme, müdahaleleri ve oturumları grup üyelerinin düzeyine eşleştirme ve kullanılacak materyalleri belirlemedir. Oturumları grup hedeflerine eşleştirme Grup oturumlarının sırasına ve her birinin içeriğine önceden karar vermek önemlidir. Ön görüşmelerde ve ilk oturumlarda grup hedeflerini tanımlayarak grup materyallerini sağlamak önemli bir noktadır. Çünkü grupta olan her şey birbiriyle ilişkilidir. Her bir oturum diğerinin tamamlayıcısı olmalıdır. Oturumlar kuramsal temele bağlı olarak hedefleri karşılamalıdır (DeLucia-Waack, 2006; Furr, 2000; Mobley ve Fort, 2007).

Grubu planlarken mutlaka açılış ve sonlandırma için bir oturum ayırmak önemlidir. Genellikle sekiz hafta süren bir psiko-eğitim grubunda 2-3 hedef belirlenir. Bu hedefleri gerçekleştirmek de 5-6 haftalık bir içerikte mümkün olur (DeLucia-Waack, 2006). Müdahaleleri ve aktiviteleri oturum konularıyla eşleştirme Grup liderlerinin belirli bir grup için hedefleri tanımladığında bu hedefleri karşılamak için önerilen müdahaleleri araştırması önemlidir. Seçilen aktiviteler kuramsal bir temele dayalı olmalıdır. Grupta verilen bilgi ile tutarlı olmak zorundadır. Psiko-eğitim gruplarını planlamak ve alanyazın araştırması çok zaman alır. Örneğin bir karar verme grubunda bu konuda gerekli alanyazının taranması, kuramsal kısmın belirlenmesi ve buna uygun aktivitelerin belirlenmesi, daha önceden yapılmış grup çalışmalarının analizi grup

liderinin müdahaleleri belirlemesi açısından önemlidir. Müdahaleleri ve oturumları grup üyelerinin düzeylerine uygun olarak eşleştirme Grup çalışmasında en başta gelen görevlerden biri grup üyelerinin düzeyine uygun aktivite seçmek ve belirlenen müdahaleleri grubun seviyesine eşleştirmektir. Bunun için de grubun özelliklerini bilmek önemlidir (Brown, 2004; DeLucia-Waack, 2006; Furr, 2000).

Grubun özellikleri içerisinde en önemli olanları yaş ve eğitim seviyesidir (Brown, 2004). Her aktivite ihtiyaçlara odaklanmalı ve içerikle örtüşmelidir. Uygun aktivite seçimi grubun demografik karakteristiğine de bağlıdır. Yaş grubuna göre aktivite seçmek önemlidir. Bu dikkate alınmazsa genç grup üyeleri ileri seviyedeki aktiviteleri anlamakta güçlük çekerler ya da bunun tam tersi yaşanır. Kullanılacak materyallerin belirlenmesi Aktivitelerde yaratıcılığı sağlamak için elde birçok materyal buldurmak gerekir. Tahta, tebeşir, kâğıtlar, kalemler, tahta kalemleri vb... pratik materyallere ihtiyaç vardır. Bunun yanı sıra kitap, video ve oyunlar sosyal beceriler ve iletişim açısından faydalıdır. Çocuklar için ise maskotlar ve kuklalar oldukça yararlıdır. Bu kuklalar farklı rolleri temsil edebilir: polis, itfaiye eri, kral, kraliçe, prens, prenses gibi (DeLucia-Waack, 2006). Materyaller grup oturumundan önce bir araya getirilmelidir ve üye sayısı kadar olmasına özen gösterilmelidir. Çünkü materyaller bir arada olmadığında bunları da bir araya getirmek için grup sürecinde zaman kaybına yol açabilmektedir. Özellikle bu durumda çocukların ellerini yıkayabileceği şekilde mekânın düzenlenmesi önemlidir (Brown, 2004).

Kurum ve Okul Desteği; Grup öncesi hazırlık ve grup oturumlarının içeriği ve ana hatları belirlendikten sonra üçüncü aşamada kurum ve okul desteğini sağlamaktır. Yönetimsel destek, kaynakların dağıtımı (zaman, para, mekân, personel) ve uygun prosedürlerin takip edilmesi için gereklidir. Okul düzeyinde grup liderleri grubu yönetmek için izin alacakları kanalların neler olduğunu belirlemelidir. Eğer gerekli izinleri yönetim boyutunda gerçekleştirememişse çalışmayı gerçekleştirmek mümkün olmayacaktır. Gerekli yönetim desteği sağlanmış ise çalışmanın amacına uygun ilerlemesi için gerekli donanım da sağlanmış olacaktır. Psiko eğitim gruplarında yönetime öneri verirken grubun amacı, hedefleri ve katılımcıları net bir şekilde sunmak, yöneticileri haberdar etmek önemlidir. Okulda görev yapan yardımcı çalışanlar da hedefleri, hedeflenen grubu ve tipik müdahaleleri anlamak, psiko-eğitim gruplarının etkililiğine inanmak zorundadır. Öğretmenlerin bu grupların sınıf düzeyinde hem akademik hem de sosyal olarak öğrencilerin gelişimine katkıda bulunacağına inanmalarına yardım etmek gerekir (DeLucia-Waack, 2006). Öğretmenler için ikilem şudur: Akademik olarak daha iyisi için uğraşan öğrenciler ders kaçırdıklarında akademik olarak geriye düşerler. Grup liderleri grupların değerini öğretmenlerin anlaması için çalışmalıdır. Bu nedenle derslerden önce veya sonra toplantı veya öğretmenler odasında küçük bir toplantı yaparak öğretmenlere oluşturacağınız grup hakkında kısaca bilgi verebilirsiniz.

SONUÇ

Sonuç olarak psiko-eğitim grupları amaç, içerik ve grup liderinin eğitim seviyesi açısından diğer gruplardan farklılaşmaktadır. Özellikle okul ortamında beceri geliştirme ve öğretim odaklı olarak yürütülmektedir. Rehberlik ve psikolojik danışma hizmetlerinin bir bölümünü grup çalışmaları oluşturmaktadır. Bu bağlamda okul

psikolojik danışmanları, psiko-eğitim grupları oluşturabilmektedir. Psiko-eğitim gruplarının özelliklerini ve diğer grup türlerinden farklılıklarını bilmek, okul psikolojik danışmanlarının grubu oluşturmalarını kolaylaştıracak ve iyi bir planlama yapılmasına yardımcı olacaktır. Bir psiko-eğitim grubu yürütülmek istendiğinde gruba başlamadan önce planlama yapılması gerekmektedir. Eğer iyi bir planlama yapılmamışsa grubun amacına ulaşmasında sorunlarla karşılaşılabilir. İyi bir planlama içinde grup liderinin zamana ihtiyacı vardır. Grupların planlanmasında ilk olarak grup öncesi hazırlık yapılması gerekmektedir. Bu aşamada okuldaki öğrencilerin ihtiyaçlarının değerlendirilmesi önemlidir. Grubun hedefi, içeriği, formatı ve müdahaleleri grubun ihtiyaçlarına göre karar verilir. İhtiyaçlar belirlendikten sonra grubun psiko-eğitim veya danışma grubu olup olmayacağını belirleyen amaç, popülasyon ve hedefler belirlenmelidir. Bunları belirlemek için grubu oluşturma amaçları, üyelerin kimlerden oluşacağı, gruptan istenen sonucun ne olduğu, grup müdahalelerinin ne kadar süreceği ve grup genişliği için amaçların ulaşılabilirliği belirlenmelidir. Bunlar liderlere grup içeriğini ve bu ihtiyaçlara uygun bir şekilde yönelten formatı seçmeye müsaade eder.

Psikoeğitim faydalı olmakla beraber söz konusu hastanın ihtiyaçlarına uyarlanmaz veya hastanın çıkardığı sonuçlar izlenmezse geri tepebilir. Mesela kişilerarası şiddetin yaygınlığı bilgisi hastanın “tek kurban benim” hissini azaltabilir ancak hastanın kişilerarası ortamdaki şiddet miktarını abartmasına ve böylece diğerlerine karşı korku ve kaçınma davranışının artmasına yol açabilir. Benzer şekilde fail dinamiklerine fazla odaklanmak hastanın faili mazur görme ihtiyacını giderebilir ve standart travma sonrası tepkiler hakkındaki bilgi hastanın bozuk, işlevsiz hissetme veya travma “hastası” rolünü üstlenmesine neden olabilir. Nihayet psikoeğitim boşlukta gerçekleşmemelidir. Bilgi vermek, yanlış inançlara ve uyuma dönük olmayan tepkilere karşı yararlı olmakla beraber süregiden terapötik tartışma ve değerlendirme bağlamında verilmelidir (Najavits, 2002). Kendine has olarak, terapist hastanın yeni bilgiyi dünya görüşüne nasıl bağlaştığına ve günlük hayatında nasıl uygulayabileceğine dikkat etmelidir. Hastalara sadece ne yapmaları ve ne yapmamaları öğretmek, travma ve etkileri hakkında nasıl düşünmeleri gerektiğini söylemek kendi başına nadiren fayda sağlar (Neuner ve diğ., 2004, s:87). Psikoeğitim en çok fayda sağladığı durum süregiden terapi süreciyle bütünleştirildiği durumlardır (Briere ve Scott, 2016, s:123).

KAYNAKÇA

- Briere, J. ve Lanktree, C.B. (2011). *Treating Complex Trauma in Adolescents and Young Adults*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Briere, J.A. ve Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri*. Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul
- Brown, N.W. (2004). *Psychoeducational groups process and practice*. New York: Brunner Routledge
- Carrell, S. (2000). *Group Exercises for Adolescents A Manuel for Therapists*. USA: Sage Publications.
- Chu, J.A. (1988). Some Aspects of Resistance in The Treatment of Multiple Personality Disorder. Dissociation. V:1/2, Pp:34-38
- Cormier, S. ve Hockney, H. (2013). *Psikolojik Danışma Stratejiler ve Müdahaleler*. Pegem Akademi. Ankara
- DeLucia-Waack, J. L. (2006). *Leading Psychoeducational Groups for Children and Adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Egan, G. (2010). *The Skilled Helper: A Problem Management and Opportunity-Development Approach to Helping*. 9th edn. Brooks/Cole Cengage Learning, Stamford.
- Furr, R.S. (2000). Structuring The Group Experience: A Format for Designing Psychoeducational Groups. *Journal for Specialists in Group Work*. V:25/1, Pp:29-49.
- Germer, C. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Geroski, A.M. ve Kraus, K.L. (2002). Process and Content in School Psychoeducational Groups: Either, Both or None? *Journal for Specialists in Group Work*. V:27/2, Pp:233-245
- Gilbert, P. (2005). *Compassion and Cruelty: A Biopsychosocial Approach*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. New York: Routledge
- Groopman, J. (2004). *How to Decide What Is Right for You*. The Penguin Press.
- Herman, J.L. (2016). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayınları 4. Baskı. İstanbul
- Hines, P.L. ve Fields, T.H. (2002). Pregroup Screening Issues for School Counselors. *Journal for Specialists in Group Work*. V:27, Pp:358-376.
- Jacobs, D.S., Eick, G.N., Schoeman ,M.C., ve Matthee, C.A. (2006). Cryptic Species in An Insectivorous But Scotophilus Dingani. *Journal Mammal*. V: 87, Pp:161–170
- Jacobs, E.E., Masson, L.R. ve Harvill, R.L. (2006). *Group Counseling Strategies Skills*. USA: Thomson
- Kalter, F. (2003.) ‘Stand und Perspektiven der Migrationssoziologie’, in Orth, B., Schwierting, T. and Weiß, H. (eds) *Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven*. Opladen: Leske & Budrich, 32338.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. ve Resick, P.A. (1979). Assessment of The Aftermath of Rape: Changing Patterns of Fear. *Journal of Behavioral Assessment*. V:1, Pp:133–148.
- Leahy, R. L.(2015). *Emotional Schema Therapy*. Guilford Press. New York
- Mobley, J. ve Fort, D. (2007). *Planning Psycho-Educational Groups*. Vistas. Washington, DC: ACA.
- Morgan, R.D. (2004). *Groups With Offenders and Mandated Clients. Handbook of Group Counseling and Psychotherapy*. (DeLucia-Waack, J.L., Gerrity, D.A., Kalodner, C.R., Riva, M.T. (Ed), USA: Sage Publications.

- Morganett, R. S. (1994). *Skills For Living: Group Counseling Activities for Elementary Students*. Champaign, IL: Research Press.
- Najavits, L.M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York, NY: Guilford
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., ve Schauer, M. (2010). Can Asylum-Seekers With Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behavior Therapy*. V:39, Pp:81-91.
- Orcutt, H. K. (2011). Attentional Control as A Moderator of The Relationship Between Posttraumatic Stress Symptoms and Attentional Threat Bias. *Journal of Anxiety Disorders*. V:25, Pp:1008-1018.
- Pearlman, L. A. ve Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and The Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy With Incest Survivors*. New York. Norton
- Ruppert, F. (2008). *Trauma, Bonding and Family Constellations*. Gren Balloon Publishing. Frome, UK
- Ruppert, F. (2014). *Travma, Bağlanma Ve Aile Konstelasyonları- Ruhun Yaralarını Anlamak Ve İyileştirmek-*. Kaknüs Yayınları. İstanbul
- Salzberg, S. (1995). *Loving-Kindness: The Revolutionary Art of Happiness*. Boston, MA: Shambhala Publications
- Snyder, William. 1995. *Language Acquisition and Language Variation: The Role of Morphology*. *Doctoral dissertation, MIT*. Distributed by MIT Working Papers in Linguistics
-